



НАЦІОНАЛЬНА ГВАРДІЯ УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

ПРОФІЛАКТИКА ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ



НАЦІОНАЛЬНА ГВАРДІЯ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

ПРОФІЛАКТИКА ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ
НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

Практичний посібник

Харків
2021

А в т о р с ь к и й к о л е к т и в :

Я. В. Мацегора, канд. психол. наук, с.н.с. (розд. 1–3; висновки, перелік джерел, додатки В, Г, Ж, К, Л, Р); *О. С. Колесніченко*, д-р психол. наук, с.н.с. (додатки А, Б, Ж, И, М–П, перелік скорочень); *І. І. Приходько*, д-р психол. наук, проф. (вступ, розд. 1, додатки Д, Е); *І. М. Волков* (вступ, розд. 4, 5, додаток Т); *В. І. Волкова* (розд. 6, додатки С, У, Ф).

Рекомендовано до видання Вченою радою Національної академії Національної гвардії України (протокол № 30 від 11.12.2020 р.)

Профілактика вживання психоактивних речовин військовослужбовцями Національної гвардії України : **практ. посіб.** / Я. В. Мацегора, О. С. Колесніченко, І. І. Приходько та ін. Харків : НА НГУ, 2021. 184 с.

ISBN 978-966-8671-70-8

У посібнику викладено основні заходи з контролю наркологічної ситуації і раннього виявлення військовослужбовців Національної гвардії України, які схильні до вживання або вживають психоактивні речовини. Алгоритм їх здійснення складається з трьох змістових блоків, в яких відображено: особливості диференціації особового складу за цілями психопрофілактичної роботи; типологія особистостей, схильних до вживання психоактивних речовин; рекомендації щодо заходів первинної профілактики для кожної з категорій військовослужбовців; наведено ознаки наркотичного сп'яніння та гострого отруєння різними типами психоактивних речовин, представлено засоби і процедури виявлення наявності наркотичних речовин в організмі військовослужбовців; визначено порядок дій командирів (начальників) та військових медичних працівників у ході організації та здійснення службової діяльності; розглянуто особливості нормативно-правового регулювання у сфері обігу наркотичних засобів та психотропних речовин.

Для офіцерів, психологів, медичних працівників та військовослужбовців Національної гвардії України.

УДК 615.015.6-335.33

Р е ц е н з е н т и :

О. В. Тімченко, головний науковий співробітник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології Національного університету цивільного захисту України, д-р психол. наук, професор;

В. І. Пасічник, доцент кафедри військово-соціального та психологічного забезпечення Національної академії Національної гвардії України, канд. психол. наук, доцент.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ	9
1.1 Загальна характеристика залежної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України	9
1.2 Типологія військовослужбовців Національної гвардії України, які вживають психоактивні речовини	23
1.3 Схема залучення військовослужбовців Національної гвардії України до вживання психоактивних речовин	29
1.4 Загальна первинна профілактика вживання психоактивних речовин	35
1.5 Визначення окремих категорій військовослужбовців для здійснення заходів первинної профілактики вживання психоактивних речовин	40
РОЗДІЛ 2 ВИЯВЛЕННЯ ОЗНАК НАРКОТИЧНОГО СП'ЯНІННЯ ТА НАЯВНОСТІ ЗАЛЕЖНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ	46
2.1 Ознаки наркотичного сп'яніння	47
2.2 Визначення симптомів передозування психоактивними речовинами	60
2.3 Стадії наркотичної залежності	62
РОЗДІЛ 3 ПРОГНОЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ ПОЗБАВЛЕННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ	71
3.1 Ефективність лікування наркозалежності відповідно до тяжкості стану військовослужбовця	71
3.2 Визначення градацій оточення військовослужбовця, який вживав наркотики, та заходи вторинної профілактики	71
РОЗДІЛ 4 НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН І ПРЕКУРСОРІВ У НАЦІОНАЛЬНІЙ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ	78
4.1 Загальна характеристика правового регулювання у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів	78
4.2 Адміністративна відповідальність військовослужбовців за вчинення правопорушень, пов'язаних з наркотичними засобами і психотропними речовинами	81
4.3 Право на складання протоколів про адміністративні правопорушення, пов'язані з наркотиками	90
4.4 Порядок оформлення в Національній гвардії України матеріалів про військові адміністративні правопорушення	90
4.5 Особливості притягнення до відповідальності військовослужбовців за вчинення ними адміністративних правопорушень	94
4.6 Кримінальна відповідальність військовослужбовців за вчинення правопорушень, пов'язаних з наркотичними засобами і психотропними речовинами	94

РОЗДІЛ 5 ПОРЯДОК ДІЙ КОМАНДИРА (НАЧАЛЬНИКА) У РАЗІ ВІЯВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ З ОЗНАКАМИ ВЖИВАННЯ НИМИ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	101
РОЗДІЛ 6 ПОРЯДОК ДІЙ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА СТАН ГОСТРОЇ НАРКОТИЧНОЇ ЧИ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ. ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА	109
ВИСНОВКИ	119
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ	120
Додаток А Тренінгова програма “Зроби правильний вибір”	125
Додаток Б Тренінг профілактики наркоманії серед військовослужбовців Національної гвардії України	138
Додаток В Нефармакологічні засоби терапії поширених проблем	142
Додаток Г Організація профілактики вживання психоактивних речовин у вищих військових навчальних закладах	143
Додаток Д Діагностичний опитувальник для виявлення схильності до різних форм девіантної поведінки “ДАП-2”	146
Додаток Е Тест “Схильність до залежної поведінки” (автор В. Д. Менделевич)	150
Додаток Ж Експрес-опитувальник “Кассандра”	156
Додаток И Діагностична бесіда з молодим поповненням задля визначення військовослужбовців для занесення у групу посиленої психологічної уваги	160
Додаток К Загальні характеристики експрес-тесту SNIPER™ 10	163
Додаток Л Лабораторні тести	168
Додаток М Особливості поведінки військовослужбовців з різними типами акцентуацій характеру	169
Додаток Н Типи акцентуацій характеру військовослужбовців, схильних до вживання психоактивних речовин	171
Додаток П Етапи розвитку наркотичної поведінки особистості	173
Додаток Р Симптоми інтоксикації і передозування різними видами психоактивних речовин	175
Додаток С Акт медичного огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп’яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції	176
Додаток Т Протокол про військове адміністративне правопорушення ...	179
Додаток У Акт медичного огляду з метою виявлення стану алкогольної, наркотичної чи іншої гострої інтоксикації	181
Додаток Ф Висновок щодо результатів медичного огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп’яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції	183

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ВВНЗ	– вищий військовий навчальний заклад
ВЛК	– військово-лікарська комісія
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ГСР	– гострий стресовий розлад
ГУ НГУ	– Головне управління Національної гвардії України
ДС ЗСУ	– Дисциплінарний статут Збройних Сил України
ЕМД	– Екстрена медична допомога
Закон	– Закон України “Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори”
ЗСУ	– Збройні Сили України
КК України	– Кримінальний кодекс України
КПК України	– Кримінальний процесуальний кодекс України
КУпАП	– Кодекс України про адміністративні правопорушення
ЛРНД	– летючі речовини наркотичної дії
МВС	– Міністерство внутрішніх справ України
МКХ	– Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України
НГУ	– Національна гвардія України
НКП	– Новий клінічний протокол “Екстрена медична допомога: догоспітальний етап”
ПАР	– психоактивні речовини
ПДР	– Правила дорожнього руху
ППЗ	– підрозділ психологічного забезпечення
ПТСР	– посттравматичний стресовий розлад
СВС ЗСУ	– Статут внутрішньої служби Збройних Сил України
ФЖН	– формування життєвих навичок
ЦНС	– центральна нервова система

ВСТУП

Національна гвардія України (НГУ) нарівні з іншими силами охорони правопорядку виступає одним із основних суб'єктів боротьби з розповсюдженням психоактивних речовин та профілактики цього негативного явища серед населення. Проте, на жаль, проведений у Головному управлінні НГУ (ГУ НГУ) статистичний аналіз свідчить, що, незважаючи на профілактичні заходи, які проводяться командуванням територіальних управлінь, військових частин та вищих військових навчальних закладів (ВВНЗ), кількість правопорушень, пов'язаних з незаконним обігом наркотичних речовин серед військовослужбовців НГУ, не тільки не зменшується, а навпаки, суттєво зростає.

Так, якщо у 2016 р. допущено 7 таких кримінальних правопорушень, то у 2017 р. їх стало вже 12, у 2018 р. – 17, у 2019 р. – 20, а станом на 10 березня 2020 р. обліковано вже 5 таких злочинів.

Не зменшується кількість адміністративних правопорушень, пов'язаних із вживанням військовослужбовцями наркотичних речовин або їх перебуванням на службі у стані наркотичного сп'яніння. Так, у 2017 р. за вживання наркотичних чи психотропних речовин військовослужбовцями на території військових частин або виконання обов'язків військової служби у стані наркотичного сп'яніння командирами військових частин НГУ та уповноваженими особами складено 11 протоколів про військові адміністративні правопорушення, у 2018 р. кількість таких протоколів збільшилася утричі – до 45, у 2019 р. – у п'ятеро – до 57, а станом на 10 березня 2020 р. складено вже 27 таких протоколів.

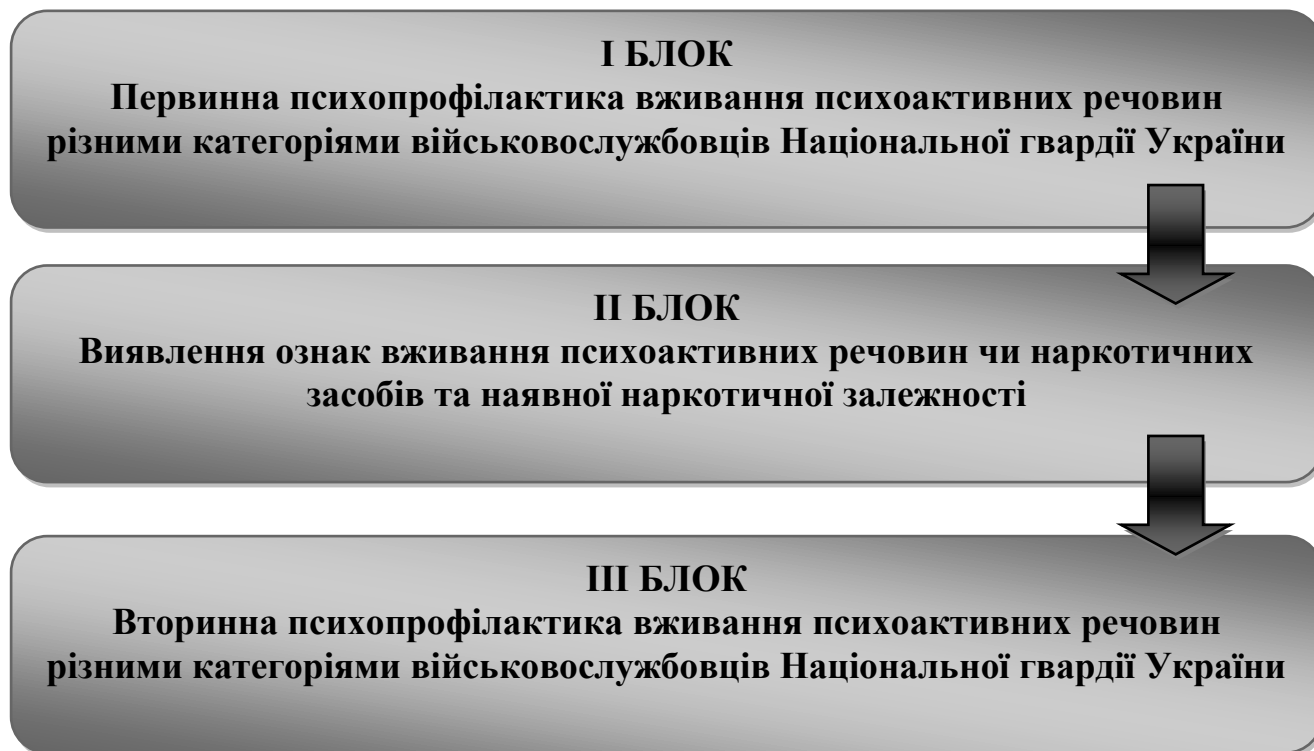
Суттєво зросла кількість випадків затримання військовослужбовців НГУ за керування транспортними засобами в стані наркотичного сп'яніння: з 2 у 2017 та 2018 р. до 7 у 2019 р.; та 2 таких правопорушення допущено за перший квартал 2020 р.

Ситуація, що склалася, пояснюється низкою причин, серед яких:

- специфіка діяльності військовослужбовців НГУ, яка полягає в контактах з особами, які вживають психоактивні речовини, розповсюджувачами та особами, які виготовляють наркотики;
- значна вірогідність потрапляння під вплив представників наркобізнесу;
- недостатня якість проведення щорічного профілактичного медичного та наркологічного огляду військовослужбовців;
- недостатній контроль керівників усіх ланок за поведінкою підлеглих поза службою та вивчення їх сімейно-побутових особливостей життя.

Ще однією з причин погіршення наркологічної ситуації в НГУ є певний відсоток осіб серед юнаків призовного віку, що мали досвід вживання чи вживають психоактивні речовини. Негативним є і те, що чимало сучасних призовників мають недоліки у вихованні, а також демонструють риси особистісної незрілості, що полегшує їх потрапляння під вплив поширювачів психоактивних речовин вже під час служби в НГУ у випадку послаблення контролю з боку командирів підрозділів, де вони проходять військову службу.

Аналізуючи наркологічну ситуацію, що склалася в НГУ, вбачається необхідність у проведенні певних заходів, покликаних її контролювати (див. алгоритм).



Алгоритм роботи з контролю наркологічної ситуації
в Національній гвардії України та психопрофілактики щодо виявлення осіб,
схильних до вживання психоактивних речовин

Якщо первинна психопрофілактична робота є типовим заходом, спрямованим на попередження фактів вживання психоактивних речовин і формування залежності від них у військовослужбовців, то інші фактори є похідними внаслідок несприятливої ситуації із вживанням психоактивних речовин в Україні (більше половини школярів пробували ту чи іншу психоактивну речовину) і ставленням цивільного населення до військовослужбовців, що їх вживають.

Психоактивні речовини набули в Україні такого поширення, що вважати військовослужбовців недосяжними для їх впливу є легковажним. Не підлягає сумніву і той факт, що військовослужбовці зі сформованою залежністю за рішенням військово-лікарської комісії (ВЛК) підлягають звільненню з лав НГУ. Однак сам факт, що колишній військовослужбовець став наркозалежним чи був виявленим із цим захворюванням під час служби в НГУ, погано позначається на її іміджеві серед цивільного населення і негативно впливає на призовників, військовослужбовців строкової служби та військової служби за контрактом тих підрозділів, де проходив службу наркозалежний. Це робить актуальним проведення заходів вторинної психопрофілактики серед його оточення для подолання негативних наслідків подібних випадків.

З метою покращення роботи командирів (начальників), психологів та медичного персоналу НГУ здійснено спробу узагальнити вимоги основних нормативно-правових актів у сфері протидії незаконному обігу наркотиків, запропонувати орієнтовний алгоритм дій зазначеної категорії військових службових осіб на підставі вимог діючого законодавства.

Практичний посібник має на меті сприяти упорядкуванню дій командирів (начальників), психологів та військових медичних працівників для організації та здійснення службової діяльності, дотримання законності та правильного застосування вимог нормативно-правових актів у разі виявлення військовослужбовців, які вчинили (вчиняють чи готуються вчинити) правопорушення у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів.

Запропоновані заходи контролю наркологічної ситуації покликані запобігти можливості проникнення й поширення психоактивних речовин серед військовослужбовців НГУ, а також попередити і виявити на ранньому етапі їх вживання.

РОЗДІЛ 1

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

1.1 Загальна характеристика залежної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України

У середині надзвичайно складної і розгалуженої категорії “відхильна поведінка особистості” виділяється підгрупа так званої залежної поведінки або залежностей. Залежна поведінка особистості є серйозною соціальною проблемою, оскільки у вираженій формі може мати такі негативні наслідки, як: втрата працездатності, конфлікти з оточуючими, вчинення злочинів. Крім того, це найбільш поширений вид девіації, що так чи інакше зачіпає більшість сімей.

Вживання та розповсюдження важких наркотиків законодавчо забороняється в більшості країн світу. Відповідно до законодавства всі психотропні речовини поділяються на легальні (дозволені) і нелегальні (заборонені) наркотики. В Україні до першої групи належать тютюн і алкоголь, до другої – сильнодіючі наркотичні речовини. Будь-які операції з наркотичними речовинами визнаються протиправними. Водночас чинне українське законодавство містить низку протиріч і недоліків, що спричиняє вторинну криміналізацію залежних особистостей і не дозволяє ефективно регулювати дії з наркотиками.

На відміну від українського законодавства, похідні конопель (марихуана, гашиш) легалізовані в деяких європейських країнах, наприклад, у Голландії, а також у ряді мусульманських держав. Одночасно з цим ісламська культура накладає заборону на вживання алкоголю. Жорсткі репресивні заходи (у тому числі і смертну кару) за вживання та розповсюдження наркотиків застосовують у Китаї, країнах Близького Сходу і Південно-Східної Азії.

На цей час проблемі залежної поведінки науковці приділяють найпильнішу увагу. В українських і зарубіжних дослідженнях накопичено багатий клінічний, експериментальний і теоретичний матеріал з різних видів залежності.

З давніх часів різні форми залежної поведінки називали шкідливими або згубними звичками, маючи на увазі пияцтво, переїдання, азартні ігри й інші пристрасті. У сучасній медичній літературі широко вживають такий термін, як патологічні звички. Поняття “залежність” також запозичене з медицини, є відносно новим і нині популярним.

У широкому сенсі під залежністю розуміють “прагнення покладатися на будь-що або будь-кого з метою отримання задоволення або адаптації”. Умовно можна говорити про “нормальну або надмірну залежність”. Усі люди відчувають “нормальну залежність” від таких життєво важливих об’єктів, як повітря, вода, їжа. Більшість людей живлять здорову прихильність до батьків, друзів, подружжя... У деяких випадках спостерігається порушення нормальних відносин залежності. Наприклад, аутичні, шизоїдні, антисоціальні розлади

особистості виникають унаслідок вродженого або рано придбаного дефіциту прихильності до інших людей.

Схильність до надмірної залежності, навпаки, породжує проблемні симбіотичні відносини чи залежну поведінку. Далі, застосовуючи термін “залежність”, розумітимемо саме надмірну прихильність до чого-небудь.



Залежна поведінка, таким чином, виявляється тісно пов'язаною як зі зловживанням з боку особистості чимось або кимось, так і з порушеннями її потреб. У спеціальній літературі вживають ще одну назву розглянутої реальності – адиктивна поведінка. У перекладі з англ. “*addiction*” – схильність, згубна звичка. Якщо звернутися до історичного коріння зазначеного поняття, то “адіктус” (лат.) – той, хто пов'язаний боргами (засуджений до рабства за борги). Інакше кажучи, це людина, яка перебуває в глибокій рабській залежності від якоїсь непереборної влади. Деяке переважання терміна “адиктивна поведінка” полягає в його міжнародній транскрипції, а також у можливості ідентифікувати особу з подібними звичками як “адикта” або “адиктивну особистість”.

Залежна (адиктивна) поведінка як вид девіантної поведінки особистості, зі свого боку, має безліч підвидів, що диференціюються, переважно, за об'єктом адикції. Теоретично (за певних умов) це можуть бути будь-які об'єкти чи форми активності – хімічна речовина, гроші, робота, ігри, фізичні вправи або секс. У реальному житті більш поширені такі об'єкти залежності, як: 1) психоактивні речовини (легальні й нелегальні наркотики); 2) алкоголь (у більшості класифікацій належить до першої підгрупи); 3) їжа; 4) ігри; 5) секс; б) релігія і релігійні культури.

Відповідно до вищепереліченого, виділяють деякі форми залежної поведінки. Це зокрема:

- хімічна залежність (куріння, токсикоманія, наркозалежність, лікарська залежність, алкогольна залежність);
- порушення харчової поведінки (переїдання, голодування, відмова від їжі);
- ігрова залежність (комп'ютерна залежність, азартні ігри);
- сексуальні адикції (зоофілія, фетишизм, трансвестизм, ексгібіціонізм, некрофілія, садомазохізм);
- релігійна деструктивна поведінка (релігійний фанатизм, залученість у секту).

У міру зміни життя людей з'являються нові форми залежної поведінки, наприклад, на сьогодні надзвичайно швидко поширюється комп'ютерна залежність. Водночас деякі форми поступово втрачають ознаку девіантності. Потрібно утримуватися від спокуси долучати до залежної поведінки повсякденні форми активності, які не завдають реального збитку, наприклад, просту звичку пити каву або їсти солодке. Залежна (адиктивна) поведінка – це

одна з форм відхильного поводження особистості, пов'язана зі зловживанням чимось або кимось з метою саморегуляції чи адаптації.

Ступінь тяжкості адиктивної поведінки може бути різним – від практично нормальної поведінки до важких форм біологічної залежності, що супроводжуються вираженою соматичною і психічною патологією. У зв'язку з цим деякі автори розрізняють адиктивну поведінку і просто шкідливі звички, які не досягають ступеня залежності та не мають фатальної загрози, наприклад, переїдання або паління. Зі свого боку, окремі підвиди адиктивної поведінки представляють континуум різноманітних проявів.

Вибір особистістю конкретного об'єкта залежності частково визначається його специфічною дією на організм людини. Як правило, люди розрізняються за індивідуальною схильністю до тих чи інших об'єктів адикції. Особлива популярність алкоголю значною мірою пов'язана із широким спектром його дії – він може з однаковим успіхом застосовуватися для збудження, зігрівання, розслаблення, лікування застудних захворювань, підвищення впевненості та розкутості.

Різні форми залежної поведінки мають тенденцію поєднуватися або перетікати одна в одну, що доводить спільність механізмів їх функціонування. Наприклад, курець з багаторічним стажем, відмовившись від сигарет, може відчувати постійне бажання їсти. Людина, залежна від героїну, часто намагається підтримувати ремісію за допомогою вживання більш легких наркотиків чи алкоголю.

Отже, незважаючи на зовнішні відмінності, вищезазначені форми поведінки мають принципово схожі психологічні механізми. У зв'язку з цим можна виділити такі загальні ознаки адиктивної поведінки:

1. Передусім залежна поведінка особистості проявляється в її стійкому прагненні до зміни психофізичного стану. Цей потяг переживається людиною як імпульсивно-категоричне, непереборне. Зовні це може виглядати як боротьба із самим собою, а частіше, як втрата самоконтролю.

2. Адиктивна поведінка виникає не одразу, вона являє собою безперервний процес формування і розвитку адикції (залежність). Адикція має: початок, індивідуальну течію і результат. Мотивація поведінки різна на різних стадіях залежності.

Так, процес формування наркотичної залежності може мати певні етапи (див. додаток П). Спочатку під впливом молодіжної субкультури відбувається ознайомлення з наркотиком на тлі епізодичного вживання, позитивних емоцій і контролю, що зберігається.

Поступово формується стійкий індивідуальний ритм вживання з відносно збереженим контролем. Цей етап часто називається стадією психологічної залежності, коли об'єкт, дійсно, допомагає на нетривалий час покращувати психофізичний стан.

Із часом відбувається звикання до все більших доз наркотику, одночасно з цим накопичуються соціально-психологічні проблеми та посилюються дезадаптовані стереотипи поведінки. Для наступної стадії характерне почастищення ритму вживання в максимальних дозах, поява ознак фізичної

залежності з ознаками інтоксикації, синдромом відмови та повною втратою контролю. Наркотик перестає приносити задоволення, він вживається для того, щоб уникнути страждання або болю. Усе це супроводжується грубими змінами особистості (аж до психічного розладу) і вираженою соціальною дезадаптацією.

На більш пізніх стадіях вживання наркотиків дози зменшуються, вживання вже не призводить до відновлення стану. У результаті – соціальна ізоляція і катастрофа (передозування, суїцид, СНІД, захворювання, несумісні з життям).

Тривалість і характер протікання стадій залежать від особливостей об'єкта (наприклад, виду наркотичної речовини) та індивідуальних особливостей адикта (зокрема, віку, соціальних зв'язків, інтелекту, здатності до сублімації).

3. Ще однією характерною особливістю залежної поведінки є її циклічність. Фази одного циклу можна описати так:

- наявність внутрішньої готовності до адиктивної поведінки;
- посилення бажання і напруження;
- очікування й активний пошук об'єкта адикції;
- отримання об'єкта і досягнення специфічних переживань;
- розслаблення;
- фаза ремісії (відносного спокою).

Далі цикл повторюється з індивідуальною частотою і виразністю. Наприклад, для одного адикта цикл може тривати місяць, для іншого – один день.

4. Залежна поведінка необов'язково призводить до захворювання або смерті (як, наприклад, у випадках алкоголізму або наркоманії), але закономірно спричиняє особистісні зміни та соціальну дезадаптацію. Першорядного значення набуває формування адиктивної установки – сукупності когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей, що викликають адиктивне ставлення до життя.

Адиктивна установка виражається в появі надцінного емоційного ставлення до об'єкта адикції (наприклад, у турботі про те, щоб був постійний запас сигарет, наркотику). Думки та розмови про об'єкт починають переважати. Посилюється механізм раціоналізації – інтелектуального виправдання адикції (“усі курять”, “без алкоголю не можна зняти стрес”, “хто п'є, того хвороби не беруть”). При цьому формується так зване магічне мислення (у вигляді фантазій про власну могутність чи всемогутність наркотику) і “мислення за бажанням”, унаслідок чого знижується критичність до негативних наслідків адиктивної поведінки та адиктивного оточення (“усе нормально”, “я можу себе контролювати”; “усі наркомани – хороші люди”). Паралельно розвивається недовіра до всіх “інших”, у тому числі фахівців, які намагаються надати адикту медико-соціальну допомогу (“вони не можуть мене зрозуміти, тому що самі не знають, що це таке”).

