

**Міністерство освіти і науки України**  
Київський національний університет імені Тараса Шевченка  
Факультет психології  
Кафедра соціальної роботи

На правах рукопису

**Огороднік Катерина Валеріївна**

**«Соціальні мережі як ресурс у підтримці середовища відновлення  
для людей із наркозалежністю»**

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня  
бакалавра соціальної роботи

Науковий керівник:  
кандидат соціологічних наук, доцент,  
доцент кафедри соціальної роботи,  
Литва Людмила Андріївна

*Допустити до захисту в ЕК*  
Кафедра соціальної роботи  
Завідувач кафедри соціальної роботи  
Кандидат соціологічних наук,

---

(підпис)

Київ-2022

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ І. АНАЛІЗ КЛЮЧОВИХ ПІДХОДІВ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ СЕРЕДОВИЩЕ ВІДНОВЛЕННЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЩО ДОЛАЮТЬ НАРКОТИЧНУ АДИКЦІЮ</b>	
1.1. Поняття «середовища відновлення» .....	5
1.2. Особливості формування поведінки людей з залежністю .....	9
1.3. Явище соціальної дистанції.....	14
<b>Висновки до Розділу І.....</b>	<b>20</b>
<b>РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ДИСТАНЦІЇ ЩОДО ЛЮДЕЙ З НАРКОТИЧНОЮ АДИКЦІЄЮ</b>	
2.1. Характеристика вибірки та програма дослідження.....	22
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	29
2.3. Методи боротьби з наркозалежністю у різних галузях.....	41
<b>Висновки до Розділу ІІ.....</b>	<b>54</b>
<b>РОЗДІЛ ІІІ. ПРОГРАМА СТВОРЕННЯ СЕРЕДОВИЩА ВІДНОВЛЕННЯ ІЗ ЗАЛУЧЕННЯМ МЕДІА</b>	
3.1. Розробка стратегії поширення інформації.....	57
3.2. Використання соціальних мереж, як інструменту соціальної роботи.....	60
3.3. Формування контенту соціальних мереж .....	62
<b>Висновки до Розділу ІІІ.....</b>	<b>65</b>
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>67</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>69</b>
<b>ДОДАТОК А.....</b>	<b>74</b>
<b>ДОДАТОК Б.....</b>	<b>75</b>

## ВСТУП

**Актуальність досліджуваної проблеми.** Проблема наркозалежності в Україні все ще є не вирішеною, про це свідчать статистичні дані: на території країни виявлено приблизно 350 тис. осіб, що вживають наркотики ін'єкційно. Кількість осіб, які вживають наркотичні засоби зростає, особливо стрімко під час загострення економічної кризи та активних бойових дій на території нашої країни. Ставлення суспільства до наркозалежних є неоднозначним. Дана категорія часто піддається дискримінації з боку тих, хто не вживає і навіть з боку самих залежних. Через це виникає багато стереотипів, які в подальшому впливають на стан тих, хто вживає наркотичні речовини. Таке суспільне ставлення заважає людям долати залежність та одужувати, вони втрачають віру в себе, не помічають власну ресурсність, збільшують соціальну дистанцію по відношенню до близьких, колег та у результаті починають стигматизувати самих себе.

Вивченням поняття «середовище відновлення» займалися такі дослідники, як Г. М. Федоришин, Ю. І. Чернецька, О.Л. Чуйко; дослідження наркотичної залежності є предметом досліджень А. Н. Ланда, В. С. Бітенського, Е. А. Бабаян, М. Х. Гонопольського, І. Н. Гурвич, О. Соболев, О. О. Сердюк та інші. У науковій сфері вивченням явища соціальної дистанції займалися такі вчені як: Г. Зіммель, Р. Парк, Е. Богардус, Н. Паніна, Л. фон Візе, П. Сорокін, П. Бурдьє та інші.

Тож, дослідження даної теми зможе ширше розкрити проблему інтеграції наркозалежних в суспільство. Дана тема є важливою для соціальних працівників для успішної роботи з наркозалежними. Адже, працюючи з цією категорією клієнтів, необхідно розуміти та знати з якими проблемами доведеться зіштовхнутись, які саме інструменти будуть найефективнішими у їх вирішенні.

Саме тому, ми обрали тему **«Соціальні мережі як ресурс у підтримці середовища відновлення для людей із наркозалежністю».**

**Об’єкт дослідження** – наркозалежність, як соціальне явище, небезпечне для суспільства.

**Предмет дослідження** - інструменти соціальної роботи у медіа середовищі як ресурси створення середовища відновлення для наркозалежних.

**Мета дослідження** - проаналізувати теоретико-методологічні основи соціальної реабілітації у сфері створення середовища відновлення для людей з наркозалежністю та запропонувати програму заходів із створення середовища відновлення з використанням соціальних мереж.

**Завдання дослідження:**

- проаналізувати теоретико-методологічні основи дослідження соціальної реабілітації та створення середовища відновлення для людей з наркотичною адикцією;
- емпірично дослідити особливості ставлення до людей з наркозалежністю в сучасному суспільстві;
- представити інструменти профілактики та подолання наркотичної залежності;
- дослідити практику використання медіа ресурсів у соціальній роботі з профілактики наркотичної адикції;
- запропонувати програму заходів з профілактики та подолання наркотичної залежності з використанням соціальних мереж.

Для реалізації завдань обрано такі **методи** дослідження:

- а) загальнонаукові – аналіз, порівняння, класифікація, систематизація;
- б) емпіричні – методика «Шкала соціальної дистанції Е. Богардуса», статистичні методи аналізу емпіричних даних, методи комунікативних практик створення контенту для соціальних мереж.

## РОЗДІЛ І

# АНАЛІЗ КЛЮЧОВИХ ПІДХОДІВ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ СЕРЕДОВИЩЕ ВІДНОВЛЕННЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЩО ДОЛАЮТЬ НАРКОТИЧНУ АДИКЦІЮ

### 1.1 Поняття «середовище відновлення»

Сам термін «відновлення» визначають, як здатність людей прийти до власного одужання, керуючи цим складним процесом, використовуючи власні сили. При цьому, відновлення означає подолання різноманітних обмежень, які постають перед особою внаслідок адикції. Концепція відновлення сформувалася завдяки великій кількості досліджень, також, завдяки їй відбулися значні зміни системи догляду. Першими дану модель розробляли і застосовували такі країни, як Австралія, Англія та Нова Зеландія. Впливаючи з цього тлумачення, слід також торкнутися поняття реабілітація [5, с. 12].

Реабілітація - невід'ємна частина процесу відновлення. Дослідники зазначають, що реабілітація людини не має нічого спільного з «ремонт» речей по типу побутової техніки чи авто. Мається на увазі, що людина не просто пасивно отримує послугу реабілітації, вона відроджується заново, весь її негативний досвід залишається з нею весь час і впливає на подальші результати реабілітації. Процес реабілітації складний, він включає в себе як «падіння», так і «злети». Найголовнішим моментом процесу, його стартом є усвідомлення і прийняття людиною ідеї про «незворотність стану», в тому сенсі, що людина вже інша, досвід вживання наркотику змінив її, стерти його повністю не вийде і на разі - це частина життя, з якою потрібно жити. Інакше, відмовляючись від неї, намагаючись «відмитися», людина просто відмовлятиметься від частини себе, що може викликати багато психологічних порушень у майбутньому, зокрема ненависть до себе, нездатність пробачити собі [5, с. 13].

Поняття «середовище відновлення» загалом є дуже важливим у соціальній роботі. Тому що воно передбачає повернення особистості, у якій виникли складні життєві обставини, до соціуму, з подальшим відновленням

всіх життєво необхідних функцій, зокрема комунікації з іншими членами суспільства.

Середовище відновлення (або середовище ресоціалізації) - це таке середовище, яке створюється для людей з метою відновлення соціальних зв'язків та формування умов для соціальної адаптації, реабілітації, а також для отримання нового досвіду у соціумі, позитивно забарвленого. Таке середовище дає змогу людині засвоїти культурні норми, цінності, патерни поведінки та реалізувати свою соціальну активність у величезному спектрі діяльності [17, с. 118]. Такого середовища можуть потребувати різні категорії клієнтів: позбавлені волі, алко- та наркозалежні, сім'ї з СЖО тощо.

У педагогіці значне місце займає поняття «соціальне середовище». Його розуміють, як «складне утворення з багатьох рівнів, сукупність соціальних умов життєдіяльності особистості (наприклад: соціальні групи, соціальні інститути), які відповідно здійснюють вплив на її поведінку та свідомість» [1, с. 94]. Також існує таке визначення поняття, як «духовні і суспільні умови життя, діяльності та формування особистості» [13, с. 426], або як «чинник впливу на особистість» [28, с. 48 ]. У наш час деякі вчені розглядають соціальне середовище на двох рівнях: макросередовища і мікросередовища. Макросередовище включає у себе культуру суспільства, сили виробництва, суспільну свідомість та інститути, а також суспільні відносини. Мікросередовище розуміється як те, що безпосередньо оточує людину, зокрема це навчальний чи трудовий колектив, сім'я, спільноти по інтересам.

На думку Чернецької Ю. І., середовище ресоціалізації є частиною загального соціального середовища, основою для виділення якого є його особливість, що полягає у високому рівні соціальної ізоляваності, керованому характері впливів чинників стихійної соціалізації. Проаналізувавши роботи на цю тему, можна побачити, що дослідники по-різному трактують поняття середовища ресоціалізації. Також виявилось, що цей термін майже не досліджено стосовно категорії наркозалежних [17, с. 115].

Отже, виходячи з загального визначення соціального середовища, середовище ресоціалізації, можна розуміти як «сукупність умов, що забезпечують наркозалежній особі можливість фізичної, соціальної та психологічної реабілітації, наявність нового позитивного соціально досвіду на основі вивчення і засвоєння культурних цінностей, норм, настанов, поведінкових патернів, соціальної активності» [17, с. 115]. Важливу роль у понятті середовища ресоціалізації відіграють чинники середовища. Галузь соціальної педагогіки містить такий поділ: «мега- (космос, планета, світ), макро- (країна, етнос, держава), мезо- (місце і тип поселення, приналежність до субкультури) і мікрочинники (групи однолітків, сусіди, сім'я, організації)» [28, с. 10]. Щаблі їх впливу можна співвіднести з розміром спільнот, відповідно до цього виокремлюють соціальні (наприклад: соціально-політичні, національні особливості розвитку особистості, в т. ч. якість життя, екологічна ситуація, виникнення екстремальних соціальних обставин тощо) та індивідуально-особистісні (наприклад: особливість життєвого шляху особистості) чинники [11, с. 13].

Слід також розглянути такий вид чинників середовища ресоціалізації як особистісні. Це такі чинники, які пов'язані з особливостями особистісного розвитку наркозалежного. Серед них: соціальні, психологічні, юридичні, фізичні особливості наркозалежних. Найсприятливішими чинниками для ресоціалізації вважають: вік (молодий вік є найсприятливішим для змін), високу та стійку мотивацію, тобто бажання одужати, високу самооцінку, прагнення повернутися до здорового соціуму [12, с. 30-31]. «Специфічні особистісні чинники для ресоціалізації наркозалежних осіб розподіляються на соціально-психологічні або тригери (наприклад, зустрічі з людьми, які є споживачами наркотиків, спогади про вживання), індивідуально-психологічні (низька стресостійкість, низький рівень переживання дискомфорту), біохімічні (характер протікання процесів метаболізму), інтоксикаційну установку наркозалежного (ставлення людини до речовини, від якої настає ейфорія)» [6, с. 62-63].

Г. М. Федоришин говорить про середовище ресоціалізації у контексті допомоги неповнолітнім засудженим. Автор наголошує на важливості такого аспекту, як психологічна безпека [15, с. 177]. Психологічну безпеку розглядають як таке ставлення особистості до життя, яке здатне забезпечити моральну рівновагу. Тобто, це означає здатність людини аналізувати все те, що з нею відбувається, усі ризики, небезпеки, зміни і залишатися при цьому готовим(ою) до вирішення будь-яких негараздів. Також психологічну безпеку розглядають і у соціально-психологічному напрямку. У цьому тлумаченні це означає, що людина не боїться інших людей. Особистість може довіряти, контактувати з іншими. При цьому очікується відповідне ставлення у відповідь [25].

Тож, важливо враховувати фактор психологічної захищеності [30]. Завдяки йому особистість володіє своїм внутрішнім ресурсом, саме він здатний протидіяти зовнішнім несприятливим обставинам (прикладом можуть бути: стійкість особистості, здатність переживати стрес, тощо). Тобто, психологічна захищеність не означає усунення всіх небезпек, вона означає здатність впоратися, подолати загрози, що стануть на шляху ресоціалізації (у даному випадку під час входження наркозалежної людини в громаду) [29, с. 216].

Таким чином, можна дійти висновку, що середовище відновлення складається з багатьох елементів. По суті, це все те, що буде оточувати та впливати на наркозалежного під час або після реабілітації. Середовище відновлення містить такі потужні для наркозалежного ресурси, як люди (сім'я, сусіди, колеги по роботі, тощо) та державні інститути (лікарні, освітні заклади, соціальні служби, тощо). Дуже важливо, щоб ці елементи допомагали залежній людині повернутися до нормального життя, відчувати себе здоровою особистістю, не ставали на заваді одужанню. На жаль, на цих рівнях присутня упередженість щодо наркозалежних, за результатами нашого дослідження, проведеного у курсовій роботі, навіть самі наркозалежні здатні засуджувати та дистанціюватися один від одного. Це явище негативно впливає на побудову

середовища відновлення, а отже потребує окремої уваги. А для того, щоб зрозуміти чому люди так ставляться до наркозалежних, потрібно детальніше розглянути особливості поведінки цієї категорії, адже саме це впливає на виникнення стереотипів і бажання відсторонитися, не мати нічого спільного.

## **1. 2. Особливості формування поведінки людей з залежністю**

Часто поведінка залежної людини є проявом бажання змінити свій психічний стан для того, щоб відчувати більше сильних приємних емоцій. Джерелом таких емоцій стають певні вживані речовини (тютюн, алкоголь, наркотичних, психоактивних речовин, тощо). Вони спричиняють фізичну залежність, змушують здійснювати специфічну діяльність, яка характеризується порушенням контролю, відсутністю можливості відмовити своїм бажанням, «голодом». Термін «адиктивна поведінка» часто вживають в тих випадках, коли мова йде не про хворобу, а лише про порушення поведінки. На відміну від адиктивної поведінки, сам термін «адикція» у закордонній літературі часто використовують як синонім залежності. Вона полягає у підвищенні толерантності до того, чим зловживають, постійній тривозі, від думок про необхідність знайти та вжити. При цьому людина нехтує негативними наслідками, хоча й розуміє значення їх впливу на своє життя. Організм, також закриває очі на те, що в неї не виходить покинути звичку самотійно [21]. Різні види адиктивної поведінки мають свої специфічні особливості, прояви і наслідки, але етапи формування адикції є спільними. Вона завжди починає формуватись спершу на емоційному рівні, внаслідок появи нових почуттів, контрасту психічного стану, який проявляє себе у вигляді занадто гарного настрою, почуття ейфорії, почуття бадьорості. Все це, зазвичай, викликано певними діями чи препаратами [7, с.10].

Залежна поведінка вважається багатофакторним явищем. Сучасний стан науки дозволяє говорити про існування декількох груп факторів в розвитку адиктивної поведінки, кожен з яких взятий окремо, не являється визначальним.

Фактори, що сприяють розвитку залежної поведінки ділять на соціальні, індивідуально-психологічні, індивідуально-біологічні. Фактори соціуму не залежать від особистості, це скоріш обставини, на які впливати людина не здатна. Ці фактори визначаються несприятливими соціальними, економічними, політичними умовами існування суспільства, індивідуально-психологічні, індивідуально-біологічні. Дані порушення є скоріше передумовами, тобто вони обумовлюють індивідуально-психологічні причини. Наприклад, органічні ураження головного мозку здатні вплинути на психоемоційний стан, а також знизити здатність індивіда переносити фізичні і психологічні навантаження, протистояти стресу і негативним впливам оточуючого середовища. Це відображається на адаптаційних можливостях людини, внаслідок чого формується хімічна та нехімічна залежність. Серед соціальних факторів виділяють макропричини і мікропричини.

Макропричини – це умови, які знаходяться якби над людиною, вона не може впливати на них значною мірою, а мікропричини – це ті умови всередині тієї соціальної групи, в якій знаходиться особистість.

Прикладом макропричин можуть бути: економічне та соціальне неблагополуччя, оточення, що несе негативний вплив і суспільний занепад, легкий доступ до психоактивних речовин;

Прикладом мікропричин можуть бути: неякісне виховання, особливості сімейних традицій, несприятливий клімат в сім'ї, закладах освіти. При цьому, кожна окремо взята причина не буде вирішальною .

Фактори, які сприяють розвитку адиктивної поведінки розділяють на:

- Соціальні фактори не залежать від індивіда, це об'єктивно існуючі умови, впливати на які людина практично не може, визначаються несприятливими соціальними, економічними, політичними умовами існування суспільства.
- Індивідуально-психологічний фактор – це особливості когнітивної, емоційно-вольової сфери, які обумовлюють виникнення та розвиток адиктивних форм поведінки.

- Індивідуально-біологічні – відносять спадковість стосовно психічних захворювань, алкоголізму, тяжкі соматичні захворювання і нейроінфекції в дитинстві (на ранніх етапах).

