

ГЛАВА 3

СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ОСОБАМИ З НАРКОТИЧНОЮ ТА АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Сердюк О.О, Белоусов Ю.В.

Важливі терміни: наркотик, психотропна (психоактивна токсична) речовина, наркоманія, токсикоманія, алкоголізм, адиктивна поведінка, адиктивні речовини, адикція, аддикт, інтоксикація, вживання із шкідливими наслідками, синдром залежності, профілактика наркотизму, первинна профілактика наркотизму, вторинна профілактика наркотизму, третинна профілактика наркотизму, освітня профілактика наркотизму, формування життєвих навичок (Life Skills Training), навчання здоровому способу життя, програми функціональних еквівалентів, зниження шкоди і зменшення ризику (Harm reduction / Risk minimization), антинаркотична політика.

3.1. Визначення основних понять у сфері алкогольної і наркотичної залежності.

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

Відповідно до *медичного критерію* наркотики - речовини, які в силу свого хімічного складу спроможні специфічно діяти на центральну нервову систему (стимулююча, ейфоруєча, галюциногенна, седативна дія), що і є причиною їхнього немедичного застосування.

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

Юридичний критерій означає, що спираючись на дві наведені вище передумови, законодавець визнав низку психоактивних засобів нелегальними, забороненими до немедичного вживання, використання, виготовлення, поширення в суспільстві, і вони включені до «Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин, їхніх аналогів і прекурсорів, які підлягають спеціальному контролю». Немедичний обіг наркотиків

(вирощування, транспортування, продаж, збереження) є злочинним діянням, що карається відповідно до Адміністративного та Кримінального кодексів України.

Виділення цих трьох «критеріїв» дозволяє розмежувати поняття „наркотичні речовини” і „психотропні (психоактивні токсичні) речовини”. Останні офіційно не визнані наркотиками, але відповідають медичному, і, у рідкісних випадках, соціальному «критеріям».

Слід розрізняти терміни „наркоманія” - залежність від наркотичних засобів, і „токсикоманія” - залежність від психотропних речовин.

Алкоголь і тютюн не підпадають під розуміння наркотиків у медичному і юридичному аспекті. Проте зловживання ними спричиняє розвиток залежності і цілком конкретних захворювань - хронічного алкоголізму (у випадку зловживання алкоголем) і нікотинової інгаляційної токсикоманії (або нікотинізму) у запеклих курців. Проте, обіг алкоголю і тютюну в Україні і практично у всьому світі легалізований, не заборонений.

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

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

Існують і інші визначення адиктивної поведінки:

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

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

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

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

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

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

Flx. 0 - Гостра інтоксикація (діагностичні критерії різноманітні для кожного класу речовин):

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

Flx. 1 - Вживання із шкідливими наслідками (зловживання):

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

Flx. - 2 Синдром залежності:

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

1. компульсивна потреба прийому речовини;
2. зниження контролю за прийомом речовини (початок, закінчення, дози), що характеризується збільшенням загальної дози і/або тривалості прийому і безуспішних спроб зменшити споживання.

3. соматичний синдром скасування (Flx. 3, Fix. 4) при зниженні дози або припиненні прийому, що зм'якшується при поновленні прийому;
4. підвищення толерантності, зниження ефекту при прийомі старих доз, який викликає необхідність підвищення дози для досягнення старого ефекту;
5. розширення часу, який витрачається на добування психоактивної речовини, її прийом і перенесення наслідків після вживання, яке супроводжується звуженням здорової соціальної активності й інтересів особистості;
6. продовження прийому, незважаючи на наявність шкідливих наслідків (Flx. 1) при усвідомленні цієї шкоди.

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

Flx.3 - Синдром скасування:

1. Доказ скасування або зниження дози речовини після повторного і, як правило, тривалого споживання у високій дозі;
2. Наявність специфічних ознак синдрому скасування, описаних окремо для кожної речовини;
3. Стан неможливо пояснити незалежною від вживання речовини соматичною патологією або іншим психічним захворюванням.

Сучасна класифікація адиктивних речовин (викликаючих психічні і поведінкові розлади) включає дев'ять класів речовин:

F10 - Алкоголь.