Адиктивна установка неминуче призводить до того, що об'єкт залежності стає метою існування, а вживання – способом життя. Життєвий простір звужується до ситуації отримання об'єкта. Усе інше – колишні моральні

цінності, інтереси, відносини – перестає бути значущим. Бажання “злитися” з об’єктом настільки домінує, що людина здатна подолати будь-які перешкоди на шляху до нього, виявляючи неабияку винахідливість і завзятість. Тож не дивно, що брехня найчастіше стає незмінним супутником залежної поведінки. Критичність до себе і своєї поведінки істотно знижується, посилюється захисно-агресивна поведінка, зростають ознаки соціальної дезадаптації.

Мабуть, одним з найбільш негативних проявів адиктивної установки є анозогнозія “заперечення хвороби або її тяжкості”. Небажання адикта визнавати свою залежність (“я – не алкоголік”; “якщо захочу, кину пити”) істотно ускладнює не тільки його стосунки з оточуючими, але й надання допомоги, а в ряді випадків робить цю залежність нездоланною.

Таким чином, залежна (адиктивна) поведінка – це поведінка, пов’язана із залежністю від вживання певної речовини (або від специфічної активності) з метою адаптації та зміни психічного стану. Суб’єктивно вона переживається як неможливість жити без об’єкта адикції, як непереможний потяг до нього. Така поведінка має виражений аутодеструктивний характер, оскільки неминуче руйнує організм і особистість.

Нині більшість авторів поділяють усі форми залежної поведінки на дві великі групи: хімічні та нехімічні адикції. Хімічна залежність пов’язана з надмірним вживанням різноманітних психоактивних речовин. Багато людей широко застосовують хімічні речовини, такі як алкоголь, каву, транквілізатори. Більшості з них вдається зберігати контроль над їх уживанням протягом усього життя, і тільки деякі стають справжніми рабами залежності.

Специфічною особливістю хімічної залежності є наявність тісного зв’язку між двома її аспектами – клінічним і психосоціальним. Це означає, що поведінку, пов’язану з уживанням наркотиків, слід одночасно розглядати і як комплекс соціально-психологічних проблем, і як наслідок прогресуючих фізико-хімічних змін в організмі. На певному етапі формування адикції (етапі фізичної залежності) хімічні процеси в організмі починають відігравати провідну роль у підтриманні адиктивної поведінки. Ця особливість спонукає фахівців мати деякі знання в області клінічних проявів наркозалежності.

Для синдрому фізичної залежності (МКХ-10) характерні такі клінічні ознаки:

- непереборне бажання вживати психоактивні речовини;
- знижений контроль за початком, закінченням або загальним дозуванням їх прийому;
- уживання з метою пом’якшити синдром відмови (абстинентний синдром);
- підвищення толерантності до наркотику (потреба в більш високих дозах);
- зниження ситуаційного контролю (вживання в незвичних обставинах);
- ігнорування інших задоволень заради прийому наркотиків;



– психічні розлади або серйозні соціальні проблеми внаслідок вживання.

Є думка, що не всі речовини викликають фізичну залежність. Наприклад, вона розвивається у процесі зловживання опіатами, барбітуратами або алкоголем, але не з'являється у разі вживання амфетаміну чи кокаїну. Для точної оцінки виду і ступеня залежності потрібне втручання фахівців (як правило, наркологов). На стадії фізичної залежності психосоціальна допомога повинна також супроводжуватися лікуванням подібних симптомів хвороби.

Незважаючи на деякі відмінності в клінічних проявах окремих форм хімічної залежності, останні мають загальні соціально-психологічні ознаки. В основі цієї адикції полягає потреба продовжувати прийом наркотику з метою досягнення почуття комфорту або усунення неприємних відчуттів (наприклад, абстинентного синдрому). Потяг до наркотику стає надзвичайно сильним. Подібно до ракової пухлини, ця залежність швидко руйнує особистість і життя хворого. Однією з ознак зловживання наркотиками є “зсув” упродовж життя. Він виявляється, передусім, у соціальній дезадаптації, що швидко зростає. При цьому спостерігається: зниження успішності, відмова від навчання або професійної діяльності, конфлікти із соціальним оточенням, проблеми із законом, відхід від сім'ї та друзів, звуження спілкування до наркоманічного кола, ізоляція.

Паралельно із соціальною деградацією відбувається виражена зміна характеру. На тлі заклопотаності наркотиком зростає загальна необов'язковість, формується амотиваційний синдром (втрата колишніх інтересів). Заперечення стає стилем поведінки. Наркозалежний заперечує буквально все: факти вживання, правила, власні вчинки, свою відповідальність, наявність проблем, нарешті, залежність і необхідність її лікування. Спроби оточуючих допомогти залежному знецінюються чи викликають агресію. Реальність повністю замінюється фантазіями у формі безплідних мрій, невиконаних обіцянок, брехні, ілюзій. Світ наркозалежних – це світ міфів: “я можу вколотися тільки один раз”, “я вживаю, коли хочу”, “можна контролювати дозу”, “я можу без наркотику”, “ломку можна пережити”, “інші не вживають, бо не знають, що це таке”, “лікарі не розуміються на цьому”, “наркоманія не виліковна”.

Якщо спочатку адиктивна особистість намагається уникати вирішення проблем, то поступово вона взагалі втрачає здатність до дій. Депресія, ізоляція, безпорадність, проблеми із законом – усе це, нарешті, призводить до усвідомлення серйозності проблеми.

Загальна система первинної профілактики, тобто профілактики, спрямованої на попередження вживання психоактивних та наркотичних речовин, має три основні групи заходів:

1. Система заборон і покарань.
2. Психологічна просвіта.
3. Виявлення осіб з високим ризиком розвитку адиктивної (залежної) поведінки.



Причому останнє – визначення контингенту з високим ризиком розвитку адиктивної поведінки – є заходом, що обумовлює два інших, тому що залежно від особливостей груп ризику добираються заходи двох інших груп. Слід одразу зазначити, що коли йдеться про НГУ, то вживати термін “контингент високого ризику” є не зовсім доречним, тому що відсоток військовослужбовців, які вживають психоактивні речовини, є незначним. Ефективна психопрофілактична робота, насамперед, потрібна не стільки через поширеність цієї проблеми в НГУ, скільки через наслідки, які, за наявності стану наркотичного сп’яніння у військовослужбовця, можуть бути трагічними.

Зазначимо, що існуючу в НГУ систему заборон і покарань щодо вживання психоактивних та наркотичних речовин міняти немає потреби, вона є жорсткою, проте необхідною (попри те, що в суспільстві ставлення до осіб, які вживають наркотики, стає дедалі гуманнішим, до них ставляться як до хворих, таких, що потребують допомоги, підтримки).

Не піддаючи сумніву необхідність цих трьох груп заходів, вважаємо за доцільне як точку відліку в розробленні заходів попередження і раннього виявлення осіб, схильних до вживання психоактивних речовин, розглянути можливі мотиви їх вживання різними категоріями військовослужбовців і, зважаючи на це, сформувані інші профілактичні заходи.

Моніторинг існуючої ситуації показує, що можливі мотиви вживання психоактивних засобів, психологічні особливості осіб, які їх вживають, соціальне оточення та доступність цих засобів є неоднаковими для різних категорій військовослужбовців НГУ. Мотивація вживання психоактивних речовин є найбільш загальною характеристикою, тому що вона характеризує і тип особистості, і ставлення до виконуваної нею діяльності, і соціальне оточення.

Зважаючи на особливості мотивації вживання психоактивних речовин, можна найбільш загально говорити про дві категорії військовослужбовців, які відповідають двом крайнім полюсам мотивів можливого їх вживання.

Охарактеризуємо *перший полюс-категорію* військовослужбовців. Для військовослужбовців цієї категорії професія військового є свідомим вибором, у них сформована професійна мотивація, має місце ідентифікація з роллю військовослужбовця, наявний досвід військової служби. Це досить зрілі чоловіки та жінки, емоційно і морально стійкі, впевнені в собі. Проте життєві ситуації у них можуть скластися так, що вживання психоактивних речовин може розпочатися без усвідомлення факту формування у них психічної залежності.

Поштовхом до складання неусвідомленої ситуації вживання психоактивних речовин може стати таке:

– розвиток ознак посттравматичних стресових розладів (ПТСР) унаслідок пережитих стресів під час виконання професійних обов’язків. Вірогідність розвитку ознак ПТСР досить велика у військовослужбовців підрозділів спеціального призначення, конвоювання, екстрадиції та охорони підсудних;

– смерть співслужбовців чи близьких родичів болісно переживається і може спричинити депресивні стани;

– труднощі виконання службових обов'язків і, разом з тим, напружений графік служби є характерними для підрозділів з охорони громадського порядку, конвоювання, екстрадиції та охорони підсудних, які мають несприятливі умови діяльності, а також для військовослужбовців, які часто перебувають у довготривалих відрядженнях;

– проблеми соціально-побутового та матеріального характеру: складнощі з житлом, із забезпеченням та утриманням родин тощо. Ці проблеми тією чи іншою мірою характерні для більшості військовослужбовців НГУ. Утім, для деякого вони стають непереборними, наприклад, унаслідок взятих на житло грошових кредитів, заборгованостей, що виникли через цивільно-правові відносини (виплати за рішенням суду внаслідок знищення чужого майна) тощо;

– сімейні проблеми, зокрема розлучення, втрата дітей, позбавлення батьківських прав, сімейні сварки тощо.

Самі по собі зазначені вище проблеми можуть більш-менш адекватно розв'язуватися військовослужбовцями зі стійкою психікою. Проте їх накопичення може призвести до *змін у структурі особистості*, що зменшує можливість протистояти таким життєвим негараздам:

– захисні механізми свідомості призводять до сплюснення емоційної і мотиваційної сфер унаслідок високої інтенсивності служби і монотонності виконання службових обов'язків;

– втрата сенсу життя, яка може мати місце через зіткнення зі смертю близької людини, дитини тощо;

– втрата сенсу професійної діяльності, що може стати наслідком гострої несправедливої реакції населення щодо військовослужбовців НГУ, які виконували свої службово-бойові завдання (наприклад, під час масових суспільно-політичних заходів, таких як Помаранчева революція, Євромайдан чи Революція Гідності тощо);

– дисоціації “Я”, розотожнення “Я” і головної професійної ролі – військовослужбовця. Такі зміни в самооцінці є похідними від трансформацій у ціннісно-смісловій сфері.

Подібні перетворення в особистості є тим вірогіднішими, чим інтенсивнішим є негативний вплив та чим меншою є підтримка соціального оточення:

– інтровертованість особи є типологічною особливістю, яка мало змінюється протягом життя. Сама по собі ця риса не є негативною, але інтроверти мають вузьке коло друзів та, у разі виникнення проблем, іноді не мають до кого звернутися по допомогу, з ким поділитися наболілим;

– відсутність родини, друзів, товаришів може бути одним із негативних наслідків як високої інтенсивності служби, коли на підтримку зв'язків хронічно не вистачає часу, так і наслідком постійних переведень до різних місць служби, особливо, якщо військовослужбовець не є соціально активним;

– відчуття провини перед близькими є також одним із факторів уникнення спілкування з ними. Відчуваючи провину перед близькими, складно просити в них про допомогу, підтримку.

Ще одним негативним аспектом, що не дозволяє адекватно долати труднощі, які виникли, є недостатній розвиток інтелектуальної сфери і загальної поінформованості особи. Так, невисокі аналітичні здібності, нерозвинена когнітивна функція прогнозування, відсутність інформації щодо того, як можна вирішувати проблемні питання в юридичному, фінансовому і психологічному аспектах, – усе це сприяє суб'єктивному сприйманню ситуації як такої, що неможливо розв'язати, поглиблює депресивні настрої, песимізм, а також зменшує критичність у ставленні до ситуації.

Утім, навіть такі стани в осіб, які є досить добре соціалізованими, поважають норми моралі і права, поінформовані про негативні наслідки вживання психоактивних речовин, напряду рідко призводять до свідомого рішення їх вживати. Частіше важливу роль у рішенні вживати подібні речовини відіграє оточення. Зокрема, переживаючи психологічну напруженість, маючи тривалі проблеми зі сном, розслабленням тощо, військовослужбовці шукають можливість позбавитися їх так, щоб не завдати шкоди службовій діяльності (не вживаючи алкоголь і сильнодіючі наркотичні речовини). Логічним при цьому є звернення до медичних працівників. Але зі схожими проблемами військовослужбовці дуже рідко звертаються до відомчих медичних закладів, не вважаючи їх хворобами чи побоюючись, що доведеться мати справу з психіатром, направленням на ВЛК. Звертаючись до знайомих медичних працівників чи безпосередньо до фармацевтів у аптеках, вони отримують рекомендації вживати дозволені седативні засоби. Проте, не розв'язуючи проблемні ситуації, військовослужбовець може поступово самостійно збільшувати дозування, що з високою ймовірністю призводить до формування психічної (а згодом і фізичної) залежності від седативних препаратів.

До транквілізаторів звикання може формуватися в процесі їх прийому, зокрема, коли не проводиться відповідний лікарський нагляд. Зростає толерантність, можливі абстинентні психози тощо. Синдром фізичної залежності проявляється в неспокої, страхах, безсонні, пітливісті, м'язовому тремтінні й посіпуваннях, але на цій стадії та строках він формується досить рідко. У разі зловживання снодійними засобами психічна і фізична залежність формується дещо повільніше, ніж у випадку опіоїдної наркоманії, але прояви захворювання дуже важкі та призводять на віддалених етапах до тяжких наслідків.



У підрозділах з напруженим графіком служби на фоні несформованої мотивації професійної діяльності і безвідповідальності за свою роботу вживання психостимуляторів може призвести до психічної, а потім і до фізичної залежності. Причому військовослужбовець може спочатку приймати вітамінні і мінеральні комплекси для відновлення сил, подолання слабкості, апатії. Будучи незадоволеним отриманим від них результатом, військовослужбовець може почати пошук більш дієвих засобів. При цьому

наявність доступу до “безкоштовних” психостимуляторів і “рекомендації” товаришів по службі можуть додатково сприяти формуванню залежності від психостимуляторів, інших наркотиків, що сприяють розслабленню чи відстороненню від проблем.

Стимулятори центральної нервової системи (ЦНС) – це фенамін, первитин, центедрин, бензедрин, ефедрин та інші препарати. Їх використовують для зменшення відчуття втоми, підвищення працездатності, покращання настрою. Звикання виникає достатньо швидко, розвивається психічна залежність до препаратів, зростає толерантність, бажання збільшити дозу препарату для того, щоб викликати ейфорію та боротися з депресією і втомою. Ефект проявляється у розвитку ейфорії з явищами бадьорості, бажанням працювати, прискорюються функції мислення. Прийом великих доз препарату може спричинити раптову смерть. В окремих випадках хронічного вживання фенаміну можуть розвиватися психотичні розлади у вигляді маячення, з наявністю зорових галюцинацій.

Зазначимо, що визначення категорій військовослужбовців за різними мотивами можливого початку вживання психоактивних речовин не є самоціллю, це лише засіб для розроблення диференційованого підходу у первинній профілактиці вживання психоактивних речовин. Так, для ефективних заходів, спрямованих на попередження вживання психоактивних речовин, важливо знати, які саме фактори визначають потенційний ризик їх вживання. Будь-який з описаних вище чинників не є приводом для розвитку залежності в майбутньому, але свідчить про наявність підвищеного ризику такого вживання.

Для цієї групи військовослужбовців заходи психологічної роботи щодо профілактики вживання психоактивних речовин повинні спрямовуватися на формування психологічної культури (бажання звертатися до психолога зі своїми проблемами, використовувати психологічні засоби для досягнення своїх цілей – релаксації, подолання втоми тощо). Необхідно виявляти осіб, які мають симптоми ПТСР і проводити з ними психокорекційні та реабілітаційні заходи.

Серед військовослужбовців підрозділів з охорони громадського порядку, які мають можливість вилучати психоактивні речовини у громадян, потрібно посилювати контроль, періодично проводити вибіркоче медичне експрес-тестування на наявність наркотиків в організмі, щоб формувати острах бути виявленими зненацька. Для такої вибіркової перевірки рекомендовано використовувати вітчизняний експрес-тест на визначення 10 наркотиків (амфетамін, метамфетамін, морфін, марихуана, кокаїн, метадон, екстазі, барбітурати, фенциклідін, бензодіазепіни) SNIPER™ 10.

Загальним профілактичним засобом для цієї групи є формування мотивації на збереження здоров'я, власного і чужого життя, майна (особливо для військовослужбовців, які постійно мають справу з вогнепальною зброєю чи автотранспортом) та матеріального добробуту родини.

Наведемо характеристику *протилежного полюсу-категорії* військовослужбовців. До цього полюсу можуть належати військовослужбовці строкової служби та курсанти, які характеризуються недостатньою зрілістю

особистості: є емоційно вразливими, залежними, не мають сформованої мотивації до несення служби та долаття її труднощів. Не будучи морально та фізично готовими до несення служби, вони часто втомлюються, відчують себе неуспішними, розчаровуються у військовій справі, потрапляють у залежність від більш сильних особистостей.

Нерідко подібна неготовність і небажання нести службу позначаються на таких особливостях особистості, як:

- слабкий тип нервової системи, низькі пороги відчуттів, швидка виснажливність, вразливість (серед офіцерів та контрактників такий тип нервової системи спостерігається рідко);

- емоційна незрілість, невміння стримуватися, жаління себе тощо;

- мотиваційна незрілість, відсутність: а) сформованих механізмів рефлексій (контролю своїх дій, відповідальності за власні дії і здоров'я); б) добре сформованої супідрядності мотивів; в) домінування смислової регуляції над потребою. Домінування у мотиваційно-ціннісній сфері егоцентризму, прагнення задоволень, яскравих вражень, асоціальних рис; відсутність прагнення до продуктивної діяльності та соціальної спрямованості. Позитивне ставлення до вживання психоактивних речовин та невіра у значну їх шкоду (наприклад, легких наркотиків), а також перебільшення переваг їх вживання.

Наявність інфантильних рис у призовників і курсантів не таке вже і рідкісне явище. Звичним фактом стала неповна родина, родини з однією дитиною, гіперопікування батьками дитини чи, навпаки, відсутність піклування про дитину, коли вона цілими днями залишена сама собі, потрапляє в асоціальну компанію. Такі міжособистісні стосунки призводять до формування рис несамостійності, залежності чи відверто асоціальної мотивації.

Особистісна інфантильність, слабка суб'єктність, що поєднується зі слабкими аналітичними можливостями, низькою поінформованістю і недостатньо сформованою функцією прогнозування (яка виробляється приблизно у 21 рік), є благодатним підґрунтям для популяризації психоактивних речовин як засобів, що підвищують настрій (спричиняють ейфорію), дарують нові враження, допомагають втекти від проблем, розслабитися чи є атрибутом належності до соціально привабливої групи тощо.

Однак сама наявність таких рис не є гарантією того, що молодий військовослужбовець стане вживати психоактивні речовини. Зазвичай у суспільстві досить поширена думка про те, що вони є дорогими та їх придбання має деякі труднощі. Тому без досвіду придбання наркотиків, без їх доступності і через страх відповідальності за їх вживання вірогідність приймання цих препаратів досить мала. Отже, наявність “друзів”, що можуть запропонувати, нав'язати, здобути наркотичний засіб, а часом і сплатити за перші “دوزи”, є важливим кроком у формуванні психічної залежності в інфантильних осіб. Важливою є роль досвідчених “друзів” у вживанні наркотиків і в тому, що перше їх вживання не завжди супроводжується ейфорією, навіть, навпаки, викликає негативні відчуття, пов'язані з дією захисних механізмів організму. Без позитивного емоційного стану залежність може й не сформуватися.

Досвідчені “друзі” пояснюють новачку, що потрібно перечекати негативні відчуття для досягнення ейфорії.

Серед молоді досить поширеним явищем є знайомства через мережу Інтернет, тому навіть проходження служби у віддаленому від власної домівки регіоні України не є гарантією відсутності “знайомств” у цьому місці.

Цікавим є той факт, що найчастіше в Збройних Силах України (ЗСУ) і НГУ більше контролюють військовослужбовців першого року служби, але дослідження показують, що найбільш часто потрапляють під маніпулятивний вплив курсанти 3–5 років служби та військовослужбовці, в яких вже спливає термін строкової служби, які отримують деяку свободу дій (проживають у місті, частіше ходять у звільнення, знають шляхи самовільного покидання розташування частини, їх менше контролюють офіцери, дають самостійні завдання тощо). Незважаючи на таку самостійність і відповідальність, вони не завжди можуть протистояти маніпулятивному впливу досвідчених поширювачів наркотичних препаратів, які добре знають потреби і проблеми молодих військовослужбовців.

Так, найпоширенішим серед молодих людей, які проходять службу, є вживання галюциногенів, препаратів, що викликають ейфорію, релаксацію, сприяють піднесенню настрою, і так званих “групових” наркотиків, що сприяють відстороненню від наявних проблем.

Для цієї групи військовослужбовців заходи виховної, психологічної роботи щодо профілактики вживання наркомістких речовин повинні бути спрямовані на організацію та гармонізацію режиму праці з метою оптимізації навантаження для фізично невідготовлених осіб. Необхідно в них виробляти мотивацію на подолання труднощів, сприяти набуттю рис мужності, відповідальності, тобто формувати ідентифікацію з роллю військовослужбовця.

Для подолання бажання прикрасити “сірість” військових буднів строкової служби (порівняно із цивільним життям) галюциногенами потрібно серед особового складу вести відповідну культурно-просвітницьку роботу, організовувати походи до театрів, галерей, перегляд кінофільмів. Це не лише сприятиме задоволенню потреби у враженнях, але й формуватиме ціннісну сферу, мотивуватиме саморозвиток, продуктивну діяльність і творчість на протигагу ілюзорній.

Відповідно до виділених особливостей мотивації двох категорій військовослужбовців, які мають схильність до вживання психоактивних речовин, таких груп набагато більше, проте вони розміщені між цими крайніми категоріями-полюсами.

Розглянувши два мотиваційні полюси, що визначають ставлення до вживання психоактивних речовин у структурі всієї картини світу військовослужбовця, потрібно звернути увагу на особливу групу військовослужбовців, які виконують закордонні місії або виїждять за кордон для обміну досвідом чи на навчання. Справа у тому, що зазвичай структура ставлення до світу і до себе, яка містить у собі й ставлення до наркотиків, до збереження власного фізичного життя і здоров’я, до себе як професіонала, є джерелом розвитку спрямованості особистості, формування мотивації, що й

було покладено в основу вищенаведеної класифікації. Утім, картина світу і ставлення до себе має ще одне джерело змін.

Прибуваючи до нової країни, у нове оточення, військовослужбовець може зіштовхнутися з тим, що його самооцінка, збудована на цінностях тієї референтної групи, в оточенні якої він перебував (колеги по службі, родина, культурні, духовні, політичні лідери своєї країни тощо), не відповідає тим постулатам, які є пріоритетними у країні перебування. Це може призводити до змін у світогляді і ставленні до себе. Такі зрушення можуть запускатися двома механізмами – постановкою питання про сенс чи некритичним пристосуванням до нових обставин. Останнє може мати небезпечні наслідки щодо прийняття рішення вживати психоактивні речовини, якщо в регіоні існує давня культура застосування наркотичних речовин для позбавлення від депресивних станів, втоми, болю (країни Сходу: Афганістан, Пакистан, Туркменістан; країни Південної Америки) та якщо у країнах існує терпиме ставлення до так званих “легких” наркотиків, які використовуються для покращення настрою, полегшення спілкування тощо. Отже, у подібних ситуаціях можливі перетворення особистості, пов’язані зі змінами її світогляду. Так, у світогляді миротворців, які перебувають у країнах терпимого чи навіть схвального ставлення до наркотиків, такі препарати перестають бути чимось недозволеним, асоціальним, вони починають сприйматися як щось звичайне чи як бажаний засіб розв’язання проблем (депресивний настрій, втома, туга за рідними тощо). Відповідно, вживання наркотиків у військовослужбовців-миротворців може мати ті самі мотиви, що й у представників першого полюсу (взагалі ці групи є досить подібними), але рішення перших вживати наркотики є свідомим, ними самими сприймається як таке, що не порушує суспільні норми, унаслідок розмиття уявлення про ці норми. Таке розмите уявлення про дозволене дещо зближує миротворців з військовослужбовцями першого полюсу. Утім, якщо у молодих військовослужбовців це розпорошення є наслідком ще несформованого світогляду, то у деяких миротворців – наслідком його руйнації.

