

## ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З НАРКОЗАЛЕЖНИМИ КЛІЄНТАМИ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ

*В статті розглянуто особливості соціальної роботи з наркозалежними клієнтами; систематизовано види програм у соціальній роботі з наркозалежними; визначено основні соціальні стратегії впливу на наркозалежну особу з адиктивною поведінкою; розкрито зміст соціального супроводу наркозалежних клієнтів.*

**Ключові слова:** *наркоманія, адиктивна поведінка, наркозалежні клієнти, соціальна робота, соціальні технології.*

*В статье рассмотрены особенности социальной работы с наркозависимыми клиентами; систематизированы виды программ в социальной работе с наркозависимыми; определены основные социальные стратегии влияния на наркозависимых лиц с аддиктивным поведением; раскрыто содержание социального сопровождения наркозависимых клиентов.*

**Ключевые слова:** *наркомания, аддиктивное поведение, наркозависимые клиенты, социальная работа, социальные технологии.*

*The article considers the features of social work with drug dependent clients; the types of programmes of social work with drug-addicts have been systematized; the main social strategies of influence on the drug-dependent persons with addictive behavior have been identified; the contents of social support of addicted clients has been revealed.*

**Keywords:** *drug addiction, addictive behavior, drug-addicted clients, social work, social technologies.*

Соціально-економічні реформи в державі зумовили зниження рівня життя, криміналізацію суспільства, дитячу бездоглядність. Проблеми соціального виховання, недостатній рівень профілактики негативних явищ у поведінці підлітків, цікавість у поєднанні з відсутністю критичного ставлення до наркотиків, несформованість здорового способу життя призводять до збільшення кількості молодих людей, які палять, вживають алкоголь, наркотичні речовини.

За даними МВС, на сьогодні офіційно налічується близько 500 тис. наркоманів, із них 171,6 тис. уживають наркотики регулярно. Зокрема близько 5 тис. наркозалежних не досягли 18 років [3]. Особливо гостро в сучасному суспільстві постала проблема наркоманії, яка перетворилася на проблему всіх верств суспільства, від людей, що живуть за межею бідності, до заможних людей.

Звідси виникає глобальне протиріччя між необхідністю вирішення проблеми наркоманії в нашому суспільстві через наявні методики та превентивні заходи, спрямовані на попередження адиктивної поведінки серед

підлітків та молоді, і все більшим масштабом поширення цієї хвороби. Також наявні суперечності між необхідністю розробки дієвих методик і технологій соціальної роботи з наркозалежним та недостатньою ефективністю цих технологій, які б діяли на сучасному етапі і забезпечили вирішення цієї проблеми; між необхідністю наукової розробки проблеми соціальної допомоги наркозалежним і недостатністю теоретичних доробок у цьому напрямі.

Останнім часом проблеми наркотизації молоді досить ґрунтовно висвітлюються в наукових джерелах. Так, наркотизм визначається вченими як негативне соціальне явище, сутність якого полягає в залученні до немедичного споживання наркотиків окремими групами населення (В. Міхлін, Є. Дюмін), і як соціальне явище, яке охоплює все, що пов'язане з наркогенними речовинами й соціальними наслідками їх вживання (Д. Колесов, С. Турцевич). Термін «наркотизм» використовується українськими (В. Соболев, І. Рущенко) та російськими (П. Бабанов, О. Штакельберг) філософами та соціологами у широкому значенні, зокрема для позначення окремої галузі соціологічного знання – соціології наркотизму.

На основі аналізу праць учених А. Личко, В. Бітенського, А. Габіані, Я. Гілінського, Л. Кессельмана, А. Вілкса, В. Соболева, С. Березиної, І. Рущенко, О. Сердюка наркоманія нами розглядається як адиктивна поведінка.

Питання технологій соціальної роботи з наркозалежними розглядалися багатьма дослідниками, серед яких: О. Балакірева, Д. Богдан, А. Бойко, Л. Дума, П. Дупленко, Н. Максимова, К. Мілютіна, О. Савчук, Т. Семигіна, С. Філь, О. Яременко та багато інших.