Ці порушення виступають скоріше передумовами, тобто обумовлюють індивідуально-психологічні причини. Органічні ураження головного мозку впливають на психоемоційний стан, знижують здатність індивіда переносити фізичні і психологічні навантаження, протистояти стресу і негативним впливам оточуючого середовища. Це відображається на адаптаційних можливостях людини, внаслідок чого формується хімічна та нехімічна залежність. Серед соціальних факторів виділяють макропричини і мікропричини.

Макропричини – це умови, які існують в суспільстві в цілому, а мікропричини – це умови в середині тієї соціальної групи, в якій знаходиться суб'єкт.

До макропричин відносяться економічне та соціальне неблагополуччя, протиріччя і неузгодженість в законодавстві, несприятливе оточення і суспільна відсутність благоустрою, доступність психоактивних речовин, реклама, стан аномії суспільства;

До мікропричин відносяться неумілість та непослідовність в вихованні, сімейна схильність, сімейні традиції, клімат в сім'ї, школі, ситуації; акцентуації характеру (нестійкий, конформний, гіпертимний, циклоїдний та ін.).

Узагальнюючи фактори підліткової наркотизації, як сукупність внутрішніх та зовнішніх умов, що впливають на формування схильності до вживання психоактивних речовин та розвитку нехімічних (поведінкових) адикцій, можна виділити наступні: «особливості когнітивної, емоційно-вольової, мотиваційної сфери, особливості умов проживання та виховання, мікросоціальне та макросоціальне середовище, спадкова схильність»[7, с. 14-15].

Є також теоретичні концепції адиктивної поведінки, однією з таких є підхід особистісних рис, вважається, що є типи людей, які більш схильні до залежної поведінки, ніж інші. «Однак на основі особистісних чинників виявилось вкрай важко передбачити чутливість до патологічних ефектів адиктогенних агентів» [19, с. 280].

У радянському підході довгий час переважала ідея відносити адиктивну поведінку, у тих випадках, коли вона перевищувала встановлені межі соціуму (наприклад, надмірне споживання наркотиків чи алкоголю) до проявів вродженої патології [31].

Про мотивацію у адиктивній поведінці говорить теорія реактивного опору [35]. Гіпотезою теорії є те, що мотивація проявляється в той період, коли свободі поведінки людини щось загрожує. «Під реактивним опором і розуміється мотиваційна активація індивіда, спрямована на відновлення свободи. Свобода розглядається як обмежена, якщо індивід не може вибрати будь-які бажані результати цілеспрямованої активності. Реактивний опір має такі основні параметри: попереднє очікування свободи, сила загрози свободі, важливість свободи для особистості, співвіднесення загрози зі своєю свободою. Адикція виступає тут формою поведінки, пов'язаної з основним видом поведінки, обраній при неможливості відновлення свободи за допомогою основного виду поведінки. Розвиток підходу з позицій теорії соціального навчання йде по лінії збільшення числа розглянутих факторів, що викликають і підкріплюють вживання психоактивних речовин» [35]. У Гурвича І.Н. [23] була зроблена спроба встановити зв'язок адиктивної поведінки з відчуженням [19, с. 280-281].

Є два основні підходи до питання формування адиктивної поведінки особистості. Перший розглядає адиктивну поведінку як психологічний феномен, спричинений соціальним розвитком [42], другий робить акцент на внутрішніх аспектах поведінки залежного, які зокрема стосуються біологічних особливостей будови індивіда [19; с. 281].

У психоаналітичній моделі, адиктивна поведінка тлумачиться як прояв порушень динаміки особистості. Відповідно до цієї моделі, схильність індивіда до адикції формується на початкових етапах життєдіяльності. Потім адиктивна поведінка зумовлюється та підкріплюється несвідомими мотивами і специфікою рис характеру. «В рамках системо-особистісної моделі залежна поведінка розглядається як дисфункціональне порушення, пов'язане зі збоєм в життєво важливих функціях» [19, с. 281].

Залежна поведінка не завжди призводить до захворювання, але вірогідно викликає зміни всередині самої особистості і соціальну дезадаптацію. Автори Ц.П. Короленка та Т.А. Донських вказують на появу такої установки залежного - поєднання розумових, емоційних особливостей, особливостей поведінки. Саме вони зумовлюють адиктивну модель ставлення особистості до буття [27; с. 13, 285].

Також детальніше слід розглянути наркотичну залежність. Наркоманія (від грецьких слів *narke* – заціпеніння, сон і *mania* – божевілля, пристрасть, потяг) – це ненормальний стан організму, який спричинений вживанням певних речовин (наркотиків). Явище вживання людьми наркотичних речовин можна спостерігати протягом всієї історії. Наркотики використовувалися людьми в різних культурах та з різними цілями. Часто такі речовини застосовували під час обрядів, з метою відновлення сил, зняття болю та напруження. Можна сказати, що перші наркотики були рослинного походження, саме під час використання певного виду рослин, люди помічали наркотичні властивості, їх вплив на свій організм. Перша рослина з такими властивостями, про яку згадано в історії, був мак. Рослину застосовували шумери. Народ залишив на табличках з глини згадку про це, а саме низку рекомендацій щодо виготовлення опіуму та його застосування. Варто зазначити, що контроль за наркотиками не був встановлений аж до 1990 року. Саме тоді була створена програма ООН по міжнародному контролю за наркотиками [38].

Щодо впливу соціального оточення на наркозалежних, автори, що є прихильниками поведінкового підходу зазначають, що соціум постійно здійснює вплив на особистість. Позитивні зв'язки наркозалежного з суспільством мають обмеження через контакти з представниками спільноти. Якщо подивитися з боку психологічної структури, то адикт належить до того типу особистості, яка погано здатна витримувати стресові стани (емоційні) та стани болю. Якщо у такої людини немає близьких контактів з людьми, які схожі на нього, то почуття впевненості в собі буде втрачено. Через кризу, проблеми у соціальному розвитку, наркозалежний вдається до уникнення найрізноманітніших форм відповідальності, починає ставати закритим, перестає довіряти, починає вважати світ загрозою. Тому, бажання наркозалежних об'єднуватися в групи, можна вважати проявом потреби у соціальних контактах, близькості з іншими людьми. У таких групах немає чіткої ієрархії, всі учасники є рівними, не несуть ніякої відповідальності перед один одним, мають однакові права. Вийти з такої групи наркозалежному важко, адже там йому пропонується те, чого він не може отримати в будь-яких інших місцях (підтримка, відсутність засудження, поділ інтересів, тощо). Залишаючи звичне для себе адиктивне коло, залежний опиняється буквально в іншому світі, де ніхто його не розуміє, не хоче підпускати близько, засуджує, боїться, агресивно ставиться. Причому таке трапляється не тільки на рівні сім'ї адикта, а на будь-яких рівнях суспільства. Цікаво, що люди у соціумі не приймають, відсторонюються від наркозалежних, хоча, можна сказати, що саме ці люди певним чином зумовлюють появу цього захворювання (залежності) [4, с. 63].

### **1.3. Явище соціальної дистанції**

Явище соціальної дистанції привертало увагу дослідників соціальної галузі знання з часів формування таких наук, як соціологія та соціальна психологія. Одним з перших говорити про соціальну дистанцію почав Георг Зіммель.

Г. Зіммель розглядав поняття «соціальної дистанції» з двох боків. З одного боку, автор вважав, що явище відображає фізичний простір, буквально відстань між об'єктами у соціумі. З іншого, термін відображав соціальні зв'язки між людьми, організацію суспільства. Вчений говорив про те, що соціальна дистанція є одночасно і фізичним фактом (тобто умовою існування) й символом людських відносин [18, с. 39]. Прикладом цього можуть бути сусідські відносини. З одного боку, те що люди є сусідами – це факт, зовнішня обставина, з іншого, ці умови визначають певним чином рівень взаємодії людей, їх обов'язки щодо один одного. Тобто відстань, яка є між людьми символізує рівень їх взаємодії, визначає межі спілкування. Звичайно слід звернути увагу на особистісний фактор. Не дивлячись на дистанцію, людина здатна, керуючись власним досвідом, особливостями характеру, самостійно приймати рішення – скорочувати чи збільшувати соціальну дистанцію, змінювати стиль спілкування. Таким чином, відстань може бути на одному рівні – «сусідство», але при цьому мати різне значення - негативне, нейтральне або позитивне (наприклад сусіди можуть навіть перетворитися на близьких друзів, значно скоротивши дистанцію). Тобто можна помітити, що Г. Зіммель визначає «соціальну дистанцію» - як більш соціологічне й динамічне явище, що здатне змінюватися у просторі та часі.

Також, Г. Зіммель наголошував на історичному аспекті такого явища, як «соціальна дистанція». Вчений вказував на те, що у більш давні, жорсткі епохи, влада часто карала за вчинок однієї людини – цілий її рід. Це мало відповідні наслідки, адже одразу на цілу групу накладалась стигма. Таких людей сторонились, з ними не хотіли мати ніяких відносин, нічого спільного [26, с. 322]. На цьому етапі можна спостерігати ще декілька цікавих характеристик «соціальної дистанції». По-перше, на це явище можуть впливати такі фактори, як влада, культурні та психологічні особливості та інше. По-друге, соціальна дистанція здатна змінюватися по відношенню до різної кількості людей. Це може працювати як для однієї людини (наприклад, коли особистість наділяється позитивним значенням, стає популярною,

привабливою в очах багатьох людей, які прагнуть скоротити відстань, познайомитись з особистістю, доторкнутись до неї, у буквальному й переносному сенсі), так і для багатьох (наприклад, для цілого народу, який стає жертвою недостовірних ЗМІ та в очах представників інших країн негативно забарвлюється).

Соціальна дистанція, якщо розглядати її, як різницю між індивідами передбачає усвідомлення цієї відмінності та розрізнення як необхідні умови відображення та встановлення, а отже – існування соціальної дистанції. Тому може бути безліч форм як окремих відмінностей, так і способів проведення цього розрізнення, а отже – проявів соціальної дистанції. Прикладами можуть слугувати класичні есе Зіммеля «Чужий» та «Велике місто і духовне життя», де це продемонстровано на різному матеріалі [18, с. 39].

Поняття дистанції саме по собі є важливим у працях Зіммеля. Воно відіграє помітну роль не тільки у його баченні соціології, одним з основних елементів якої була інтеракція, тобто взаємодія, що передбачає певну відстань між взаємодіючими суб'єктами, а й у його теорії пізнання, де відстань постає результатом поділу за суб'єктом та об'єктом, та аксіології, суть якої полягає у принципі «чим більша відстань між суб'єктом та реччю, яку суб'єкт прагне дістати, тим більш зростає цінність об'єкту бажання» [18, с. 39].

Вивченням поняття «соціальна дистанція» також займався Роберт Парк. За Р. Парком, «поняття «дистанції», застосоване до відносин між людьми, що відрізняються від просторових відносин, увійшло до соціологічного вжитку в намаганні звести рівні й ступені розуміння та близькості, які характеризують особистісні та соціальні стосунки в цілому до чогось на кшталт термінів, які можна виміряти» [18, с. 39; 46, с. 339].

Вчений наголошує на тому, що люди відчують дистанцію не тільки до індивідів, з якими вони контактують, але навіть до класів й рас. Терміни «класова свідомість» й «расова свідомість» мають на увазі такий стан сприйняття, «у якому люди часто несподівано для себе усвідомлюють

дистанції, які відділяють або здаються людям такими, що відділяють їх від тих класів й рас, які вони не до кінця розуміють» [46, с. 340].

Також, науковець висловлює таку цікаву думку: «Демократія відчуває відразу до соціальних дистанцій, але зберігає їх. Відмінність демократії від інших форм суспільства полягає у тому, що вона відмовляється розрізняти класи чи раси, тобто групи. Відмінності і дистанції повинні мати чисто індивідуалістичну або особистісну природу. В індивідуалістичному суспільстві, на зразок нашого, про кожну людину теоретично судять по її особистісних гідностях» [46, с. 341].

Парк говорить про те, що відстані в нашому демократичному суспільстві, як правило, набувають суто індивідуального характеру. Підтвердженням цього є те, що більшість людей говорять, що не мають упереджень, але кожен з них все одно обирає своє власне коло спілкування, формуючи його на основі власного суб'єктивного бачення та сприйняття [46, с. 343].

Цікаво, що вчений розмежовує такі поняття як «упередження», «расове упередження» та «соціальна дистанція». На його думку, упередження у людини з'являється тоді, коли виникає загроза не її економічним інтересам, а соціальному статусу. Під упередженням Парк розуміє не агресивну силу, а консервативну. Він говорить, що «це є своєрідною спонтанною консервацією, що має на меті збереження соціального порядку і тих соціальних дистанцій, на яких цей порядок тримається» [46, с. 344].

Така науковиця як В.В.Марсова розглядає різні підходи до визначення поняття соціальної дистанції: соціологічний зосереджений на відмінностях соціальних об'єктів, психологічний, за її думкою, на легкості встановлення контактів між суб'єктами, дискурсивний - на відносинах солідарності, влади та підкорення. Загалом, авторка наголошує на важливості мультидисциплінарного підходу [3, с. 311].

Аналізуючи існуючі визначення соціальної дистанції вчені Ж. Хельфгот та Е.Ганісон тлумачать її також як «рівень довіри та ступінь сприйманої

подібності переконань» [3, с. 311]. Загалом, «соціальна дистанція, є важливим базовим виміром соціально-психологічної реальності, яка на рівні окремих соціально-психологічних феноменів може відображатися і як розуміння, і як довіра, і навіть як сприйняття переконань іншого» [3, с. 311-312].

С. Б. Капідінова розглядає соціальну дистанцію як прояв міжетнічної толерантності, але ніяк не підтверджує це дослідженнями. Н. В. Паніна, при аналізі схильностей українського населення (1992 рік), виділяє такі чинники: «східнослов'янська відокремленість» та загальну ксенофобічну установку – недовіру до всіх «чужих» [3, с. 312-313].

Про соціальну дистанцію також говорив П. Сорокін. Він спочатку застосовував поняття соціального простору. Воно по суті охоплює всі соціальні статуси у даному соціумі. При цьому, автор застерігає не змішувати, він наголошує на різниці між поняттями «соціальний простір» та «соціальна дистанція», розділяючи соціальні статуси людей, геометричний простір і геометричну дистанцію, яка розділяє людей фізично. На думку вченого, «соціальний простір є всесвітом, що складається з різних народів. «Визначити положення людини чи якого-небудь соціального явища в соціальному просторі означає визначити його (їх) відношення до інших людей і до інших соціальних явищ, що їх узято за такі «точки відліку»» [14, с. 87]. Отже, щоб точно визначити соціальне становище людини, необхідно знати її сімейний стан, громадянство, національність, ставлення до релігії, професію, належність до політичних партій, економічний статус, соціальне походження і т. п. Окрім того, оскільки всередині однієї групи існують різні статуси (наприклад, король і рядовий громадянин однієї держави), тож необхідно також знати становище людини в межах кожної з основних груп населення. «Звідси випливає, що люди, які належать до однакових соціальних груп і які виконують практично ідентичні функції в межах цих груп, перебувають в однаковому соціальному становищі. Ті ж індивіди, які в цьому вимірі розрізняються між собою, перебувають у різному соціальному становищі. Таким чином, чим більше схожості є в становищі різних людей, тим ближче

вони перебувають один до одного в соціальному просторі. І навпаки, чим більш значущими будуть відмінності в соціальному становищі людей, тим більшою буде соціальна дистанція між ними. Розуміння вченого сутності соціальної дистанції можна віднести до концепцій «об'єктивістського» типу, які враховують передусім відмінності між «твердими» параметрами (дохід, освіта, влада, професія тощо) соціального становища людей. У цьому разі передбачається, що відмінності статусних позицій людей ґрунтуються на фактичній соціальній нерівності, яка існує в даному суспільстві. Сам учений зазначає, що його концепція соціальної дистанції є соціологічною й об'єктивною, вона цілковито відрізняється від концепції соціальної дистанції Р. Парка і Е. Богардуса, яка, на його думку, є психологічною й суб'єктивною. Соціальна дистанція в цьому разі розглядається як ступінь схвалення або відкидання даними індивідами можливості контактів з іншими індивідами. При цьому шкала таких контактів передбачає їх протяжність від «близьких», «теплих», «дружніх» через байдужість аж до активної антипатії, ворожості, осуду. З позицій сьогоднішньої соціології можна, мабуть, стверджувати, що зазначені концепції соціальної дистанції не є принципово протилежними, вони радше взаємодоповнюють одна одну» [14, с. 87-89].

Е. С. Богардус, у свою чергу, здійснив операціоналізацію поняття соціальної дистанції через індикатори соціальних контактів різного ступеня близькості, до яких готові або не готові вдатися індивіди при взаємодії. Останнє знайшло втілення у відомій «шкалі Богардуса». Сьогодні у соціології утворилися два основних теоретико-методологічні підходи до вивчення соціальної дистанції, згідно з якими «ця категорія описує або суб'єктивне відчуття відчуженості між членами різних груп (Л. фон Візе, Р. Парк, Е.С. Богардус), або розбіжність у характеристиках об'єктивного прояву соціального становища різних груп(П. Сорокін, П. Бурдье)».

Завершенням цих наукових здобутків стала конструктивістсько-структуралістська концепція П. Бурдье. Автор стверджує, що за цією концепцією соціальна дистанція визначається як близькість/віддаленість

положень у соціальному просторі, що існують як об'єктивно (через розподіл різних видів благ та послуг), так і суб'єктивно (як ментальна структура) [10, с. 54].