Звісно, що в таких умовах профілактика ні першої, ні другої категорії військовослужбовців не буде сягати максимального ефекту у миротворців. Ці заходи потрібно доповнювати заходами, що захистять “внутрішню картину світу” від руйнації, зменшать ідентифікацію з місцевим населенням і бажання переймати їх засоби долання негативних станів (болю, втоми, поганого настрою, туги). У людській психіці і природних стосунках між різними соціальними групами такі механізми закладені та, як у випадку миротворців, їх потрібно лише підсилити. Вважаємо, що досить непоганий потенціал щодо профілактики вживання наркотиків у українських миротворців можуть мати заходи, які підсилюють групову ідентичність саме з українцями: 1) формувати установки на груповий фаворитизм, що може стати захистом від використання прийомів іншого народу у вирішенні суто українських проблем перебування у чужій країні; 2) підвищувати цінність національних засобів розв’язання проблем (наприклад, від жартівливої пропозиції знімати стрес “українським наркотиком – салом” до серйозного пропонування освоєння психотехнологій,

розроблених вітчизняними психологами), підкреслювати їх позитивний бік; 3) наводити статистику негативних наслідків вживання наркотиків саме у країні перебування (кількість дітей, що народилися з вадами внаслідок вживання батьками наркотиків, відсоток недоумкуватих серед дорослого населення тощо). Необхідно консолідувати військовослужбовців місій навколо національної ідеї, для якої відхід від реального розв'язання проблем чи вживання наркотиків як способу розв'язання проблем є нетиповим, неприпустимим, невідповідним поняттю мужності, батька родини (зазвичай, військовослужбовці їдуть у місію заробляти гроші для родини), традиціям козацтва. Узагалі українська ментальність будується навколо ідеї боротьби, сили, терпіння, турботи про родину, мужності і відданості обов'язку, що є дуже гарним засобом профілактики вживання наркотиків.

Проте в реалізації цього шляху є деякі складнощі. Так, відбір до місії сполучає толерантне ставлення до традицій іншого народу, знання мов, що, зазвичай перешкоджає формуванню механізмів групового фаворитизму на національному чи релігійному підґрунті. У цьому випадку доцільно формувати груповий фаворитизм на основі ідентичності з іншою важливою групою – групою військовослужбовців узагалі і військовослужбовців-мироотворців зокрема, можливо, навіть з групою українських військовослужбовців-мироотворців, що дозволить використовувати національний потенціал, не втрачаючи важливої орієнтації мироотворців на терпиме ставлення до інших культур. Однак ця робота буде мати успіх тільки тоді, коли ці групи будуть мати свої традиції, риси унікальності і власну систему відносин, а також якщо будуть реалізовані не лише неофіційні, але й нормативно закріплені заходи щодо їх підтримання. Важливою складовою такої групової ментальності має стати унікальне ставлення до наркотиків і розроблення своїх “замінників”, тобто засобів боротьби з проблемами, що можуть привести до вживання наркотиків тощо. Значущим етапом у цій роботі має стати формування терпимого ставлення до традицій інших культур, у тому числі і до традиції вживати наркотики. Однак має бути чітке розуміння того, що наркоман-співслужбовець може не впоратися зі своїм завданням, підвести колег, створити реальну небезпеку для життя товаришів, цивільних тощо. Тому у свідомості правоохоронця потрібно жорстко формувати протиставлення: наркоман-цивільний і наркоман-військовослужбовець – це зовсім різні категорії оцінювання, ставлення тощо.

Як відзначалося вище, первинна профілактика буде тим ефективнішою, чим точніше буде визначено можливі мотиви вживання і особливості різних категорій військовослужбовців. Утім, має рацію і привертання уваги до типових факторів ризику вживання психоактивних речовин та загальних заходів первинної профілактики їх вживання.

Таким чином, залежна поведінка являє собою багаторівневий (біопсихосоціальний) розлад, фіксований на використанні будь-якого об'єкта з метою компенсації негативних репрезентацій образу батьків і незадовільних відносин з ними. Для визначення провідних причин конкретного випадку адиктивної поведінки, а також задля планування психолого-соціальної

допомоги потрібне поєднання комплексного та індивідуального підходів. Зв'язок досліджуваних проблем з ранніми переживаннями та травмами (імовірно, на першому році життя – для харчових порушень, і перших двох-трьох років – для хімічної залежності) частково пояснює особливу стійкість залежної поведінки. Водночас представляється вкрай небезпечним погляд про фатальність і невиліковність залежностей, особливо поширений щодо алкоголізму і наркоманії.

1.2 Типологія військовослужбовців Національної гвардії України, які вживають психоактивні речовини

Типологію укладено за даними обстеження військовослужбовців НГУ, що (як відомо на сьогодні) вживали наркотичні речовини, здійсненого під час професійного психологічного відбору на момент укладення ними контракту на проходження військової служби в НГУ і результати якого зберігаються у Картках психологічного супроводу протягом усього періоду служби. Було оброблено дані 38 таких карток. Аналізувалися відомості за такими методиками, як: БОО “Адаптивність” (автор А. Г. Маклаков), “Методика визначення типу акцентуації рис характеру і темпераменту” (автори К. Леонгард, Х. Шмішек), “Прогресивні матриці” (автор Дж. Равен), “Закрита анкета вивчення мотивів професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України”, “Опитувальник суїцидального ризику” (автор О. Г. Шмельов), “16-факторний особистісний опитувальник” (автор Р. Кеттелл), “Самооцінка структури темпераменту” (автор Б. М. Смірнов). Для виділення груп (типів) використано процедуру кластерного аналізу. Кластеризація проводилася за шкалами БОО “Адаптивність”. Було визначено, що 33 (86,84 %) особи належать до однієї групи (психологічного типу); у 5 (13,16 %) осіб особистісні особливості не підлягають типізації в рамках використаних критеріїв. Крім того, встановлено, що в загальній групі осіб, які вживають наркотичні речовини, можна виділити дві групи з двома підгрупами в кожній. Загальна характеристика вибірки військовослужбовців, які виявилися схильними до вживання наркотичних речовин, характеристики груп та підгруп встановлювалися порівняно із загальною вибіркою військовослужбовців аналогічного періоду укладення першого контракту на проходження військової служби. До контрольної вибірки увійшло 650 осіб, дані професійного психологічного відбору яких також зберігалися у Картках психологічного супроводу.

Характеристика загальної групи осіб, які наважилися вживати наркотичні речовини, перебуваючи на військовій службі в НГУ

За методикою БОО “Адаптивність” усі військовослужбовці, які наважилися спробувати наркотичні речовини, мають більш високу самооцінку та вважають себе контактними, такими, що здатні налагодити стосунки з оточуючими; вони впевнені в собі, у своїй здатності керувати ситуацією.

Відповідно до отриманих емпіричних результатів за методикою визначення типу акцентуації рис характеру і темпераменту, ці військовослужбовці схильні до цілеспрямованого контролю тривожно-боязких рис, уміють справляти на оточуючих бажане враження, менше, ніж інші військовослужбовці, схильні до застрягань на емоційних переживаннях (передусім легко забувають невдачі). Цілком можливо, що вони зосереджені на “боротьбі” зі своїми страхами, негативними переживаннями і відчувають нестачу інших видів емоційності, що є підґрунтям потреби в емоційній стимуляції.

У цілому мотиви укладання першого контракту на проходження військової служби в НГУ у військовослужбовців, які вживали наркотичні речовини на той момент, не мали виражених відмінностей від загального числа військовослужбовців, які в аналогічний період підписали перший контракт.

Інтелектуальний розвиток (методика Дж. Равена) цих військовослужбовців знаходився в межах норми. Рисами, які роблять особистість цих військовослужбовців вразливою, є прагнення бути такими, як інші (виражена контрольованість відповідей на питання шкали “Унікальність”) і неохочість зосереджуватися на негативних наслідках своїх дій (більш низькі показники за шкалами “Соціальний песимізм” та “Часова перспектива”).

Основною особливістю військовослужбовців, які наважилися спробувати наркотики, як уже згадувалося, є більш висока самооцінка, почуття впевненості в собі, здатності контролювати ситуацію, більша сміливість, надмірна задоволеність життям, менша напруженість. Вони мають більш високу активність, проте є менш пристрасними, такі дані можуть свідчити про вже зазначену потребу в пошуку вражень.

Таким чином, загальними характеристиками військовослужбовців, які вживали наркотики до військової служби та протягом її проходження в НГУ, є прагнення позиціонувати свою поведінку як таку, що відповідає соціальним нормам; впевненість у собі, сміливість (невиправдана ризикованість, потенційна здатність порушити заборони), прагнення позитивної стимуляції, неохочість до надзусиль (розслабленість), задоволеність, неохочість зосереджуватися на негативних наслідках своїх дій.

Цей портрет є неспецифічним, тобто таким, що характерний для 86,84 % осіб, які вживали наркотичні речовини у період військової служби в НГУ. Утім, попри досить високу однорідність вибірки осіб, що вживали наркотичні речовини, для диференційованого підходу у здійсненні первинної профілактики в ній можна виділити дві досить рівні групи з двома підгрупами в кожній.

Перша група (42,11 %)

Ця група характеризується вираженою схильністю до соціально-схвальної поведінки. Її дані за шкалою “Вірогідність” знаходяться на межі допустимих і цим вони відрізняються від контрольної вибірки і другої групи. Прагнучи створювати позитивне враження про себе, представники цієї групи мають покращені показники за шкалами “Адаптивність”, “Нервово-психічна стійкість” та “Моральність”.

Ці дані підтверджуються і методикою “Самооцінка структури темпераменту”. Представники першої групи мають найменший бал за шкалою “Щирість відповідей”. Вони демонструють найбільший серед усіх порівнюваних груп показник за шкалою “Активність”. На відміну від контрольної групи, ці військовослужбовці схильні демонструвати й високу емоційну врівноваженість.

Також представники першої групи мають найменші показники за такими шкалами методики О. Г. Шмельова, як: “Унікальність”, “Максималізм”, “Часова перспектива” та “Антисуїцидальний фактор”. За останніми трьома вони на статистично значущому рівні відрізняються як від контрольної групи, так і від другої групи військовослужбовців, які вживають наркотичні речовини.

Представники першої групи, на відміну від контрольної і другої груп, демонструють найменші показники шкали “Неврівноважений тип акцентуацій”. Крім того, вони мають найбільші серед порівнюваних груп показники за такими факторами методики Р. Кеттелла, як “С” (емоційна нестабільність-стабільність), “G” (низька-висока нормативність), “MD” (низька-висока самооцінка) та “Q₁” (консерватизм-радикалізм).

Таким чином, представників першої групи можна охарактеризувати насамперед як таких, що намагаються демонструвати оточуючим соціально схвальний спосіб поведінки, проте створений ними образ є утрираним. Вони прагнуть відповідати нормам (ідеалу), демонструвати підконтрольність емоцій, компанійськість, завзятість у роботі, сміливість, моральність. Проте вони не схильні до рефлексування, не задумуються над негативними наслідками своїх дій, не схильні докладати зусиль (напруження), їх активність напускна; вони схильні до моралізування – розмірковування на тему моралі й доцільності тих чи інших соціальних правил, а не до саморегуляції.

У першій групі можна виділити дві підгрупи.

Підгрупа 1.1 (15,79 %)

Військовослужбовці цієї підгрупи схильні приховувати свою особистість. Про це свідчать бали за шкалами “Вірогідність” (БОО “Адаптивність”), “Щирість” (методика Б. М. Смірнова), найгірші серед усіх показники за шкалою “Комунікативність” (БОО “Адаптивність”), найвищі серед усіх показники підозрливості “L” (довірливість-підозрливість), найменші – конформізму “Q₂” (конформізм-нонконформізм). Цілком можна припустити, що вони усвідомлюють свою невідповідність виборці військовослужбовців і намагаються це приховати.

Крім того, важливо зазначити низку особливостей, які характеризують їх емоційне реагування: вони мають найменші серед усіх груп показники за шкалами “Гіпертимний тип акцентуацій”, “Циклотимічність” та найбільші показники за шкалою “Екзальтованість”. У них серед порівнюваних груп найбільша емоційна стабільність “С” (емоційна нестабільність-стабільність), розслабленість “Q₄” (розслабленість-напруженість) за методикою Р. Кеттелла та емоційна врівноваженість “Емоційна збудливість-врівноваженість” за

методикою Б. М. Смірнова. Такі дані можуть свідчити про виснаженість емоційного реагування, астеничність.

Ця підгрупа має й інші відмінні від контрольної вибірки особливості за методикою “Самооцінка структури темпераменту” – найвищі серед усіх показники за шкалами “Пластичність” та “Активність”. Крім того, в усіх учасників цієї групи спостерігаються зруйновані антисуїцидальні фактори і найнижчі показники за шкалою “Мотиви удосконалення”. Вони не бояться болю і смерті та не прагнуть змін чи не мають для цього сил.

Такі дані дозволяють припустити, що представники цієї підгрупи вже на час укладання першого контракту проходження військової служби в НГУ мали тривалий досвід вживання наркотичних речовин, що призвело до змін їх особистості, сплюснення емоційного реагування, виснаження, укріплення тенденцій до саморуйнації. Вони усвідомлюють необхідність приховування своєї справжньої особистості, усвідомлюють свою невідповідність вибірці військовослужбовців. Приховуючи свою особистість, вони орієнтуються на знаний ними “ідеал” поведінки в суспільстві.

Оскільки ці військовослужбовці на момент укладання першого контракту проходження військової служби в НГУ, вірогідно, вже мали досвід вживання наркотичних речовин, то питання первинної профілактики не є актуальними. Важливими є питання підвищення якості професійного психологічного відбору (проходження психіатра, нарколога та ін.) і моніторингових досліджень (вибіркові тести на вживання наркотичних речовин, скринінгові моніторингові методики).

Підгрупа 1.2 (26,32 %)

У представників підгрупи 1.2 одні з найкращих показників за змістовними шкалами БОО “Адаптивність” – “Адаптивність”, “Комунікативність”, “Моральність” поєднуються з гранично припустимими показниками за шкалою “Вірогідність”. Також у них знижені показники за шкалою “Щирість”.

Ця підгрупа вирізняється поміж інших одними з найвищих показників конформізму “Q₂” (конформізм-нонконформізм) та самооцінки “MD” (низька-висока самооцінка). Ще однією особливістю цієї підгрупи є підвищена особистісна значущість за шкалою “Мотив удосконалення”. Серед інших особистісних особливостей цієї підгрупи зазначимо більшу, ніж у загальній вибірці та групі 1.1, довірливість “L” (довірливість-підозрілість). Як і представники загальної вибірки військовослужбовців, які вживають наркотичні речовини, ці військовослужбовці мають нижчі, ніж у контрольній групі, показники за фактором “Q₄” (розслабленість-напруженість).

Узагальнюючи ці дані, можна припустити, що військовослужбовці підгрупи 1.2, на відміну від групи 1.1, скоріше схильні несвідомо спотворювати інформацію про себе та орієнтовані на ідеалізацію своїх здібностей, власної сили й очікуваних змін унаслідок проходження військової служби в НГУ. Причому вони не прагнуть докладати надзусиль для цих бажаних змін, високо оцінюючи наявний у них потенціал здібностей. Можна сказати, що вони мають інфантильні нереалістичні уявлення про себе і легко дозволяють себе

переконати в тому, що існує “чудодейна таблетка”, яка може зробити з них “надлюдину” – підвищить їх активність, реакцію, силу.

Заходами первинної профілактики для військовослужбовців такого типу має стати:

- формування адекватної самооцінки, рефлексії;
- формування вольових якостей особистості, смислової саморегуляції.

Друга група (44,74 %)

Основною відмінністю представників другої групи як від загальної вибірки, так і від першої групи, є демонстрація надмірної відвертості, щирості (методика “Самооцінка структури темпераменту”). Крім того, від контрольної групи вони відрізняються значно кращими показниками за шкалою “Комунікативність” (БОО “Адаптивність”). Проте показники другої групи наближаються до показників контрольної за іншими шкалами БОО “Адаптивність”, іншими показниками методики “Самооцінка структури темпераменту”, за даними методики Р. Кеттелла та О. Г. Шмельова.

Як і загальна вибірка військовослужбовців, які вживають наркотичні речовини, військовослужбовці другої групи мають значно менші, ніж у контрольної вибірки, показники за такими шкалами “Методики визначення типу акцентуації рис характеру і темпераменту”, як “Застрягаючий тип” та “Тривожно-боязкий тип”. Військовослужбовці другої групи дещо менше за контрольну вибірку схильні романтизувати професію правоохоронця.

Таким чином, для представників другої групи характерною є відвертість, відкритість, несхильність до емоційної упередженості у ставленні до оточуючого світу, прагнення позитивних переживань.

Друга група також має дві підгрупи.

Підгрупа 2.1 (15,79 %)

Ця підгрупа має найкращі з усіх порівнюваних груп (підгруп) показники за змістовними шкалами “Адаптивність”, “Комунікативність” і “Моральність”, які на відміну від підгрупи 1.2, поєднуються з високими показниками за шкалою “Вірогідність”. Вони також мають найвищі показники за шкалою “Щирість” (методика Б. М. Смірнова). Це єдина підгрупа, в якій усереднений бал за тестом Дж. Равена міститься в діапазоні високих значень. Усі без винятку представники цієї групи намагаються жорстко контролювати свої страхи (“Тривожно-боязкий тип акцентуації”) та те враження, яке вони чинять на оточуючих (найвищі серед порівнюваних груп показники за шкалою “Демонстративний тип акцентуації”).

Цікаво, що в цій групі такі мотиви вибору професії, як “Романтичні мотиви” та “Несамостійний вибір професії”, є штучно знеціненими й такими, що обіймають позицію нижчу, ніж “Асоціальні мотиви”. Серед особистісних рис представників підгрупи 2.1 вирізняє жорсткість “Г” (жорсткість-чутливість) та здатність до спонтанності “Q₃” (низький-високий самоконтроль), “Q₄” (розслабленість-напруженість).

Таким чином, військовослужбовець підгрупи 2.1 позиціонує себе як незалежного, емоційно незаангажованого (емоційно-відстороненого) експерта,

інтелектуала, який на все прагне мати власну думку. Досить імовірно, що представники цієї групи мають виражену потребу у враженнях. Маючи розвинені інтелектуальні здібності, вони важко переносять одноманітні, формалізовані, рутинні завдання.

Мотивами прийняття такими військовослужбовцями наркотику може бути як прагнення створити власну думку про наркотики, так і потреба у враженнях. Відповідаючи на питання, чому ці військовослужбовці, маючи розвинені інтелектуальні здібності, не подумали про негативні наслідки своїх дій, припустимо, що вони були самонадіяно впевнені в тому, що завдяки своєму розуму зможуть впоратися із ситуацією.

Первинна профілактика для такої категорії військовослужбовців має полягати в (у):

- передбаченні у програмах бойової (професійної) підготовки рівня підвищеної складності, що містить творчі завдання;
- урізноманітненні програми бойової (професійної) підготовки заходами, що стимулюють позитивні враження;
- формуванні смислового рівня саморегуляції, що дозволяє переживати необхідні рутинні завдання на шляху досягнення відстрочених цілей.

Підгрупа 2.2 (28,94 %)

Відвертість представників підгрупи 2.2 має зовсім іншу природу. У них високі показники за шкалами “Вірогідність” (БОО “Адаптивність”), “Щирість” (методика Б. М. Смірнова) поєднуються із найнижчими серед усіх підгруп усередненими показниками за методикою Дж. Равена. Крім того, у цій групі найгірші показники за шкалою “Моральність” (БОО “Адаптивність”), “Злам культурних бар’єрів” (методика О. Г. Шмельова) та найбільші показники за фактором “Q₁” (консерватизм-радикалізм). Легко припустити, що порушення норм у представників цієї підгрупи пов’язане не зі злим наміром, а з необізнаністю. Не дивно, що саме у представників цієї підгрупи найгірші показники за шкалою “Адаптивність”.

Серед інших особливостей представників цієї групи слід виокремити найвищі серед усіх порівнюваних (під)груп показники товарищескості за фактором “А” (замкнутість-товарищескість), а також за шкалами “Несамостійний вибір професії” та “Антисуїцидальний фактор”.

Таким чином, в основі відвертості представників підгрупи 2.2 полягає їх простодушність (знижений інтелект, низький рівень знань щодо норм, які регулюють відносини). Природно, що, прагнучи компенсувати недоліки свого особистісного адаптаційного потенціалу, прагнучи уникати болю і страждань, вони намагаються потоваришувати з більш сильними (авторитетними) особистостями, формують стосунки залежності. У них також виражена потреба у прийнятті, товариських стосунках.

Висловимо припущення, що саме прагнення підтримувати “залежні” стосунки змусило цих військовослужбовців стати споживачами наркотичних речовин.

Первинна профілактика для подібної категорії має полягати у:

- проведенні тренінгу командоутворення;
- формуванні комунікативної компетентності у військовослужбовців з вираженою потребою у прийнятті;
- виявленні й усвідомленні сильних сторін особистості та формуванні індивідуального стилю подолання життєвих труднощів (тренінги формування життєвих навичок).

Виділена типологія дозволяє припустити, що представники однієї з чотирьох підгруп військовослужбовців, які проходять військову службу в НГУ, мають вже сформовану психічну залежність і є “агентами розповсюдження наркотику” (підгрупа 1.1 (15,79 %)), використовуючи такі особливості військовослужбовців: “відкритість + потреба у враженнях” підгрупи 2.1 (15,79 %), “простодушність + потреба у прийнятті” підгрупи 2.2 (28,94 %), “довірливість + нереалістичні очікування” підгрупи 1.2 (26,32 %), а також загальні для всіх груп потребу в активації та схильність до невиправданого ризику (сміливість + несхильність думати про наслідки).

Аналізуючи дані 13,16 % осіб, що не увійшли до груп, виділених на основі кластеризації за шкалами БОО “Адаптивність”, зазначимо, що усі вони без винятку мали четверту групу адаптаційних здібностей (від 44 до 104 балів за шкалою “Адаптивність”) з різними комбінаціями інших шкал методик, що дозволяє їх об’єднати в одну групу – “дезадаптованих”. Вірогідно, що для цієї частини військовослужбовців наркотики – спосіб знизити негативні переживання чи засіб негативного самовизначення (прояв асоціальності) тощо. Зрозуміло, що військовослужбовці, які пережили дію професійних стрес-факторів і можуть мати ознаки гострих стресових розладів (ГСР), ПТСР, повинні отримати необхідну психологічну допомогу (заходи декомпресії, психологічної реабілітації, реадаптації відповідно до ситуації), що також можна вважати первинною профілактикою вживання наркотичних речовин. Зважаючи на те, що професія військовослужбовця передбачає дію професійних стрес-факторів, то заходи із формування стійкості до дії професійних стрес-факторів також належать до первинної профілактики наркоманії серед військовослужбовців.

1.3 Схема залучення військовослужбовців Національної гвардії України до вживання психоактивних речовин

Беручи до уваги вищевикладене, можна укласти схему залучення військовослужбовців до вживання психоактивних речовин. В її основу (див. рис. 1.1) покладено уявлення, що схильність особистості вживати наркотики є похідною від соціальної ситуації розвитку особистості (середовище та штучне підсилення, спотворення його впливів + особистісні риси, які формуються і змінюються під його впливом) та наявності пропозиції психоактивних речовин.

Відповідно до запропонованої схеми, середовище проходження військової служби характеризується:

- високим формалізмом стосунків і дій;
- вираженою субординацією стосунків;
- вираженою автономністю (відсутністю доступу сторонніх на територію; орієнтацією на вирішення завдань і проблем власними силами);
- професійними стресами (високими фізичними навантаженнями, вимогою оперативно діяти, приймати рішення; високою відповідальністю, загрозою для життя під час виконання службово-бойових завдань);
- просоціальністю (прагненням відповідати вимогам суспільства, образу військовослужбовця, що існує в суспільній свідомості; героїзацією образу військовослужбовця-учасника військових дій тощо).



Рисунок 1.1 – Схема залучення військовослужбовців Національної гвардії України до вживання психоактивних речовин

Зазначені характеристики військового середовища є відповідними до тих функцій, завдань, які виконують військовослужбовці у суспільстві. Це дозволяє військовим формуванням діяти швидко, ефективно, незалежно від стану інших соціальних структур. Крім того, такі характеристики військового середовища в

ідеалі покликані захистити військовослужбовця від небажаних зовнішніх впливів, перешкодити зловживанням, які можливі з боку самих військовослужбовців, наділених владою (силою). Проте абсолютизація (утриування, бездумне підсилювання) цих характеристик військового середовища може мати зворотний ефект – формувати у військовослужбовців почуття незахищеності, нестачі емоційного життя, браку ресурсів для виконання покладених завдань і відповідності вимогам, вихолощення цінностей (спотворення сенсів, ідеалів).

Підсиленням характеристик військового середовища, яке робить його таким, що сприяє залученню військовослужбовців до вживання наркотиків, займаються “агенти впливу”. Цю категорію доцільно розділити на тих, хто діє “по горизонталі”, і тих, хто діє “по вертикалі”.

“Агенти впливу по горизонталі” за своїм статусом не відрізняються від тих, на кого вони впливають (вплив військовослужбовця на військовослужбовця). Вони мають обмежені можливості щодо зміни середовища в цілому. Зазвичай вони маніпулюють сприйняттям ситуації окремою людиною чи змінюють об’єктивну ситуацію для окремої людини. Тобто їх інструмент – маніпуляція на основі актуальних потреб та спотворених уявлень про цінності, ідеали; якщо вона не має ефекту, то додається створення стресових умов, які послаблюють опірні можливості людини. Наприклад, булінг (цькування окремої людини), дискредитація (поширення неправдивої інформації про людину, що зачіпає її гідність) тощо. Проте такі дії можливі за низької згуртованості колективу, наявності маргіналів, аутсайдерів, яким мало хто приходить на допомогу, яким нема звідки чекати захисту.

“Агентами впливу по горизонталі” зазвичай стають особи, які вживають психоактивні речовини та проходять військову службу в НГУ: вони, залучаючи інших, заробляють собі на “дозу” та збагачуються на розширенні кола таких осіб.