Оцінюючи досвід різних країн, можна виділити три глобальні соціальні стратегії дії на особу із залежною поведінкою: репресивна політика (боротьби суспільства з окремими його членами); політика мінімізації ризику (зниження шкоди) – прагматичний підхід; політика ресоціалізації (соціально-психологічної реабілітації). Однак проблема вивчення підходів в соціальній роботі із наркозалежними клієнтами та розробки відповідних соціальних технологій залишається недостатньо вивченою.

Мета статті полягає в теоретичному аналізі основних стратегій і моделей соціальної роботи з наркозалежними клієнтами (зокрема, підлітками і молоддю).

У повсякденному житті наркотики можуть зустрічатися у складі ліків, напоїв, харчових продуктів тощо. Регулярне вживання таких речовин спричинює виникнення залежності від них – необхідність у повторюваних дозах певної речовини для того, щоб почувати себе краще або не почувати себе гірше. Стан залежності може призвести до негативних фізичних та поведінкових наслідків, які можуть зумовити медичні або соціальні проблеми.

Наркозалежність – захворювання, що виникає внаслідок неконтрольованого вживання хімічних речовин на основі особистісної

схильності у вигляді переваги рис залежної особистості, і проявляється у формі паталогічної залежності від психоактивних речовин, яка має психологічний і фізичний характер.

Серед важливих принципів роботи з людьми, залежними від психоактивних речовин, зазвичай, виділяють такі, як:

- розуміння замість засудження;
- добровільність та партнерство замість контролю;
- конфіденційність;
- щирість та довірливість стосунків клієнта та консультантів;
- тісна співпраця з сім'єю клієнта;
- допомога для самопомоги (активність замість пасивності);
- комплексний характер допомоги [8].

Отже, робота з людьми, які мають залежність від психоактивних речовин, повинна будуватися з огляду на численні соціальні, психологічні та біологічні чинники, пошуку методів і форм роботи, прийнятних для конкретного клієнта і з огляду на той етап зміни поведінки, на якому він перебуває.

У соціальній роботі з наркозалежними виділяють три різновиди програм: профілактичні, лікувальні та реабілітаційні. Зрозуміло, що ролі та завдання соціальних працівників, які працюють з людьми із залежністю від психоактивних речовин, визначаються типом програми, в якій вони беруть участь.

Наразі профілактичні програми передбачають первинну профілактику, спрямовану на запобігання вживанню наркотиків, тобто це робота з тими, хто ще не знайомий зі смаком наркотичних речовин, свого роду «вакцинація» виникнення проблеми. Такі програми головним чином орієнтовані на дітей та підлітків індивідуально, а також на групи ризику. Такими вважають тих, у кого ризик виникнення проблем більший, ніж у інших. До групи ризику підлітків відносять того, в кого виявляється одна або кілька таких особливостей: патологія вагітності, ускладнені пологи, важкі або хронічні хвороби дитинства, струс головного мозку, виховання у неповній сім'ї, постійна зайнятість одного з батьків, алкоголізм або наркоманія у когось із членів родини тощо [6].

Є чимало моделей профілактики. Всесвітня організація охорони здоров'я радить використовувати такі з них:

1) модель моральних принципів – підкреслює те, що використання психоактивних речовин є аморальним та неетичним; як правило, вона набуває форми кампаній публічного вмовляння, яке часто проводять релігійні групи, а також політичні та громадські рухи, що зважають на такі принципи, як патріотизм, самопожертва заради загального добробуту. Моральний підхід видається найефективнішим у часи широкого релігійного відродження, а також активних фаз соціальних рухів, коли більшість населення залучено до загальноальтруїстичних заходів і соціальний контроль індивідуальної поведінки є найсильнішим;

2) модель залякування – ґрунтується на твердженні, що населення можна змусити не вживати наркотичні речовини, якщо інформаційні кампанії підкреслюватимуть небезпеку такої поведінки;

3) модель фактичних знань, або когнітивна модель – докладає зусиль для поліпшення способів передачі та отримання інформації про наркотики; поширеною є думка, що програми фактичних знань ефективніші стосовно осіб, які мають певний досвід уживання наркотиків;