Е. С. Богардус, у свою чергу, визначив поняття соціальної дистанції, використовуючи індикатори соціальних контактів різного ступеня близькості, до яких готові або не готові вдатися індивіди при взаємодії. Останнє знайшло втілення у відомій «шкалі Богардуса» [10, с. 54].

Також слід окремо виділити результати дослідження соціальної дистанції всередині категорії наркозалежних, яке було проведено у курсовій роботі. Виявлено, що найскладніше людям, що пройшли реабілітацію, приймати наркозалежних у якості своїх чоловіка/жінки та у якості представників професій по типу лікар, поліцейський. Тож люди, що пройшли реабілітацію загалом прагнуть дистанціюватися від тих, хто ще є залежним. Цікаво, що ті, хто знаходяться у ремісії довший час, більше хочуть допомагати іншим у напрямку реабілітації, а ті, хто знаходяться у ремісії меншу кількість часу більше схильні до негативної стигматизації.

## **Висновки до розділу I**

Поняття «середовище відновлення» є складним. Воно включає до себе багато елементів і може розглядатися на різних рівнях. Середовище відновлення (або ресоціалізації) є частиною соціального середовища. Поняття також недостатньо досліджене у контексті наркозалежних. Проте стає зрозуміло, що воно відіграє ключову роль в одужанні залежної людини. Середовище відновлення є ресурсом, необхідним для подолання життєвих складнощів. Найважливішими елементами такого середовища можна назвати людей та державні інститути. Адже це те, що оточує залежного постійно, це здійснює найбільший вплив.

Особливу увагу слід приділити поняттям «психологічна безпека» та «соціальна дистанція». Психологічна безпека це умова, за якої залежна людина може відкриватись, довіряти іншим. Тільки за наявності цієї умови,

людина може змінюватись, повертатись у суспільство. Отже забезпечення психологічної безпеки на рівні громади, щодо наркозалежних, має бути одним з основних напрямків роботи. Це напряму пов'язано з явищем соціальної дистанції, тобто небажанням людей контактувати з людьми, що залежать від наркотичних речовин, відсторонитися від них, уникати. Внаслідок негативного ставлення суспільства, наркозалежні не можуть відчутися у безпеці, вони дивляться на себе очима інших людей, й у результаті засуджують самі себе, не бачать сенсу змінюватись. До того ж дискримінація існує навіть всередині самої категорії.

Існують різні теорії, щодо того чому формується адиктивна поведінка. Деякі вчені вважають залежність біологічно обумовленим фактором, говорять, начебто це може пояснюватись генетичною схильністю. Інші кажуть, що на це впливають соціальні чинники, як наприклад оточення, в якому народилася та виховувалася людина, а також особистісні чинники (характер, переконання, тощо).

Загалом, можна зробити висновок, що громада потужний важіль, робота з яким, може кардинально змінити ситуацію у ресоціалізації наркозалежних на краще. При цьому варто враховувати причини появи адикції, пояснювати як це працює здоровим людям, для того щоб вони позбувалися стереотипів, скорочували соціальну дистанцію, тим самим створюючи для наркозалежних безпечні умови для відновлення.

## РОЗДІЛ II

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ДИСТАНЦІЇ ЩОДО ЛЮДЕЙ З НАРКОТИЧНОЮ АДИКЦІЄЮ

#### 2.1. Характеристика вибірки та програма дослідження

У нашому дослідженні взяло участь 30 осіб. З них 15 жінок та 15 чоловіків (Рис.2.1). Усі респонденти є наркозалежними, що знаходяться у стадії ремісії та проходять програму реабілітації у Макарівському реабілітаційному центрі для нарко- та алкозалежних.

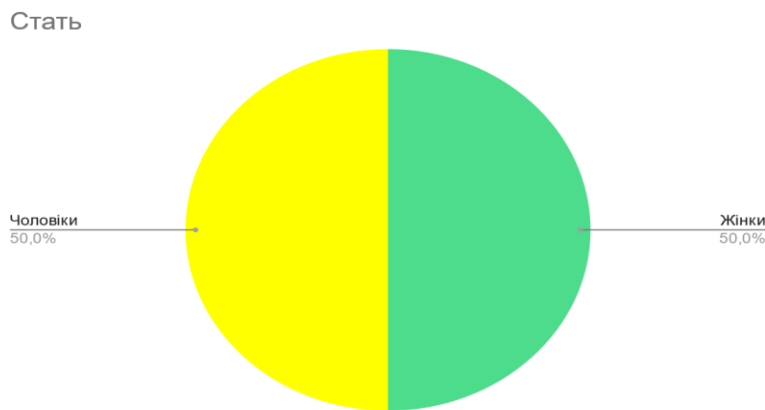


Рис. 2.1. Гендерний розподіл вибірки.

**Вік.** Найбільше кількість респондентів (50%) знаходиться у проміжку 36-50 років, далі (40%) у проміжку 26-35 років, у проміжку 18-25 років (6,7%) і 51-65 років (3,3%) (Рис.2.2).

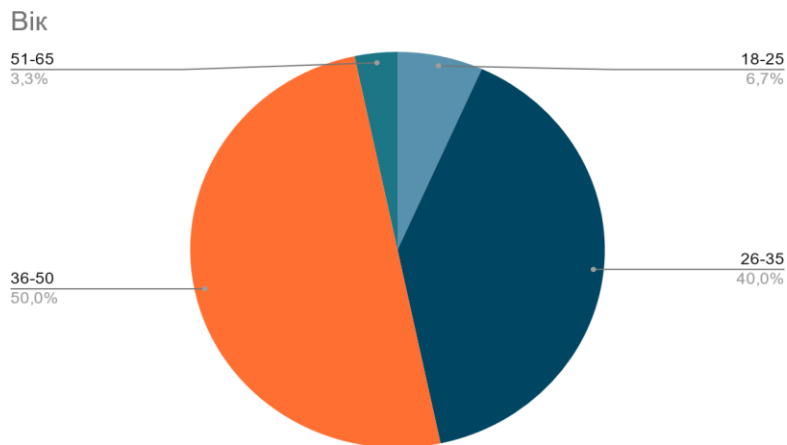


Рис. 2.2. Вікові характеристики вибірки.

**Освіта.** Найбільша кількість респондентів (33,4%) має середню освіту, 30% мають середню спеціальну освіту, 23,3% мають неповну середню освіту, 10% мають незакінчену вищу освіту й лише 3,3% респондентів мають вищу освіту (Рис.2.3).



Рис.2.3. Освітні характеристики вибірки.

**Сімейний стан.** Найбільша кількість респондентів (43,4%) не знаходяться у шлюбі, відповідно 43,3% у шлюбі, й 13,3% розлучені (Рис.2.4).



Рис.2.4. Сімейний стан респондентів.

**Наявність дітей.** Без дітей -50%, 26,7% мають одну дитину, 13,3% мають дві дитини, 10% має від 3 і більше дітей (Рис.2.5).



Рис. 2.5. Наявність дітей у респондентів .

**Стаж вживання.** Найбільший стаж серед респондентів – 20 років, найменший – 4 роки (Рис. 2.6).

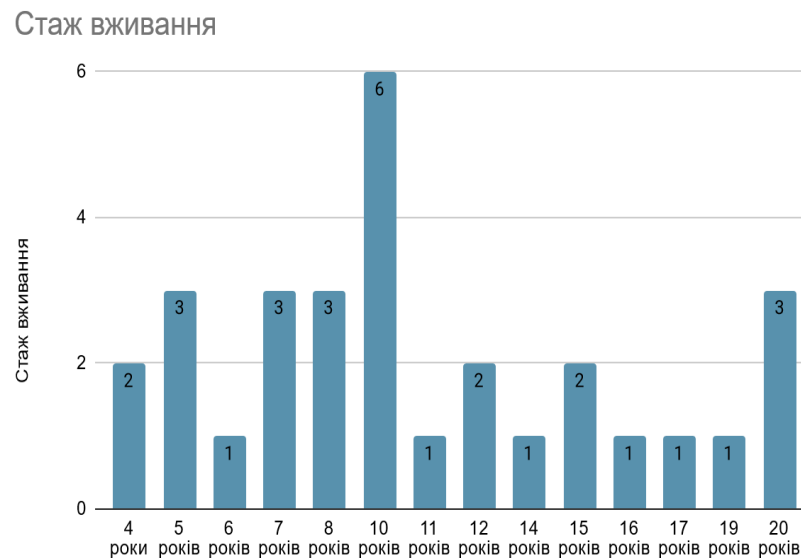


Рис.2.6. Розподіл респондентів за стажем вживання.

**Час у ремісії.** Найбільший час ремісії у респондентів – 10 років, найменший – 2 роки (Рис.2.7).

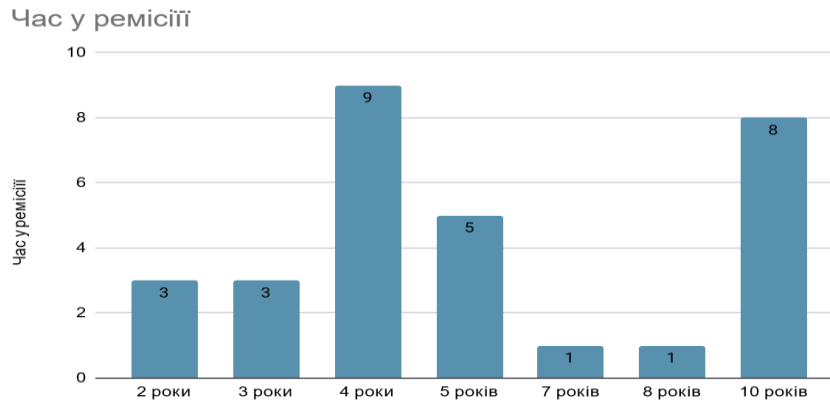


Рис. 2.7. Час перебування у ремісії.

**Характеристика методики дослідження.** Професор Південнокаліфорнійського університету Еморі Богардус почав працювати над методикою в 1924 році. Впродовж двох років він емпірично відпрацьовував методичний план побудови шкали вимірювання соціальної дистанції, яку запропонував професор Чиказького університету Роберт Парк. Було створено багато варіантів шкали соціальної дистанції: расової дистанції, освітньої дистанції, економічної дистанції, політичної дистанції, професійної дистанції, релігійної дистанції і т.п. Суть методики полягає в тому, що респондента просять відзначити ті типи соціальних контактів, в які він охоче вступив би з представниками тієї чи іншої соціальної групи. Віяло відповідей, пропонуваніх респонденту, було сформовано на підставі результатів попередньої експертної процедури. Для цього був складений перелік різного роду соціальних контактів (зв'язків), в яких люди можуть перебувати один з одним, проживаючи в одній країні. Потім цей великий список був запропонований шістдесяти експертам з проханням дати оцінку кожному з видів соціальних зв'язків за семибальною шкалою, керуючись таким критерієм, як «почуття близькості і розуміння». В результаті було відібрано сім варіантів соціальних контактів, що розрізняються за ступенем близькості/віддаленості. Кожному варіанту було присвоєно числове значення, що визначає рівень близькості соціальних відносин: 1 бал – «близька спорідненість за допомогою шлюбу»; 2 бали – «допустив би до себе в якості

щирого друга»; 3 бали – «допустив би на свою вулицю в якості сусіда»; 4 бали – «допустив би у якості працівника у тому ж закладі, де працюю я»; 5 балів – «допустив би у якості громадянина моєї країни»; 6 балів – «тільки у якості візитера моєї країни»; 7 балів – «виключив би з моєї країни».

Існують різні адаптації Шкали Богардуса, для проведення методики ми обрали варіант за Л.Г. Почебут. Методика влаштована таким чином:

**1. Призначення тесту.** За допомогою шкали соціальної дистанції (або шкали Богардуса) проводиться оцінка ступеню соціально-психологічного прийняття людьми один одного, тому її часто називають шкалою соціальної прийнятності. Вона використовується для вимірювання дистанції, пов'язаної з расовою чи національною приналежністю, віком, статтю, професією, релігією, для вимірювання дистанції між дітьми і батьками. Ми вирішили вимірювати соціальну дистанцію в середині групи наркозалежних, а саме соціальну дистанцію між тими хто пройшов реабілітацію і тими хто ще вживає наркотики. Шкала соціальної дистанції показує ступінь психологічної близькості людей, що сприяє легкості їх взаємодії.

**2. Інструкція до тесту.** Респондентам пропонується сім тверджень (критеріїв). До кожного з критеріїв людям потрібно обрати числове значення (від -3 до 3). Де оцінка «-3» буде означати, що людина абсолютно не погоджується з твердженням, це абсолютно неприйнятно для неї, а оцінка «3» буде відповідно означати, що людина абсолютно згодна з твердженням, це для неї абсолютно припустимо. Також оцінка «0» буде означати, що людина не знає як відповісти, або, що вона ставиться до твердження нейтрально. Кожне твердження (критерій) починається з речення «Наскільки для Вас прийнятно, якби людина, яка все ще вживає наркотики була би...», далі пропонується сім варіантів:

1. Вашим чоловіком/жінкою
2. Вашим близьким другом
3. Вашим сусідом
4. Вашим колегою/колежанкою

5. Представником професій по типу лікар, поліцейський
6. Громадянином/громадянкою вашої країни
7. Ви взагалі би не хотіли бачити таких людей

Ми модифікували методику під завдання дослідження, тож замінили п. 5 на «Представником професій по типу лікар, поліцейський», потім ми поміняли місцями п'ятий та шостий пункти (за логікою питань), оскільки даний варіант для виміру дистанції нам підходив більше.

**3. Обробка та інтерпретація результатів тесту.** Обробка проводиться по ключу, що дозволяє дати психологічну інтерпретацію отриманих даних.

Шкала соціальної дистанції дає можливість визначити два основні показники, кожен з яких має два варіанти, які оцінюють можливу і реальну соціальні дистанції. Перший показник - соціальна прийнятність, він відображає прагнення до взаємодії і інтеграції і навіть асиміляції з представником категорії. Другий показник - соціальна експансивність, він відображає вираженість і спрямованість соціальних почуттів представників однієї категорії по відношенню до іншої.

Можлива соціальна прийнятність (СПм) вираховується за формулою:

$$СПм = n/(n - 1),$$

де n – кількість респондентів.

Реальна соціальна прийнятність (СПр) вираховується за формулою:

$$СПр = (\Sigma (+) + \Sigma (-))/(n*(n-1)).$$

Реальну соціальну прийнятність ми рахуємо для критеріїв під номером: 4, 5, 6, 7, оскільки даний показник (СПр) потрібен для визначення більш практичного відношення.

Можлива соціальна експансивність (СЕМ) вираховується за формулою:

$$СЕМ = n/(n - 1),$$

де n – кількість респондентів.

Реальна соціальна експансивність (СЕР) вираховується за формулою:

$$СЕР = (\Sigma (+) + \Sigma (-))/(n*(n-1))$$

Реальну соціальну експансивність ми рахуємо для критеріїв під номером: 1, 2, 3, оскільки даний показник (SEp) застосовується до більш близького оточення та більше пов'язаний з почуттями респондентів, з їх переживаннями.

Отже, якщо отримані результати:

- Більше 0,7 – це означає високу соціальну прийнятність/експансивність;
- В межах 0,7-0,5 – це означає середню соціальну прийнятність/експансивність;
- Менше 0,5 – це означає низьку соціальну прийнятність.

***Програма проведення дослідження.*** Дослідження складалось з наступних етапів:

1. *Визначення та опис вибірки.* Респондентами стали люди з наркотичною адикцією, що проходять реабілітацію або пройшли реабілітацію та знаходяться у ремісії.

2. *Підбір методики для визначення соціальної дистанції та проведення опитування.* Опитування проводилось по телефону, через епідеміологічний стан в країні під час проведення дослідження. Спочатку було привітання з респондентами, вказувалася мета опитування, а далі надавалася інструкція до тесту. Також, за потребою, твердження роз'яснювалися респондентам. Слід зазначити, що більша частина осіб надавала свої коментарі (досить об'ємні) до відповідей. В кінці тесту зазначались дані респондентів (стать, вік, освіта тощо). Опитування завершувалось словами подяки. Загалом у дослідженні взяло участь 30 осіб (15 жінок та 15 чоловіків).

3. *Обробка та інтерпретація результатів.* Результати було занесено у спеціальну програму для отримання статистичних даних. Далі відбувалися розрахунки за формулами, вираховувались такі показники як соціальна експансивність та соціальна прийнятність, також вираховувалась соціальна експансивність окремо для чоловік і жінок.

4. Підведення підсумків та розробка методичних рекомендацій. На основі отриманих результатів було підведено статистичний аналіз даних, якісний аналіз даних на підставі теоретичної моделі. Далі було розроблено методичні рекомендації щодо соціальної роботи з наркозалежними. На основі отриманих даних роз'яснювалося, як фахівцю соціальної роботи слід організовувати свою роботу з даною категорією, на що слід звернути увагу. Було зазначено роль отриманих результатів у подальшій роботі фахівців.

Також ми планували провести дзеркальне дослідження щодо здорових людей, визначити рівень соціальної дистанції серед них (по відношенню до наркозалежних). Крім цього, на базі Центру соціальних послуг для сім'ї, дітей та молоді планувалося створити постери профілактичного характеру. Вони мали бути опубліковані на офіційному сайті установи та інших офіційних мережах. Таким чином, мала бути досліджена ефективність використання медіа простору, як ресурсу при роботі з наркозалежними.