“Агентами впливу по вертикалі” стають особи, які мають більший формальний статус, ніж ті, на кого вони впливають (вплив командира на підлеглого). Вони можуть використовувати “адміністративний ресурс”, щоб зробити ситуацію проходження військової служби військовослужбовця нестерпною (не дозволяти звільнення, відпустку, забрати телефон, посилювати навантаження, вимоги, використовувати неправомірні покарання, дискредитувати, цькувати тощо). Ці зловживання владою можуть бути спрямовані як на безпосереднє збагачення (і не мати прямої мети поширення наркотиків), так і на залучення осіб, які поширюватимуть чи вживатимуть наркотики. Зазначимо, що недоброчесна поведінка може і не мати на меті поширення наркотиків, а бути пов’язаною із прагненням збагатитися, намаганням самоствердитися (дефект розвитку особистості) чи наслідком низького рівня професійної підготовки керівника (нездатністю адекватно виконувати керівну функцію). Зазвичай саме ці “агенти впливу” займаються дискредитацією тих служб, які покликані надавати психологічну і правову допомогу, сприяти відчуттю захищеності військовослужбовців (телефони довіри психологів, “антикорупційний” телефон довіри тощо); створюють

протекцію для тих, хто здійснює безпосередній булінг, поширення наркотиків, у тому числі навчають “обходити” закон, приховують факти порушення закону тощо.

Ще одним важливим завданням “агентів впливу” є створення пропозиції психоактивних речовин. Наркотик – це один з небагатьох продуктів, вживання якого зумовлене не стільки потребою (хоча агенти впливу і докладають зусиль для актуалізації потреби), скільки наявністю пропозиції. Сучасні засоби комунікації здійняли на новий рівень реалізацію завдання створення пропозиції наркотику навіть у закритих військових колективах (“Нова пошта”, сервіси доставки, канали в соціальних мережах, “закладки” тощо). Обміни “гроші – наркотики” стають “безконтактними”, “розірваними у просторі і часі”, що ускладнює доведення факту злочину, посилює відчуття безкарності порушення норм, знімає обмеження “неминучості покарання за злочин”.

Ще одним суттєвим моментом “створення пропозиції” є налаштування специфічного інформаційного середовища, яке дозволяє дізнатися про ефекти різних наркотиків, способи придбання психоактивних речовин, шляхи “нейтралізації” правових заборон. Створення такого інформаційного середовища дозволило не лише “безконтактно” продавати, а й “безконтактно” пропонувати наркотики. Досвідчені “агенти впливу” не пропонують напряму придбати наркотик, вони створюють ситуації, в яких особа з актуальною потребою в певних емоціях чи активації ніби випадково стає свідком розмови про “корисні” якості наркотику і про те, де його можна безпечно придбати.

Проведене дослідження дозволило виділити чотири блоки особистісних особливостей військовослужбовців, які, будучи загостреними середовищними впливами, що підсилені “агентами впливу”, зробили їх чутливими до маніпуляцій і наявної “пропозиції” психоактивних речовин.

1. *Беззахисність у міжособистісному спілкуванні.* Три виділені підгрупи військовослужбовців, які вживали психоактивні речовини на момент укладання першого контракту, характеризувалися різними варіантами щирості (відкритість, простодушність, довірливість). Істотними характеристиками військовослужбовців, які не утворювали окрему групу, були дезадаптивність і, як наслідок, певна безпорадність. Припускаємо, що саме цю “беззахисність” використовують “агенти впливу” для встановлення першого контакту, саме вона не дозволяє відмовитися від пропозиції, вмовлянь спробувати наркотик.

2. *Потреба у збагаченні емоційного життя* (потреба в емоційній стимуляції). Формалізація та ізольованість у військових колективах приводять до певного збідніння емоційного життя; стреси – до збільшення кількості негативних переживань, напруження. Виділені в дослідженні групи характеризувалися: 1) потребою в прийнятті – а) бути прийнятими оточуючими і переживати позитивні емоції від спілкування; б) бути прийнятими самими собою, переживати задоволення собою; 2) потребою в позитивній стимуляції – а) потребою у враженнях для здолання нудьги; б) потребою заглушити негативні переживання для тих, хто переживає стрес. “Агенти впливу” позиціонують наркотик як засіб задоволення цих потреб. Так, для одних наркотик подається як засіб бути своїм серед нової групи; для других – як

чудодійна “пігулка”, яка зробить із тебе “надлюдину”, для третіх – як засіб отримання нових вражень, галюцинацій, для інших – як засіб зняти напруження від тривалого переживання негативних емоцій.

Ще одним важливим завданням “агентів впливу” на цьому етапі є “підкріплення” зробленого військовослужбовцями вибору вживати наркотик. Таким “підкріпленням” виступає отримання результату від вживання наркотику, на який очікував (отримання того, що очікував). І тут важливим є “підібрати” психоактивну речовину з бажаним ефектом, навчити правильно вживати – підказати, як перечекати негативні відчуття (опірність організму), щоб отримати бажаний ефект (почуття ейфорії).

3. *Потреба в активації.* Службова діяльність військовослужбовців є енергетично витратною. Військовослужбовці (молоде поповнення) досить часто мають проблеми з організацією власної діяльності, адекватним розподілом своїх (обмежених) сил, адаптацією до нових умов, унаслідок чого вони переживають стрес, втому, нездатні відповідати вимогам, що до них висуваються. У такому стані вони стають чутливими для пропозиції прийняти засіб, який “збадьорить, пришвидшить реакції, прояснить думки”.

Полегшує відгук на пропозицію “легкої активації” (“пігулки, що збадьорять”) і наявність у військовослужбовців такої риси, як несхильність до докладання надзусиль (особливість, яка може бути наслідком надмірного опікування як стилю виховання). Зазвичай пропозиція “збадьоритися” поєднується із безкоштовним наданням першої пігулки, отримання її “тут і зараз” без будь-яких зусиль.

4. *Спотворені (утрирувані, створення недосяжного ідеалу) уявлення про образ військовослужбовця, сміливість.* Вживання наркотиків (попри отриманні позитивні ефекти) у свідомості будь-якої людини асоціюється з порушенням норм. Зазначимо, що усі військовослужбовці, які вживали наркотики, мали підвищені показники сміливості і несхильність замислюватися над віддаленими наслідками своїх дій. “Агенти впливу” вдало здійснюють підміну понять: “сміливість” – “невиправданий ризик” та “порушення правил” – “новаторство, креативність”. Причому вчинення протиправних дій (купівля і розповсюдження наркотиків) може подаватися і як своєрідна “гра”, в якій є можливість пережити нові гострі відчуття; і супроводжуватися правовим “навчанням” – ознайомленням з недоліками законодавства, які дозволяють залишатися безкарним через складнощі доведення “безконтактного” способу розповсюдження наркотиків; і наданням протекціонізму – захисту від інших військовослужбовців, “покриванням” фактів злочину та стимулювати переживання військовослужбовцями своєї значущості.

Слід зазначити, що в сучасних умовах, коли військовослужбовці НГУ стали учасниками бойових дій, утворюється специфічна взаємодія між такими двома факторами впливу військового середовища, як збільшення вимог до (тиск на) військовослужбовців і недосяжність ідеалу військовослужбовця-героя, учасника бойових дій. Так, у разі виникнення будь-яких складнощів в освоєнні матеріалу, проблем з фізичною підготовкою (реально службове навантаження на правоохоронців у період АТО (ООС) зросло)

військовослужбовців бездумно стимулюють фразою: “Хлопці вашого віку вже воювали, а ви тут рюмсаєте”.

Відповідно до цієї схеми, первинна профілактика залучення військовослужбовців до вживання психоактивних речовин має передбачати такі заходи.

1. Заходи з нейтралізації “агентів впливу”:

– посилення ефективності професійного відбору, який не дозволить особам із сформованою наркотичною залежністю проходити військову службу в НГУ (нарколог, психіатр, аналізи на наявність залишків наркотичних речовин в організмі), що унеможливить допущення в НГУ категорії “агентів впливу по горизонталі” (одна людина з наркозалежністю залучає шість осіб, які мають досвід вживання психоактивних речовин);

– посилення заходів боротьби із недоброчесністю офіцерів – нейтралізація “агентів впливу по вертикалі”;

– моніторингові дослідження, які дозволять виявляти осіб, що вживають наркотичні речовини (постійні вибіркові проведення тестів на наявність залишків психоактивних речовин в організмі військовослужбовця; психодіагностичні скринінги, які виявляють зміни особистості та наявність спеціальних знань, притаманних наркоманам), та осіб, схильних до корумпованих дій.

Видалення “агентів впливу” дасть змогу не лише прибрати пропозицію психоактивних речовин, а й покращить характеристики військового середовища, що буде сприяти гармонізації соціальної ситуації розвитку військовослужбовця.

2. Заходи з посилення опірних можливостей особистості військовослужбовця:

– проведення антиманіпуляційного тренінгу (підвищення комунікативних здібностей, які дозволять розпізнавати та нейтралізувати маніпулятивні впливи);

– заходи з адекватної стимуляції емоційної сфери, гармонізації розвитку емоційно-вольової сфери:

а) тренінг командоутворення, який не лише дасть змогу створити дружні стосунки в колективі, а також є профілактикою булінгу;

б) побудова бойової (професійної) підготовки з різним рівнем складності зробить можливим підтримувати зацікавленість до опанування професії як військовослужбовців із середніми здібностями, так й інтелектуально обдарованих, що потребують складних, різноманітних завдань;

в) значне збільшення кількості практичних занять, які передбачають, крім іншого, аналіз помилкових дій, – дозволять сформувати адекватність самосприйняття, сприйняття своїх успіхів, сформуують рефлексію тощо;

г) формування смислового рівня саморегуляції, який дозволяє виконувати рутинні заняття як етап досягнення відстроченого результату, долати тимчасові життєві складності, прогнозувати віддалені наслідки своїх дій;

д) заходи з надання психологічної допомоги особам, які пережили дію стрес-факторів;

– заходи з навчання адекватно використовувати наявні (обмежені) ресурси для досягнення цілей:

а) заходи адаптації молодого поповнення;

б) тренінг тайм-менеджменту;

в) формування життєстійкості;

г) вивчення простих та ефективних прийомів активації сил (наприклад, самомасаж біологічно активних зон);

– заходи з формування адекватної ціннісної сфери, адекватного ставлення до ідеалів, норм моралі і права (сформована ціннісна сфера дозволяє протистояти маніпуляціям, переживати складні періоди життя, терпіти для досягнення відстроченого в часі результату; не вдаватися до невиправданого ризику, викривленого розуміння сміливості тощо).

3. Заходи з гармонізації військового середовища:

– створення атмосфери нетерпимості до вживання психоактивних речовин (лекторії про віддалені негативні наслідки вживання психоактивних речовин для організму, правові наслідки розповсюдження наркотиків; тренінги, які безпосередньо формують негативне ставлення до вживання наркотиків);

– створення атмосфери нетерпимості до недоброчесної поведінки, посилення правової та іншої захищеності військовослужбовців (знання та виконання вимог статуту, правова обізнаність, наявність “антикорупційного” телефону довіри тощо);

– гармонізація емоційного життя колективу (урівноваження формалізму заходами згуртування колективу і такими, що стимулюють позитивні переживання; наявність підтримки – адекватна діяльність офіцерів по роботі з особовим складом та психологічної служби, психологічного телефону довіри);

– адекватна робота з особовим складом щодо формування цінностей і ідеалів (робота має спрямовуватися на формування норм і правил, якими має керуватися військовослужбовець, а не на приховування недоліків, порушень дисципліни; військовослужбовці мають бути соціально орієнтованими, а не здаватися такими). Потрібна неформальна робота зі створення ідеалу військовослужбовця-учасника бойових дій, героїзації загиблих, відважних і вмілих учасників бойових дій;

– адекватне навантаження на військовослужбовців (гармонійне поєднання службового навантаження (нарядів, надання обов’язкових вихідних тощо), поєднання під час бойової та спеціальної підготовки практичних і лекційних занять, передбачення занять різного рівня складності.

1.4 Загальна первинна профілактика вживання психоактивних речовин

Традиційно в науковій літературі зазначають наявність біологічних і психологічних факторів ризику формування залежності від психоактивних речовин.

До біологічної складової ризику залежності від психоактивних речовин належать:

– генетичні відмінності, що успадковуються;

– індивідуальні фізіологічні особливості, що можуть визначати рівень ризику.

Осіб, які мають родичів, що вживали психоактивні речовини чи мали інші залежності, розглядають як таких, що мають більш високий ризик розвитку залежності, ніж представники усієї популяції.

До генетичних відмінностей, які впливають на характер вживання психоактивних речовин, можна віднести такі: особливості метаболізму, прискорений розвиток толерантності чи фізичної залежності, змінені реакції на вживання психоактивних речовин (наприклад, суб'єктивне сприйняття м'язового напруження тощо).

До психологічних факторів ризику належать:

- когніції (очікування, переконання);
- емоційні стани (депресивні чи тривожні);
- особистісні риси та поведінка (незріла емоційно-вольова сфера, агресивність, ризикованість, сором'язливість).

У людей підвищується ризик зловживання препаратами, що викликають залежність, у станах психологічного дистресу, оскільки психоактивні речовини часто використовуються як адаптивні засоби у випадках, коли інші ресурси є недосяжними чи неадекватними. Відсутність таких позитивних адаптивних навичок, як розвинені комунікативні навички чи навички розв'язання проблем, підвищують ризик залежності.

Зазначимо, що профілактичні заходи загальної дії також будуть мати позитивний ефект у процесі застосування їх у НГУ і відмовлятися від них не варто. Тим більше, що запропоновані профілактичні заходи пов'язані з вирішенням специфічних проблем кожної категорії військовослужбовців, тобто більшою мірою належать до групи загальнопрофілактичних заходів, спрямованих на формування функціональних еквівалентів та самопосилення.

Загальнопрофілактичні заходи використовують різні фактори впливу – наочність, аргументованість, авторитетність, емоційність, корисність та їхнє поєднання. Використовуючи досягнення сучасної психології впливу для посилення ефекту профілактичних заходів, потрібно враховувати особливості різних категорій військовослужбовців. Так, проведене співробітниками науково-дослідної лабораторії морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності НГУ дослідження показало, що для військовослужбовців 18–20 років важливим фактором впливу є емоційність, для тих, хто служить вже 3–5 років, – емоційність і аргументованість, але перевага надається останній. Молоді люди більше довіряють людям із загальноновизнаним авторитетом. Офіцери зі стажем понад 5 років більше довіряють інформації, що безпосередньо спрямована на розв'язання проблеми. Вони досить сильно довіряють телевізійним програмам, що демонструють саме всеукраїнські телеканали (так би мовити, офіційні джерела інформації). Їх довіра регіональним і приватним телеканалам є меншою. На всі категорії військовослужбовців найбільш впливає інформація, що здійснює полімодальний вплив (впливає на зорові, слухові, тактильні відчуття), тому використання переглядів фільмів та інших видів демонстрацій має більший

ефект, ніж читання лекцій чи статичні плакати.

Зауважимо, що загальна первинна профілактика наркоманії, в основному, спрямована на підлітків і молодь, тому її заходи більше підійдуть для військовослужбовців строкової служби чи курсантів, але з неї можна почерпнути і досить цікаві ідеї для профілактики наркозалежності у військовослужбовців інших категорій.

На сьогодні під час здійснення загальнопрофілактичних заходів ефективним вважається вплив саме 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 віднести заходи, що запобігають виникненню бажання вживати психоактивні речовини, і ті, що підвищують власний опір особистості до наркотизму.

Подібні заходи здійснюються із застосуванням досягнень психології, медицини, педагогіки, економіки тощо.

Так, використовуючи економічні важелі (наркотик – товар), профілактика наркоманії має вестися за двома напрямками:

1. Зниження пропозиції психоактивних речовин.
2. Зниження попиту на психоактивні речовини.

Зниження пропозиції відбувається, в основному, через зменшення можливості придбати наркотик або іншу психоактивну речовину потенційним споживачем. В ідеалі ця стратегія спрямована на повне вилучення наркотиків із незаконного обігу. Слід зазначити, що попит на наркотики є еластичним і відповідає змінам ціни. Звідси – успішне зниження пропозиції може, у принципі, знизити попит. Тут традиційно використовуються бар'єрні методи кримінально-політичного характеру.

Спираючись на досвід освітян, ефективна профілактика наркотизації суспільства передбачає: диференціацію способів і методів подачі інформації в залежності від віку й індивідуальних особливостей цільової аудиторії. Так, програми, які акцентують увагу на негативних наслідках наркотизму, виявилися малоефективними, а програми, що наголошують на навчанні “адаптивному та здоровому стилю життя, навичкам спілкування, критичному мисленню, вмінню приймати рішення і протистояти в ситуаціях пропозиції психоактивних речовин тощо” довели свою ефективність.

Досить ефективно зарекомендували себе у профілактиці наркоманії програми формування життєвих навичок.

Учені виділяють дві основні моделі навчальних програм первинної профілактики: 1) програма досягнення соціально-психологічної компетентності (основна мета – виробити навички ефективного спілкування) і 2) програма навчання життєвим навичкам (основна ціль – виробити навички відповідального прийняття рішень). Ці моделі у різноманітних культурних умовах і різних країнах набувають відмінних форм, однак вони мають подібні задачі:

- розвиток соціальної й особистісної компетентності;
- вироблення навичок самозахисту;
- попередження виникнення проблем та їх адекватне вирішення.

Найбільшу ефективність у лавах молоді засвідчили програми поведінки, побудовані за принципом *формування життєвих навичок* – ФЖН.

Основними принципами ФЖН є:

1. *Всебічність*. У процесі навчання використовують різноманітні методи подачі інформації, методики тренінгу соціально-психологічних навичок і засоби закріплення вивченої поведінки. Всебічність означає орієнтацію на “цілісну людину протягом певного часу”.

2. *Засвоєння знань*. Однієї інформації для зміни адиктивної поведінки недостатньо, юнаки повинні набути максимуму знань, щоб самостійно мислити і вибудовувати поведінку. Усебічні програми надають молодим людям знання шляхом концептуалізації інформації, тренінгу після її закріплення.

3. *Навички соціальної компетентності*. Успішна профілактика передбачає створення у молодих людей соціально-психологічних навичок відмови від ризикованих пропозицій, бачення позитивних і негативних сторін явищ, взаємодії з однолітками, дружби, вміння пережити втрату друга, правильного вираження своїх почуттів тощо. Тренінг життєвих, соціально-психологічних навичок є одним з основних компонентів профілактики наркотизму. Програми ФЖН обов’язково сполучають навчання ефективному спілкуванню, впевненості в собі, умінню управляти своїми почуттями, вибору друзів і побудові позитивних відносин з однолітками, зміцненню зв’язків із сім’єю, вирішенню проблем, критичному мисленню, прийняттю рішень, усвідомленню негативних впливів з боку ровесників, тисків і опору їм, постановці цілей, наданню допомоги оточуючим.

4. *Тривалість*. Ефективність програм прямо корелюють з їх тривалістю, послідовністю і широтою змісту.

5. *Задача програм ФЖН* – допомога молодим людям у побудові позитивних взаємовідносин із соціальним оточенням й умінні вибрати друзів.

6. *Участь у громадському житті* сприяє ефективності профілактичної роботи, надаючи молодим людям позитивні рольові моделі. Відчуженість від просоціальних структур суспільства сприяє розвитку схильності до адиктивної і девіантної поведінки.

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

Деякий потенціал щодо профілактики наркоманії належить навчанню здорового способу життя і його популяризації.

Медичні працівники не лише лікують, але й повинні брати активну участь у профілактиці наркозалежності своїми способами. Так, медичні працівники досить часто вдаються до читання лекцій про шкідливість адиктивної поведінки. Їхні дії майже завжди побудовані на інформуванні і мають чисто когнітивне спрямування. Проте останнім часом поширюється й інше медичне ноу-хау – це відзняття і показ відеороликів про шкоду вживання наркотичних речовин, використовуючи в цих відеосюжетах “крупні плани” пошкоджених

унаслідок вживання наркотиків органів, у такий спосіб вони намагаються досягти максимальної емоційної реакції відрази глядача до адиктивної поведінки. Дії медичних працівників базуються на припущенні, що якщо людина знає про небезпеку для здоров'я певної поведінки, то буде ставитися до такої поведінки негативно й утримуватися від неї. А якщо особа розуміє, що якась поведінка є корисною для здоров'я, то 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). Однак тут значну роль відіграє спосіб подачі інформації, традиційне залякування показало свою слабку ефективність.

Педагогічна профілактика наркотизації. Вона подібна до медичної, але базується на положенні, що рішення має бути прийняте на основі достовірної інформації особисто самою людиною. Тут увагу акцентовано на навчанні навичкам прийняття рішень. Розроблено покрокові стратегії прийняття подібних рішень, але вони ґрунтуються більше на особистісних і соціальних аспектах (ставлення до поведінки й нормативні уявлення), ніж на чинниках, пов'язаних з можливою хворобою. Особа, яка приймає рішення, оцінює можливі плюси і мінуси якоїсь поведінки, а також можливу зміну ставлення до неї з боку оточуючих, якщо реалізує це рішення.

Радикально-політична профілактика наркотизації. Вона містить у собі освітню профілактику, але її доповнює зовнішнє сприяння становленню здорового способу життя. Наголос робиться на посиленні такої якості, як впевненість у собі. Застосовуються методи, які впливають з теорії соціального навчання. Молодь засвоює позитивні рольові моделі і прагне до поведінки, яка схвалюється референтною групою. Такою групою часто є однолітки. Молоді потрібно зробити вибір між небажанням вживати психоактивні речовини і груповими нормами, які передбачають їх вживання. Деяким не вистачає саме впевненості в собі, щоб відмовитися від пропозицій “спробувати”.

Профілактика наркозалежності шляхом самопосилення. У її рамках об'єднана достовірна інформація медичної профілактики, навички прийняття рішень, що розвиваються в рамках освітньої моделі профілактики, 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 має комплексний характер.

Програми функціональних еквівалентів. Основна задача програм функціональних еквівалентів полягає в розробленні альтернатив для потенційно небезпечної адиктивної поведінки. Згідно із цією програмою необхідно проводити такі превентивні заходи, які у розвитку людини стають функціональним еквівалентом споживання наркотиків.

Програма функціональних еквівалентів призвела до значного зсуву в практиці превентивної роботи, насамперед, в організації дозвілля людей. Пасивному споживанню наркотиків протиставляється активне проведення вільного часу. Спортивні, розважальні і виховні заходи повинні замінити

адиктивну поведінку й утримувати молодь від спокуси вживання наркотиків.

Релігійна профілактика наркотизму. Неодноразово зазначалося, що релігійність є одним із найсильніших чинників, що протидіють наркотизму. Християнська церква розглядає людину як цілісне духовно-тілесне утворення. Відповідно до церковної термінології, залежність людини від психоактивних речовин є пристрастю. Пристрасті ж породжуються і перебувають у душі людини. Тільки там вони й можуть бути виліковані, і лише потім необхідно гоїти тіло. Будь-яку пристрасть можна назвати “раковою пухлиною” душі. Розвиваючись з однієї клітини, вона швидко охоплює всі шари духовного світу людини, спричиняючи численні метастази. Як ракову пухлину необхідно лікувати якомога раніше, так і з пристрастями необхідно боротися з моменту їх виникнення, а ще краще – до того. Таким чином, стає зрозумілим, 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 в душі. Таким чином, наркотизм має псевдорелігійний характер. Ефект, що виникає під впливом наркотиків, є сурогатом здорового релігійного почуття. Тому різноманітні психоактивні речовини використовуються в різних примітивних 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, не матиме успіху, тому що той уже відчув “вужкість матеріалізму”. Молодій особі можна запропонувати лише альтернативу “щирого духовного життя”. Оскільки пристрасть до психоактивних речовин заповнює в душі вакуум, який виникає в результаті відсутності там Бога, церква пропонує єдиний спосіб звільнення від залежності – Бог має обійняти там відповідне місце, щоб людині не потрібно було шукати порятунку в наркотиках, тобто прийняти Віру. Християнська церква вчить, що людина може здолати свої пороки тільки через повернення до Христа й участь у Таїнствах церкви.

1.5 Визначення окремих категорій військовослужбовців для здійснення заходів первинної профілактики вживання психоактивних речовин

Аналіз категорій військовослужбовців, виділених за допомогою кластерного аналізу (див. 1.2), дозволяє рекомендувати таку *методику (комплекс заходів) визначення вірогідності вживання наркотичних засобів військовослужбовцями.*

I. Збір інформації про наявність значних соціально-побутових та соціально-психологічних проблем у військовослужбовців (див. додаток II).

II. Періодична соціально-психологічна діагностика особового складу стосовно толерантності до життєвих і службово-бойових труднощів, ставлення до вживання наркотичних речовин; визначення психологічних особливостей, що полегшують формування залежності (нерозвиненість емоційно-вольової

сфери, наявність інших видів залежності, нерозвинені комунікативні навички) (див. додатки Д–Ж).

III. Вивчення соціального оточення, що може порекомендувати чи надати психоактивні речовини. Визначення наявності родичів, які були чи є наркозалежними або мали інші види залежностей. Установлення доступності наркомістких препаратів. Визначення матеріальної спроможності, наявності коштів на придбання наркотиків.

IV. Аналіз стану психологічних заходів, що спрямовані на профілактику вживання наркотиків певною категорією військовослужбовців. Визначення активності участі певних військовослужбовців у цих заходах.

Структуру заходів щодо визначення категорій військовослужбовців як цільових груп первинної профілактики наведено на рис. 1.2.