F11 - Опіоїди. Крім медичних опіоїдів (героїн, морфін, омнопон, метадон, промедол, бупренорфін, фентаніл, трамадол, трамалгін) сюди варто відносити препарати опію, які виготовляються кустарно (ханка, черняшка,

чорне, солома, ширево, бинти, ацетильований опій - той же героїн, але кустарний).

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

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

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

F15 - Інші стимулятори, включаючи кофеїн. Серед найбільш поширених - ефедрон та первитин (похідні ефедрини), амфетаміни, чифір, препарати з ліків «ефект», «колдакт» й ін.

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

F17 - Тютюн.

F18 - Летучі розчинники. Крім властивого підліткам зловживання клейєм і розчинниками, деякі дорослі «дихають» газом, який веселить (закис азоту).

F19 - Спільне вживання наркотиків і використання інших психоактивних речовин. При вживанні наркотиків, які мають ефект декількох класів речовин, залежність від них відносять до цього пункту. Наприклад, Екстазі має як стимулюючий, так і галюциногенний ефект.

3.2. Методологія соціальної роботи з особами з наркотичною залежністю

Основні напрямки соціальної роботи в сфері наркотичної залежності:

- Консультування - до цього напрямку в нашій країні належить первинна профілактика наркотизму. Реалізується, головним чином, без участі правоохоронних органів.

- Втручання - до цього напрямку належить вторинна і третинна профілактика наркотизму. Реалізується за участю правоохоронних органів, установ, які здійснюють лікування і реабілітацію наркозалежних.

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

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

Первинна профілактика спрямована на попередження розвитку захворювань, і в наркології включає заходи боротьби зі шкідливим для здоров'я вживанням алкоголю, наркотичних і інших психоактивних токсичних речовин. Е.А. Бабаян вказував на те що класифікація ВОЗ применшує значення первинної профілактики, а тільки вона на його думку, є справжньою. Відповідно до запропонованої ним класифікації первинна профілактика підрозділяється на радикальну і ранню.

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

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

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

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

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

- 1) систему заборон і покарань;
- 2) санітарне просвітництво;
- 3) виявлення контингентів високого ризику розвитку адиктивної поведінки (проте Личко А.Е. і Битенський В.С. вважають останній лише допоміжним прийомом).

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

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

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

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

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

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

За економічними механізмами:

- зниження пропозиції адиктивних речовин - supply reduction.
- зниження попиту на адиктивні речовини - demand reduction.

Зниження пропозиції - supply reduction - відбувається в основному через зменшення можливості придбати наркотик або іншу адиктивну речовину потенційним споживачем. В ідеалі ця стратегія спрямована на повне вилучення наркотиків із незаконного обігу. І, незважаючи на практичну недосяжність цієї мети, зниження пропозиції забезпечується за рахунок збільшення ціни наркотику на вулиці за допомогою класичних ринкових сил. Слід зазначити, що попит на наркотики є чисто еластичним і відповідає змінам ціни. Звідси - успішне зниження пропозиції може, у

принципі, знизити попит. Тут традиційно використовуються бар'єрні методи кримінального-політичного характеру. Проте необхідно мати на увазі той факт, що наркоман скоріше буде скорочувати споживання продуктів харчування, або буде вдаватися до злочинства й інших незаконних способів одержання матеріальних благ, щоб придбати наркотик за більш високою ціною, ніж зменшить його споживання.

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

За методами:

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

За цілями:

- Спрямовані на запобігання поширення наркотизму й доступності адиктивних речовин (drug enforcement).

- Спрямовані на зниження шкоди та несприятливих наслідків від вживання адиктивних речовин для залежних осіб і суспільства (harm reduction, risk minimization).

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

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

За групами населення - «мішенями» профілактики:

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

За загальними принципами впливу на соціум:

- Конструктивні - спрямовані на формування «таких установок і значеннєвої орієнтації особистості, при яких адиктивні речовини не є цінностями» [179], тобто ті, що посилюють вплив «захисних чинників», їх ще називають чинниками антирисуку.

- Деструктивні - спрямовані на руйнацію або зміну соціальних установок (спонтанних атитюдів) на споживання адиктивних речовин, тобто ті, що поменшують вплив «чинників ризику».

Освітня профілактика наркотизму

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

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

Програми формування життєвих навичок (Life Skills Training)

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

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

Цільовою групою для освітніх превентивних програм є учнівська в школах, коледжах, інститутах і інших освітніх закладах молодь. Найбільшу

ефективність у закладах освіти показали програми поведінки, побудовані за принципом формування життєвих навичок - ФЖН.