## 2.2. Аналіз результатів дослідження

1) Можлива соціальна експансивність (СЕМ). Розраховуємо за формулою:

$$СЕМ = n / (n - 1).$$

При значенні  $n=30$ , підставляємо у нашу формулу:

$$30 / (30 - 1) = 1,03.$$

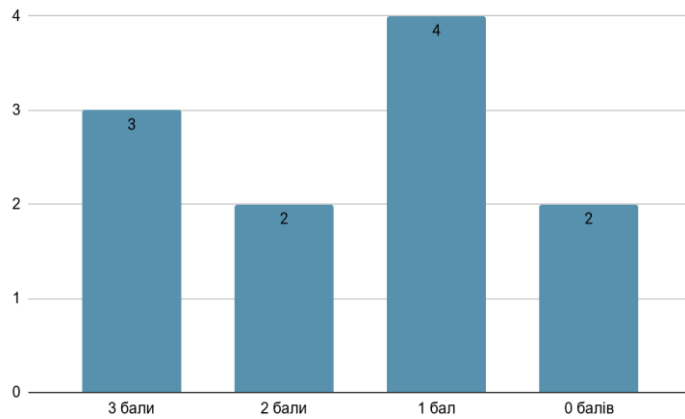
Отже, 1,03 - максимально можлива характеристика. Значення не може бути більше даного.

2) Реальна соціальна експансивність (СЕР). Розраховуємо за цією формулою:

$$СЕР = (\Sigma (+) + \Sigma (-)) / (n * (n - 1)).$$

Для першого питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би Вашим чоловіком/жінкою» (Рис.2.8).

Відповіді із знаком (+)



Відповіді із знаком (-)

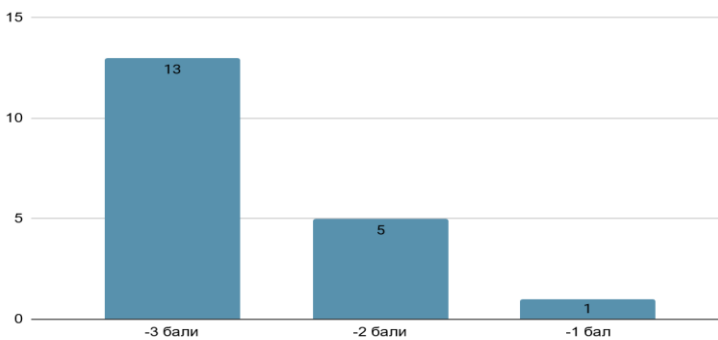


Рис. 2.8. Відповіді до першого питання.

Тоді, розрахунки за формулою:

$$SEp = 17 + (-50) / 30*(30-1) = -0,04$$

Отже, дане значення менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну експансивність. На даному критерії більшість респондентів (43,3%) обрали значення «-3», що свідчить про те, що вони не готові сприймати людину, що ще вживає наркотики у якості свого чоловіка/жінка, до даного явища вони ставляться негативно. Такі показники можливі внаслідок того, що люди вже пережили таку ситуацію (коли їх чоловік/жінка також були залежними) і це викликає у них відразу. Також, таке ставлення можливе внаслідок почуття провини, через те, що вони самі були на місці цих чоловіка/дружини і знають, що це було важко для їх близьких.

Для другого питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би Вашим близьким другом» (Рис. 2.9).

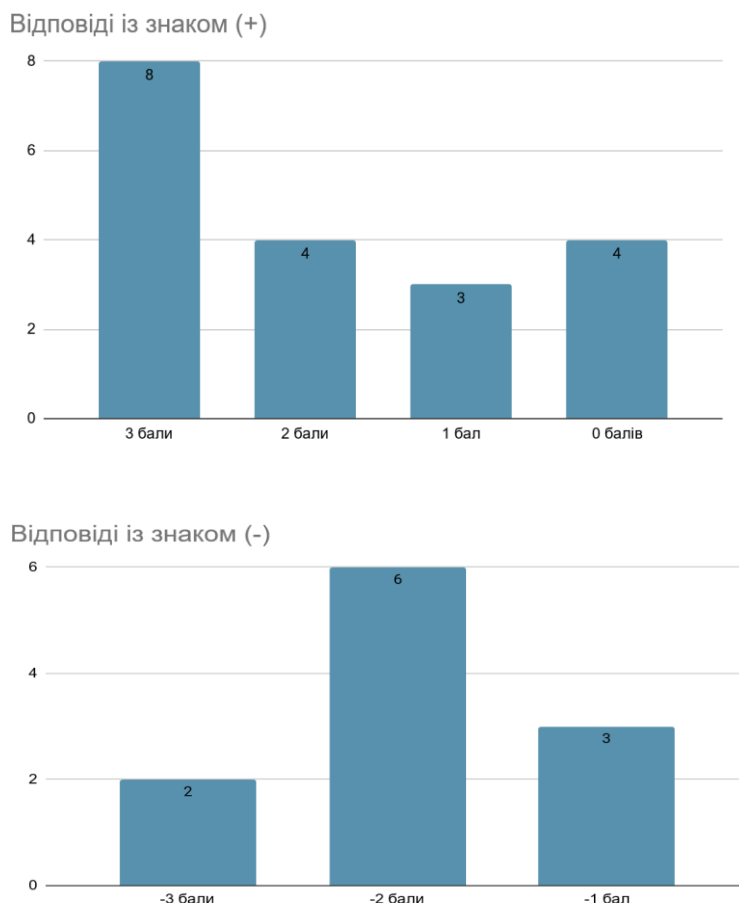


Рис. 2.9. Відповіді до другого питання.

Тоді, розрахунки за формулою:

$$SEp = 35 + (-21) / 30*(30-1) = 0,01$$

Отже, дане значення менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну експансивність. Це означає, що респонденти готові більше бачити, сприймати людей, які вживають наркотики у якості близьких друзів ніж у ролі своїх жінки/чоловіка. Це викликає у них не такі негативні почуття. Такі результати можливі через те, що люди сприймають статус близького друга простіше, віддаленіше, ніж статус жінки/чоловіка.

Для третього питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би Вашим сусідом» (Рис.2.10).

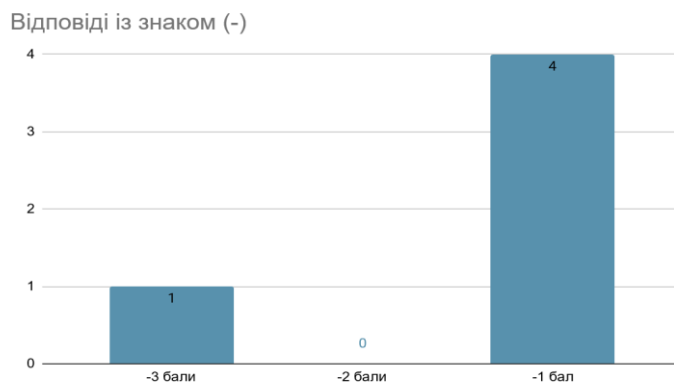
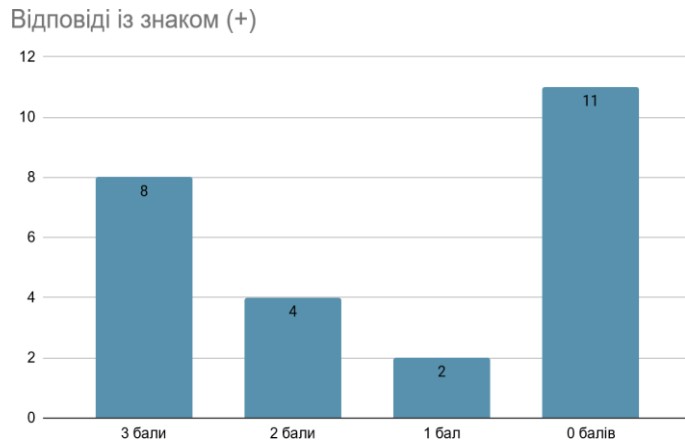


Рис. 2.10. Відповіді до третього запитання.

$$SEp = 34 + (-7) / 30 * (30-1) = 0,03$$

Отже, дане значення менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну експансивність. Це означає, що респонденти готові бачити і сприймати людей, які вживають наркотичні речовини у ролі сусідів більше ніж у ролі близьких друзів чи своїх жінки/чоловіка. З усіх трьох критеріїв, які використовуються для вираховування експансивності, третій критерій «Сусід», найбільш віддалений з усіх, і саме цей показник з усіх трьох має найвищу оцінку.

Можлива соціальна прийнятність (СПм) розраховуємо за формулою:

$$СПм = n / (n-1)$$

Підставимо наші значення, де  $n=30$ .

$$СПм = 30 / (30-1) = 1,03$$

Тоді 1,03- максимально можлива характеристика. Значення не може бути більше даного.

Для обрахунку наступних питань використовуємо формулу реальної соціальної прийнятності (СПм):

$$\text{СПм} = (\Sigma (+) + \Sigma (-)) / (n*(n-1))$$

Для четвертого питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би Вашим колегою/колежанкою по роботі» (Рис. 2.11).

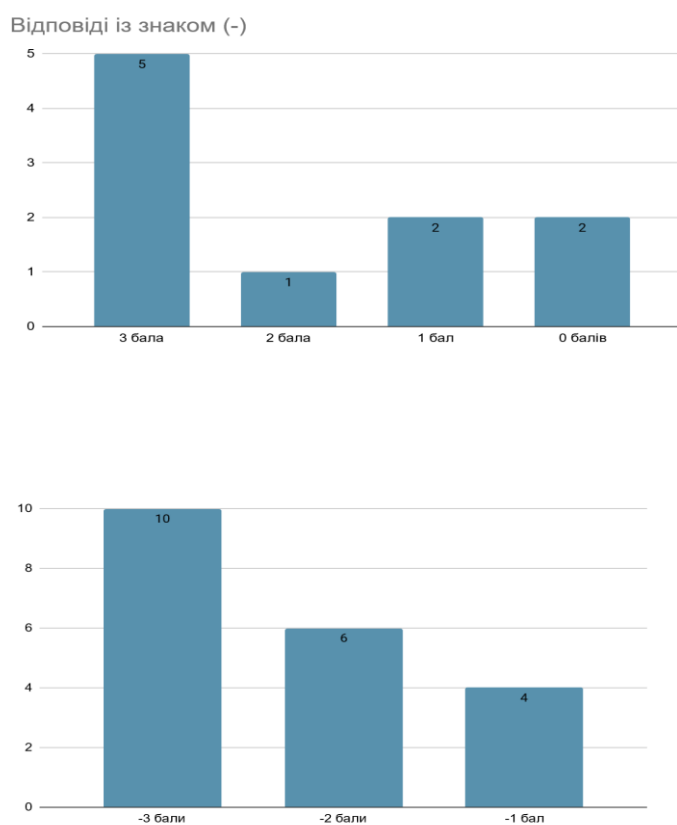


Рис. 2.11. Відповіді щодо четвертого питання.

Підставимо наші значення:

$$\text{СПм} = (19 + (-46)) / (30*(30-1)) = -0,03$$

Отже, наш результаат менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну прийнятність. Причиною даного результату може бути небажання респондентів працювати, мати справу з такою людиною, через її негативні

риси (обумовлені залежністю) по типу ненадійності та безвідповідальності, схильності до маніпуляцій та обману.

Для п'ятого питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би представником професій по типу лікар, поліцейський» (Рис.2.12).

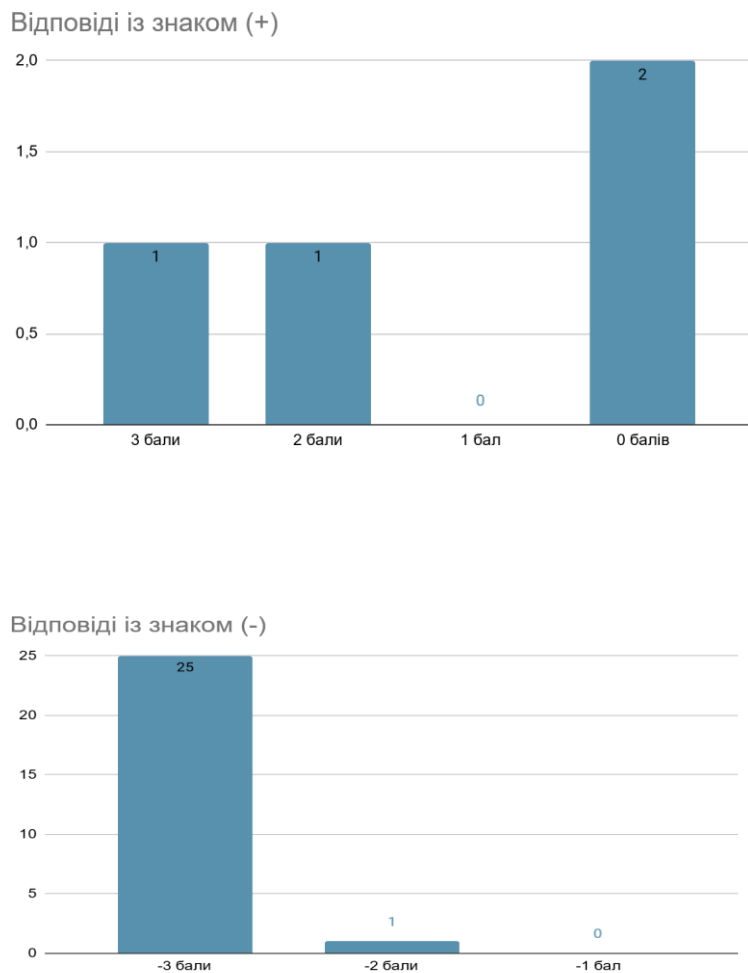


Рис. 2.12. Відповіді до п'ятого питання.

$$СПм = (5 + (-77)) / (30 * (30 - 1)) = -0,08$$

Дане значення менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну прийнятність. Реакція більшої кількості респондентів на даний критерій була негативною і різкою. На даному критерії 83,3% респондентів відповіли «-3», тобто однозначне «ні». Така реакція могла бути викликана тим, що робота «лікаря» та «поліцейського» пов'язана з людьми. Більшість респондентів на даному питанні зазначало, що це професії, які мають вплив на людей, і

наркозалежна людина точно не може обіймати такі посади, це є неприпустимо і небезпечно.

Для шостого питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би громадянином Вашої країни»

(Рис. 2.13).

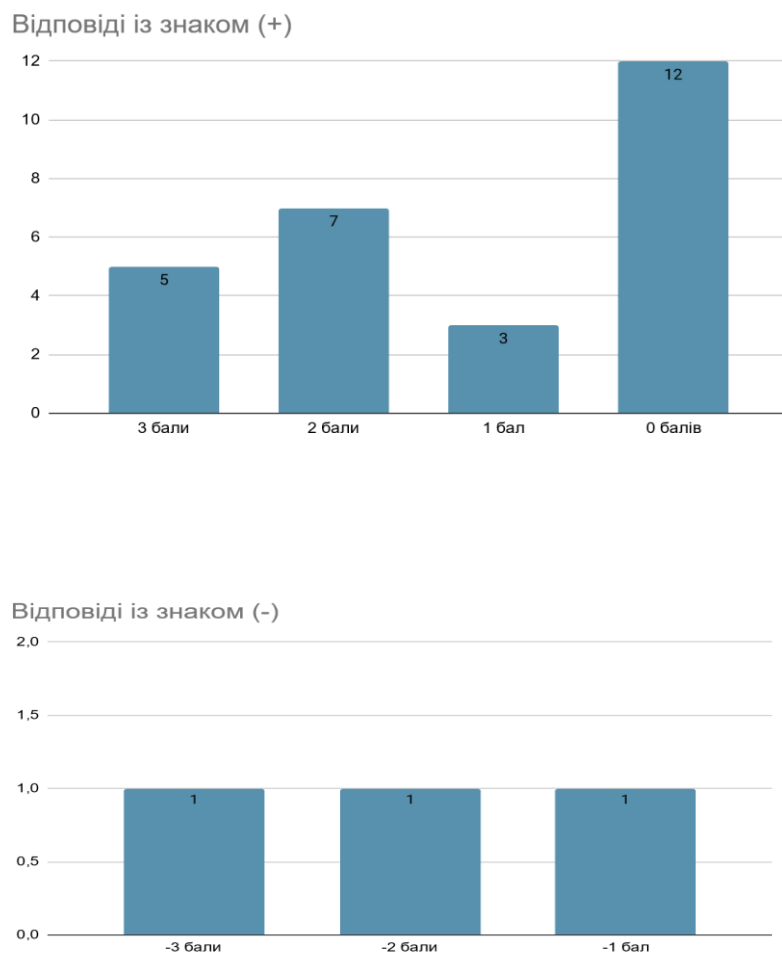


Рис. 2.13. Відповіді на шосте питання.

$$СПм = (32 + (-6)) / (30 * (30 - 1)) = 0,03$$

Отже, дане значення менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну прийнятність. Це означає, що в цілому, люди готові бачити таких людей у якості громадян своєї країни. Більшість респондентів (40%) взагалі відповіла «0» на даний критерій, дана оцінка виражає складнощі з відповіддю, або нейтральне ставлення. Респонденти додавали коментарі до даного критерію, зазначаючи, що таких людей у країні дуже багато, що з цим нічого не зробиш. Бурхливої реакції на даний критерій не спостерігалось.

Для сьомого питання: «Взагалі хотів/хотіла би не бачити таких людей»

(Рис. 2.14).