4) модель афективного навчання – полягає у застосуванні афективних підходів – навчальних методик, які фокусуються більшою мірою на корекції деяких особистісних дефіцитів, ніж на проблемі власне вживання наркотичних речовин; визначальним принципом є той, що тенденція до їх вживання може зменшитися або зникнути, якщо такі дефіцити буде подолано. Проблеми, які ідентифікують у таких програмах, стосуються самооцінки, визначення та прояснення особистісних цінностей, прийняття рішень, навичок подолання та зменшення тривоги, розпізнавання соціального тиску;

5) модель поліпшення здоров'я – може бути використана як непрямий підхід до надання знань про наркотики. Оздоровчі програми заохочують розвиток альтернативних звичок. Цей підхід особливо корисний для людей, які здатні дбати про своє здоров'я;

6) профілактичну роботу з позицій підходу нормалізації базують на таких принципах:

- розширення розуміння причин, у зв'язку з якими людина звертається до наркотиків, вивчення цих причин;

- важливість заходів, які не дозволяють випадковим споживачам стати залежними;

- інформація щодо ризику вживання наркотиків повинна бути подана разом з інформацією про ризик, пов'язаний із вживанням алкоголю та тютюну;

- образ залежної від наркотиків людини має бути демістифікований і зведений до реальних пропорцій. Варто зняти табу на цю тему і властиві їй емоційні та сенсаційні обертони;

- ініціативи, які включають соціоекономічну та культурну емансипацію, видаються кориснішими, ніж залякуючі повідомлення [4].

На нашу думку, ідеї профілактики з позицій підходу нормалізації є найгуманнішими. Профілактика наркоманії повинна базуватися не на заборонах і боротьбі з негативним, а на сприянні росту можливостей особистості розв'язувати складні життєві ситуації та робити здоровий життєвий вибір.

Крім профілактичних, використовуються такий тип програм, як лікувальні, ключове місце в яких посідає надання медичної допомоги клієнтам. Слід зазначити, що власне медикаментозне лікування без залучення реабілітаційних можливостей соціальних працівників та психологів, як правило, є неефективним. Так, особи з опійною наркоманією, котрі отримали лише медичну допомогу в обсязі зняття гострого абстинентного синдрому,

практично стовідсоткове повертаються до вживання наркотиків упродовж року [1]. Найбільш поширеними в даній моделі є програми замісної терапії, які використовують у процесі надання допомоги споживачам ін'єкційних наркотичних речовин, які мають опіїдну залежність.

У процесі здійснення замісної терапії втілюється мультидисциплінарний підхід, коли фахівці з різних галузей знань працюють скоординовано над наданням послуг одному й тому ж клієнтові і в такий спосіб забезпечують комплексність допомоги. До складу мультидисциплінарної (багатопрфільної) команди входять сертифікований лікар-нарколог (або інший лікар, який пройшов спеціальну підготовку), лікар-інфекціоніст, медсестра, соціальний працівник та психолог або консультант з проблем хімічної залежності. Разом з ними працюють парапрофесіонали: співзалежні, екс-наркомани та екс-алкоголіки. Це дозволяє вже на перших етапах реабілітації розв'язувати проблему комплексно, із залученням до роботи членів родин залежних осіб, із проведенням індивідуальної та групової роботи за різними напрямками [5].

До третьої групи спеціалізованих програм відносять такі, які можна назвати безмедикаментозними і які мають на меті реінтеграцію, реадаптацію, ресоціалізацію осіб із залежністю. Реабілітаційні програми позбавлення від залежності базуються на тому, що одужання людини відбувається внаслідок утримання від психоактивних речовин, на навичках пошуку ресурсів у собі та найближчому оточенні. Це потрібно для того, щоб людина могла максимально адекватно інтегруватися у суспільство (в макро- та мікросоціум) відповідно до індивідуальних особливостей, можливостей, а також з урахуванням реалій її сімейного та трудового досвіду й досвіду громади. Розв'язання таких складних проблем передбачає довготривалу реабілітацію людини із залученням до програми фахівців та людей, які навчилися жити із залежністю.