Основними принципами ФЖН є:

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

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

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

Безперервність навчання та ефективність програм прямо корелюють із їхньою тривалістю, послідовністю і широтою змісту. Тільки безупинні зусилля протягом багатьох уроків і навіть років дають позитивні результати.

Якісні програми передбачають у залежності від віку дітей від 45 до 100 уроків протягом семестру або послідовні курси протягом декількох років.

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

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

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

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

Співробітництво різноманітних відомств і організацій є одною з умов успішної тривалої роботи превентивної програми. Для успішного проведення програми необхідні об'єднані зусилля школи, фахівців у галузі профілактики,

правоохоронних органів, органів охорони здоров'я, представників урядових та громадських установ, а також приватного капіталу.

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

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

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

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

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

Навчання здоровому способу життя

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

програми здійснюються за декількома стратегічними моделями:

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

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

Радикально-політична модель. Вона містить у собі освітню модель, але її доповнює зовнішнє сприяння становленню здорового способу життя. Наголос робиться на посиленні такої якості, як впевненість у собі. Використовуються методи, які впливають з теорії соціального навчання. Молодь засвоює рольові моделі батьків та ровесників і прагне до поведінки, яка схвалюється референтною групою. Такою групою часто є ровесники, і підліткам потрібно зробити вибір між небажанням вживати адиктивні

речовини і груповими нормами, які передбачають їхнє вживання. Деяким не вистачає саме впевненості в собі, щоб відмовитися від пропозицій «спробувати».

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

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

- шкільна програма повинна бути розрахована на дітей усіх вікових груп, починаючи з дитячого саду і до старшої школи, або хоча б на критичний період середніх і старших класів;
- програма має передбачати декілька років впливу на дітей або охоплювати хоча б весь період середніх і старших класів;
- у програмі слід використовувати добре перевірені, стандартизовані методи з детальним планом уроків і навчального матеріалу;
- програма повинна навчати опору наркотикам за допомогою інтерактивних методів - моделювання ситуацій, рольові ігри, дискусії, зворотній зв'язок, підкріплення, тривала практика й ін.;
- програма має виховувати соціально-позитивне ставлення до школи і суспільства;
- програма повинна навчати соціальним навичкам (комунікабельність, впевненість у собі, самоповага) і способам опору наркотикам з урахуванням культурних особливостей і рівня розвитку дітей;
- програма має сприяти позитивному впливу дітей одне на одного;
- програма повинна прищеплювати антинаркотичні соціальні норми;
- програма повинна закріплювати знання тренуванням вмій і навичок;

- програма повинна мати адекватну тривалість (спеціалісти NIDA пропонують від 10 до 15 занять впродовж першого року і потім 10-15 закріплюючих занять);
- програма має передбачати періодичну оцінку для визначення її ефективності.

Програми функціональних еквівалентів

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

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

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

Сімейна профілактика наркотизму

Як правило, ці програми тісно пов'язані зі шкільними програмами

профілактики наркотизму. У основі сімейної профілактичної програми лежать принципи охоплення сімей із дітьми будь-якого віку і розвиток навичок батьків у таких сферах:

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

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

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

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

Нещодавно одержала розвиток нова форма надання допомоги наркоманам, у рамках якої більше не висувається обов'язкова вимога відмови від вживання наркотиків. Поступово вводяться такі методи боротьби з наркоманією, як програми обміну шприців для ін'єкційних наркоманів, робота на вулиці, доступні контактні кафе, кімнати для наркоманів, крім того, проводиться лікування методом заміщення (наприклад, наркоманам замість тих наркотиків, які вони звикли вживати, пропонують метадон). Для того, щоб зменшити небезпеку, пов'язану з вживанням незаконних

наркотиків, і дати наркоманам можливість жити повноцінним життям, багато держав стали більш толерантно ставитися до вживання незаконних наркотиків (Голландія, Англія й ін.). Проте той факт, що подібні заходи знаходяться на грані законності, змушує багатьох фахівців, які займаються проблемою наркоманії, вимагати декриміналізації торгівлі і вживання наркотиків. Вони вважають, що це, зрештою, повинно привести до зміни законів у відношенні легалізації нових методів боротьби з наркоманією.