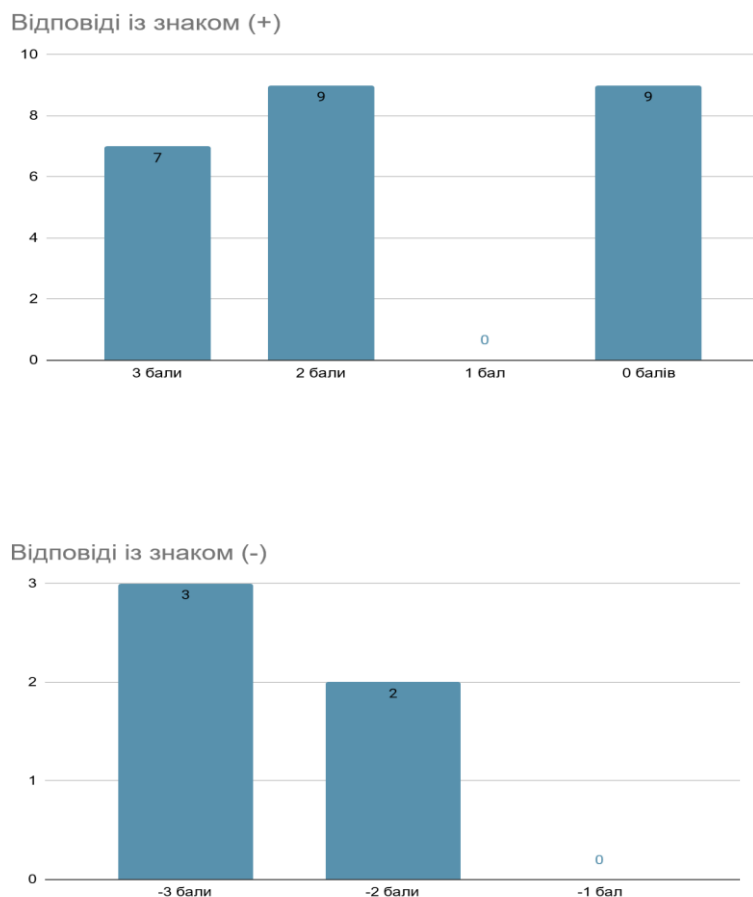


Рис. 2.14. Відповіді на сьоме питання.

$$СПм = (39 + (-13 / (30*(30-1)) = 0,03$$

За обрахунком значення менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну прийнятність. Проте, більшість респондентів обрало відповіді «2» та «0» (порівно по 30%). Це може свідчити, загалом про те, що люди не погоджуються з даним твердження, багато респондентів зазначало, що: «краще, щоб людей з такою проблемою не було, але нічого не вдієш, вони є, їх потрібно бачити й допомагати», також багато респондентів зазначило, що вони самі були такими людьми й хотіли щоб їх помітили й допомогли.

Проведено також окремі розрахунки реальної соціальної експансивності для жінок і чоловіків.

1) Реальна соціальна експансивність. Жінки.

Для першого питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би Вашим чоловіком/жінкою» (Рис. 2.15).

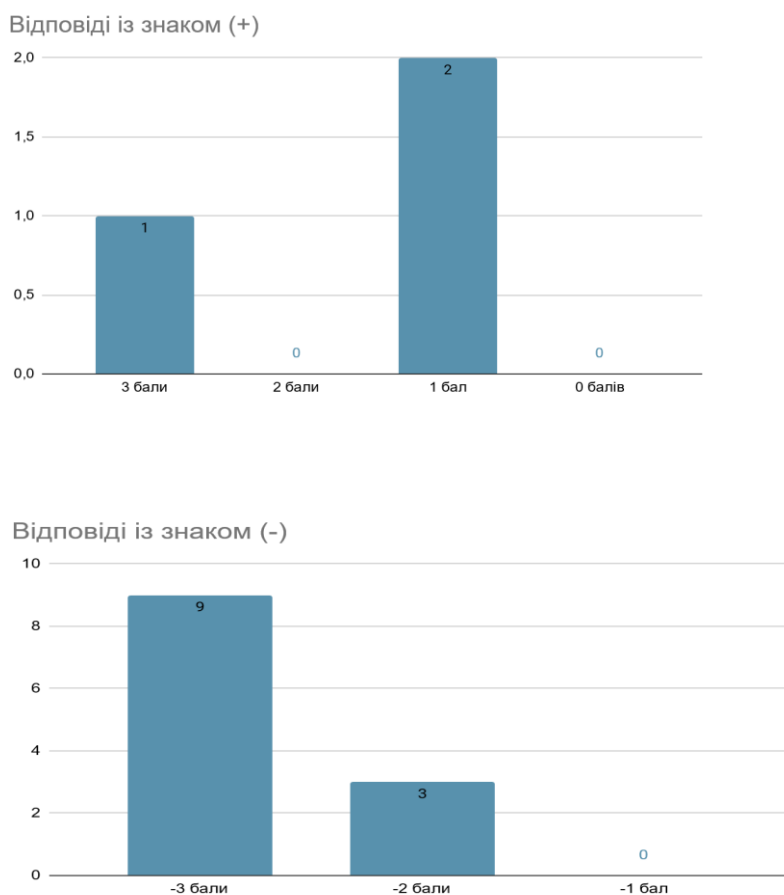


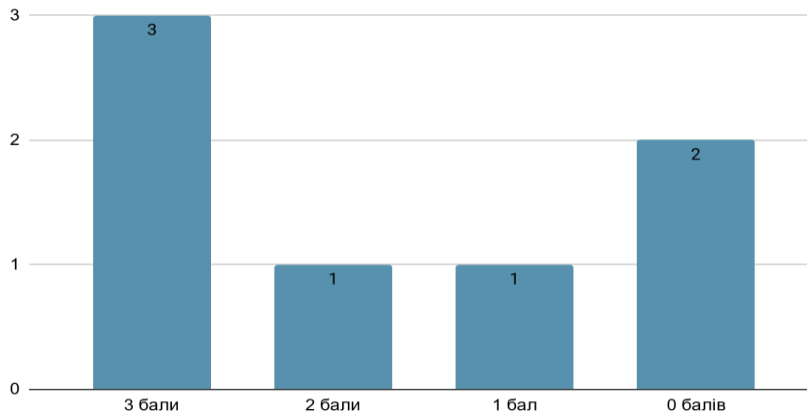
Рис. 2.15. Відповіді на перше питання від жінок.

$$SEp = 5 + (-33) / 30 * (30-1) = -0,03$$

За розрахунком дане значення менше за 0,5. Це свідчить про низьку соціальну експансивність. На даному критерії більшість жінок (9 осіб) обрали «-3», що може свідчити про тяжкий досвід у минулому, про небажання жінок мати справу з такою людиною у такій ролі. На даному критерії більшість жінок змінювалися у голосі та різко зазначали «ні» або «-3».

Для другого питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би Вашим близьким другом» (Рис. 2.16).

Відповіді із знаком (+)



Відповіді із знаком (-)

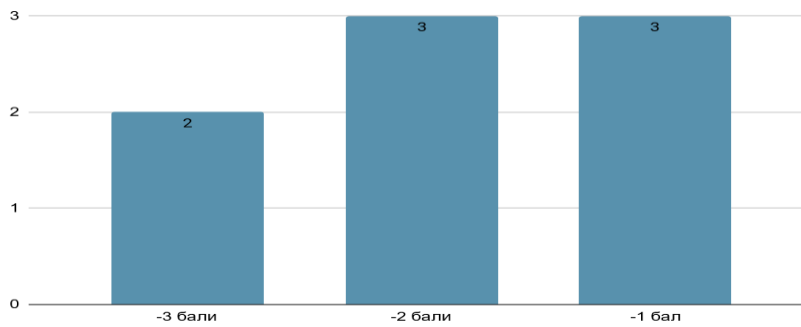


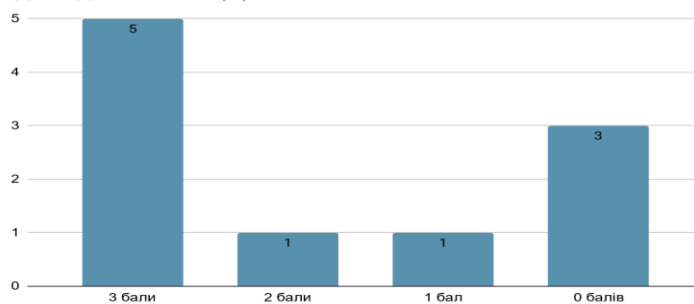
Рис. 2.16. Відповіді жінок на друге питання.

$$SEp = 12 + (-15) / 30 * (30 - 1) = -0,003$$

Отже, дане значення менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну експансивність. Проте, сприйняття жінок такої людини у якості близького друга краще ніж у якості чоловіка.

Для третього питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би Вашим сусідом» (Рис. 2.17)

Відповіді із знаком (+)



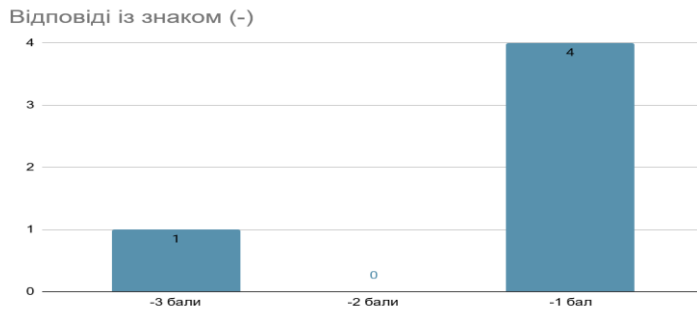


Рис. 2.17. Відповіді жінок на третє питання.

$$SEp = 18 + (-3) / 30 * (30-1) = 0,02.$$

Отже, дане значення менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну експансивність. На даному показнику більшість жінок обрали «3». Це може свідчити про те, що даний статус вони сприймають найкраще, адже він достатньо віддалений.

Звідси робимо висновок, що найбільш позитивне ставлення у жінок (за Сер) до наркозалежних у якості «сусіда», найбільш негативне до статусу «чоловіка».

## 2) Реальна соціальна експансивність. Чоловіки.

Для першого питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би Вашим чоловіком/жінкою» (Рис. 2.18.1 і Рис. 2.18.2).

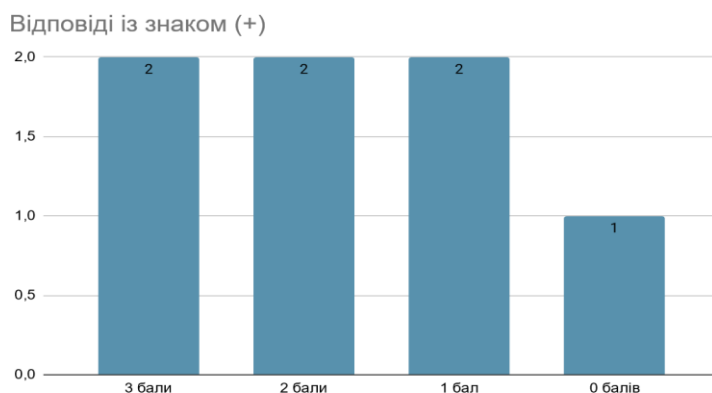


Рис. 2.18.1. Відповіді чоловіків на перше питання із знаком (+).

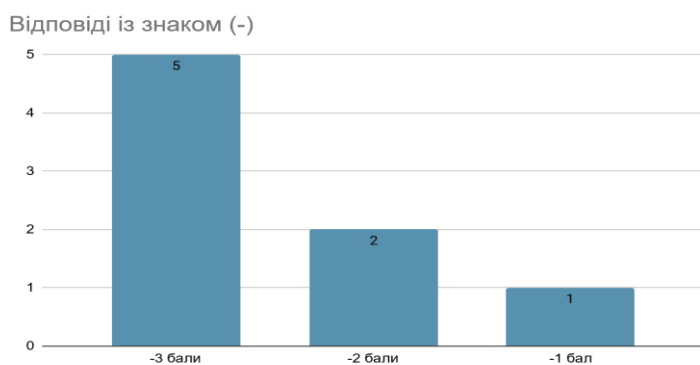


Рис. 2.18.2. Відповіді чоловіків на перше питання із знаком (-).

$$SEp = 12 + (-20) / 30*(30-1) = -0,009$$

Отже, дане значення менше за 0,5. Це свідчить про низьку соціальну експансивність. Більшість чоловіків обрало «-3 бали» (5 осіб). Це свідчить про те, що чоловіки так само як і жінки негативно ставляться до цього статусу. Проте чоловіки менш негативно ніж жінки.

Для другого питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би Вашим близьким другом» (Рис. 2.19).

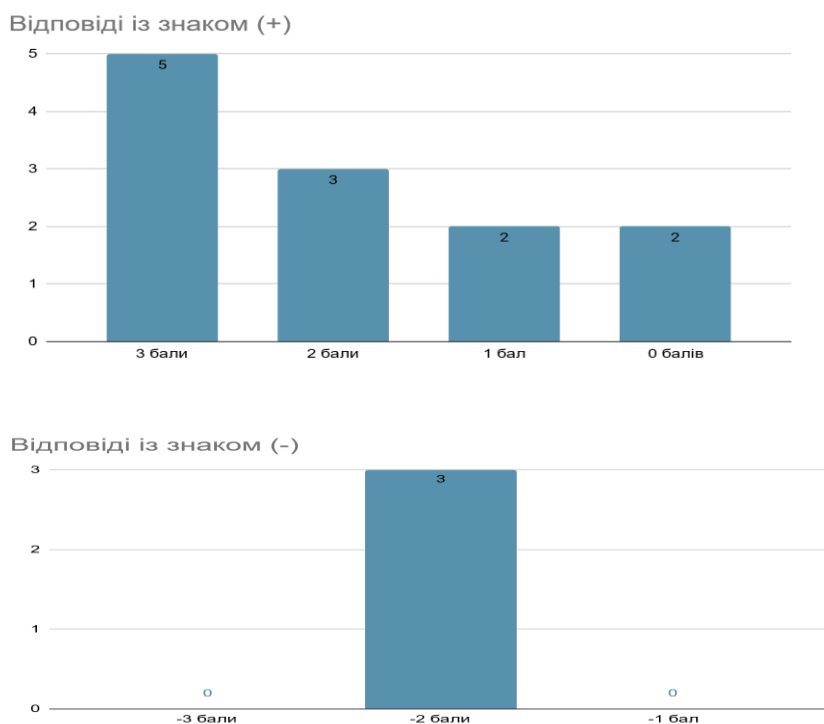


Рис. 2.19. Відповіді чоловіків на друге питання.

$$SEp = 23 + (-6) / 30*(30-1) = 0,02$$

Отже, дане значення менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну експансивність. Можна помітити, що чоловіки набагато краще сприймають наркозалежних у статусі «близького друга», й набагато краще в порівнянні з жінками.

Для третього питання: «Наскільки би для Вас було прийнятним, якщо б людина, яка все ще вживає наркотики, була би Вашим сусідом» (Рис. 2.20).

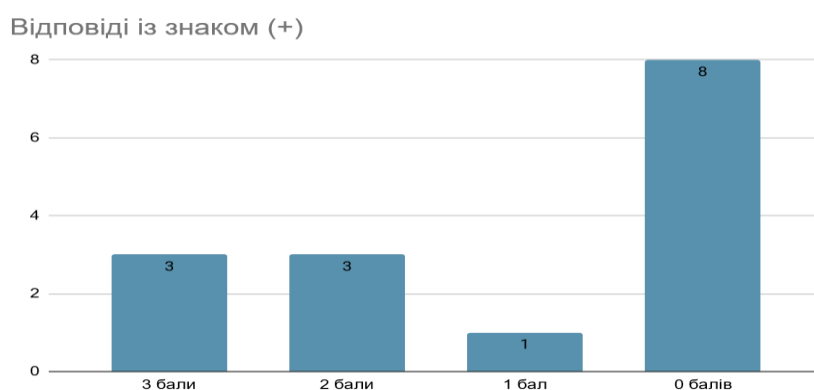


Рис. 2.20. Відповіді чоловіків на третє питання.

$$SEp = 16 + (0) / 30*(30-1) = 0,02$$

Дане значення менше за 0,5, що свідчить про низьку соціальну експансивність. Цікаво, що чоловіки на даний критерій не дали жодної негативної оцінки. В основному більшість обрала «0». Відповідно чоловіки більш позитивно ставляться до таких людей у якості сусідів ніж жінки.

### 2.3. Методи боротьби з наркозалежністю у різних галузях.

**У психології.** Адиктивна поведінка тлумачиться як одна з найпоширеніших форм деструктивної поведінки. Найбільш відомою формою протягом багатьох століть залишається залежність від вживання психоактивних речовин (ПАР). Люди по-різному ставляться до вживання ПАР, а також до проблемних ситуацій, викликаних ними, та способів їх вирішення, ставлення суспільства змінювалося і продовжує змінюватися

дотепер. Слід відзначити різне ставлення до цього явища в рамках різних країн і релігій, серед людей, яких зачіпають ці проблеми, а також серед професіоналів, які розробляють різні підходи до вирішення проблем, викликаних зловживанням різноманітних речовин. Навіть тепер, коли прийнято алкоголізм і наркоманія вважаються хворобами, можна зустріти негативне ставлення до хворих людей, сприйняття їх у якості злочинців, приписування їм гріховності. Проте у суспільства у різні часи виникало бажання допомогти залежним вирішити їхні проблеми, це призвело до виникнення різних способів порятунку, боротьби. Прикладом цього є спроби впровадження «сухого закону» або обмеження продажу спиртного, запровадження суворих законів, що карають людей за будь-які контакти з забороненими речовинами, або, навпаки, легалізація окремих ПАР, з розрахунком на те, що люди будуть вживати їх у невеликих кількостях, без проблем, і це призведе до того, що злочинність, пов'язана із вживанням наркотиків, як героїн та кокаїн, знизиться (так званий «голландський досвід»). Зараз відомо, що всі спроби таких заходів (зниження вживання та захворюваності) не дали результату, а навпаки призвели лише до зростання захворюваності і вживанню наркотичних речовин [32].