ЕТАП 1. Характеристики, що можуть підвищити схильність військовослужбовців до вживання психоактивних речовин				
Категорії в/с	Офіцери, контрактники		Курсанти, в/с строкової служби	
Передумови	ПТСР, службові проблеми, смерть близьких та колег, сімейні проблеми, фінансові труднощі, побутові проблеми		Емоційна незрілість, нерозвинена мотивація професійної діяльності, залежність, емоційність, вразливість, порушення адаптації	
Мотиви	Психологічна напруженість	Втома, виснаження	Нестача вражень (“сірість” військового життя)	Фізична втома
	Релаксація	Стимуляція	Пошук яскравих вражень	Ейфорія
ЕТАП 2. Попередня соціально-демографічна діагностика				
Соціальне оточення, яке може сприяти наркотизації	Медичні працівники, фармацевти	Особи, які мають доступ до вилучених наркотичних засобів	“Креативне” неформальне оточення	Оточення, яке веде нічне клубне життя
Доступні наркотики	Седативні препарати	Психостимулятори, летючі речовини наркотичної дії	Галюциногени	Препарати, що викликають ейфорію та популярні серед молоді
ЕТАП 3. Поточна психологічна діагностика				
Емоційно-вольова сфера	Сплющення та вигорання		Незрілість	
Мотиваційна сфера	Сплющення та вигорання, втрата сенсу життя та професійної діяльності		Незрілість	
Самосвідомість	Дисоціація між “Я” та роллю в/с НГУ		Неадекватність та нестійкість самооцінки	
Когнітивна сфера	Слабкість прогнозування		Нерозвиненість функцій прогнозування (формується після 21 року), середній та низький рівні інтелекту	
Міжособистісна сфера	Інтровертованість, почуття провини, звуження сфери стосунків до професійних		Інтравертованість, залежність, несамостійність	
ЕТАП 4. Первинна цільова профілактика				
Цілі заходів психологічної роботи	Психореабілітаційні заходи. Формування психологічної культури особистості	Посилення зовнішнього контролю. Формування мотивації відповідальності за своє та чуже життя і здоров’я, матеріальне становище	Організація культурно-просвітницької роботи (походи до кінозалу та театру тощо). Формування мотивації до самонавчання та продуктивної творчості	Організація та гармонізація режиму праці. Формування мотивації на подолання труднощів, набуття рис мужності

Рисунок 1.2 – Етапи визначення категорій військовослужбовців як цільових груп для первинної профілактики вживання психоактивних речовин

Для виконання *першого етапу* “Збір інформації про наявність значних соціально-побутових та соціально-психологічних проблем у військовослужбовців” потрібно використовувати такі заходи.

1. Постійно тримати увагу на емоційному стані особистості (у разі спостереження тривалих періодів пригніченого стану у військовослужбовця потрібно запрошувати його на бесіду до психолога для з'ясування причин пригнічення і консультації) (див. додаток И). Необхідно формувати у підрозділах атмосферу небайдужості до товаришів. Турбота про стан товариша, у тому числі й у вигляді повідомлення про його пригнічений стан чи проблеми командирів та психологів, збільшить ефективність цього заходу (див. додатки А, Б). Крім того, атмосфера небайдужості сама по собі є гарним профілактичним заходом щодо вживання наркотиків.

2. Періодично (раз на рік чи частіше) доцільно для всього особового складу використовувати тести, що допомагають визначити схильність до залежної поведінки (див. додатки Д, Е) та наявність дистресу (гострого чи накопиченого стресу). Для цього можна використовувати методики “Схильність до залежної поведінки” (автор В. Д. Менделевич), опитувальник для виявлення схильності до різних форм девіантної поведінки “ДАП-2”.

Другий етап “Психодіагностичний” дозволяє виявити віддалені передумови наркозалежної поведінки, оцінюючи (див. додаток Ж):

- ступінь обізнаності в зазначеному питанні;
- особистісне ставлення до цінностей і норм певного способу життя (у тому числі ступінь психологічної готовності до прийняття або протидії);
- наявність стійких рис характеру, які формують схильність до наркозалежної поведінки як способу подолання труднощів (наприклад, емоційна незрілість, знижений соціальний контроль поведінки, неадекватність самооцінки, суперечливе поєднання високого рівня домагань із невпевненістю в собі або високої активності зі швидким виснаженням тощо);
- біогенетичні передумови (черепно-мозкові та інші травми й захворювання в анамнезі, інтоксикації, нервово-психічні розлади, відхилення у фізичному і психічному розвитку, несприятлива спадковість);
- несприятливе соціальне оточення (стандарти поведінки, які передбачають можливість асоціального вибору);
- ризик нервово-психічного зриву (аутоагресивної поведінки);
- ступінь щирості (достовірності відповідей).

Психодіагностичні методи діагностики мають низку недоліків. По-перше, обстежувані приховують наявність у себе адиктивної поведінки, як правило, свідомо спотворюють результати психодіагностики, різко і в достатньо категоричній формі заперечують існування залежності, а іноді й просто брешуть, надаючи перекручені дані про свою поведінку, видають результати тестування сумнівними. Бланкові методики, опитувальники, анкети, тести, розроблені для роботи з адиктантами, повинні в обов'язковому порядку містити шкалу брехні. У цьому випадку використання відповідних методів психодіагностики свідчить про достовірні результати.

По-друге, низка досліджень в галузі адиктології дозволяє дійти висновків, що діагностичний інструментарій, який використовується на практиці, дає можливість визначити розрізнені дезадаптивні характерологічні риси та не дає змоги виявити механізми взаємного впливу інших складових особистості. Ці методики визначають ризик формування залежності або схильності до адиктивної поведінки.

Третій етап “Визначення соціального оточення, яке може посприяти вживанню психоактивних речовин” повинен містити такі заходи:

1. Визначення родичів, які мали залежність від психоактивних речовин чи інші види залежностей.

2. Виявлення наявності в родині чи серед близьких родичів медичних працівників, фармацевтів, працівників хімічних лабораторій та інших, які мають вільний доступ до психоактивних речовин.

3. Виконання службових обов’язків, що передбачають контакт з наркозалежними та доступ до психоактивних речовин.

4. Відомості про близьке оточення та спосіб життя поза службою (нічне, клубне життя, друзі з неформальних течій). Важливими також є відомості про матеріальний статус родини і близького оточення як показників можливості придбати наркотичні препарати у розповсюджувачів наркотиків (роздрібних дилерів).

5. Поява в оточенні людей, які мають ознаки вживання наркотичних речовин (див. розділ 2).

Четвертий етап “Аналіз стану психологічних заходів, що спрямовані на профілактику вживання наркотиків певною категорією військовослужбовців. Визначення активності участі певних військовослужбовців у цих заходах”. Цей етап містить такі заходи.

1. Загальні профілактичні заходи, що формують негативне ставлення до вживання наркотичних препаратів. До них належать: читання лекцій, використання наочної агітації тощо. Ці заходи потрібно добирати з урахуванням особливостей сприйняття інформації тією чи іншою категорією військовослужбовців.

2. Специфічні профілактичні заходи (диференційовано добираються до різних категорій військовослужбовців чи, взагалі, мають індивідуальний характер), які спрямовані на вирішення тих проблем і на ті особливості військовослужбовців, що сприяють прийняттю особою рішення вживати наркотичні препарати. У додатку В наведено нефармакологічні засоби терапії поширених проблем. Можна порекомендувати тренінгові програми “Зроби правильний вибір” (див. додаток А) та тренінг профілактики наркоманії серед військовослужбовців НГУ (див. додаток Б).

3. Визначення того, наскільки профілактичні заходи, що проводяться у підрозділі, відповідають потребам військовослужбовця. Зазвичай заходи плануються таким чином, щоб бути корисними для більшості, але “проблеми” деяких осіб загальними засобами можуть не охоплюватися.

4. Визначення того, як часто військовослужбовець потрапляє під вплив профілактичних заходів (чи ігнорує їх), що проводяться в підрозділі.

Ігнорування профілактичних заходів знижує можливості відносно опору рішенню приймати психоактивні речовини і є непрямим показником ставлення до проблеми вживання наркотиків, а саме: легковажного ставлення до проблеми вживання наркотиків, ознакою безпосереднього вживання і втрати критичності щодо свого стану. Однак і підвищена увага до таких заходів може бути також негативною ознакою і свідчити як про намагання подолати власну залежність, так і наявність когось в оточенні, хто вживає наркотики і чию залежність бажано подолати (дітей, друзів, дружини).

Варто підкреслити, що наявність будь-яких факторів ризику не є гарантією прийняття рішення вживати наркотики та формування наркозалежності. Провадячи усі ці заходи, потрібно з повагою ставитися до обстежуваних, не ображати їх підозрами тощо. Тому що сама така поведінка під час обстеження може викликати дії “на зло”, особливо у незрілих особистостей.

Як вже зазначалося, *до заходів первинної профілактики у військовому колективі слід віднести:*

- заходи загальної дії, але специфічні для НГУ – доведення до військовослужбовців усіх категорій відповідальності за вживання наркотиків, вивчення законодавчих актів, що визначають обіг наркотичних речовин тощо;

- заходи щодо формування у різних категорій військовослужбовців еквівалентних форм вживання наркотиків та самопосилення, деякою мірою розглянутих у 1.1. У додатку В наведено перелік нефармакологічних засобів розв’язання поширених проблем;

- загальнопрофілактичні заходи, спрямовані на формування негативного ставлення до вживання наркотиків та свідомого, поінформованого, відповідального й особистого прийняття рішення не вживати наркотичні препарати. Ці заходи мають бути послідовним продовженням загальнонаціональних, що проводяться у навчальних закладах (їх ефективність залежить від послідовності і тривалості), та регіональних (завдяки яким військовослужбовці, частина яких залучена в життя громади, на території якої розташована частина, що підсилює формування смислової компоненти профілактичних заходів). Приклад програми профілактичних заходів для ВВНЗ наведено в додатку Г;

- заходи щодо перекриття усіх можливих шляхів потрапляння наркотиків у розташування частини. Зазвичай для цього достатньо простих режимних заходів. Їх підсилення потрібно лише тоді, коли наркотики знайдуть “шлях” потрапляння до частини.

Для контролю ефективності заходів цього блоку пропонується таке:

- кількість виділених категорій військовослужбовців залежно від можливого вживання наркотичних препаратів і особливостей військовослужбовців, що сприяють прийманню рішення вживати наркотики (реалізація диференційованого підходу у формуванні груп, на які спрямовані специфічні профілактичні заходи);

- кількість загальнопрофілактичних заходів у частині, у тому числі кількість заходів, спільних з місцевою громадою;
- кількість специфічних заходів профілактики, що сплановані і проведені відповідно до особливостей виділених категорій військовослужбовців (індивідуальних та/чи групових);
- частота відвідувань кожним військовослужбовцем загальних і спеціальних профілактичних заходів (міра охоплення профілактичними заходами кожного військовослужбовця).

РОЗДІЛ 2

ВИЯВЛЕННЯ ОЗНАК НАРКОТИЧНОГО СП'ЯНІННЯ ТА НАЯВНОСТІ ЗАЛЕЖНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

У наркологічній ситуації, що склалася в Україні, виявлення можливих мотивів вживання психоактивних речовин і первинна профілактика їх вживання вже є недостатніми. За даними нещодавнього анонімного опитування, що проводилося науково-дослідною лабораторією морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності Національної гвардії України, у кожній частині є військовослужбовці, які мали досвід вживання психоактивних речовин. Негативність цієї ситуації проявляється і в тому, що деякі з них навіть не вважають за необхідне приховувати цей факт. Тому розробка методики контролю наркологічної ситуації повинна містити не лише профілактичні заходи, що працюють, так би мовити, на випередження, а й заходи боротьби з фактами вживання наркотичних речовин та формування залежності від них у військовослужбовців. Ці заходи об'єднано у другий блок методики контролю наркологічної ситуації у НГУ.

Увага до цих заходів є тим більшою, чим гіршою є наркологічна ситуація в регіоні розташування частини і чим щільніше зіштовхуються військовослужбовці у своїй професійній діяльності з наркозалежними та розповсюджувачами наркотиків. Особливо важливими ці заходи є для частин і підрозділів з охорони громадського порядку та підрозділів з конвоювання, екстрадиції та охорони підсудних.

Напрямки роботи за другим блоком методики роботи з контролю наркологічної ситуації у НГУ наведено на рис. 2.1.



Рисунок 2.1 – Напрямки роботи за другим блоком методики роботи з контролю наркологічної ситуації у НГУ

2.1 Ознаки наркотичного сп'яніння

Труднощі виявлення осіб, які вживають психоактивні речовини, полягають у тому, що вони не тільки можуть приховувати факти їх вживання, а й у тому, що ознаки наркотичного сп'яніння розрізняються в залежності від того, який наркотик застосовував військовослужбовець.

Проводячи обстеження для встановлення факту наркотичного сп'яніння, необхідно звертати увагу на поведінку і зовнішній вигляд обстежуваного, фізіологічні функції його організму, аналізувати стан уваги і мислення, досліджувати вегетативні функції, проводити координаційні проби, адже симптомокомплекс наркотичного сп'яніння складається з трьох груп симптомів.



1. *Порушення психічної сфери* (емоційні та поведінкові зміни). До них належать такі.

А. Наркотична ейфорія. Виникає після прийому відносно невеликих доз і триває 1–2 год. Часто ейфорія нестійка і легко змінюється дисфоричними спалахами. Для ейфорії характерні: підвищені мовленнєва активність, ексцентричність поведінки, відволікання, розгальмовування, підвищення самооцінки.



Б. Дисфоричний стан. Часто трапляється під час виходу зі сп'яніння або в умовах психогеній. Характеризується дратівливістю, невдоволенням, легко виникає почуття утисненої гідності. Особи, які перебувають у стані дисфорії, є похмурими, дратівливими, схильними до імпульсивних агресивних реакцій за незначних приводів.



В. Психомоторна загальмованість. Виникає у разі вживання великих доз або за підвищеної чутливості. Характеризується зниженням спонукань і активності, млявістю, повільністю, зростаючою сонливістю. Спостерігається збіднення мовної продукції, уповільнення мислення, порушення пам'яті. Важливу інформацію про стан обстежуваного надає спостереження за його вимовою: вимовою окремих звуків, словосполучень, емоційною модуляцією голосу.

Часто виявляються “змазаність” вимови, окремі дизартрії, скандування мови, монотонія.

2. *Неврологічні порушення.* До неврологічних порушень можна віднести такі:

А. Порушення ходи. Це високочутливий і надійний показник. Нестійка хода, розкидання ніг при ходьбі постійно зустрічаються в осіб з алкогольним сп'янінням. Для виявлення цих порушень застосовується функціональна проба “ходьба зі швидкими поворотами”. У ході проведення цієї проби обстежуваному пропонують зробити 5–6 кроків в одному напрямі, швидко розвернутися і зробити стільки ж кроків у зворотному напрямку.

Б. Порушення координації рухів. Виявляються досить легко під час проведення простих координаційних проб: підняття дрібних предметів з підлоги, пальценосової проби (зведення при закритих очах кінчиків вказівних пальців). До цінних діагностичних симптомів відносять порушення при утриманні рівноваги в позі Ромберга, особливо сенсibiliзованої.

Проба Ромберга (рис. 2.2) використовується для перевірки обстежуваного на координацію та стійкість і передбачає дослідження в простій (поза Ромберга I) і ускладнених (поза Ромберга II і III) позах.

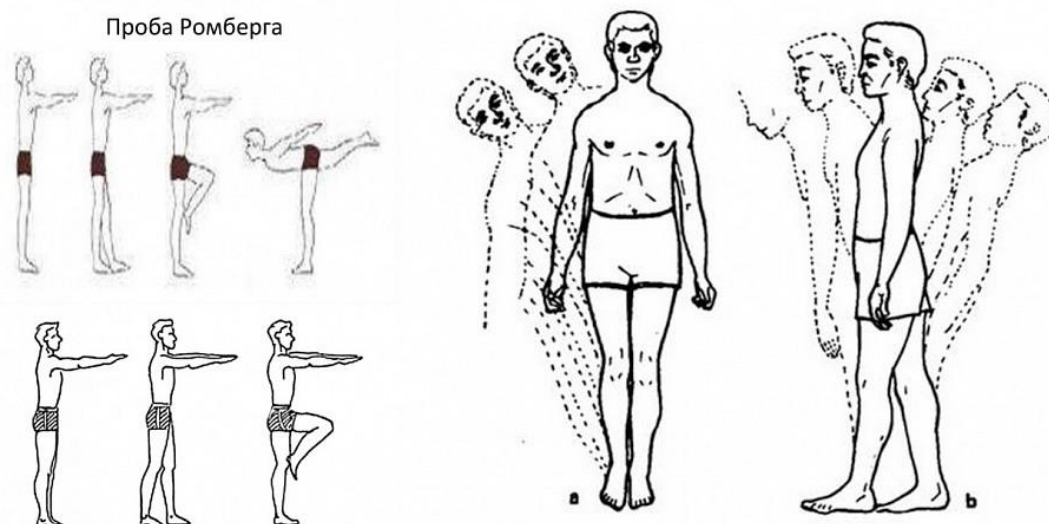


Рисунок 2.2 – Проба Ромберга

У позі Ромберга I обстежуваний стоїть, зімкнувши ступні ніг (п'яти і носки разом), очі закриті, руки витягнуті вперед, пальці дещо розведені. Визначається час стійкості в цьому положенні до втрати рівноваги. Слід зауважити, що позу Ромберга I застосовують звичайно в клініці для обстеження хворих. Для осіб з гарною фізичною підготовкою рекомендовано використовувати ускладнені пози.

У позі Ромберга II обстежуваний повинен стояти так, щоб ноги його були на одній лінії; при цьому п'ята однієї ноги повинна торкатися носка другої, в іншому – положення обстежуваного таке саме, як у простій позі Ромберга, тобто руки витягнуті вперед, пальці розведені й очі закриті. Час стійкості в позі Ромберга II у здорових нетренованих осіб коливається зазвичай у межах 30–55 с; тремор (тремтіння) пальців рук і повік відсутній. У фізично підготовлених осіб час стійкості значно більший і може становити 100–120 с і більше.

Поза Ромберга III: обстежуваний стоїть на одній нозі, стопа другої притиснута до колінної чашки опорної ноги. Стійкість у такому положенні повинна бути не менше 15 с.

Пальценосова проба – проба, що служить для виявлення динамічної атаксії; обстежуваному пропонується торкнутися вказівним пальцем кінчика власного носа і повторити цей рух із закритими очима; зазвичай ця проба виконується в позі Ромберга.

В. Поява ністагму закономірна вже в легких формах сп'яніння.

Ністагм – мимовільні коливальні рухи очей високої частоти (до декількох сотень на хвилину). Походить від грец. “*nystagmos*” – дрімота. Ністагм представляє собою ритмічні рухи очних яблук. У процесі дослідження рухів очей виявляється горизонтальний установний ністагм за фіксації погляду у крайніх відведеннях. Більш чутливою є проба Ташена – обстежуваний робить 5 обертів навколо власної осі за 10 с. Потім його зупиняють і просять зафіксувати погляд на якому-небудь предметі, який тримають перед його обличчям на відстані 35 см, потім визначається тривалість ністагму (у нормі – не більше 10 с).

3. Вегето-судинні зміни. У сукупності з іншими ознаками виявляється лабільність пульсу, артеріального тиску, дихання, полегшується формування колаптоїдних станів, особливо у разі різкої зміни положення тіла:

- а) гіперемія склер;
- б) тахікардія 100 ударів на хвилину;
- в) гіперемія шкірних покривів;
- г) підвищення артеріального тиску, частоти дихання, температури тіла.

Ці ознаки більшою мірою схильні до коливань і можуть відображати неспецифічні реакції обстежуваного.

Непрямі ознаки вживання наркотиків і наркотичної залежності. Непрямі ознаки наркотизації можуть бути специфічними для окремих препаратів і загальними, характерними для всіх наркотиків.

Основні ознаки порушення поведінки в осіб, які розпочали вживати наркотики:

1. Зростання скритності (на перших етапах можливе без погіршення стосунків). Часто скритність супроводжується почастішанням і збільшенням часу усамітнення.

2. Почастішання запізнь на службу.

3. Падіння інтересу до діяльності й звичних захоплень.

4. Зниження ефективності діяльності.

5. Збільшення фінансових запитів, без покращення якості матеріально-побутових умов, почастішання позичань грошей у борг.

6. Настрій – це дуже важлива ознака – міняється з незрозумілих причин дуже швидко і часто не відповідає ситуації: добродушність і млявість у скандалі або, навпаки, дратівливість у спокійній ситуації.



7. Сліди ін'єкцій (уколів) по ходу вен на руках, сліди ін'єкцій між пальцями рук та ніг, у паху.

8. З'являються нові підозрілі друзі (хоча спочатку зустрічі відбуваються з вельми пристойними на вигляд наркоманами) або поведінка старих приятелів стає підозрілою. Розмови з ними ведуться пошепки, незрозумілими фразами чи на самоті. Різко збільшується кількість телефонних дзвінків.

9. Різке схуднення, тремтіння пальців та інші ознаки виснаження організму людини.

Наркомани зі стажем нерідко є розповсюджувачами наркотиків, які таким чином заробляють собі на "дозу". Поява таких осіб в оточенні може свідчити про вживання наркотиків.

Впізнати наркомана "зі стажем" можна за такими ознаками:

1) довгі рукави одягу завжди, незалежно від погоди й обстановки;

2) неприродно вузькі або широкі зіниці незалежно від освітлення;

3) відчужений погляд;

4) часто – неохайний вигляд, сухе волосся, затерпілі кисті рук; темні, зруйновані, "обламані" зуби у вигляді "пеньків";

5) фігура частіше сутулувата;

6) невиразне, "розтягнуте" мовлення;

7) незграбні й уповільнені рухи за

відсутності запаху алкоголю з рота;

8) явне прагнення уникати зустрічей з командиром, начальником;

9) дратівливість, різкість і неповага у відповідях на запитання;

10) після появи у службових приміщеннях, приватних квартирах наркомана зникають речі або гроші;

11) сліди уколів наркомани, зазвичай, не показують, але іноді їх можна помітити на тильній стороні кистей. Наркомани зі стажем роблять собі ін'єкції куди завгодно, отже, сліди потрібно шукати на всьому тілі, не виключаючи шкіри на голові під волоссям. Часто сліди уколів виглядають не просто як множинні червоні точки, а зливаються в щільні синювато-червоні тяжі по ходу вен.



Поведінка і зовнішній вигляд людини у стані наркотичного сп'яніння характеризуються таким чином.



А. Стан людини тією чи іншою мірою нагадує стан алкогольного сп'яніння, але за відсутності запаху алкоголю з рота чи за ознак слабкого, що не відповідає стану, запаху; зміна свідомості: звуження, спотворення або затьмарення; зміна настрою: безпричинна веселість, смішливість, балакучість, злостивість, агресивність; зміна рухової активності: підвищена жестикуляція, надмірність рухів, непосидючість або ж, навпаки, відсутність рухів, млявість, розслаблення, прагнення до спокою (незалежно від ситуації); зміна координації рухів: їх плавність або швидкість, розмірність (розмашистість, різкість, неточність), нестійкість при ходьбі, похитування тулуба навіть у положенні сидячи (особливо явне при закритих очах); завжди порушений почерк.

Б. Зміна кольору шкірних покривів: блідість обличчя і всієї шкіри чи, навпаки, почервоніння обличчя та верхньої частини тулуба; блиск очей; сильно звужені або сильно розширені зіниці, що не реагують на світло; зміна слиновиділення: підвищене слиновиділення чи, навпаки, сухість у роті, сухість губ, осиплість голосу.

В. Зміна мовлення: його прискорення, підкреслена виразність або ж сповільненість, нечіткість, нечіткість вимови (“каша в роті”).

Специфічні ознаки зловживання окремими наркотиками. Припустити вживання конкретного наркотику або психоактивного засобу можна як за ознаками інтоксикації, так і – правда, тільки для деяких речовин – за проявами синдрому відміни наркотиків. Усі ці ознаки розглянуто нижче окремо:

- для похідних конопель;
- для опіатних наркотиків;
- для психостимуляторів;
- для галюциногенів;
- для снодійно-седативних препаратів;
- для летючих речовин.

Непрямі ознаки зловживання коноплею. Ознаки сп'яніння препаратами конопель (“марихуана”, “анаша”, “план”, “гашиш”, “шишки”, “травка”) багато в чому залежать від дози, кількості прийнятого наркотику. Зазвичай сп'яніння невеликими і середніми дозами характеризується розширенням зіниць, сухістю в роті, почервонінням обличчя, губ і склер очей. У цьому стані сп'янілі рухливі, балакучі. Багато сміються. Рішення приймають легко і бездумно. Мовлення



часто прискорене, багатослівне, нечітке. Коноплі та її похідні зазвичай називають “груповим наркотиком” тому, що настрої сп’янілого перебільшено повторює настрої оточуючих його осіб. Якщо всім навколо весело, він сміється, якщо сумно – плаче. Дуже характерною ознакою інтоксикації препаратами конопель є підвищений, прямо-таки звірячий апетит. Під кінець сп’яніння



людина легко може за один раз з’їсти, наприклад, каструлю борщу чи буханець хліба. Зазвичай наприкінці сп’яніння з’являється виражена сонливість.

Якщо доза наркотику велика, обличчя сп’янілого може бути блідим, зіниці – вузькими, губи – сухими. При цьому він досить млявий, загальмований, занурений у себе. Говорить “язиком, що заплітається”. На запитання відповідає із затримкою, іноді невлад, односкладно. Від нього може надходити виразний запах коноплі. Рухи незграбні і розмашисті через те, що порушена їх координація. Зазвичай у такому стані наркоман прагне, щоб ніхто не заважав йому і не “діставав” розмовами і проханнями – він все одно не в змозі їх виконати. Передозування препаратами конопель здатне спричинити гострий психоз.