Оцінюючи досвід різних країн, можна виділити три глобальні соціальні стратегії впливу на особу із залежною поведінкою:

- 1) репресивна політика (боротьба суспільства з окремими його членами);
- 2) політика мінімізації ризику (зниження шкоди) – прагматичний підхід;
- 3) політика ресоціалізації (соціально-психологічної реабілітації) [7].

Сутність репресивної політики полягає в жорсткому підході. Наприклад, наркотики забороняються державою, а всі дії, пов'язані з ними, переслідуються згідно з законом. Так, в США за зберігання героїну або кокаїну саджають у в'язницю на термін від 5 до 40 років. У Китаї або Сінгапурі за подібні дії карають смертю. Аналогічна жорстка соціальна політика по відношенню до наркотиків діє в більшості країн [2]. У деяких державах забороняється алкоголь аж до введення «сухого закону». Вводячи каральні заходи, держава розраховує контролювати рівень вживання психоактивних речовин. Проте алкоголізм і наркоманія зберігаються, а споживачі окрім однієї проблеми – хімічної залежності – автоматично

набувають другу – делінквентність, оскільки вживання означає злочин. Крім того, для мафії вигідна загальна заборона на наркотики, оскільки вона стимулює інтерес до них і зростання цін на нелегальну наркопродукцію.

Ліберальна політика зниження шкоди менш поширена. Концепція зниження шкоди виходить з того, що наркотики уживалися, уживаються і уживатимуться, а споживачі наркотиків – частина суспільства, навіть якщо суспільство і не хоче про це знати. Ця концепція стає все більш популярною в світі, а в Нідерландах і Австралії реалізується офіційно. В основі лежить віра у те, що після певного періоду часу, частіше всього близько 10 років вживання, у людини з'являється бажання або припинити вживання, або стабілізувати і контролювати його. З іншого боку, констатується факт, що певна частина людей ніколи не кине наркотики.

Політика ресоціалізації (соціально-психологічної реабілітації) припускає комплексну програму з відновлення життєвих функцій індивіда, дезадаптованого унаслідок залежної поведінки. Реабілітаційна програма включає заходи на декількох рівнях: правовий захист і соціальна підтримка (включення в соціальну групу, юридичний захист, працевлаштування, рішення житлової проблеми); психологічна реабілітація (психологічна підтримка ремісії, розширення особистісних ресурсів); медична допомога (зняття абстинентного синдрому, протирецидивна терапія, лікування супутніх соматичних і нервово-психічних розладів).

Згідно з чинним українським законодавством і практикою діяльності багатьох соціальних служб і медико-соціальних служб, соціальний супровід передбачає регулярну роботу, спрямовану на здійснення соціальної опіки, допомоги та патронажу з метою подолання життєвих труднощів, збереження та підвищення соціального статусу клієнтів. Цей метод роботи також має назву ведення випадку або робота з випадком [6].

Соціальний супровід (ведення випадку) – це спланований процес взаємин між клієнтом і соціальним працівником, який може передбачати застосування різних моделей роботи та стратегій втручання. У цьому процесі виділяють низку окремих етапів:

- прийняття рішень: узгодження з клієнтом мети, завдань та плану заходів; вибір методів роботи, перегляд ресурсів, розподіл часу; досягнення домовленості про послуги і очікувані результати;
- використання клієнтом своїх знань, вмінь, ресурсів та професійних знань, вмінь, ресурсів соціального працівника; здійснення моніторингу роботи;
- аналіз результатів: чи досягнута мета, здобутки, готовність клієнта завершити стосунки.

Соціальний супровід лише нещодавно став складовою діяльності вітчизняних наркологічних закладів, набув популярності у наркологічній практиці, що означало введення посад соціальних працівників.

Оскільки немає єдиного успішного, придатного для всіх випадків способу лікування наркозалежності, головним принципом лікування є

формування індивідуального лікувального плану, що відповідає медичним і соціально-психологічним потребам конкретного пацієнта.

Після того, як пацієнти проходять період стабілізації, вони разом із соціальним працівником складають довгостроковий терапевтичний план, що, зокрема, має на меті соціальну реабілітацію і ресоціалізацію СІН.