Якщо ж розглядати безпосередньо психологічні методи боротьби з наркотичною адикцією, то варто розглянути кожен із них окремо, так би мовити розібрати по чергово. Перш за все розглянемо один з найпоширеніших психотерапевтичних підходів до лікування хворих на алко- та наркозалежність – групова психотерапія.

Дослідники зазначають, що існуючі підходи до основних та приватних проблем найчастіше прямо протилежні, пропонуються різні визначення та класифікація групової психотерапії [20]. Ми вважаємо, що слід розглянути деякі з них. Наприклад, S. Schid-linger (1957) вважає, що «групова психотерапія є психологічним процесом, у ході якого професійно підготовлений практик використовує емоційні інтеракції, що виникають у спеціально створених малих групах для «виправлення» деформацій у ретельно

підібраних індивідів. Мета групової психотерапії полягає у лікуванні або зниженні виявленої патології шляхом свідомого застосування специфічних технік у спеціально створених та організованих групах» [22].

Групова психотерапія базується на використанні соціального у людській психіці. Її перевагами є можливість значно ширшого задіяння хворих при менших затратах часу, позитивна взаємна індукція хворих, подолання впливу «негативних лідерів» у стаціонарі. Групова психотерапія може будуватись на основі раціональних (тематичні бесіди), біхевіоральних (рольові ігри) методів, із застосуванням елементів аутогенних тренувань та інше. Групова ситуація, як правило, є відображенням реальної міжособистісної взаємодії, що полегшує відмову від неадекватних поведінкових стереотипів і створення навичок соціально прийнятної поведінки. Оскільки ці зміни знаходять позитивне підкріплення у психотерапевтичній групі, пацієнт починає відчувати свою здатність змінити і свою суспільну поведінку. Об'єднання пацієнтів у лікувальну групу дозволяє не тільки використовувати з лікувальною метою взаємоіндукцію пацієнтів та їх прагнення наслідувати один одного. Поступово терапевтичний вплив лікаря доповнюється своєрідним впливом колективу на кожного зі своїх членів, який повинен вміло скеровуватись психотерапевтом. Розповсюдженим різновидом такого методу є сімейна психотерапія, спрямована на корекцію стосунків всередині сім'ї. Найефективнішим різновидом групової психотерапії можна вважати колективну психотерапію. Її головна відмінність полягає у тому, що пацієнти об'єднуються не в тимчасові групи, а в колективи, стійкі спільноти людей об'єднаних певними цілями та соціально спрямованою діяльністю. Такі колективи мають внутрішню структуру, систему управління та розподіл обов'язків між їх членами [9].

Окрім групової психотерапії до основних методів психотерапії наркозалежності відноситься індивідуальна психотерапія – вона полягає у аргументованому роз'ясненні та переконанні спеціалістом пацієнта, а отже має бути завжди орієнтована саме на особистість. В залежності від

особливостей залежності та стану наркозалежного у індивідуальній психотерапії використовуються наступні спеціальні методи та технічні засоби:

- Гіпноз – використовує навіювання, працює за умов розслаблення пацієнта, комфортних умов. Метод допомагає підвищити дієвість лікування і тим самим покращити терапевтичний ефект.
- Раціональна психотерапія – завдяки звертанню до логіки та свідомості людини терапевт роз'яснює та розкладає хворому його проблему «по поличках» та вказує залежність між причинами хвороби, розумінням їх самим наркозалежним та динамікою патологічних процесів.
- Аутогенна релаксація – має під собою використання медитацій, аутотренінгів та здобуття стану релаксації, розслабленості.
- Емоційно-стресова психотерапія – основним фактором є введення наркозалежного у стан стресу, де депресії та апатії протиставляється зацікавленість та ініціативність.

**У медицині.** Найпершим і головним методом боротьби із наркозалежністю у медицині є профілактика, тобто недопущення ситуації, при якій наркозалежному потрібна буде допомога. Але все ж профілактичні заходи не мають задовільного ефекту дії, тому, як правило при медичному підході боротьби із наркозалежністю лікування починається з дезінтоксикаційно-стабілізаційного етапу.

Лікувальні заходи дезінтоксикаційно-стабілізаційного етапу проводяться серед осіб, які страждають на абстинентний синдром при тривалому зловживанні наркотиками. Дезінтоксикацію можна визначити як процес, в рамках якого пацієнту надається медична допомога та проводяться фармакотерапевтичні заходи, з тим щоб забезпечити його утримання від наркотиків та нормальне функціонування організму з мінімальними соматичними та емоційними розладами [34]. Головними цілями цього етапу є безпечне лікування ускладнень, забезпечення утримання від наркотиків та формування у пацієнта установки на реалізацію стратегій здійснення

когнітивних та поведінкових змін, які мають лягти в основу подальших зусиль з реабілітації. Одна лише дезінтоксикація навряд чи призведе до одужання пацієнта; цей етап слід розглядати як підготовку до тривалого лікування, яке має на меті підтримувати утримання від наркотиків та сприяти реабілітації пацієнта [39, с. 6].

Реабілітаційні заходи орієнтовані на пацієнтів, у яких вже не відзначаються важкі фізіологічні або емоційні наслідки недавнього зловживання психоактивними речовинами. Цілі цього етапу лікування полягають у тому, щоб запобігти поверненню до активного зловживання психоактивними речовинами, допомогти пацієнту навчитися стримувати позиви до зловживання наркотиками і допомогти йому відновити або покращити своє здоров'я і соціальний статус.

У світі також існує практика так званої замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). Вона є визнана у всьому та світі та є найбільш економічно доведеним методом лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів. Як правило, під час лікування хронічної наркотичної залежності використовують лікарські препарати метадон та бупренорфін.

У 2005 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) додала обидва препарати до свого Базового переліку основних лікарських засобів, а 2009 р. випустила настанови, де всім країнам рекомендовано зробити ЗПТ основним напрямком лікування людей, що мають залежність від опіоїдів [16].

Хоч замісна терапія і довела свою ефективність та використовується у всьому світі, в тому числі і в Україні, проте вона не є панацеєю від наркотичної залежності, а може використовуватися лише як допоміжний засіб при лікуванні.

**На рівні соціуму.** Проблема наркотичної адикції та супроводжуючих її негативних впливів на людину та соціум є беззаперечною та потребуючою вирішення. Наразі майже в кожній країні світу існують ті чи інші програми та ініціативи стосовно боротьби із наркотичними речовинами, їх вживанням та контролем обігу. В деяких країнах одні наркотичні засоби легалізовані, в

деяких ні, але беззаперечно те, що кожна держава як головний регулятор суспільства має запобігати неконтрольованому та шкідливому споживанню наркотичних речовин, які негативно впливають на її громадян. Саме тому країнами світу разом із міжнародними організаціями постійно ведеться боротьба із наркотичною залежністю на рівні соціуму.

Однією із найяскравіших програм боротьби є так звана «Війна з наркоманією», що була впроваджена у США. Цей термін описує багаторічну кампанію Сполучених Штатів Америки з боротьби з наркоторгівлею та вживанням наркотичних речовин заходами, які включали не тільки заборони, а й військові дії направлені на цю боротьбу. Наразі ця програма все ще діє, проте як показали багато десятиліть її роботи – вона виявилась абсолютно неефективною та навіть принесла більше школи аніж користі, так через дії цієї програми безліч людей потрапили до місць позбавлення волі, виробництво одних наркотичних засобів зросло через заборону інших, через попит якість товару знизилась, внаслідок чого підвищилась летальність серед споживачів наркотичної продукції, після жорстких дій направлених на викорінення та заборону наркотиків у Латинській Америці ситуація у регіоні ускладнилася, криміналітет розширив свої сфери впливу і офіційні державні структури почали втрачати фактичний вплив над наркотичною ситуацією.

Не розглядаючи питання несправедливого вироку та непропорційного орієнтування на меншини та незаможні демографії, які стали результатом війни з наркотиками, колишні директори Управління національної політики контролю над наркотиками Беннет і Волтерс похвалили 25 років урядової політики – від адміністрації Ніксона до епохи Клінтона – за рішуче боротьбу з поширенням і торгівля нелегальними наркотиками в Сполучених Штатах [36].

Наразі вважається, що ХХ століття показало безплідність «війни з наркотиками», тому все більше країн обирають менш жорстокі та радикальні способи боротьби.

Взяти до прикладу героїнову проблему Португалії, де величезна кількість португальців постала перед проблемою героїнової наркотичної залежності.

Проблема виникла після закінчення диктатури Другої Республіки, авторитарного режиму, який керував країною залізною рукою з 1933 по 1974 рік. Група надихалася, ґрунтувалася на консервативних і авторитарних принципах та підтримувала їх; коли він впав, ціле покоління португальців віддалося свободам, у яких їм давно відмовляли. На першому місці цього списку, як пише Medical Daily, були наркотики. Солдати, які поверталися з нещодавно звільнених, колишніх африканських колоній (Анголи, Португальської Гвінеї та Мозамбіка), привозили додому канабіс, а торговці чорного ринку імпортували героїн та кокаїн.

Доктор Жоао Кастель-Бранку Гулао, один з архітекторів політики щодо наркотиків Португалії, пояснив, що його країна «повністю наївна» щодо наркотиків. Під владою Другої республіки Португалія була закрита від зовнішнього світу, без соціальних свобод для свого народу. Коли цей уряд закінчився, зловживання наркотиками та алкоголем було не тільки звичним явищем, а й практично заохочувалося.

Не дивно, що коли вечірка закінчилася, героїн все ще був там, і за кілька коротких років країна страждала. Інші європейські країни мали час, щоб дізнатися, чого не можна робити з наркотиками, сказав д-р Гулао, але Португалія була втиснута в глибокий кінець кривої навчання. На той час, коли влада зрозуміла, що пішло не так, «у нас була величезна кількість людей, які залежали переважно від героїну».

До 1990-х років майже 1 відсоток громадян Португалії мали героїнову залежність. Епідемія стала проблемою охорони здоров'я номер один в країні. У відповідь уряд створив робочу групу, до складу якої входять лікарі, судді, а також психіатричні та соціальні працівники. Доктор Гулао був одним із тих, кому доручено врятувати свою країну. У 1998 році він і його команда розробили план, який ніхто не очікував: декриміналізувати будь-яке вживання

наркотиків і створити нову політику та програми, які б лікували залежних і підготували їх до реінтеграції в португальське суспільство [41].

Підхід команди до питання наркотичної залежності був сформульований приблизно так: «Якщо наркоманія – це хвороба, то навіщо заарештовувати хворих?». Саме тому громадянам, що були піймані із наркотичними речовинами пропонувалося пройти лікування, а не одразу відправлятись до буцегарні. Страх перед в'язницею змушує наркоманів йти у підпілля, а тюремне ув'язнення обходиться платникам податків дорожче, ніж лікування. Команда д-ра Гулана могла логічно висунути аргумент, що можна було б менше втрачати, надаючи наркозалежним медичні послуги, які справді могла б вирішити їхні проблеми.

Португальський уряд погодився. Відповідно до законів 2001 року громадян, яких визнали винними у зберіганні невеликих кількостей наркотиків (не більше 10-денного запасу цієї речовини), направляли до комісії у складі психолога, соціального працівника та юрисконсульта, які потім розробляли відповідний план лікування. Громадянин, про якого йде мова, мав би право відмовитися від прийняття рішення колегії без кримінального покарання. В'язниця не буде частиною домовленості [41].

За майже ніж десятиліття роботи такої системи були отримані приголомшливі результати впровадження:

- рівень ВІЛ при спільному використанні голок знизився;
- знизилось незаконне споживання наркотичних засобів у підлітків;
- кількість людей, що звертались за лікуванням від наркоманії збільшилась майже удвічі;
- незаконне споживання наркотиків дітьми 7-9 класів знизилось з 14,1% до 10,6%.

Завдяки гуманному та небайдужому підходу до кожного громадянина держава змогла не тільки взяти під контроль ситуацію із неконтрольованим

споживанням наркотичних засобів, але й зменшити рівень криміналу, безробіття та захворювань, що супроводжують вживання.

Ще одним успішним підходом до питання лікування наркотичної залежності може похизуватися і Великобританія.

В інших країнах Європи Велика Британія також змінила свою політику щодо наркотиків. У 2009 році профспілка завершила чотирирічний експеримент, коли хронічні героїнозалежні отримували щоденні ін'єкції героїну в рамках програми лікування, спрямованої на поступове позбавлення наркоманів від героїну. Початкові результати свідчать про те, що дослідження було ефективним у зменшенні вживання наркотиків і злочинності, пов'язаної з наркотиками серед учасників, що призвело до того, що Велика Британія приєдналася до Швейцарії, Нідерландів, Данії та Німеччини, щоб запропонувати клініки героїну в рамках відповідних національних програм охорони здоров'я. Ці постійні установи, що фінансуються урядом, лікували б наркоманів із найсерйознішими проблемами героїну [48].

За результатами цього експерименту у групи пацієнтів, що підлягали випробуванню нової методики за шість місяців близько 75% перестали споживати героїн, а рівень злочинності значно зменшився. Це черговий приклад того, наскільки ефективніше працює м'який та індивідуальний підхід до наркозалежних як до хворих, а не соціально неприйнятних.

Зворотнім прикладом відношення до наркозалежних є країни Азії, такі як Сінгапур, Китай Малайзії – в них за найменшу кількість наркотичних речовин можуть примусити до річного лікування, без урахування думки залежного, ба більше, отримати строк ув'язнення чи навіть смертну кару згідно законів країни.

У В'єтнамі споживачі наркотиків перебувають у віданні «Бюро попередження та боротьби з соціальними лихами», відділу міністерства праці, інвалідів та соціальних справ уряду В'єтнаму. Людину, спійману на прийомі заборонених речовин, могли відправити на «реабілітацію», що фактично є евфемізмом для примусової праці та майже голодної смерті. На відміну від

Сінгапуру та Малайзії, у В'єтнамі розрізняють випадкове вживання наркотиків та контрабанду, але ця різниця не забезпечує особливого комфорту: випадкових споживачів наркотиків можна примусово відправити до лікувальних центрів, де «лікування» полягає у суворій дисципліні, що межує з катування. Особи, спіймані з невеликою кількістю героїну або інших наркотиків, все ще можуть бути засуджені до смертної кари [45].

Окрім країн Азії найнесприятливіші умови для людей із наркотичною адикцією є країни Близького Сходу, Африки та Латинської Америки.

Через таку жорстоку політику багатьох країн величезна кількість людей, що стали залежними піддаються репресіям та фактично винищенню з боку держав через неприйнятність наркотичних речовин, їх зберігання, обігу та споживання. При цьому через недосконалу роботу правоохоронних органів або навіть через умисне зловживання службовими обов'язками у цих країнах фактично нівелюється будь-яка повага до людей з адиктивною поведінкою не тільки, як до громадян, а і просто як до людей. Тим не менш прогресивні методи, які практикуються переважно у розвинених країнах Європи та побудовані на повазі та прагненні допомогти людині, а не покарати її досі не можуть прижитися у більш тоталітарних та закритих від нових ідей суспільствах.

**Нетрадиційні методики боротьби із наркоманією.** Окрім традиційних методів боротьби із наркотичною адиктивністю як то профілактика, медикаментозна допомога, психологічна, обмежувальна існує безліч інших видів, які використовуються паралельно основним та мають свій вагомий вплив на залежних людей. До таких методів належить:

- Пропаганда здорового способу життя (ЗСЖ) – інформування людей щодо користі занять спортом, не вживання будь-яких наркотичних препаратів, відмова від шкідливих звичок, що має на меті укорінити в кожній людині правильне ставлення до себе, згідно з яким вона буде ознайомена із

деякими навичкам, котрі впливають на покращення її самопочуття та здоров'я [2; 8].

- Арт-терапія – це самостійний метод боротьби із наркотичною адикцією, що включає в себе творчі методи вираження через засоби візуального мистецтва [33]. Своє «коріння» цей метод пускає з психотерапії і завдяки психоаналітичному підґрунтю дозволяє проводити ефективну роботу із людьми, що потребують допомоги. Працюючи із емоціями, через образи на полотні зменшується рівень стресу, розкриваються первинні проблеми, що спонукали чи виникли під час вживання наркотичних засобів, завдяки цьому людина вивільняється від того чи іншого впливу залежності та врешті решт відпускає її [37].

- Духовні практики на кшталт Дванадцяти Кроків. Дванадцять кроків – це набір керівних принципів (прийнятих членами як духовні принципи, які базуються на затвердженій літературі) з викладом плану дій для відновлення після звикання, примусу, або інших поведінкових проблем. Спочатку цю програму запропонувало товариство Анонімні Алкоголіки (АА) як метод для одужання від алкоголізму [47]. Проте, згодом практики цієї програми розповсюдились і на наркозалежних в цілому, тому зараз можна побачити такі програми як від АА (Анонімних алкоголіків) так і від АН (Анонімних наркоманів).