Непрямі ознаки вживання опіатів. Упізнати людину, що перебуває під впливом опіатів (морфін, кодеїн, героїн, метадон, “макова соломка”, “солома” або “сіно”, “черняшка”, “ханка”), можна за такими ознаками:

– незвичайна сонливість у найневідповідніший час. Якщо залишити сп’янілого в спокої, він починає засинати в будь-якій позі і “клювати” носом, періодично прокидаючись. Якщо його гукнути, він одразу долучається до розмови, ніби й не спав;



– при цьому в нього сповільнене мовлення, слова він розтягує, повертається до теми, яку вже давно обговорили і забули, кілька разів може розповісти одне й те саме. Може бути жвавим, дотепним, легким у спілкуванні;



– дуже добродушний, покладливий, поступливий і послужливий;

– справляє враження вкрай розсіяного або задумливого;

– засинаючи, може забути про недопалок і випустити його чи обпалити руку. Тому на одязі часто помітні дірки з обгорілими краями;

– прагне усамітнитися, краще в окремому приміщенні. При цьому увімкнути там радіо, програвач і заснути. Іноді, навпаки, бажає бути в товаристві, навіть якщо його і не запрошують; нав'язливий;

– зіниці (українська важлива ознака) в цей час незвично вузькі і зовсім не розширюються в темряві. Тому при сутінковому освітленні гострота зору помітно знижується;

– шкіра бліда, суха і тепла;

– больова чутливість знижена, наркоман може обпектися об сигарету чи гарячий посуд і не відчувати болю;

– його важко вкласти спати в кімнаті з вимкненим світлом до пізньої ночі (іноді до 2–4 год ночі).

Стан сп'яніння не тримається більше 8–12 год, а іноді триває всього 4–5 год. Коли воно минає, поступово з'являються ознаки синдрому відміни. У цей час наркоман неспокійний. Він напружений, дратівливий без причини, нервує. Йому необхідно знайти наркотики, тому він нетерплячий. Якщо до нього підійти з питаннями, він розлютиться і нагрубіє.

Наркомани-початківці, у яких ще не сформувалася важка фізична залежність, здатні переносити “ломки” “на ногах”. У цьому випадку вони можуть прикидатися “хворими”. І дійсно, картина опіатного синдрому відміни в легкій формі нагадує гостре респіраторне захворювання або розлад шлунку: починається все з різкого розширення зіниць, млявості, нездужання, ознобу, чхання, сильної пітливості та зниженого настрою. Наркомани кутаються в теплі речі, вмикають обігрівачі, навіть якщо в приміщенні не холодно. Їх мучить нежить, а деякі постійно чхають. Їх нудить, може початися і блювота. Болить живіт, у деяких буває пронос. У цей час наркомани майже не сплять ночами, лежати нерухомо не можуть, хоча й намагаються. Їх турбує болісне “ламання” в руках, ногах, спині, м'язах і суглобах. Переносити такий стан (а мине не менше 3–4-х діб, поки стане хоч трохи легше) можуть лише ті, хто зловживає наркотиками недовго. Повторний прийом наркотиків призводить до раптового “закінчення хвороби”.

Ці ознаки характерні для середньої та легкої картин “ломки”. У наркоманів-початківців багато чого з цих розладів, особливо більш важких (пронос, блювота, підвищення температури), відсутнє.

Непрямі ознаки вживання психостимуляторів. Під час сп'яніння психостимуляторами (кокаїн, крэк, ефедрин, фенамін, первітин – “твинт”, “чифір”, “екстазі”) наркомани надзвичайно оживлені, стрімкі в рішеннях і вчинках. Рухи поривчасті, різкі. Швидко виконують усю роботу, не можуть ні хвилини всидіти на місці (у буквальному сенсі – міняють позу кожні 20 с).



Періодично починають куди-небудь збиратися, але можуть так нікуди й не піти. Також швидко говорять і перескакують з однієї теми на іншу в розмові.

Щохвилини змінюють свої наміри, тому не доводять до кінця початі справи. У них розширені зіниці, суха шкіра, дуже частий пульс і (якщо це можливо перевірити) підвищений артеріальний тиск. Нерідко виникає підвищене прагнення до діяльності. Протягом кількох годин можуть, наприклад, безцільно розбирати і збирати будь-який технічний пристрій (чи навіть будильник), чи щось писати, малювати.

У силу специфіки дії препаратів, якщо у наркомана є достатня кількість грошей або наркотиків, він може перебувати в стані сп'яніння безперервно протягом кількох діб і весь цей час не спати. Майже нічого не їсти. Саме через такі ефекти цей вид наркотику є поширеним у далекобійників та інших водіїв, для яких характерні тривалі періоди інтенсивної праці.

Після того, як сп'яніння минуло, спостерігають млявість, сповільненість реакцій, дратівливість. Настрій зазвичай знижений, але разом з цим наркомани тривожні, насторожені, лякаються гучних звуків або навіть негучних, якщо вони пролунали в тиші. У наркоманів-початківців справа цим і обмежується, у хворих зі стажем можливий розвиток тривалого депресивного стану з тугою і страхітливими галюцинаціями, мареннями переслідування. Шкіра бліда, вкрита потом, рухи погано координовані, непевні. Пульс залишається частим.

У наркоманів, які зловживають ефедроном або ефедрином (який до недавнього часу був найпоширенішим із психостимуляторів), часто можна спостерігати гладкий, трохи набряклий язик яскраво-малинового забарвлення.



Особливе місце серед психостимуляторів посідає порівняно новий для нашої країни наркотик "екстазі". Цей наркотик продається у вигляді таблеток або капсул різного кольору і форми. Називаються вони по-різному: "серце", "дельфін" або "голуб". Активна речовина, що міститься в

МДМА (ЕКСТАЗІ)



них, – метілендіоксиметамфетамін – має подвійний ефект, поєднуючи в собі стимулюючі і виражені галюциногенні властивості. Стимулюючий ефект препарату дозволяє бути активним усю ніч безперервно, не відчувати втоми, відчувати приплив енергії, невимушено розмовляти з іншими. Дія “екстазі” проявляється через 12–60 хв після прийому таблетки або капсули і може тривати від 4 до 8 год., поступово слабнучи. Після прийому “екстазі” виникають певні фізичні ефекти: частішання серцебиття, розширення зіниць, підвищення кров’яного тиску і температури. Останній чинник за певних умов – у погано провітрюваному приміщенні та за інтенсивних навантажень – може привести до перегрівання організму. Крім того, препарат викликає відчуття оніміння щелеп, сухість у роті і горлі; іноді ускладнюється контроль рухів, з’являється нудота. Зазвичай ці симптоми швидко проходять.

Психічні ефекти, що викликаються “екстазі”, охоплюють приплив енергії, відчуття ясності свідомості, розслабленості, спокою і свободи. Зникає втома. Унаслідок ефекту зміни свідомості відступає занепокоєння, зумовлене різними негараздами. Сприйняття стає більш насиченим. Може виникнути тепле почуття любові (яке ніби охоплює весь світ), відчуття тісного зв’язку з іншими людьми, довіри до них.

Залишкові явища наступного дня у різних людей можуть бути різними: в одних зберігається той же приємний стан, що й напередодні; у інших він змінюється почуттям порожнечі і втомою, що іноді супроводжується запамороченням і головним болем. Ці відчуття можуть зберігатися декілька днів.

Внаслідок вживання “екстазі” людина стає злобною або постійно відчуває тривогу і страх. Зв’язок з реальністю деколи повністю втрачається, розвивається психоз. Нерідко виникають розлади сну, панічні реакції, депресія, галюцинаторні бачення. Навіть через кілька днів або тижнів після вживання великих доз “екстазі” можуть проявлятися так звані “флеш беки” (затримані реакції): раптово виникають такі само переживання, як після прийому наркотику. У разі регулярного використання “екстазі” ефект зміни свідомості починає проявлятися слабкіше. У таких випадках у багатьох виникає спокуса прийняти більшу кількість таблеток, а це небезпечно передозуванням.

Непрямі ознаки зловживання галюциногенами. Сп’яніння галюциногенами можна спостерігати вкрай рідко (гриби роду Psilocybeum,

ЛСД (діетіламід лізергінової кислоти), РСР (фенциклідін)). У цьому стані наркомани занадто привертають до себе увагу, тому що здійснюють безглузді вчинки, прислухаються до неіснуючих голосів або протягом тривалого часу роздивляються малюнки

**ПСИЛОЦИБІН-, ПСИЛОЦИН-,
вмісні ГРИБИ**



на шпалерах (які ввижаються їм шедеврами живопису чи навіть мультфільмами). Тому вони намагаються перебути сп'яніння далеко від людей або приймають наркотики тоді, коли не чекають на зустріч з ними.

Фізичні ознаки синдрому відміни також не дуже помітні в осіб, що приймають галюциногени.

Можна підозрювати зловживання галюциногенами, якщо обстежуваний справляє враження людини “не від світу цього”: багато уваги приділяє загальним питанням філософії, релігії і світобудови, висуває нетривіальні психологічні чи соціальні ідеї, надто захоплений модерністським мистецтвом. Або відчуває утруднення у встановленні дружніх стосунків з малознайомими людьми, сторониться веселих компаній, замкнутий, несміливий у стосунках з протилежною статтю, відлюдник.

Перелічені якості ніяк не можна назвати поганими або такими, що рідко зустрічаються. Саме тому діагностика зловживання галюциногенами є дуже складною. Зазвичай самі наркомани розповідають про свої пригоди, коли починають стикатися з ускладненнями наркотизації: психозами, депресіями і апатією. Якщо людина подібних проблем не має, то навіть фахівець не поставить діагноз (якщо не буде проведений лабораторний аналіз протягом 1–2 діб після прийому наркотику).

Непрямі ознаки вживання снодійних та заспокійливих препаратів. До снодійних (похідні барбітурової кислоти, барбітурати) і заспокійливих засобів (транквілізаторів) належить безліч препаратів: барбаміл, фенобарбітал, реладорм, феназепам, радедорм, реланіум, еленіум, ноксірон, імован, донорміл, оксибутират натрію тощо. Картина сп'яніння ними приблизно однакова і дуже нагадує алкогольне, тільки запах не відчувається.

У разі вживання малих доз діагностика за зовнішніми ознаками є складною. У разі вираженого сп'яніння інтоксикація супроводжується зниженням гостроти сприйняття навколишнього світу (“оглушення”), тимчасовим пригніченням розумових здібностей і втратою морально-етичних орієнтирів. Це виявляється в розгнуданій поведінці, відсутності почуття такту і навичок ввічливості, поспішності й легковажності у

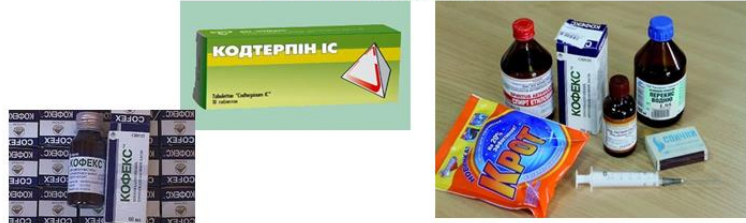


прийнятті рішень. За умови вжиття снодійних наркомани часто агресивні і легко починають бійку.

Зіниці, зазвичай, розширені. Шкіра, як правило, бліда (а не червона, як у алкоголіків). Частота пульсу підвищена. Координація рухів різко порушена, вони розмашисті, надлишкові, незграбні. Увага нестійка, швидко переключається з однієї теми на іншу. Язик “заплітається”, мовлення невиразне, зайво гучне.

Дезоморфін

Цей “кухонний” наркотик так само легко можна отримувати в побутових умовах з лікарських препаратів, що містять кодеїн, як і “кухонні” амфетаміни



Через 2–4 год наркомани стають млявими, сонливими і потім можуть заснути. Сон триває недовго (2–4 год), зазвичай важкий, часто з хропінням, схожий на сон алкоголіка. Після пробудження болить голова, відчувається слабкість і нездужання. Настрій знижено, наркомани дратівливі й похмурі. Закінчується все пошуком чергової дози снодійного або спиртного. У разі залежності від оксидутирату натрію тривалість фаз сп’яніння може бути коротшою.

Синдром відміни у наркоманів, залежних від снодійних, дуже важкий: людина відчуває сильну слабкість; вона вся у холодному поту, її нудить; тіло б’є сильний дріж, як нерідко буває і в алкоголіків. Голова паморочиться; розвивається виражена тривога за своє життя і стійке болісне безсоння. Досить часто виникають психози з галюцинаціями, маренням переслідування; характерні “ламання” у великих суглобах. Дуже частий і небезпечний розлад – судомні напади з втратою свідомості, такі само, як у епілептиків.

Непрямі ознаки зловживання летючими речовинами наркотичної дії. Інтоксикація летючими речовинами наркотичної дії (ЛРНД), такими як бензин і різноманітні розчинники препаратів побутової хімії, спостерігається під час їхнього вдихання. При цьому розчинник поміщають в поліетиленовий мішок і вдихають пари розчинника. Схожі речовини входять до складу клеїв (типу “Момент”).

Інтоксикація ЛРНД зовні дуже нагадує алкогольне сп’яніння. Відмінностей небагато, перелічимо їх у вигляді списку за пунктами:

- сп’яніння ЛРНД досить часто є “професійним” в осіб професій, пов’язаних з цією хімією, у тому числі й у водіїв;
- зазвичай люди під дією ЛРНД поведуть себе вкрай зухвало і гамірно: голосно кричать, сміються, задираються, якщо прийнята доза була невеликою;
- запах алкоголю при цьому відсутній, зате іноді можна відчути слабкий запах розчинника, ацетону або бензину – зазвичай від волосся або одягу;
- після сп’яніння іноді можна помітити “провали” в пам’яті;
- у разі систематичного вживання ЛРНД перші зміни проявляються відставанням у розумовому розвитку, сповільненням мислення, зміною у поведінці. Це пов’язано з тим, що вищенаведені зміни і порушення

відбуваються поступово, а не у вигляді стрибка;

– в осіб, які систематично зловживають ЛРНД, шкіра землистого відтінку, перенісся і віки дещо набрякли, волосся і нігті сухі й ламкі.

Беручи до уваги те, що сп'яніння ЛРНД є “професійним”, необхідно приділяти його визначенню особливу увагу.

Таким чином, знаючи зовнішні ознаки різних видів сп'яніння, для встановлення факту сп'яніння (без застосування лабораторних тестів) можна скористатися таким *планом обстеження*.

1. Зовнішній вигляд обстежуваної особи: стан одягу, шкіри, наявність пошкоджень (поранення, забиті місця, точна локалізація, характер пошкодження тощо).

2. Поведінка обстежуваної особи: напружена, замкнута, роздратована, збуджена, агресивна; ейфорійна, балакуча, метушлива; настрої нестійкий, млявий, загальмований, скарги на свій стан (на що саме).

3. Стан свідомості, орієнтування на місці, у часі та власній особистості.

4. Мовна здатність: зв'язність висловлень, порушення артикуляції, змазаність мовлення тощо.

5. Вегето-судинні реакції:

а) стан шкірних покривів, слизових оболонок очей, язика, спітніння, слинотеча;

б) дихання: прискорене, уповільнене, кількість подихів на хвилину;

в) пульс: прискорений, уповільнений;

г) артеріальний тиск: високий, низький;

д) зіниці: звужені, розширені; реакція на світло: жива, млява;

е) ністагм при погляді вбік.

б. Рухова сфера:

а) міміка: млява, жвава;

б) хода: хитка, розкидування ніг під час ходи, хода зі швидкими поворотами (без хитань, хитання при поворотах), поза Ромберга;

в) точні рухи: підняти монету з підлоги, пальценосова проба;

г) тремтіння повік, язика, пальців рук.

7. Відомості про останнє вживання алкоголю або наркотичних речовин чи лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції: суб'єктивні та об'єктивні.

Візуально встановивши (запідозривши) стан сп'яніння, можна використати експрес-тести для підтвердження підозри.

Сучасні *експрес-тести* дозволяють майже так само точно, як і лабораторне обстеження, встановити факт вживання наркотиків. Ще нещодавно труднощі щодо застосування експрес-тестів полягали в тому, що вони були призначені для виявлення певного типу наркотику, тому потрібно було за зовнішніми ознаками і поведінкою військовослужбовця, який підозрювався у вживанні наркотиків,



висунути досить точну гіпотезу щодо типу наркотичної речовини. На сьогодні фармацевтична промисловість пропонує експрес-тест **SNIPER™ 10**, що є чутливим до десяти типів наркотиків (амфетамін, метамфетамін, морфін, марихуана, кокаїн, метадон, екстазі, барбітурати, фенциклідін, бензодіазепіни). У додатку К наведено детальну інструкцію щодо застосування експрес-тесту **SNIPER™ 10**.

Проте відкритим залишається питання про офіційність отриманих результатів і можливість на їх основі приймати рішення, що мають певні наслідки. Таким чином, необхідною є офіційна процедура проведення експрес-тестування, що надасть юридичної сили отриманим результатам. Звісно, якщо особа сама погоджується пройти таке експрес-тестування, щоб очиститися від підозр, то питання про правомочність не виникає. Невизначеність постає лише у випадку, коли військовослужбовець відмовляється проходити тестування, посиляючись на порушення його конституційних прав.

Можна запропонувати таку процедуру проведення цього експрес-тестування. Обстеження військовослужбовця, що запідозрений у вживанні наркотиків, здійснюють у присутності офіцера, двох військовослужбовців та медичного працівника. Безпосередній забір сечі проводиться у присутності медичного працівника. Отриманий для аналізу зразок підписують, на бирці проставляють підписи медпрацівника і свідків. Потім, відповідно до інструкції застосування тесту, встановлюють факт вживання наркотичних препаратів. Усі етапи процедури тестування знімаються на відеокамеру чи протоколюються за підписами свідків (двох військовослужбовців). Звісно, ця процедура залишає відкритими деякі питання щодо правомочності таких дій та юридичної сили отриманих у такий спосіб даних. Проте частина цих питань може бути вирішена за наявності нормативно-правового документа (директиви ГУ НГУ) щодо офіційного визначення процедури проведення тестування і достатніх підстав для його проведення. Крім того, потрібно визначити, на кого будуть покладені фінансові витрати за купівлю тестів (чи вони будуть закуплятися централізовано або придбаватися особами, яких запідозрять у вживанні наркотику).

Експрес-тести досить прості у застосуванні. Вони представляють собою папірець, насичений реагентами, який потрібно на певний час покласти в сечу підозрюваного і за інструкцією визначити наявність чи відсутність наркотику в ній. Реагенти досить потужні і дозволяють виявити наявність наркотику навіть через 3 доби після його застосування. Проте, якщо минуло більше часу, то потрібен лабораторний аналіз. Деякі дані про лабораторну діагностику наведені в додатку Л. Лабораторний аналіз є досить витратним засобом і прийняття рішення щодо його проведення повинне бути обґрунтованим. Можливо, якщо є підозри, то слід поспостерігати за військовослужбовцем певний час, якщо вони справдяться, то прийняти рішення про направлення військовослужбовця на лабораторний аналіз.

Під час проходження щорічних медичних оглядів у поліклініці Міністерства внутрішніх справ України (МВС) проводять лабораторні аналізи на наявність наркотиків у організмі військовослужбовців НГУ.

2.2 Визначення симптомів передозування психоактивними речовинами

Проблемі передозування необхідно приділяти увагу через те, що:

- передозування може бути ненавмисне в разі відсутності досвіду вживання наркотиків;
- передозування наркотиків може бути навмисне, як спосіб здійснення самогубства;
- не лише передозування, але й вживання невеликих доз у разі значного фізичного навантаження може стати небезпечним для життя військовослужбовця;
- командування НГУ, військової частини несе відповідальність за життя військовослужбовця перед батьками під час проходження військової служби;
- факти загибелі військовослужбовців (з будь-яких причин) негативно позначаються на іміджеві НГУ і бажанні військовослужбовців проходити військову службу;
- передозування може призводити не лише до власної загибелі, але й звуження свідомості і скоєння тяжкого злочину в такому стані.

Симптоми передозування є неоднаковими для різних груп наркотиків. У зв'язку з цим, як вже неодноразово зазначалося, потрібно мати уявлення про симптоми передозування усіма типами наркотичних препаратів та вірогідність використання різними категоріями військовослужбовців тих чи інших наркотичних речовин. Це зробить діагностику значно точнішою та прискорить час і адекватність надання необхідної медичної допомоги. Для більшості типів наркотиків це питання життя та смерті.



Симптоми гострого отруєння опіатами такі:

- ціаноз;
- звуження до крапки зіниць;
- гіпотонія;
- спазм шлункового тракту та жовчних шляхів;
- зниження температури тіла, волога липка шкіра;
- пригнічене дихання;
- слабкий пульс;
- втрата свідомості;
- кома;
- смерть від паралічу дихання через 2–4 год у разі підшкірного чи перорального введення великої дози чи миттєво у процесі внутрішньовенного.

У разі передозування і хронічного вживання метамфетаміну спостерігається таке:

- психоз, параноїдальне марення;
- галюцинації;

- тахікардія;
- втрата апетиту, виснаження;
- збудженість, гіперактивність;
- неперервне мовлення;
- тремор рук;
- розширені зіниці;
- сильне спітніння;
- сильна втома, депресія;
- мозковий крововилив;
- судоми, кома.



У разі перевищення доз марихуани можна спостерігати такі ознаки:

- зведення м'язів;
- стурбованість;
- підозрілість;
- марення;
- параноя;
- панічні стани;
- порушення мозкового

кровообігу;

- ускладнення з мовленням;
- галюцинації, що повертаються.



У випадку перевищення дозування галюциногенами спостерігаються такі ознаки:

- подвоєння в очах;
- тахікардія;
- гіпертензія;
- підвищення температури;
- нудота та блювання.

У разі перевищення дозування седативними препаратами спостерігають такі ознаки:

- оглушення;
- повна відсутність рухів;
- глибокий сон, що доходить до коми;
- артеріальний тиск різко падає, пульс компенсаторно частішає;
- дихання поверхневе, часте;
- різке збліднення;
- знижена температура тіла;
- зникають глибокі рефлекси;
- смерть звичайно настає від паралічу дихального центру.



Більш схематично ознаки інтоксикації та гострого отруєння, що полегшує їхнє запам'ятовування, наведено в додатку Р.

2.3 Стадії наркотичної залежності

Розвиток наркоманії – процес, який клінічно виражається через появу наркотичних синдромів, наслідків та ускладнень хронічної інтоксикації у психічній та соматоневрологічній сфері.

У розвитку хвороби представляється можливим виділити певні етапи. Перший – етап зловживання, коли сп'яніння чергується з невизначеним тривалим станом тверезості. Клінічна симптоматика наркоманії відсутня, і стан здоров'я залишається гарним.

Простежуючи зловживання, виділяють декілька ланок, котрі одна за одною підводять до розвитку хвороби наркоманії.

Ейфорія – перша ланка в ланцюзі, що представляє наркоманію. Те, що початок наркоманії полягає у суб'єктивному ефекті задоволення, насолоди, сприятливому зсуві у фізичному або психічному самопочутті, доводять не лише розповіді пацієнтів, але і той факт, що не існує звикання до речовин, що надають несприятливий або лише небезпечний для життя ефект.

Формування переваги певного наркотику – друга ланка у розвитку наркоманії. Ця ознака виявляється у випадках, коли початківцю представляється широкий вибір наркотиків. Проте більш поширена ситуація – вибір між алкоголем і яким-небудь наркотиком. За таких умов пробується всі доступні препарати. При цьому один подобається, другий не подобається, один викликає неприємні відчуття, другий – неспотворену ейфорію, один дає ейфорію сильну, інший – слабку, один вид ейфорії кращий за інший. Проби займають деякий час, що вимірюється тижнями, поки наркоман-початківець не зупинить свій вибір на тому наркотикі, який “подобається”. Так, перші введення не тільки морфіну, але і снодійних, кокаїну, гашишу можуть викликати непереносимість (нудота, блювота, головний біль, відчуття страху, занепокоєння). Особа, яка пробує наркотики, починає уникати препарату, що викликав отруєння. Однак, якщо при цьому присутній досвідчений наркоман, то він пояснює, що ці явища тимчасові, нічого страшного в цьому немає, потрібно набратися терпіння і подібне. Так, через деякий час інтоксикаційні симптоми зникають і з'являються відчуття ейфорії, з кожним разом все більш чисті. Зрозуміло, ейфорія стає відчутною не в результаті вербальної “просвіти”, а тому, що виникає адаптація (при цьому можна говорити про зникнення захисних реакцій) до отрути. Тут важливим є факт усталеної позитивної суб'єктивної оцінки дії певного наркотику. Коли в умовах хаотичного прийому наркотиків з'являється вибіркоче ставлення до одного з них, – це віха, від якої можна відраховувати розвиток хвороби.

Регулярність прийому – третя ланка у розвитку наркоманії. Установка щодо постійного прийому наркотиків визначається бажанням повторно відчувати сприятливий ефект. Навіть в умовах доступності наркотичного препарату, а це висувається іноді причинним фактором вживання, не можна випускати з уваги, що мотивом прийому залишається бажання відтворити стан сп'яніння. Доступність можна оцінювати лише як умову, що сприяє частоті наркотизації, а не як її причину.

Згасання початкового ефекту – четверта ланка у формуванні наркоманії. Послаблення дії колишньої дози – крок до підйому толерантності, і доза підвищується з метою отримання колишнього ефекту. Хоча згасання ефекту і є показником толерантності, але ця толерантність поки що знаходиться у фізіологічних межах.

Ці чотири ланки: ейфорія, перевага конкретного наркотику, регулярність прийому та згасання початкового ефекту – відкривають шлях до появи трьох симптомів хвороби: obsесивний потяг до наркотику, що дає бажаний ефект; систематичний прийом наркотику; підйом толерантності.

Який з трьох симптомів з'являється раніше, визначити важко. Хоча, безперечно, що в осіб неврівноважених, імпульсивних, з недостатнім емоційним контролем obsесивна тяга до наркотику виявляється першим симптомом.