Соціальний працівник не тільки допомагає клієнтові здійснювати ті чи інші кроки, а й стежить за позитивними змінами в житті клієнта, реєструє їх та виносить на обговорення міждисциплінарної команди.

На початковому етапі роботи з пацієнтом, який є клієнтом соціального працівника, необхідно виявити усі соціальні чинники, які так чи інакше можуть впливати на прихильність до лікування та виконання медичних рекомендацій, а також сприяти або, навпаки, стримувати розвиток споживання наркотичних речовин.

З урахуванням проблем, потреб, переваг та обмежень клієнта складається індивідуальний план соціального супроводу, який може містити наступні пункти:

- медичні послуги (робота над формуванням прихильності до лікування);
- соціальні послуги (оформлення необхідної матеріальної допомоги і пільг);
- психічне здоров'я (свідоме прийняття рішень, управління кризовими станами, консультації, психотерапія, консультації з питань хімічної залежності);
- підтримка сім'ї (планування опіки над дітьми, розподіл майна);
- освіта (консультації для близького оточення з питань догляду, профілактика – оцінка ризиків).

На етапі здійснення втручання відбувається переведення плану у практичні дії із застосуванням різноманітних стратегій діяльності та теоретичних моделей. Здійснення втручання повинно відповідати визначеному індивідуальному плану та потребам клієнта, воно також може передбачати пошук потрібних ресурсів як індивідуальних, так і на рівні оточення і суспільства.

Робота з клієнтом підлягає моніторингу (систематичному накопиченню інформації та періодичному перегляду виконаної роботи). Елементами такого моніторингу можуть бути регулярні (щотижневі, щомісячні, щоквартальні звіти), контрольні візити до клієнтів, матеріали супервізійних (наставницьких) зустрічей, щоденникові записи, а також інші документи.

Етап оцінки проведеної роботи має свої особливості, які залежать від того, чи є завершеними стосунки з клієнтом чи ні. Стосунки завершуються, якщо клієнт з різних міркувань припинив відвідувати соціального працівника, був виписаний у зв'язку із завершення програми або в адміністративному порядку. Кінцеве оцінювання передбачає аналіз того, чи досягнута мета.

Основними формами соціальної роботи з наркозалежними є індивідуально-психологічна і групова, тренінгова. Можна визначити наступні технології соціальної роботи з наркозалежними та ВІЛ-інфікованими: інформаційно-профілактичні технології; соціально-профілактичні технології; соціально-психологічні технології; соціально-педагогічні технології; соціально-медичні технології.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Дворяк С. Соціально-психологічна реабілітація людей із залежністю від наркотичних речовин / С. Дворяк. – К.: Граффіті Груп, 2003. – 56 с.
2. Змановская Е. В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения / Е. В. Змановская. – М.: Академия, 2006. – 288 с.
3. Інформаційно-аналітичні матеріали щодо діяльності центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у 2012 році [Електронний ресурс] // Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді. – Режим доступу: <http://www.dcssm.gov.ua/>.
4. Профілактика вживання алкоголю, наркотиків і токсичних речовин серед молоді / О. М. Балакирева, П. Ю. Дупленко, Н. Ю. Максимова, К. Л. Мілютіна // Молодь України: стан, проблеми, шляхи розв'язання. – Вип. 7. – К.: Студцентр, 1998. – 56 с.
5. Семігіна Т. В. Соціальна психологічна реабілітація в рамках програми замісної підтримки / Т. В. Семігіна. – К.: Консум, 2007. – 51 с.
6. Сердюк О. О. Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю: [навч. посіб.] / О. О. Сердюк, Ю. Л. Белоусов. – Харків: Нац. ун-т внутрішніх справ, 2006. – 303 с.
7. Смагин С. Ф. Аддиктивное поведение / С. Ф. Смагин // Нева. – 2006. – С. 153 – 165.
8. Технологія роботи з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для молоді: методичний посібник / С В. Толстоухова, О. О. Яременко, О. В. Вакуленко та ін. – К.: Держ. центр соц. служб для молоді, Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. – 88 с.