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

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

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

Релігійна профілактика наркотизму

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

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

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

Слід підкреслити, що з погляду богослов'я кожна пристрасть є своєрідною заміною Бога у душі. Таким чином, наркотизм носить псевдорелігійний характер. Ефект, що виникає під впливом наркотиків, є сурогатом здорового релігійного почуття. Тому різноманітні адиктивні речовини використовуються в різних поганських культурах. Наркомани ведуть інтенсивне містичне життя. Хоча ця містика є псевдодуховною, вона все ж глибше і ближче до релігійних почуттів, ніж матеріалістичний світогляд. Тому всяка спроба переконати наркомана жити «як усі» (у розумінні церкви бездуховно), на думку релігійних діячів, буде мати малий успіх, тому що він уже відчув «вузькість матеріалізму». Йому можна запропонувати лише альтернативу «щирого духовного життя». Оскільки пристрасть до адиктивних речовин заповнює в душі вакуум, який виникає в результаті відсутності там Бога, церква пропонує єдиний спосіб звільнення від

залежності - Бог має зайняти там відповідне місце, щоб людині не потрібно було шукати порятунку в наркотиках, тобто людина повинна прийняти Віру. Християнська церква вчить, що людина може здолати свої пороки тільки через повернення до Христа й участь у Таїнствах церкви.

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

Третинна профілактика наркотизму

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

У розвинутих країнах, і навіть у тих, які розвиваються, реабілітаційні центри діють вже давно. Більшість із них працюють за програмою «12 кроків». Ця програма розроблена ще наприкінці 30-х років людьми, що раніше самі залежали від наркотиків або алкоголю. Вона одержала схвалення в усьому світі, оскільки в принципі вирішує головну задачу лікування - повну

духовну переорієнтацію наркомана, поступове повернення або набуття нових життєвих цінностей, властивих здоровим людям. Існує Всесвітня Федерація Терапевтичних Товариств (WFTC), що об'єднує лікувальні і реабілітаційні центри, які працюють за цією програмою. На жаль, у СРСР її поширення не віталось, оскільки програма «12 кроків» активно спирається на релігійні почуття людини, хоча, за великим рахунком, і не передбачає обов'язкової віри в Бога. На цьому принципі працюють найвідоміші терапевтичні організації - «Анонімні Алкоголіки» (АА), «Анонімні Наркомани» (АН), «Ал-Анон» (допомога родичам хворих), «Алатин» (допомога дітям алкоголіків). Утримання реабілітаційних центрів обходиться досить дорого, тому часткове забезпечення для них є головним принципом. Саме тому дотепер практично немає ні державних, ні муніципальних установ такого типу. У нашій країні цю функцію виконували клуби зустрічей колишніх пацієнтів, хворих алкоголізмом.

Терапевтичні співтовариства, такі як «SYNANON» у Німеччині, «ALMEDRO-INTERNATIONAL» у Берліні, «МОНАР» у Польщі, центри «DAYTOP» у США, у Німеччині й інших країнах, «КИСКО» у Фінляндії, «ФЕНІКС-ХАУЗ» у Норвегії й інші, як правило, мають свою територію, на якій мешкають бажаючі позбутися залежності, тут же вони працюють і спілкуються. Все їх внутрішнє життя побудоване за чіткими правилами, спрямованими на подолання залежності. Порушники виганяються колективним рішенням. Добровільність є основним принципом, у силу чого ефективність такої діяльності досить висока.

Глобальна мережа Internet як інструмент впливу на наркотизм

Нині, у зв'язку з розвитком і активним проникненням практично у всі сфери людської діяльності мережі Internet, усе більш суттєвим стає вплив Internet-реальності на споживачів адиктивних речовин. Соціологи схильні розглядати простір мережі Internet як соціальний «кіберпростір», свого роду інформаційно-комунікативне поле, сформоване взаємодіючими користувачами, який характеризується практично необмеженою свободою й

анонімністю цієї інформаційної взаємодії. Останнім часом з'явилися і методичні розробки щодо використання ресурсів мережі Internet у профілактичній роботі. У цьому зв'язку ми можемо виділити два напрямки мережної діяльності, які по-різному впливають на наркотизм: пронаркотичний й антинаркотичний. Обидва ці напрямки мають досить великі мережні ресурси, чимала їх частина зосереджена й у російськомовному просторі.