Швидкість розвитку цих симптомів як ознак власне хвороби, швидкість приєднання наступних варіюють, залежно від виду наркотику й способу його прийому (внутрішньовенний, пероральний), наркогенністю препарату та інтенсивністю його застосування. Однак оскільки інші умови рідко бувають рівними, то в межах однієї форми наркотизму спостерігається різна швидкість розвитку процесу. В умовах вільної наркотизації з метою ейфорії для повного формування опіїзму досить 2–6 місяців, героїнізму – 2–3 тижнів, морфінізму – 2–3 місяців, кокаїнізму, вживання обробленого ефедрину (ефедрон, “твинт”) – 3–4 тижнів. У разі симптоматичної морфінізації фізична залежність може з'явитися на другий рік постійних ін'єкцій.

Наступний етап – продром хвороби. Будь-який відомий продромальний стан містить ознаки порушення гомеостазу, симптоми декомпенсації здоров'я. Ці симптоми неспецифічні. У кращому випадку вони дозволяють лише орієнтовно підозрювати групу хвороб: інфекційні (підйом температури), обмінні (зміна смакових відчуттів, апетиту), психічні (порушення самосвідомості, настрою) та ін. Продром наркоманії на цей час не є достатньо дослідженим.

Порівнюючи з відомим продромом алкоголізму ті ознаки, які виникають на початку наркотизації, у числі яких можна було б шукати продромальний симптом, можливість ранньої діагностики, зазначають таке. Як у продромі алкоголізму, так і в продромі наркоманії не показова разова толерантність і не виникають захисні реакції на передозування. Такі ознаки алкогольного продрому, як емоційна надмірність сп'яніння, підвищення життєвого тону поза сп'янінням, прийом наркотику у світлий час доби, не дозволяють виділити продром наркоманії, тому що виникають уже під час перших прийомів, а не через якийсь час. На початку наркотизації, крім наркотизації стимуляторами, не з'являються і також не допомагають виділити продром активність за сп'яніння, надмірна товариськість, бо за емоційної насиченості наркотичного сп'яніння людина занурена у свої переживання, ізольована від зовнішнього світу. Однак продром у наркоманії можна припускати тоді, коли збільшується добова толерантність, можливість багаторазового (упродовж дня) введення наркотичної речовини, коли виникають явища дисхронозу (постійно високий

життєвий тонус, короткий безладний сон, невиразність добових спадів активності). Важко віднести тягу до наркотику в межі продрому. У процесі алкоголізму формування тяги подовжується: тяга, що виникає у разі сп'яніння – синхронно з іншими продромальними ознаками; яка виникає у тверезому періоді – синхронно з ознаками початкової стадії хвороби. У разі наркоманій тяга виникає у тверезому стані усвідомлено. Вона визначає ритм наркотизації і тим самим виступає чинником, що є рушійним для цього процесу. Таку тягу слід вважати ознакою хвороби, й виникає ця тяга настільки швидко, що продром за наркоманій тривалим не може бути.

Наступний етап у розвитку хвороби виражається у певний спосіб, виникають ті наркоманічні синдроми, які зазначено раніше. Синдроми виникають послідовно, їх взаємозв'язок, розвиток дозволяють виділяти стадії наркоманії, стадії наркоманічної залежності.

I стадія наркотичної залежності. Прийом наркотику є регулярним.

Встановився ритм наркотизації, як правило, систематичний, але через зловживання деякими стимуляторами і психоделічними препаратами він може бути періодичним, інтенсивним протягом декількох днів з подальшими днями “відпочинку”.

Як систематична, так і періодична манери наркотизації перевищують можливості здорової людини, але інтоксикації від такого “накопичення” не виникає, а захисні реакції з'являються лише у разі перевищення разової дози. Подібні реакції досить одноманітні, мало залежать від виду препарату, тобто є малоспецифічні. Це, зазвичай, блювота, у випадку зловживання летючими наркотичними засобами – частіше послаблення кишечника, через зловживання опіатами – шкірний свербіж верхньої частини тулуба, шиї, обличчя, кінчика носа. Сверблячку слід оцінювати як захисну реакцію, тому що її зміст – екстероцептивний сигнал тривоги. Аналогічно захисна реакція – власне тривожний стан психіки, що з'являється на початку зловживання психоделічними препаратами (гашиш) та стимуляторами. Токсична реакція на разовий прийом, втім, можлива, але для цього потрібно дуже значне передозування препарату. У таких випадках необхідна ургентна допомога. Хворих госпіталізують залежно від симптоматики або в токсикологічні центри (головний біль, нудота і блювота, розлад серцево-судинної та дихальної діяльності, прогресуюче затьмарення свідомості, судомні напади), або психіатричні лікарні (психомоторне збудження чи загальмованість, галюцинаторно-параноїдні переживання).

На I стадії хвороби починається підйом разової переносимості. Доза наркотику підвищується, оскільки дія попередньої вже не задовольняє: слабшає і коротшає спочатку перша, суб'єктивно найбільш цінна фаза сп'яніння (“прихід”), наступні фази ейфорії поки залишаються колишніми у своїй якості



та тривалості. І регулярність наркотизації, і почастищення прийому протягом доби, і зростання разової дози – наслідок тяги до наркотику. Але така реалізація тяги стає можливою тому, що зростає толерантність.

Швидкість формування тяги є різною. Дуже швидко з'являється тяга до повторення сп'яніння у разі вживання опіатів і деяких стимуляторів, повільніше – у випадку вживання інших седативних препаратів і психоделічних засобів. Однак і в останньому випадку тяга формується швидше, ніж за алкоголізму; для цього потрібні тижні і місяці, а не роки, як у разі пияцтва. Тяга ще не набула нездоланного характеру. Поки вона – це нав'язливі думки про наркотик, куди піти, де купити або дістати його, про те, як повторити сп'яніння. З цими думками хворий намагається боротися – він остерігається неприємностей, згадує про необхідність інших справ. Ці коливання, боротьба мотивів і дозволяють називати таку тягу obsesivnoю. Інша її назва – психічна тяга – не зовсім правильна, оскільки кожна тяга є психічною, але застосовується для розрізнення фізичної тяги, що виникає надалі, та компульсивності. Тяга до наркотику поступово знецінює для наркомана значення інших радощів, стан одурманення стає єдиним значущим задоволенням. Це відбувається тим швидше, чим менше емоційного змісту було в житті хворого, менше інтересів і захоплень. Складається переконання, що психічний комфорт, його винятковість можливі тільки в стані наркотичного сп'яніння. Це стає явним порівняно з колишнім станом до початку захворювання, коли в стані сп'яніння могли виникати неприємні психічні відчуття, тривога і страх, а після виходу – депресивний або дисфоричні стани. Тепер ці переживання, як і інші інтоксикаційні ознаки, послабшали і поступово зникли.

Таким чином, I стадія наркотичної залежності представлена двома наркотичними синдромами. *Синдром зміненої реактивності* – змінена форма вживання, зростання толерантності, падіння захисних реакцій. *Синдром психічної залежності* – obsesivna (психічна) тяга до сп'яніння, здатність психічного комфорту в інтоксикації.

У разі продовження зловживання відбувається подальший розвиток цих синдромів, з'являються їх нові якості, клінічна картина ускладнюється приєднанням ще одного наркотичного синдрому – фізичної залежності.

II стадія наркотичної залежності. Прийом наркотику, як і раніше, є регулярним; у тих випадках, коли наркотизація була періодичною, проміжки між нападами скорочуються, що говорить про підвищення переносимості. Дійсно, дози разового (і, отже, добового) введення максимальні за всю історію захворювання. При цьому вони постійні, без тих коливань, які були на початку зловживання та I стадії залежності. Наркоман чітко знає потрібну йому кількість



речовини і ритм прийому, розподіл дози на добу. Вечірня доза, звичайно, є найбільшою, тому що ввечері легше створити умови, коли ніхто не заважає відчувати сп'яніння, вечірнє сильне сп'яніння легко переходить у нічний сон. Уранці та вдень хворий приймає, якщо наркотик не в надлишку, тільки “щоб протриматися” – тепер його самопочуття поза інтоксикацією погане.

У II стадії вже не спостерігається реакцій на надмірну інтоксикацію (зникнення захисних знаків). В останньому випадку йдеться не про те, що новий рівень інтоксикації в силу підвищення переносимості наркотику виявляється не надмірним для конкретного наркомана. Захисні механізми не включаються не в силу цієї обставини, а тому, що вони виснажені або “зламани”. Про це можна судити, наприклад, виходячи з того, що навіть у разі сильної інтоксикації, що спричиняє смерть, у хворих не виникає блювання. Щоправда, після тривалої ремісії у опіомана може виникнути слабкий свербіж за першого-другого прийому опіатів. Поява, а потім швидке зникнення свербіння змушують припускати, що причина втрати захисних механізмів через систематичну наркотизацію полягає в їх глибокому виснаженні. Змінюється відома дія наркотику. Слабшає не тільки перша, але і друга фаза ейфорії, післядія відсутня. Нарощування дози вже не допомагає, як це було в I стадії. Немає ефекту, або, навпаки, незвично висока доза погіршує самопочуття, унаслідок чого можуть виникнути неприємні відчуття, колаптоїдні реакції.

Хворі кажуть, що збільшення дози – марне “витрачання” наркотику; при цьому жодного разу жоден з них не сказав, що це марна витрата грошей. А гроші ці вже великі, здобуті ризикованим та/або злочинним шляхом. Однак у II стадії хвороби ціннісні уявлення настільки спотворені, що абсолютною цінністю виявляється лише стан наркотичного сп'яніння.

Маючи у своєму розпорядженні препарат, пацієнт прагне не до марного або небезпечного нарощування дози, а до почастішання прийому. Нехай це будуть слабкі відчуття і переживання одурманення, але неодноразові протягом доби. Одночасно наркомани починають вигадувати різні хитрощі, щоб посилити дію препарату без збільшення його кількості.

Для посилення першої фази ейфорії, “приходу”, вводять препарат повторюваними рухами поршня, провокуючи додаткові гемодинамічні коливання, або, навпаки, з дуже великою швидкістю (“з вітерцем”); при цьому вживають попередньо малу кількість вина. Для посилення другої фази ейфорії приймають наркотик у теплі (у ванні з теплою водою), у темряві, на самоті, щоб виключити будь-які перешкоди-подразники. Усі хворі вдаються до відтягування наступного прийому, подовженню проміжків між введеннями – наркотик відчувається гостріше. Багато госпіталізуються виключно з цією метою: після перерви на короткий час повертаються колишні, давні відчуття (на жаргоні наркоманів це називається “омолодитися”).

На II стадії наркоманії слабшає не тільки ейфорична дія наркотику. Головним є перекручення відомих, властивих конкретному наркотику ефектів. Седативні препарати починають надавати стимулюючий ефект, стимулюючи і психоделічні – седативний.

На цій стадії хвороби вже будь-який хворий на наркоманію, якою б не була його здатність до самооцінки, визнає, що поза наркотичною інтоксикацією він не може ні на чому зосередитися, думки розбігаються, все навколишнє дратує, здається нестерпним (потреба в психічному комфорті в інтоксикації). Інтенсивність психічного потягу, що досягається у II та ще більше у III стадіях, велика, вона стає особливо наочною під час ремісії. Особливо виражена психічна залежність у разі опіоманії. Навіть за сприятливого перебігу ремісії хворі часто незадоволені, їм “чогось не вистачає”, хоча вони з жахом згадують минулий наркотизм і бояться рецидиву. Вони кажуть, що зберігається потреба “чимось оглушити себе”; без наркотику, якого завгодно, життя не задовольняє їх. Правда, симптоматика наркоманії II стадії, зокрема синдром фізичної залежності, настільки яскрава і посідає таке велике місце в клінічній картині захворювання, що маскує психічну потребу (обсесивний потяг). Починаючи з II стадії досить задовільний рівень функціонування можливий у разі постійної наявності наркотику (здатність досягнення фізичного комфорту в інтоксикації). Розвивається постійна фізична потреба в наркотизації. У випадку обриву наркотизації через якийсь час, що вимірюється годинами (який неоднаковий для різних форм наркотизму і для різної давності процесу), наркоман відчуває необхідність привнесення наступної дози (компульсивна тяга). Ця тяга відрізняється від обсесивної своєю інтенсивністю, нездоланністю. Комппульсивна тяга називається ще “фізичною”. Залишається неясним, чи є комппульсивна тяга самостійним психофізичним феноменом або служить подальшим етапом розвитку тяги обсесивної. У розвитку хвороби спочатку з’являється комппульсивна тяга, абстинентний синдром формується пізніше, через (залежно від форми зловживання) кілька тижнів (за алкоголізму тимчасовий розрив може становити 1–2 роки), тому комппульсивна тяга і абстинентний синдром – різні прояви синдрому фізичної залежності. Комппульсивна тяга є складовою структури абстинентного синдрому, але і тут її незалежність доводять тим, що тягу може бути за допомогою терапії знято, у той час як абстинентний синдром буде продовжуватися.

Коли хворий на наркоманію залишається без необхідного йому наркотику, першим сигналом потреби служить комппульсивна тяга, що кидає його на пошуки, підвищує психічну і фізичну активність. Якщо наркотик дістати не вдається, розвивається абстинентний синдром – стан, який позбавляє наркомана можливостей діяльності. Саме абстинентний синдром наркомани вважають хворобою, суттю захворювання і не розуміють, що це лише один із проявів хвороби.

Таким чином, II стадія наркотичної залежності представлена трьома наркотичними синдромами. *Синдром зміненої реактивності* – змінена форма вживання, висока стійка толерантність, відсутність захисних та токсичних реакцій, змінена форма сп’яніння. *Синдром психічної залежності* – обсесивна (психічна) тяга до сп’яніння, здатність до психічного комфорту в інтоксикації. *Синдром фізичної залежності* – комппульсивна (фізична) тяга до сп’яніння, маскує тягу обсесивну, здатність до фізичного комфорту в інтоксикації, абстинентний синдром. Наркоманія сформована повністю.

У разі продовження зловживання ці синдроми змінюють свою якість і розвивається III стадія хвороби.

III стадія наркотичної залежності. Ця стадія характеризується наростанням виснаження, у тому числі виснаженням систем, що визначали симптоматику хвороби, і збільшенням наслідків постійної наркотизації. Виснаження особливо проявляється під час сп'яніння. Тепер наркотик надає в основному тільки нормалізуючий, тонізуючий ефект (подальша зміна форми сп'яніння).

На розглянутій стадії толерантність знижується, хворий приймає у багато разів меншу кількість наркотику (подальша зміна толерантності), яка є достатньою для підтримки особи в задовільному психічному і фізичному стані (потреба у психічному та фізичному комфорті). Падають інтенсивність тяги й активність її вираження, інтенсивність пошуку (подальша зміна obsesivної і компульсивної тяги).



За деяких форм наркотизму (поки це встановлено у випадках алкоголізму та зловживання стимуляторами) наркотизація набуває розрідженої циклічної періодичності (подальша зміна форми вживання). Виснаження виявляється наочно в інтенсивності фізичної залежності. У багатьох випадках існування без будь-якого наркотику вже неможливо, бо організм не має ресурсів для адаптації до іншого функціонального рівня. Стан позбавлення наркотику втрачає інтенсивність вираження, частина симптомів зникає або трансформується, абстинентний синдром, втрачаючи колишню гостроту і напруженість, стає затяжним до декількох місяців (трансформація абстинентного синдрому), але болісним і таким, що вимотує.

Після переривання гострих проявів абстиненції пацієнт залишається у незадовільному стані. Його самопочуття, працездатність, життєдіяльність знижені. Існування без наркотику є непродуктивним, сам хворий не відчуває ніякої радості від життя: ніщо не цікавить, нічого не хочеться, зникають імпульси до діяльності, потреби.

У III стадії хвороби роль наркотику зводиться, мабуть, до виснаження систем, наркотик виявляється ніби єдиним специфічним для хворого стимулятором, визначає здатність наркомана бути слабоактивним тільки після ін'єкції. Захворюваність і смертність хворих великі. У пошуках колишніх "приходу" і "кайфу" – показник психічної тяги, що зберігається – хворі на наркоманію починають додавати другогрупні наркотики – основний шлях розвитку полінаркотизму.

Таким чином, III стадія наркотичної залежності представлена також трьома, але зміненими наркотичними синдромами. *Синдром зміненої*

реактивності – змінена форма вживання; толерантність, що знижується; відсутність захисних та токсичних реакцій. *Синдром психічної залежності* – обсессивна (психічна) тяга до сп'яніння, здатність до психічного комфорту в інтоксикації. *Синдром фізичної залежності* – компульсивна (фізична) тяга до сп'яніння, здатність до фізичного комфорту в інтоксикації, трансформований абстинентний синдром. Характерною для III стадії є втрата інтенсивності симптоматики як результат багатосистемного виснаження хворих.

Хворих з III стадією хвороби дуже мало – більшість хворих не доживають до цього етапу хвороби. Ускладнення наркотизму, зрозуміло, можливі й у II стадії захворювання, а в деяких випадках – і I стадії. Проте ускладнення більш закономірні для III стадії.

Підбиваючи підсумки, важливо зазначити, що не всі синдроми досягають свого повного розвитку за різних форм наркоманії, тому не завжди закономірності перебігу, що оцінюються з розвитку синдромів, легко виявляються. Неповним розвитком синдромів пояснюються дискусії про можливість або неможливість утворення наркотичної залежності за тих чи інших форм зловживання. Якщо заперечення абстинентного синдрому у разі зловживання стимуляторами, гашишем – наслідок недостатності спостереження, то заперечення абстинентного синдрому у випадку зловживання деякими психоделічними засобами справедливо. Однак в останньому випадку вираженими є компульсивна тяга і здатність до фізичного комфорту в інтоксикації, тобто інші складові синдрому фізичної залежності. Отже, розвиток хвороби відбувається все в тому ж напрямку, та оцінка етапу процесу можлива.

Є й інша складність в оцінці стадійності, обумовлена ненаркотичними ефектами наркотику. Злоякісність деяких наркотичних речовин настільки висока, що хворі не доживають до III стадії, а клінічна картина II стадії заступається важкою симптоматикою наслідків інтоксикації. Це можна спостерігати на прикладі барбітуратизму, зловживання ЛРНД. Таких пацієнтів вкрай рідко можна знайти в міських лікарнях, у відділеннях для хроніків. Але це не підстава заперечувати все ту ж загальну закономірність перебігу, розвитку наркотичної залежності. Чим токсичнішим є наркотично діючий препарат, тим брутальнішою є цілісна клінічна картина, тим складнішим є виявлення власне наркотичної симптоматики. Наприклад, недоумство внаслідок вдихання ЛРНД змушує звернутися до питання: чи має місце тяга до сп'яніння або психічний дефект робить хворого жертвою компанії наркоманів. У зв'язку з цим головне, що можна повторити про ускладнення, які виникають за хронічної інтоксикації, крім їх необов'язковості та адресності, – невизначеність моменту їх появи протягом захворювання.

Таким чином, *другий блок методики контролю наркотичної ситуації у НГУ передбачає такі заходи:*

– ретельне знайомство особового складу кожного підрозділу з ознаками осіб, які вживають різні види наркотиків (див. додатки М–Н). Для цього пропонується влаштовувати психологічні лекторії, поширювати брошури з профілактики наркоманії, доведення її шкоди для здоров'я

військовослужбовців. Для створення текстів лекцій і брошур рекомендовано використовувати інформацію, наведену в розділі 2, яка є доступною і достатньою;

- ознайомлення особового складу з інформацією про ознаки передозування, створення коротких і містких буклетів для легкого засвоєння і вивчення цієї інформації (для цього можна застосовувати інформацію, наведену у додатку Р);

- ознайомлення особового складу з офіційною процедурою проведення експрес-тестування та підставами для його проведення;

- проведення скринінгів та експрес-тестування осіб, які мають зовнішні ознаки вживання наркотичних речовин;

- щорічне проходження під час медичних оглядів таких фахівців, як нарколог, психіатр, та здача лабораторних аналізів для встановлення факту вживання наркотичних речовин;

- відправлення військовослужбовців на ВЛК для винесення офіційного рішення щодо придатності для подальшого проходження служби у разі встановлення факту вживання наркотичних речовин.

Для контролю ефективності цього етапу можна запропонувати такі заходи:

- відсоток виявлених військовослужбовців частини, які вживали наркотичні речовини (відносно усієї кількості військовослужбовців частини);

- співвідношення військовослужбовців частини, які вживали наркотики, що виявлені власними зусиллями частини, до військовослужбовців, які вживали наркотики і були виявлені під час щорічних медичних оглядів у медичних центрах МВС.

РОЗДІЛ 3

ПРОГНОЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ ПОЗБАВЛЕННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ

3.1 Ефективність лікування наркозалежності відповідно до тяжкості стану військовослужбовця

Військовослужбовець НГУ, щодо якого було встановлено факт вживання наркотичних речовин, за рішенням ВЛК підлягає звільненню. Утім, попри необхідність цього кроку, його наслідки можуть негативно позначитися на морально-психологічному стані військовослужбовців, які продовжили службу в частині, де був виявлений наркозалежний. Сам факт наявності осіб, які почали вживати наркотичні речовини під час служби у НГУ, негативно позначається на іміджеві НГУ, викликає побоювання у потенційних новобранців, їх батьків та родин потенційних контрактників. Крім того, звільнення з НГУ – це крок, що, безумовно, відноситься до заходів покарання, але у світлі гуманізації ставлення до наркозалежних, надання їм допомоги важливим є те, щоб у НГУ не лише карали за вживання наркотиків, але й допомагали особам, які зробили хибний крок, відновити свою долю, хоч і поза армією. Тому етап примусового лікування і реабілітації є необхідним заходом у методиці контролю наркологічної ситуації у НГУ.

Природно, спосіб впливу на військовослужбовця, який приймає наркотики, повинен враховувати серйозність ситуації і рівень мотивації до зміни поведінки. Ті само міркування важливі для найширшого спектру існуючих медичних тактик – від профілактики і короточасних стратегій впливу (наприклад, укладення договору про невживання наркотиків, усунення або зменшення ризику розвитку наркоманії, нормалізації поведінкової моделі) до довготривалого лікування за місцем проживання. Хоча в цій галузі не існує єдиних загальноприйнятих правил, найінтенсивніша допомога повинна надаватися особам, які виявляють ознаки наркотичної залежності, тобто тим, у кого в анамнезі зафіксовані хронічний регулярний прийом наркотиків, наявність численних серйозних особистісних і соціальних негативних наслідків, нездатність контролювати або припинити прийом психоактивних препаратів. Як правило, жодна система заходів, що забезпечує лікування, відповідне тяжкості стану клієнта, є неможливою в разі, якщо не існує необхідного комплексу медичних впливів.

3.2 Визначення градацій оточення військовослужбовця, який вживав наркотики, та заходи вторинної профілактики

У процесі розроблення методики контролю наркологічної ситуації у НГУ етап лікування і реабілітації осіб, які вживають наркотики, доцільно віднести до сфери дій медичних та соціальних працівників, звісно, за посильної допомоги НГУ. Проте, якщо військовослужбовці, які вживали наркотики, покидають

НГУ, то спричинений ними прецедент вживання наркотиків може мати неабиякі наслідки для наркологічної ситуації в частині. Це робить необхідним вживання заходів вторинної профілактики.

Термін “вторинна профілактика” вжито тут не зовсім у тому сенсі, який він має в медицині. Так, у випадку НГУ заходи вторинної профілактики є спрямованими не на осіб, які пройшли лікування від наркозалежності чи прийняли рішення не вживати наркотики після їхніх епізодичних прийомів, а на оточення військовослужбовця, який вживав наркотичні речовини.

Оточення військовослужбовця можна умовно поділити на три групи:

1) особи, які співчують і “розуміють” мотиви вживання наркотичних речовин особою, яку звільнено за вживання наркотиків;

2) особи, які поважають, добре ставляться до залежного колеги, але засуджують його рішення боротися з життєвими негараздами за допомогою наркотиків;

3) особи, які контактували зі звільненим за вживання наркотиків військовослужбовцем, але не мали особистих стосунків, не підпадали під вплив його авторитету тощо.

Чим більшими є співчуття до особи, яка вживала наркотик, ідентифікація з нею, тим більшим є ризик, що з виникненням схожих життєвих негараздів військовослужбовець вчинить так само.

Вбачаємо, що є певна аналогія не лише між тяжкістю стану військовослужбовця, який вживав наркотики, та прогнозом на ефективність його лікування, але й з прогнозом на ефективність вторинних заходів профілактики серед його оточення. Відповідно до цього, для визначення градацій оточення військовослужбовця, який вживав наркотики, рекомендовано певні заходи, наведені на рис. 3.1.