- Тибетські практики. Лікування наркоманів у буддистському монастирі можуть пройти всі, хто цього потребує. При цьому деякі буддистські монастирі для лікування наркоманів приймають хворих безкоштовно. Щоб позбавитися згубної залежності, необхідно суворо дотримуватися режиму дня в монастирі і чітко виконувати все, що потрібно від наркозалежних. Лікування починається з того, що хворі повинні дати сакральну клятву про те, що вони відмовляться від вживання наркотиків перед

статуєю Будди. Подальша програма лікування включає щоденне очищення організму за допомогою спеціальних трав'яних чаїв та трав'яних таблеток. Слід зазначити, що секрет приготування трав'яних відварів тримається в таємниці, ним володіють лише кілька людей у монастирі. Реабілітанти повинні дотримуватися дуже суворої дієти і до 16 години на день займатися трудотерапією. Очистити організм від токсичних речовин допомагає відвідування сауни. З буддистського монастиря виходять люди, що повністю позбулися згубної залежності. Подальше їхнє життя залежить від того, чи зможуть вони зберегти те, що придбали під час перебування на Тибеті. Тибетські ченці кажуть, що близько 80% іноземних хворих по поверненню додому знову починають вживати наркотики. Якщо людина розуміє, що вдома вона не зможе утриматися від наркотиків, то вона може перебувати в монастирі стільки, скільки хоче, і навіть залишитись тут жити назавжди.

- Релігійні установи та церкви. Ставлення церкви та духовенства до наркотиків у різний час було різним. Так у давні часи церковнослужителі, шамани та різноманітні духовні лідери за допомогою наркотичних засобів «налагоджували» зв'язок із потойбічним світом, спілкувалися із померлими та з допомогою речовин доносили волю богів. Проте наразі у більшості релігій, конфесіях та релігійних течіях ставлення до наркотиків та до наркозалежних негативне. Звісно, досі є виключення, проте у більшості своїй найпоширеніші релігії – Християнство, Іслам, Буддизм, Індуїзм ті інші засуджують використання та споживання наркотичних засобів і пропонують на основі своїх установ різноманітні реабілітаційні програми для людей, що проявляють адиктивну поведінку [43].

**Міжнародний досвід боротьби із наркотичною залежністю під час війни.** Гашиш та героїн у В'єтнамі, первітин у Сталінграді, кава на опіумі під час турецької кампанії. Щоб солдат витримав усі мінливості війни, його «підтримують» наркотиками.

Під час операції в Афганістані пілот американського бомбардувальника Гаррі Шмідт убив випадково чотирьох канадських солдатів. Він скинув бомби на свої позиції, бо побачив, що звідти в нього стріляють, хочуть його збити.

Під час розслідування цього інциденту адвокат Гаррі Шмідта звинувачував у всьому наркотики, приймати які пілота змушували командири. На подив американського загалу, для пілотів авіації США амфетаміни - стимулюючі наркотики (на місцевому жаргоні просто Speed або Go Pills) вже давно стали нормою. Хочеш ти цього чи не хочеш. Ухилитися від цього не можна. "Хто не приймає пігулки, того не допускають до польотів", - пояснив на прес-конференції Гаррі Шмідт [24].

Окрім «стимуляторів» у армії Сполучених Штатів Америки є ще приклад неконтрольованої наркозалежності серед військовослужбовців під час війни у В'єтнамі. Вживання військовими наркотиків у В'єтнамі пояснювалось кількома факторами. Практично будь-які наркотичні речовини там були в легкій доступності, високої якості і коштували копійки. А легкість в задоволенні цієї спокуси, помножувалась на індивідуальні фактори. Для одних, це необхідність зняти стрес після бою, для інших – тривале байдикування на тилкових базах і купа вільного часу, ще для когось – почуття безвихіддя і усвідомлення безперспективності війни, яке все більше поширювалось з 1968 року.

Отже, згідно досліджень, на вересень 1971 року 45% американських вояків у В'єтнамі хоча б один раз вживали наркотики, амфетаміни чи барбітурати. З них наркотики вживали 43%, з яких 29% – регулярно, а 20% зізналися, що підсіли на наркотики саме у В'єтнамі. По видах самим поширеним виявилась марихуана (69%), далі йшли важкі наркотики: опіум (38%), героїн (34%) амфетаміни (25%) і барбітурати (23%) [44].

Що дивно, незважаючи на те, що масового розголосу ця тема не отримала, через малу кількість прецедентів опитування військовослужбовців, котрі повернулися з війни показало - 94% вояків одужали за рахунок власних сил. Оприлюднення цих даних одночасно викликало фурор і здивування.

Чимало фахівців ніяк не могли усвідомити, як це так, «наркомани вилікувалися самі?». Це досі яскравий приклад того, як ситуація із наркотичною залежністю серед військових майже сама по собі вирішилась при поверненні з фронту.

Є також і не втішні приклади серед інших країн, наприклад – Афганістан. Гаряча точка на Близькому Сході де останні десятиліття відбуваються збройні конфлікти, процвітає наркоторгівля.

Майже всі запаси героїну в світі створюються в зоні конфлікту, якою є Афганістан [40].

На превеликий жаль влада Афганістану ніяким чином не сприяє вирішенню проблем наркообігу та адиктивної поведінки людей від наркотиків. Навпаки, у країні величезна проблема. Згідно з дослідженнями ООН за червень 2010, приблизно один мільйон афганців віком від 15-ти до 64-ох років, або близько 8% населення змученої війною країни, є наркоманами. Протягом останніх чотирьох років кількість тих, хто регулярно вживає опіум, зросла на 53%, а героїн – на 140%. Незважаючи на те, що дані цього дослідження дещо застарілі можна із впевненістю стверджувати, що у цьому регіоні жодної фактичної боротьби із наркозалежністю належним чином не проводиться.

## **Висновки до розділу II**

Вибірка складається з 30 осіб, 15 чоловіків та 15 жінок. Наймолодшому учаснику опитування виповнилося 23 роки. Найбільша кількість респондентів має саме середню освіту, більшість (43,4%) не знаходяться у шлюбі, 50 % респондентів не має дітей. Найбільший стаж вживання сягає 20 років (3 особи), найменший 4 роки (2 особи). Найбільший час у ремісії 10 років (8 осіб), найменший 2 роки (3 особи). Для проведення дослідження була обрана саме шкала Богардуса (за Почебут).

Було проведено дослідження. Найвищий показник реальної соціальної експансивності був у категорії «сусід». Отже найбільш ближче до себе готові підпускати залежних людей у якості саме сусідів. З усіх трьох категорій, які

використовуються для визначення експансивності, «сусід» є найвіддаленішою. Це може означати, що саме цей рівень є для людей найбезпечнішим, він викликає найменшу кількість негативних переживань, навіть скоріш прямує до нейтрального ставлення. Отже, можна сказати, що люди готові мешкати поряд з людиною яка є залежною, але не перетинатися з нею, не входити у ближчі стосунки. Найвищий показник реальної соціальної прийнятності виявився у шостого та сьомого критеріїв (0,03). Тобто респонденти спокійно сприймають залежних людей у якості громадян своєї країни, та не погоджуються не бачити таких людей. Хоча останній, сьомий критерій виявився найскладнішим для респондентів, можна сказати, що він здивував їх, на нього людям знадобилося більше всього часу, проте більшість зазначила, що залежних людей треба бачити і допомагати. Найбільш бурхливу реакцію викликав у респондентів п'ятий критерій, саме він отримав найбільш негативний показник (-0,08). Це свідчить, що люди не хочуть бачити залежних людей представниками таких професій як лікар та поліцейський, респонденти зазначали, що такого не має бути, це є небезпечним і недопустимим.

На основі зібраного масиву даних в процесі роботи над проблематикою адиктивної поведінки у наркозалежних груп людей було проаналізовано багато досліджень, наукових статей, теоретично-методологічних джерел та комплексів протидій. Із вищеназваних джерел став зрозумілим масштаб проблематики та її всеохоплюючий вплив на життя суспільства. За багатовікову історію існування наркотичних засобів людство знаходило безліч способів створення, видобутку, вдосконалення психоактивних речовин і лише декілька способів боротьби з ними. На жаль, через недостатню увагу до питання профілактики, лікування, реабілітації та подальшої соціалізації залежних людей уся боротьба із цією проблемою довгий час була марною. Як показали чисельні приклади у світовій практиці стосовно питання наркотичної адикції – досвід вирішення цього питання відрізняється насамперед ставленням держави до важливості цього самого питання. З одного боку ми маємо блискучий та надзвичайно ефективний приклад реформ у напрямку

лібералізації законодавства у питаннях наркотиків, легалізацію, а отже фактичне знищення чорного ринку та курс на піклування про громадян, їх подальшу долю та надання навіть наркозалежним можливості залишатися частиною суспільства. З іншого боку ми маємо країни Азії, наприклад: Китай, Сінгапур, Японія, Малайзія, Південна Корея, де проблема із торгівлею наркотиками хоч і не вирішена повністю, але жорстокість законів та панування традиційної культури роблять статистику залежних мізерною відносно всього населення країни.

Отримані дані наштовхнули нас на думку, про те, що середовище відновлення потребує значного вдосконалення, адже рівень соціальної дистанції досить високий. Ефективним ресурсом у боротьбі з наркозалежністю та її профілактикою може стати медіа середовище, а саме соціальні мережі, враховуючи, що, сучасний світ важко уявити без цифрового простору.

## РОЗДІЛ ІІІ

### ПРОГРАМА СТВОРЕННЯ СЕРЕДОВИЩА ВІДНОВЛЕННЯ З ЗАЛУЧЕННЯМ МЕДІА

#### **3.1. Розробка стратегії поширення інформації.**

У другому розділі було детально проаналізовані різноманітні інструменти профілактики та боротьби з наркозалежністю. На основі цих даних були розроблена наступна програма: Програма створення середовища відновлення з залученням медіа .

Сьогодні кожна людина є частиною цифрового простору. У цьому просторі знаходяться джерела інформації та різноманітні послуги. Для впливу на суспільство, фахівцям соціальної роботи потрібно приділяти більше уваги медіа. На мою думку, зараз це є одним з найефективніших інструментів роботи. Соціальним службам необхідно розвивати соціальні мережі, виходити на нову аудиторію, зокрема, шляхом залучення відомих особистостей. У сучасному житті зросла роль блогерів, інфлюенсерів. Саме вони є лідерами думок, вони здатні впливати на соціальне середовище, частиною якого зокрема є й середовище відновлення. Інфлюенсери задають тренди, певним чином формують бажання людей (своєї аудиторії).

Чому медійні особистості і соціальні мережі будуть корисні при роботі з наркозалежними? Блогери дуже часто пропагують здоровий образ життя, вони часто діляться з аудиторією своїм досвідом, а також беруть участь у благодійній діяльності, допомагаючи різноманітним організаціям, притулкам, або конкретним особам. Інфлюенсери мають вихід на велику кількість людей, різного віку, достатку, статі тощо. Тож орієнтація на медійних людей, колаборації з ними, дадуть змогу донести необхідну інформації до більшої кількості людей, при цьому, якщо творчо та продумано підійти до позиціонування, результатом можуть стати зміни думки людей, щодо наркозалежних, та навіть поява бажання взяти участь у створенні для них

середовища відновлення. Виходячи з власних спостережень, я б зосередила увагу на різних типах блогерів (зазначено у схемі Рис. 3.1):



*Рис. 3.1. Типи блогерів – лідерів громадської думки.*

Перший тип, а саме - блогерів з великою аудиторією, з сфери розваг, було б добре залучати до роботи через різноманітність аудиторії. Зазвичай, за цими інфлюенстрами спостерігає багато молоді, для соціальних служб це могло б стати новим, незвичним напрямом роботи. З таким типом блогерів працювати буде складніше, адже вони притримуються зовсім інших інтересів, проте це виглядатиме контрастніше. Це може призвести до зростання зацікавленості до проблеми наркозалежності серед більш молоді верстви населення, а отже в подальшому, може сприяти формуванню у суспільства більш толерантного ставлення до людей що вживають, й відповідно зміцнення рівня психологічної безпеки для осіб що проходять, чи пройшли реабілітацію.

Другий тип - блогери з середньою-малою аудиторією. Маються на увазі ті, що говорять про своє життя, про те які події з ними трапляються, як вони вирішують свої власні проблеми, тощо. Зазвичай, саме серед таких

блогерів можна зустріти осіб, яких хвилюють соціальні проблеми, які займають активну життєву позицію. Плюс роботи з таким типом інфлюенсерів у тому, що їх аудиторія активна і доволі легко йде на контакт. До того ж, такі блогери можуть за потреби, не тільки розповісти інформацію, але й взяти участь у процесі, наприклад за підтримки фахівців соціальної роботи поспілкуватися з наркозалежними, відвідати центр реабілітації і більш детально описати все побачене, використовуючи своїх медіа платформи.

Окремим типом блогерів, враховуючи реалії сьогодення, є військові блогери та блогери волонтери. Це люди, які безпосередньо приймали участь у бойових діях, або допомагали під час них. З цим типом після війни потрібно працювати найбільше. Адже у такий складний для людей час, подібні інфлюенсери стають потужним ресурсом. У аудиторії до них формується велика довіра та повага. Суспільство дослухається до таких людей і активно намагається допомогти. Тому такі блогери можуть у майбутньому стати важливим «рупором». Зокрема військові блогери можуть проводити профілактику вживання наркотичних речовин як серед побратимів, таких самих військових, так і серед здорових людей, попереджаючи про можливість виникнення у захисників проблем з наркотичними речовинами, внаслідок ПТСР, поранень, та наголошуючи на важливості толерантного ставлення до таких людей, допомоги їм.

Тож, роботу з медійними особами можна проводити різними шляхами. Можна взаємодіяти одразу на всіх рівнях, з усіма типами блогерів, це може бути досить ефективно, оскільки аудиторія деяких лідерів думок часто перетинається. Такою концентрованою, масштабною взаємодією можна досягти широкого розголосу певної проблеми у соціумі за короткий час. Також можна обрати інший варіант взаємодії, розтягнувши його на декілька етапів, взаємодіючи з різними блогерами періодично, співпрацюючи повторно. Це може дати більш стійкий результат, закріплений у свідомості людей.

### **3.2. Використання соціальних мереж, як інструменту соціальної роботи**

Соціальні мережі можна використовувати у дуже широкому діапазоні. Починаючи від створення спільних чатів для близького оточення залежного, де фахівець може розміщувати різноманітну корисну інформацію, слідкувати за перебігом подій у житті родини, до залучення медіа у методи соціальної роботи, а також у підходи. Наприклад :

а) Поєднання медіа та арт-терапії. Арт-терапія це терапія, в якій використовується образотворче мистецтво. Завдяки арт-терапії людина може висловити свої думки, емоції, почуття, переживання, страхи за допомогою малюнків, кольорів, рухів тобто люди виражають все це невербально. Застосування арт-терапії допоможе залежному більш вільно відкритися, людина відчуватиме себе у безпеці.

Позитивний вплив арт-терапії пов'язаний із багатьма психологічними та терапевтичними механізмами та факторами, які забезпечують лікувальну дію. Зокрема, до таких факторів відносять релаксацію, прийняття самостійних рішень, та розвиток навичок відповідальності та самоорганізації.

Ще одним позитивним фактором арт-терапії є те, що вона може бути як груповою чи індивідуальною, так і сімейною. Залучення сім'ї до лікування залежного є дуже важливим, адже підтримка зі сторони близьких є мотивуючим фактором для людини для кропіткої роботи над собою. Тобто тут вже йде включення середовища відновлення (певної частини) у процес реабілітації.

Багато людей приходять до висновку, що арт-терапія - це приємний спосіб та розслаблюючий спосіб подолання складних аспектів реабілітації. Саме творча діяльність дає можливість переробити деякі стресові емоції та тривоги, які виникають під час лікування. І після завершення курсу реабілітації такі заняття як малювання можуть використовуватися людиною протягом усього свого життя як засіб прояву своїх почуттів та зняття стресу.

Можна робити арт-терапію інтерактивною, використовувати її онлайн, застосовувати різні додатки для малювання і демонстрації у реальному часі. Таким чином, родина може економити час, гроші на транспорт, проте все одно влаштовувати сеанси терапії завдяки медіа ресурсам. Також можна влаштовувати виставки робіт на тему наркозалежності в інтернеті, проводити арт-терапію для здорових людей, долучаючи наркозалежних, створюючи спільне безпечне середовище.

б) Впровадження зарубіжного досвіду роботи з наркозалежними. Потрібно залучати зарубіжний досвід для вдосконалення системи роботи з наркозалежними, адже в функціонування соціальної сфери за кордоном в деяких аспектах випереджає нашу систему. При розробці цієї рекомендації було взято систему роботи з наркозалежними у Фінляндії. Соціальна робота з наркозалежними у Фінляндії включає в себе лікування як самих залежних так і роботу з їхніми сім'ями або близькими людьми.

Послуги надаються, в основному, як неінституційні. Зазвичай включають в себе соціальну підтримку, дезінтоксикаційне лікування, групову терапію, сімейну терапію, а також реабілітацію. Догляд та реабілітація наркозалежних надаються конфіденційно та потребують добровільної участі людини. Якщо є ризик для здоров'я людини або ж вона проявляє агресивну поведінку по відношенню до оточуючих, сім'я та близьких, то людина може бути направлена на примусове лікування. Здавалося б, такий крок є дещо різким, проте вважаю його потрібно розглянути та можливо ввести у практику надання соціальних послуг в Україні. Адже трапляється багато випадків, коли залежна людина може становити серйозну загрозу близьким та суспільству.

Також розповсюджена практика «Клініка А» та молодіжні відділення - це амбулаторні служби соціальної роботи з наркозалежними. Майже у всіх містах та селищах є спеціальні молодіжні відділення, які спеціалізуються на зловживанні психоактивними речовинами серед молоді, також відділення, які спеціалізуються на лікуванні наркоманії.