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

На багатьох сторінках висувається теза про опозиційність стосовно суспільства, негативно настроєного до вживання наркотиків і здійснюється заклик до легалізації «легких» наркотиків. Найчастіше це заклик до легалізації конопель. Існує ціла низка сторінок, що закликають легалізувати

коноплю, які пропагандують її вживання і ідеологічно пов'язану з ним субкультуру, т.зв. «Marijuana Web Ring».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Кримінально-політична й економічна профілактика наркотизму

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

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

Антинаркотична політика

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

Політику стосовно наркотиків можна також умовно розділити на три типи:

- Ліберальна
- Репресивна
- Рестриктивна (стримуюча)

Українська антинаркотична політика найбільш близька до рестриктивної.

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

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

- Рішуча і жорстка боротьба з незаконним поширенням наркотиків, із їх нелегальним ринком. У цій частині Конвенції вважають за необхідне введення в національні законодавства численних складів злочинів, що передбачають відповідальність за операції з наркотиками. Сюди також можна віднести систематичне нарощування міжнародних зусиль з контролю

над потоками наркотиків, розробку і впровадження різноманітних розвідувальних та охоронних систем на усіх видах транспорту, проведення пошукових, оперативних заходів тощо.

- Гуманізація ставлення до осіб, які страждають наркоманіями. Тут рекомендуються різноманітні види заміни кримінального покарання лікуванням, розробка і застосування реабілітаційних та профілактичних заходів. Проте цей напрямок визначений як бажаний; тут державам надана свобода у прийнятті рішень.

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

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

Контрольні питання :

1. Охарактеризуйте поняття „наркотик”, „адиктивні речовини”, „адиктивна поведінка”.
2. Назвіть основні класи адиктивних речовин.
3. Які види хімічної залежності вам відомі?
4. У чому полягає реадаптація у суспільстві осіб, що вживають адиктивні речовини?
5. Чим визначається політика України у галузі попередження зловживання адиктивними речовинами?
6. Які програми зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин Вам відомі?
7. Які міжнародні програми профілактики хімічної залежності Вам відомі?
8. Які існують антиалкогольні профілактичні та реабілітаційні програми?
9. Охарактеризуйте сучасний стан розповсюдження наркотиків в Україні.
10. У чому полягають особливості традиційних засобів профілактики наркоманії?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под редакцией профессора Соболева В.А. и доцента Рущенко И.П. – Харьков: Торсинг, 2000.
2. Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты / Коллективная монография: итоговые материалы международного проекта / Составитель – доц. И.П. Рущенко. – Харьков: Финарт, 2002.
3. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. Наркология /пер.с англ. – М.: Бином, СПб.: Невский диалект, 1998.
4. Учебное пособие для студентов медицинских институтов по наркологии: пер. с англ./под ред. В.Б.Поздняка. – Минск: Интеракт, 1997.
5. Селіванов М.П., Хрупа М.С. Антинаркотичне законодавство України. Історія, теорія. Коментар. – К.: Юрінком, 1997.
6. Музыка А.А. Відповідальність за злочини у сфері незаконного обігу наркотичних засобів. – К.: Логос, 1998.
7. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая нарколгия. – Л., Медицина, 1991.
8. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Учебное пособие по наркологии. – М.: Медицина, 1981.

9. Валентин Ю. В., Зыков О. В., Цетлин М. Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. – М., 1997.
10. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / под ред. Березина С.В., Лисецкого К.С., Орешниковой И.Б. – М.: изд-во Института психотерапии, 2000.
11. Лекции по наркологии. Издание второе, переработанное и расширенное. Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Нолидж, 2000.
12. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. – СПб., 2000.
13. МКБ-10/ICD-10. Международная классификация болезней (10й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Под ред. Нуллера Ю.Л., Цыпкина С.Ю. – СПб.: ОВЕРЛАЙД, 1994.
14. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. Книга для всех. – СПб; М.: Невский диалект, изд. Бином, 1998.
15. Тимофеев Л.М. Наркобизнес. Начальная теория экономической отрасли. – М.: Российск. гос.гуманит. ун-т. 1998.
16. Матеріали інтернет-сторінки <http://www.psychiatry.org.ua>