Стаціонарна допомога надається у клініках детоксикації, реабілітаційних закладах та деяких медичних установах. Короткостроковий цілодобовий догляд зазвичай триває не більше одного-двох тижнів. Також надаються послуги для неповнолітніх, які зловживають психоактивними речовинами. Деякі заклади соціального забезпечення дітей включають лікування залежності у свою діяльність.

Послуги, пов'язані із лікуванням та реабілітацією включають підтримку та житлову допомогу: будинки для тимчасового проживання, службове житло, окремі квартири в приміщеннях, де надається підтримка, а також денні центри.

Також розповсюджена діяльність громадських організацій, бо вони роблять суттєвий вклад в лікування наркозалежних. Значна частина послуг надається в пунктах обслуговування цих організацій, при цьому муніципальна влада закупає послуги у цих організацій, що робить роботу з лікування наркозалежних більш ефективною. І також існує велика кількість служб взаємодопомоги для наркозалежних, а саме 700 груп анонімних алкоголіків та наркозалежних приблизно в двохсот містах.

Підсумовуючи, хочеться підкреслити, що Україні потрібно розширювати мережу закладів, які надають свою допомогу наркозалежним, створювати клініки та відділення, які будуть дружніми для них і відкритими для надання потрібної допомоги. Інформацію про ці заклади можна поширювати у соціальних мережах, а також залучати блогерів до інформування населення щодо цього.

### **3.3. Формування контенту соціальних мереж**

Формування контенту - важливий етап, що передуює публікації у соціальних мережах. Виникає багато питань, щодо того, як правильно створити соціальну рекламу/пост у соціальній мережі, який дизайн підібрати, які слова вжити. Наповнення контенту буде мати свої особливості для кожної окремої категорії клієнта.

У випадку роботи з наркозалежними, на мою думку, слід робити такі акценти:

- у всіх є шанс на одужання, усі помиляються (така позиція зніматиме з залежного відчуття безвихідності у ситуації, даватиме надію);
- навколо завжди є люди, які допоможуть та приймуть (таким чином, ми даємо людині важливий зовнішній ресурс, формуємо довіру до світу, у який клієнт має повернутися);
- допомогли тобі, допоможи іншим (принцип використання отриманого ресурсу з користю, допомога іншим залежним, та підтримання власного здорового стану завдяки піклуванню про інших);
- все починається з бажання клієнта (наголошення на внутрішній готовності клієнта до змін, оскільки якщо цієї готовності немає, сенсу у зовнішньому ресурсі не буде, він не буде діяти).

Також, краще не використовувати при створенні контенту метод залякування. Як показала практика, наприклад курців (розміщення зображень різноманітних захворювань на пачках сигарет, у соціальних мережах), - це не працює у більшості випадків.

Важливим моментом також є двосторонній характер роботи з наркозалежними. Це означає, що засоби боротьби з наркозалежністю обов'язково повинні бути спрямовані у два боки. Перший це - здорові люди. Вони, по суті, є основою середовища відновлення для залежних. Потрібно впливати на здорових людей на всіх рівнях - на загальному (наприклад за допомогою медіа, проводячи профілактичну роботу) та на особистісному (більш вузькому колі, яке близьке конкретним залежним особам). Щодо вузького кола, тут робота фахівця має бути більш ретельною. Можна умовно поділити вузьке коло на такі ступені (зазначено у схемі Рис 3.2):



*Рис 3.2. Коло спілкування, що є близьким залежним особам.*

Найбільший рівень тут громада. З нею можна працювати окремо, наприклад організувати збори і висвітлити наявну проблему. Потрібно провести бесіду з ціллю ознайомлення людей з витоками проблеми наркозалежності, з тим, як це працює та як важливо не засуджувати, як діяти, як створити середовище відновлення для залежних. Взаємодіяти можна як з найактивнішими членами громади, так і з усіма бажаними мешканцями.

Фахівець також може залучити до створення середовища відновлення сусідів та родичів з друзями. Сусіди за бажанням, можуть приєднатися до допомоги наркозалежному, наприклад вони могли б влаштувати іноді спільні вечери та ін. Родичі та друзі найближче, сімейне коло, мають проводити більше часу разом, відвідувати різноманітні заходи, залучати наркозалежного до допомоги суспільству.

Другий бік - це самі наркозалежні. З ними також обов'язково потрібно проводити роботу щодо середовища відновлення. Їм потрібно пояснювати як воно працює, які його плюси. Перед роботою з залежними треба провести роботу з оточенням і впевнитися у наявності середовища ресоціалізації. Лише тоді можна звертатися до залежних від наркотичних речовин і говорити їм про

те, що існують люди які їх підтримають, що є ті, хто не будуть засуджувати, що є місце де вони будуть у безпеці.

На основі усіх проаналізованих даних, власних спостережень, нами було розроблено спеціальні постери (див. Додаток А, Додаток Б). Вони мають направленість на дві категорії людей - на наркозалежних та на здорову частину суспільства.

### **Висновки до розділу III**

У наданні соціальних послуг наркозалежним, зокрема у створенні середовища відновлення, потрібно використовувати більш сучасні методи. Робота з інфлюенсерами, може стати ключем до розв'язання проблеми стигматизації залежних. Шляхом взаємодії з блогерами різної величини, можна швидко та ефективно впливати на велику кількість населення, змінюючи свідомість, уявлення соціуму, його рівень прийняття. Впливаючи на значну кількість людей, у нас є шанс на побудову толерантного суспільства, держави, це значно полегшить роботу з громадою, набагато простіше буде працювати з вже підготовленими, відкритими до співпраці людьми.

Зв'язок обов'язково має бути двостороннім. Не можна працювати лише з громадою, або лише з залежним. Потрібно поступово, логічно впливати, спочатку на середовище, готуючи його для наркозалежного, а далі безпосередньо на залежну особу. Фахівцю соціальної роботи треба впевнитись, що громада зможе представляти собою ресурс, що наркозалежний зможе розкритися там, почувати себе безпечно, інакше, у разі неприйняття, є високий ризик рецидиву.

Потрібно використовувати закордонний досвід у роботі з залежними. Успішним прикладом є боротьба з наркозалежністю у Фінляндії. Треба наслідувати приклади включення у роботу багатьох організацій. Слід також опікуватися проблемою наркозалежності у військових. Війна пов'язана з підвищенням рівні залежності, фахівцям потрібно бути до цього готовими і вже робити певні кроки для упередження цієї проблеми. Також включити у

роботу можна методи арт-терапії, вони не стандартні, впливають на підсвідомість наркозалежного, дозволяють такій особі безпечно розкривати себе.

Отже, для створення середовища відновлення потрібно використовувати різні інструменти, від залучення медіа у процес до використання нестандартних метод та міжнародного досвіду.

## ВИСНОВКИ

Отже, у даній дипломній роботі ми дослідили особливості ставлення до наркозалежних в суспільстві. Визначили особливості поведінки наркозалежних, завдяки яким можна сказати, що ставлення людей до наркозалежних найчастіше упереджене. Через непередбачувану поведінку наркозалежних, неконтрольовані стани, їх нездоровий спосіб життя, низку побічних проблем які виникають у них через споживання (захворювання, гострі реакції, інколи проблеми з законом, тощо), суспільство вбачає у таких людях небезпеку, вдається до соціальної дистанції.

Явище соціальної дистанції присутнє як всередині групи наркозалежних (ті, хто пройшов реабілітацію не так давно, схильні до засудження інших наркозалежних та відсторонення від них), так і серед здорових людей та навіть серед державних інститутів (наприклад наркозалежним складно знайти лікаря, роботу тощо).

Ми проаналізували, які інструменти профілактики та боротьби з наркозалежністю існують. Вони дуже різноманітні і лежать у різних галузях науки. Так з психології нам відомі такі ефективні інструменти як групова психотерапія, індивідуальна психотерапія. У медицині ці інструменти представлені у вигляді курсу лікування, детоксикації. Даний курс є невід'ємною частиною роботи з наркозалежними, адже саме він полегшує гостру фазу, завдяки чому взагалі стає можливою співпраця з клієнтом. Нетрадиційні практики теж можуть запропонувати цікаві підходи. Дуже часто, особливо в Україні, у лікуванні залежності значну роль відіграє релігія, оскільки цією соціальною проблемою опікується багато релігійних організацій. Проаналізовано було також міжнародний досвід боротьби з залежностями. Встановлено, що суворі методи боротьби з наркозалежністю, придушення цього явища, найчастіше не працюють, а приводять лише до гірших наслідків. Встановлено також зв'язок між військовими подіями та підвищенням вживання наркотичних речовин серед військових.

Аналізуючи матеріал, ми розробили програму, яка має на меті допомогти у формуванні середовища відновлення для наркозалежних. Зокрема, медіа, осучаснення підходів до роботи з соціумом підвищать ефективність роботи з наркозалежними, створять необхідне позитивне підґрунтя. Двобічний підхід забезпечить включеність у процес створення середовища реінтеграції усіх сторін. Використання міжнародного досвіду позитивно вплине на ситуацію, дозволить по-новому поглянути на стан речей. Використання методів арт-терапії у роботі з залежними, може стати гарантом безпечного процесу відновлення, позбавленого травмуючих наслідків.

Також, слід наголосити, що використання медіа ресурсів не означає виключення інших альтернативних засобів роботи. Не слід забувати, що серед наркозалежних є ті люди, які не мають виходу до соціальних мереж, або їх це не цікавить. Для таких випадків слід застосовувати особисте спілкування, проведення заходів оффлайн, розклеювання листівок, інформаційних постерів на вулиці. Загалом, слід опікуватися обома сферами як реальною, так і віртуальною. Наркозалежні мають відчувати підтримку на всіх етапах, постійно, саме тоді середовище відновлення працюватиме ефективно.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. І. Д. Звереві. 2 -ге вид. Київ-Сімферополь: Універсум, 2013. 536 С.
2. З досвіду роботи програм здорового способу життя в діяльності працівників психологічної служби / [В. Г. Панок, І. М. Вишнева, О. М. Дрозд та ін.] ; наук. ред. В. Г. Панок. Київ, Ніка–Центр, 2010. 147 С.
3. Зімовін О. І. Предиктори та виміри соціальної близькості. Психологічний часопис. 2019 . № 11 (31) . С .309-328.
4. Кочарян О.С., Антонович М.О. Теоретичні аспекти вивчення психологічних особливостей наркозалежності. Психіатрія, Неврологія та Медична Психологія. Том 3, № 1 (5) 2016 р. С. 62-67
5. Кунцевська А. В. Особливості орієнтованої моделі соціальної реабілітації. Сучасні теорія і практика соціальної реабілітації: монографія / ред. О. В. Чуйко. Київ. 2021. С. 5 - 29.
6. Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних / Державний інститут проблем сім'ї та молоді. Київ, 2004. 200 С.
7. Пушкар В.А. Психологія адиктивної поведінки: Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів ІV курсу спеціальності «Психологія». Чернігів, Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка, 2010. 84 С.
8. Розвиток мотивації до здорового способу життя: Інформаційно-методичний посібник для офіцерів та сержантів / Укладачі: Бойко О.В., Литвиненко Е.С., Страшко С.В. Київ, Програма розвитку ООН, 2009. 166 С.
9. Скрипніков А.М., Напрєєнко О.К., Сонник Г.Т. «Наркологія» навчальний посібник. Тернопіль: ТДМУ, 2007. 360 с.
10. Сосновська А.В. Соціальна дистанція між віковими групами в українському суспільстві. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка 2010. № 1-2. С. 114-117.

11. Соціальна педагогіка: підручник / за ред. А. Й. Капської. Київ, Центр навч. літератури, 2006. 468 с.
12. Соціально-педагогічна робота з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів: науково-методичний посібник для студентів спеціальності «Соціальна педагогіка» / уклад.: С. Я. Харченко, О. І. Расказова, Ю. І. Чернецька. Харків, ХГПА, 2015. 120 с.
13. Соціальна робота: короткий енциклопедичний словник. Київ, ДЦССМ, 2002. 536 с.
14. Соціологічна теорія: традиції та сучасність: навч. посібник / За ред. А. Ручки. Київ, 2007. 363 с.
15. Федоришин Г.М. Ресоціалізуюче середовище і психологічна безпека неповнолітніх засуджених / Науковий Вісник, Львівського державного університету внутрішніх справ, 2012. № 2 (1), С. 175 -182
16. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt> (дата звернення 01. 05. 2022).
17. Чернецька Ю. І. Середовище ресоціалізації наркозалежних в реабілітаційних центрах: соціально-педагогічний аспект / Ю. І. Чернецька // Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Сер. Педагогіка / голов. ред. Г. Терещук ; редкол.: І. Задорожна, В. Кравець, Л. Морська [та ін.]. Тернопіль : ТНПУ, 2015. № 3. С. 114-119. URL: <http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/5739/1/Chernetska.pdf>
18. Шестаковський О.П. Історико-теоретичний аналіз шкали Богардуса., Соціологія, 2009 . С.39
19. Штейн Н.Г. Психологічні механізми формування адиктивної поведінки. Вісник Національного університету оборони України .2012. № 4(29). С. 288-285.

20. Щербина Л.Ф. Методичні підходи до психологічної реабілітації осіб, залежних від наркотичних речовин / Л.Ф. Щербина // Практична психологія та соціальна робота, 2000. № 8. 43 с.
21. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика: книга. Воронеж: НПО МОДЭК. 2002. 240 с.
22. «Групповая психотерапия» / Под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. Москва, Медицина, 1990. 384 с.
23. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. Санкт-Петербург, СПбГУ, 1999. 1023 с.
24. Д. Волосюк «Наркотики и «боевой дух»: сегодня и в прошлом» Deutsche Welle (DW) - URL: <https://p.dw.com/p/3hzN>
25. Ереемеев Б.А. Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма / Б.А. Ереемеев // Сборник научных статей по материалам Первого Международного Форума (Санкт-Петербург, 5–7 июня 2006 г.); под общ. ред. И.А. Баевой, Ш. Ионеску, Л.А. Регуш. Санкт-Петербург, ООО «Книжный Дом», 2006. С. 101–103.
26. Зиммель Г. Социальная дифференциация. Социологические и психологические исследования. Москва-Берлин, Директ-Медиа, 2014 г. 233 С.
27. Короленко Ц. П., Донских Т. А. Не упрощая ситуацию. Сибирские огни. Новосибирск, Наука, 1988. № 12. С. 23-35.
28. Мудрик А. В. Социальная педагогика: учеб. для студ. пед. вузов; под ред. В. А. Сластенина. 3-е изд., испр. и доп. / А. В. Мудрик. – Москва, Изд. центр «Академия», 2000. 200 С.
29. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении: практическое руководство / под ред. И.А. Баевой. Санкт-Петербург, Речь, 2006. 216 С.
30. Психологическая безопасность / В.П. Соломин, О.В. Шатровой, Л.А. Михайлов, Т.В. Маликова. Москва, Дрофа, 2008. С. 288.
31. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем / Стрельчук И. В. Москва, Медицина, 1973. 384 с.

32. Шурыгин, А. Н. Методы психокоррекции зависимого поведения у лиц взрослого возраста (аналитический обзор) / А. Н. Шурыгин // Психологическая наука и образование, 2004. № 4.
33. Allen P.V. Integrating art therapy into an alcoholism treatment program. *American Journal of Art Therapy*. 1985; 24:10–12.
34. A. Margolin and T. R. Kosten, “Opioid detoxification and maintenance with blocking agents”, *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*, N. S. Miller, ed. (New York, Marcel Decker, 1991).
35. Brehm, J. W., Brehm, S. S. *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. San Diego, CA: Academic Press. 1981. 446 p.
36. “Bring Back the War on Drugs.” (September 2015). *Boston Globe*. Accessed August 25, 2016.
37. Cirillo, Barbara, L. Art therapy within an alcohol and substance abuse inpatient treatment. *American Journal of Art*, 2011.
38. Davenport-Hines R. *The Pursuit of Oblivion: A Global History of Narcotics*, 2004. 624 p.
39. D. Gerstein and H. Harwood, eds. *Treating Drug Problems*, vol. 1 (Washington, D.C., National Academy Press, 1990).
40. *Drug Policies and Development, Conflict and Coexistence*, International Development Policy series No.12 (Geneva, Boston: Graduate Institute Publications, Brill-Nijhoff), 2020.
41. Editorial Staff, American Addiction Centers – «How Other Countries Deal with Addiction and Treatment» - URL: <https://deserthopetreatment.com/addiction-guide/drug-industry-trends/other-countries-addiction-treatment/>
42. Kelley S. J., Caregiver Stress in Grandparents Raising Grandchildren. *Journal of Nursing Scholarship*, 25. 1993. P. 331–337.
43. Laudet, Alexandre B. et al. “The Role of Social Supports, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowships in Quality of Life Satisfaction Among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems.” National Institutes of Health, 2006. Accessed July 13, 2019.

44. Lee N. Robins, Darlene H. Davis, Ab David N. Nurco, DSW «How Permanent Was Vietnam Drug Addiction?», *AJPH Supplement*, Vol. 64, December, 1974.

45. “Local Laws & Customs in Vietnam: What You Need to Know.” (June 2015). *World Nomads*. Accessed August 25, 2016.

46. Park, R. E. The Concept of Social Distance As Applied to the Study of Racial Attitudes and Racial Relations. *Journal of Applied Sociology*. 1924. № 8. P. 339–344

47. VandenBos, Gary R. (2007). *APA dictionary of psychology* (ed. 1st). Washington, DC: American Psychological Association.

48. “Why Doctors Are Giving Heroin to Heroin Addicts.” (May 2009). *TIME*. Accessed August 25, 2016.