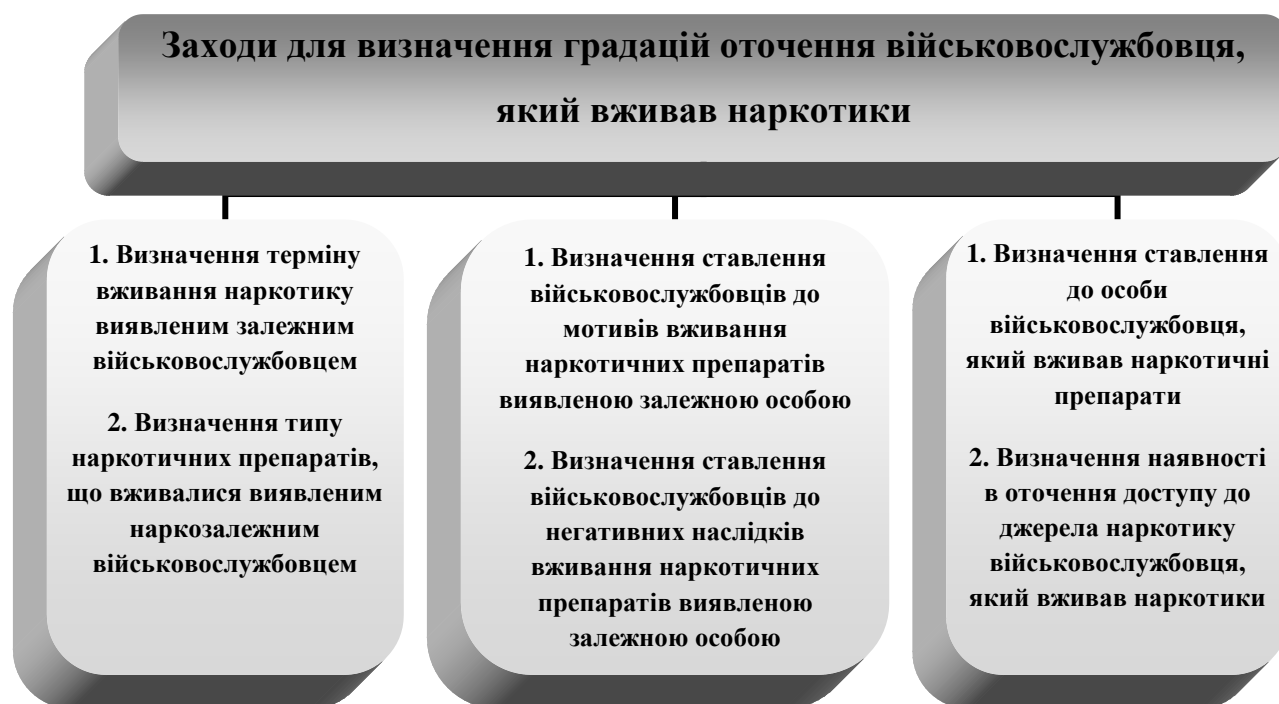


Рисунок 3.1 – Заходи для визначення градацій оточення військовослужбовця, який вживав наркотики

Одними із критеріїв, що визначають тяжкість стану особи, яка вживала наркотики, є тип і частота вживання наркотиків. Якщо обстежуваний погоджується на співпрацю, то їх можна визначити у бесіді чи запропонувавши заповнити нижченаведену анкету. Якщо обстежуваний не контактує, то їх можна визначити за допомогою лабораторних аналізів і зовнішніх ознак.

Зазначимо, що особа, яка одноразово вживала наркотичні препарати, але має хоча б деякі ресурси і стабільність у вигляді підтримки своєї родини, друзів, товаришів і власного житла, має дуже гарний відгук навіть на м'які профілактичні заходи. Утім, чим гіршою є ситуація, тим директивнішими повинні бути заходи. Зазвичай, профілактичні і терапевтичні заходи, які було розпочато на перших стадіях вживання психоактивних речовин, призводять до кращих результатів. Нижче наводиться один із багатьох варіантів скринінг-анкети, за допомогою якої можна виявити частоту вживання та тип наркотику.

Наркотики різних груп мають неоднаковий поріг виникнення залежності. Чим нижчий цей поріг і більший стаж вживання, тим гірший прогноз на лікування. Профілактичні засоби потрібно використовувати тим інтенсивніше, чим нижчий у виявлених у підрозділі наркотиків поріг формування залежності. Так, встановлення у частині факту вживання героїну (препарат, що має один з найнижчих порогів формування залежності) потребує швидких заходів.

Крім того, чим довше особа вживала наркотики і залишалася непоміченою чи навіть прикривалася товаришами, тим гірший прогноз щодо ефективності засобів профілактики. Можливо, що особисте ставлення до цієї особи, співчуття до неї є сильнішим, ніж усвідомлення суспільної небезпечності такого явища, як військовослужбовець, який вживає наркотики.

Бланк скринінг-анкети для виявлення частоти вживання наркотичних засобів та їх типу

Як часто Ви вживаєте такі речовини:	Ніколи	Пробував один чи декілька разів	Раз на місяць	2-4 рази на місяць	2-3 рази на тиждень	4 рази на тиждень та частіше
Конопля						
Амфетаміни						
Кокаїн						
Опіати						
Галюциногени						
Розчинники, клей тощо						
ЛСД та інші препарати						
Седативні						
Тютюнові вироби						

Наступним кроком у визначенні тяжкості стану і ефективності лікування наркотичної залежності є виявлення результуючої між суб'єктивними позитивними і негативними відчуттями від вживання наркотиків. Для цієї мети можна використовувати наведені нижчі скринінг-анкети.

**Бланк скринінг-анкети для виявлення позитивних боків
вживання наркотиків**

Що позитивного для Вас у вживанні наркотиків:	Не завжди	Трохи	Незначно	Відчутно	Повністю
Покращився сон					
Релаксація, втрата напруження, розслаблення					
Відчуття щастя					
Відчуття сили					
Стати “нормальним”					
Стати творчим, отримати натхнення					
Стати активним					
Відчувати любов до всіх і усього світу					
Відчуття впевненості у собі					
Зменшення болю у попереку, шиї, голові тощо					
Отримати відчуття, що все буде добре					
Життя без наркотиків нудне					
Можу контролювати такі почуття, як страх, гнів і депресія					
Наркотики полегшують функціонування у соціальному плані					
З наркотиками я відчуваю, що належу до цієї групи					
Я краще контактую з іншими людьми					
Я можу отримати більше від мого життя					

**Бланк скринінг-анкети для виявлення негативних наслідків
вживання наркотиків**

Що для Вас негативного у вживанні наркотиків:	Ніколи	Рідше ніж раз на місяць	Раз на місяць	Кожного тижня	Кожного дня чи майже кожного дня
У мене почали виникати проблеми по службі та в родині через вживання наркотиків					
Я мав медичні проблеми через вживання наркотиків					
У мене виникають сварки, бійки, інші види насильства через вживання наркотиків					
Я мав неприємності з правоохоронцями через наркотики					
Виникло відчуття тривоги					
Виникли думки про самогубство					
Почав уникати компанії інших людей					
Почалися головні болі, нудота, блювання					
Погіршилися стосунки з друзями					
Труднощі із зосередженням уваги					

Зменшився сексуальний потяг					
Виникли проблеми з фінансами					
Став пасивним					
Здоров'я погіршилося					
Став неуважним					
Знищив родинне життя					
Життя перетворилося на хаос					

Чим більше виражені негативні аспекти вживання наркотиків і чим менше обстежуваний вбачає позитивного у вживанні наркотиків, тим кращим є прогноз на лікування. Те саме стосується й установок особового складу щодо вживання наркотиків: чим менше позитивного і більше негативного вбачає особовий склад у наслідках вживання наркотиків, тим ефективнішими будуть заходи вторинної профілактики. Для профілактики важливо, щоб до особового складу доводилися негативні аспекти вживання наркотиків і дискредитувалися мнимі позитивні сторони. Цей захід буде тим ефективнішим, чим більше буде прикладів із життя відомих особовому складу частини осіб, яких було звільнено за вживання наркотиків. Звісно, що у доведенні такої інформації не можна переходити тонку грань втручання в особисте життя колишнього військовослужбовця. Інформація, що доводиться, повинна бути персоналізованою, але не особистою, інтимною. Крім того, на етапі вторинної профілактики необхідно не просто критикувати негативні сторони прийому наркотиків, але й посилити пропаганду і навчання ефективним соціально-схвальним прийомам боротьби з тими проблемами, які призводять до вживання наркотиків: втома, біль, депресія, невміння встановлювати і підтримувати стосунки, неадекватність самооцінки тощо. Офіцерам по роботі з особовим складом, у тому числі і психологам, потрібно звертати увагу на ефективність запропонованих “замінників”, за необхідності шукати нові, більш ефективні (чи більш придатні) способи подолання проблем, які потенційно можуть привести до вживання наркотиків.

Щодо джерел отримання персональної інформації, то її може повідомити сама особа, яка бажає, щоб її колишні колеги не потрапили у подібну ситуацію, у дуже загальних рисах психологи частини чи поліклініки МВС.

Збереження критичності щодо свого стану, усвідомлення тяжкості проблеми, що виникла, є одним із факторів, що сприяє ефективності лікування.

Для виявлення ставлення до себе в особи, яка вживає наркотик, можна застосовувати проєктивні тести. Досить вправно з цим завданням впорається колірний тест ставлень Є. Ф. Бажина й О. М. Еткінда.

Цей тест проводиться у три етапи.

1. Обстежуваному потрібно запропонувати підібрати колір до таких понять, як: наркотик, ейфорія, галюцинація тощо.

2. Обстежуваного просять розкласти кольори за ступенем привабливості.

3. Обстежуваного просять розкласти кольори за ступенем подібності до себе.

Оброблення результатів проводять у такий спосіб. Підраховується, яке місце посідає обраний до того чи іншого поняття першого етапу колір

у розкладці кольорів за ступенем привабливості. Чим ближчим до початку розкладки опиняється колір (чим менший порядковий номер), тим привабливішим є наркотик, стан ейфорії, галюцинації тощо.

Так само підраховується, яке місце у розкладці за ступенем подібності до себе посідають кольори, що позначають наркотик, ейфорію, галюцинацію тощо. Чим менший порядковий номер за розкладкою “подібність до себе”, тим більша ідентифікація з наркоманією тощо.

Чим позитивніше особа ставиться до наркотиків і більше з ними ідентифікується, тим гірше прогноз щодо ефективності її лікування.

Цю саму процедуру можна використовувати і для оцінки ставлення військовослужбовців до особи, яка вживала наркотики. Для цього на першому етапі потрібно попросити дібрати колір, з яким у обстежуваного асоціюється конкретна особа, яка вживає наркотик. Два інших етапи процедури колірного тесту проводяться без змін, так само, як описано вище.

У процесі оброблення результатів дотримуються того самого принципу:

– чим менший ранг у розкладці за ступенем приємності кольорів отримує колір, що обирався для оцінювання особи, яка вживала наркотики, тим позитивніше ставлення до нього в обстежуваного;

– чим менший ранг у розкладці за ступенем подібності до себе отримує колір, що добирається для оцінки особи, яка вживала наркотик, тим більша в обстежуваного ідентифікація з ним.

Позитивне ставлення до наркозалежного та ідентифікація з ним можуть сприяти прийняттю рішення про вживання наркотику військовослужбовцями, які продовжують службу у підрозділі.

Таким чином, чим довше військовослужбовцю вдавалося приховувати факт вживання наркотику від колег та/чи керівництва, чим більше співчуття у колег до нього (наприклад, поширення думки, що для цього конкретного військовослужбовця вживання наркотиків було чи не єдиним виходом подолати життєві негаразди), чим сильніше його авторитет у частині, тим більше вірогідність того, що можуть з'явитися послідовники.

Чим гірша наркологічна ситуація склалася в підрозділі, тим директивнішими мають стати заходи. Утім, необдумані дії в цьому напрямку можуть формувати установку на груповий фаворитизм, коли військовослужбовці, які вживають наркотики, будуть приховуватися, захищатися колективом.

Якщо існує ймовірність того, що є особи, які цілеспрямовано поширюють наркотичні препарати серед військовослужбовців, то необхідно визначити і перекрити джерело постачання наркотичних препаратів до військовослужбовців підрозділу.

Як уже зазначалося, одним із заходів етапу вторинної профілактики є дискредитація особистості, яка вживала наркотики, та певних її дій. Зауважимо, що не завжди дискредитація особистості, яка вживає наркотик, буде мати позитивний вплив. Позитивний ефект буде мати дискредитація нікчемної особистості. Якщо особа мала значні досягнення у житті, була шанованою,

користувалася авторитетом у товаришів, то більш ефективним буде вказати на помилку в рішенні приймати наркотик, яке перекреслило усі її досягнення.

Таким чином, *етап вторинної профілактики передбачає такі заходи.*

1. Визначення кола осіб, які контактували, були підлеглими чи перебували під впливом авторитету особи, яка вживала наркотики, та градування цього кола.

2. Визначення ставлення до особи, яка вживала наркотик, в особового складу підрозділу.

3. Визначення ставлення до вживання наркотиків взагалі і виявленою особою зокрема.

4. Дискредитація особистості наркозалежного чи її окремих дій в очах співслужбовців.

5. Визначення тривалості існування джерела постачання наркотиків у частині та його ліквідація.

6. Виявлення кола осіб, які могли мати чи мали доступ до джерела надходження наркотиків до частини, яким користувалася виявлена наркозалежна особа.

7. Посилення заходів із створення еквівалентних форм вживання наркотиків; переоцінка їх ефективності.

Суттєво, що військовослужбовцю, який вживав наркотики, слід запропонувати пройти лікування та реабілітацію. Для цього потрібно налагодити зв'язки з реабілітаційними соціальними центрами, адже утримання власних соціальних центрів є фінансово недоцільним.

Для контролю ефективності цього етапу можна запропонувати таке:

– визначити відсоток осіб, які внаслідок вторинної профілактики були переведені в менш небезпечну градацію оточення особи, звільненої за вживання наркотиків;

– з'ясувати кількість осіб, які мають ті самі проблеми, що і виявлена наркозалежна особа, для засвоєння ними соціально прийнятних форм подолання життєвих проблем (наприклад, відвідати тренінги, засвоїти аутогенне тренування тощо);

– визначити відсоток осіб із кола впливу особи, яка вживала наркотик, що упродовж року також почали вживати наркотичні препарати (чим більшим є цей відсоток, тим менш ефективними є заходи вторинної профілактики).

РОЗДІЛ 4

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН І ПРЕКУРСОРІВ У НАЦІОНАЛЬНІЙ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

4.1 Загальна характеристика правового регулювання у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів

Держава зобов'язана забезпечити охорону здоров'я відповідними належними, допустимими і дієвими способами.

Як уже зазначалося, Законом України “Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори” (Закон) визначено правові та організаційні засади державної політики щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Встановлено порядок державного контролю, повноваження органів виконавчої влади, права та обов'язки фізичних і юридичних осіб у сфері обігу таких речовин.

За загальним правилом, на території України забороняється обіг аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин, за винятком їх використання в експертній і оперативно-розшуковій діяльності, а також у наукових та навчальних цілях (стаття 12 Закону).

Обіг окремих наркотичних засобів і психотропних речовин, вміщених у таблиці I Переліку (див. Закон), обмежується і допускається лише в окремих, визначених Законом випадках.

Обіг наркотичних засобів, психотропних речовин, включених до таблиць II і III Переліку Закону, допускається для використання в медичній практиці за призначенням лікаря, експертній і оперативно-розшуковій діяльності, наукових та навчальних цілях, у ветеринарній медицині.

Законом також передбачено, що діяльність, пов'язана із зберіганням, перевезенням наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, здійснюється виключно суб'єктами господарювання всіх форм власності за наявності в них ліцензії на певний вид діяльності.

Придбання наркотичних засобів і психотропних речовин, наведених у таблицях II і III Переліку Закону, фізичною особою за медичними показаннями може здійснюватися лише за рецептом лікаря.

Придбання прекурсорів, зазначених у таблиці IV Переліку Закону, фізичною особою за медичними показаннями здійснюється в порядку, установленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням із центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

Роздрібна реалізація фізичним особам наркотичних засобів, психотропних речовин, включених до таблиць II і III Переліку Закону та дозволених до застосування у медичній практиці, здійснюється через аптечні заклади всіх форм власності за наявності у них ліцензії на цей вид діяльності.

Реклама наркотичних засобів і психотропних речовин, наведених у таблицях II і III Переліку Закону, на території України може поширюватися виключно у спеціалізованих друкованих виданнях чи будь-яких інших засобах інформації, спеціально призначених для медичних, фармацевтичних, наукових працівників у сфері охорони здоров'я.

Забороняється поширювати в цілях реклами зразки наркотичних засобів, психотропних речовин, включених до Переліку Закону.

Таким чином, Законом встановлено: а) чітко визначені суб'єкти, яким дозволено здійснювати законну діяльність у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, а також б) нормативно визначений порядок обігу таких речовин (придбання, зберігання, транспортування, використання тощо).

Слід зазначити, що військовослужбовці можуть брати участь у обігу наркотичних речовин лише як пацієнти, яким дозволяється їх використовувати лише за рецептом лікаря в медичних цілях. В інших випадках знаходження наркотичних речовин у військовослужбовця може бути розцінено, як порушення законодавства України в цій сфері, і вести до вжиття з боку уповноважених органів та їх посадових осіб відповідних заходів реагування, у тому числі притягнення порушників до юридичної відповідальності (адміністративної, кримінальної тощо).

Статтею 36 Закону визначено, що особи, винні в порушенні законодавства про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, несуть відповідальність згідно із законом.

Притягнення винної особи до відповідальності за вчинені правопорушення є реалізацією охоронної функції держави та здійснюється у визначений нею спосіб.

Система заходів, спрямованих проти незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними, а також права й обов'язки юридичних осіб і громадян у цій сфері визначається Законом України "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними".

Органи виконавчої влади, уповноважені законом на здійснення контролю у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та вирішення завдань у сфері протидії їх незаконному обігу, у разі виявлення порушень порядку цього обігу застосовують у межах своєї компетенції відповідні заходи щодо усунення таких порушень, та, у разі наявності в діях осіб ознак адміністративного чи кримінального правопорушення, зобов'язані надіслати інформацію або подати матеріали до відповідних правоохоронних органів, які ведуть боротьбу з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

До заходів протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів належать такі:

- **Контрольована поставка**, тобто допуск під контролем і оперативним наглядом відповідних органів увезення в Україну, вивезення з України чи транзит через її територію наркотичних засобів, психотропних речовин і

прекурсорів, а також щодо незаконного перевезення та пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які здійснюються в межах території України.

▪ **Оперативна закупка** – операція щодо придбання наркотичних засобів, психотропних речовин або прекурсорів.

▪ **Конфіскація.** Наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, що перебувають у незаконному обігу, а також обладнання, яке використовується для їх незаконного виготовлення, підлягають конфіскації в установленому законом порядку.

▪ **Запити правоохоронних органів про розміщення коштів, одержаних від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.**

▪ **Огляд транспортних засобів, вантажів і особистих речей громадян.**

▪ **Зупинення та припинення діяльності закладів масового перебування громадян, у яких виявлено факти вживання чи збуту наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів.**

▪ **Заходи протидії незаконному культивуванню наркотиковмісних рослин.**

▪ **Здійснення адміністративного нагляду за особами, звільненими з місць позбавлення волі.**

До заходів протидії незаконному вживанню наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів належать такі:

▪ **Виявлення осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини.** Особа, відносно якої до закладів охорони здоров'я, центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, Національної поліції надійшла інформація від установ, підприємств, організацій, засобів масової інформації або окремих громадян про те, що вона незаконно вживає наркотичні засоби або психотропні речовини чи перебуває у стані наркотичного сп'яніння, підлягає медичному огляду. Факт незаконного вживання наркотичних засобів або психотропних речовин встановлюється на підставі показань свідків, наявності ознак наркотичного сп'яніння, результатів медичного огляду, а також тестів на вміст наркотичного засобу або психотропної речовини в організмі особи.

Встановлення наявності стану наркотичного сп'яніння внаслідок незаконного вживання наркотичних засобів або психотропних речовин є компетенцією лише лікаря, на якого покладено обов'язки щодо проведення медичного огляду (обстеження), а діагноз “наркоманія” встановлюється лікарсько-консультаційною комісією.

Порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, визначається спільним нормативно-правовим актом центральних органів виконавчої влади, що забезпечують формування державної політики у сферах охорони здоров'я, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії

їх незаконному обігу, Міністерства внутрішніх справ України, Офісу Генерального прокурора.

- *Медичний огляд та медичне обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами.*
- *Добровільне лікування осіб, хворих на наркоманію.*
- *Відшкодування витрат на медичний огляд, медичне обстеження або лікування.*
- *Примусове лікування осіб, хворих на наркоманію.*
- *Розгляд матеріалів у суді про направлення осіб на примусове лікування від наркоманії.*
- *Дострокове звільнення від примусового лікування від наркоманії.*
- *Продовження строку примусового лікування від наркоманії.*
- *Обмеження прав особи, хворої на наркоманію, на період примусового лікування.*

4.2 Адміністративна відповідальність військовослужбовців за вчинення правопорушень, пов'язаних з наркотичними засобами і психотропними речовинами

Адміністративно-правовий спосіб охорони здоров'я населення здійснюється в межах, передбачених главою 5 “Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення” особливої частини Кодексу України про адміністративні правопорушення (КУпАП).

Адміністративна відповідальність за незаконні дії з наркотичними засобами і психотропними речовинами є одним з ефективних засобів профілактики правопорушень у цій сфері.

Під адміністративною відповідальністю за незаконний обіг наркотиків слід розуміти специфічне реагування держави на адміністративне правопорушення у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Воно полягає у застосуванні органом або посадовою особою адміністративної юрисдикції передбаченого законом стягнення до порушника.

Адміністративній відповідальності підлягають особи, які вчинили правопорушення, передбачені статтями 44, 44¹, 106¹, 106², 130, 172²⁰ КУпАП.

Стаття 44 КУпАП. Незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах

Незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах –

тягнуть за собою накладення штрафу від двадцяти п'яти до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадські роботи на строк від двадцяти до шістдесяти годин, або адміністративний арешт на строк до п'ятнадцяти діб.

Особа, що добровільно здала наркотичні засоби або психотропні речовини, які були у неї в невеликих розмірах і які вона виробила, виготовила,

придбала, зберігала, перевозила, пересилала без мети збуту, звільняється від адміністративної відповідальності за дії, передбачені цією статтею.

Примітка. Невеликий розмір наркотичних засобів та психотропних речовин визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, спільно з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

Предметом зазначених правопорушень є наркотичні засоби і психотропні речовини. Безпосереднім об'єктом правопорушення є суспільні відносини, що виникають у сфері обігу наркотичних засобів і психотропних речовин. Обов'язок громадянина не вживати зазначені речовини без призначення лікаря обумовлює його право на придбання, зберігання і перевезення таких засобів за наявності спеціального дозволу або рецепту, виданого лікарем. Родовим об'єктом правопорушення є здоров'я населення.

З об'єктивної сторони такі правопорушення полягають у незаконному виробництві, придбанні, зберіганні, перевезенні, пересиланні наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах.

Із суб'єктивної сторони такі правопорушення характеризуються прямим умислом.

Протиправність діянь, передбачених статтею 44 КУпАП, полягає у вчиненні визначених дій з порушенням норм Закону України "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів".

Умовами адміністративної відповідальності за цією статтею є встановлення: по-перше – відсутності мети збуту при вчиненні вищезазначених дій, а по-друге – невеликого розміру наркотичних засобів та психотропних речовин.

Відповідно до примітки статті 44 КУпАП невеликі розміри наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що знаходяться у незаконному обігу, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) від 01.08.2000 № 188 "Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу".

Законодавство України передбачає три види розмірів наркотичних засобів і психотропних речовин.

"Невеликий розмір" – відповідальність наступає за статтею 44 КУпАП;

"Великий розмір" – відповідальність наступає за частиною другою статті 309 Кримінального кодексу України (КК України);

"Особливо великий розмір" – відповідальність наступає за частиною третьою статті 309 КК України.

В основу визначення невеликого розміру покладено наркологічний критерій. Він полягає у прийнятті до уваги розміру добової дози наркотиків, що, як правило, вживається особою, яка ними зловживає, у тому числі і

сировини, яка використовується для виготовлення певної кількості доз наркотичної або психотропної речовини.

Визначення розміру наркотичних засобів і психотропних речовин має значення для розмежування адміністративної і кримінальної відповідальності за незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту.

На практиці при визначенні розміру наркотиків використовують підхід, відповідно до якого треба виходити з кількості наркотичних засобів (їх обсягу, ваги) та властивостей різних видів наркотичних засобів за ступенями їхнього впливу на організм. Для обрахування розміру наркотичних засобів, психотропних речовин різних видів рекомендовано виходити із загальної їх кількості.

Особа, що добровільно здала наркотичні засоби або психотропні речовини, які були у неї в невеликих розмірах і які вона виробила, виготовила, придбала, зберігала, перевозила, пересилала без мети збуту, звільняється від адміністративної відповідальності за дії, передбачені статтею 44 КУпАП.

Підставою для притягнення особи до адміністративної відповідальності за правопорушення, що розглядається, може бути наявність в її діянні сукупності таких ознак:

- виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів і психотропних речовин, вчинені з порушенням вимог Закону України “Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів”;

- предметом посягання були саме наркотичні засоби або психотропні речовини та їх кількість не перевищувала верхньої допустимої межі;

- правопорушення було вчинено без мети збуту наркотичних засобів і психотропних речовин;

- особа до моменту вчинення правопорушення такого роду досягла шістнадцятирічного віку і була осудною.

Відсутність хоча б однієї з перелічених ознак виключає склад адміністративного правопорушення і, як наслідок, притягнення особи до адміністративної відповідальності за статтею 44 КУпАП.

Стаття 44¹ КУпАП. Ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження

Ухилення особи, хворої на наркоманію, від медичного огляду на наявність наркотичного сп'яніння –

тягне за собою накладення штрафу від десяти до двадцяти п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Ухилення особи, яка зловживає наркотичними засобами або психотропними речовинами, від медичного обстеження –

тягне за собою накладення штрафу від двадцяти п'яти до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Зазначена стаття містить два самостійні види адміністративних правопорушень. Безпосереднім об'єктом посягання є встановлений порядок проходження медичного огляду чи медичного обстеження особами, які

вживають наркотики та психотропні речовини у немедичних цілях. Родовим об'єктом посягання є здоров'я населення.

Об'єктивна сторона правопорушення полягає в ухиленні особи, хворої на наркоманію, від медичного огляду на наявність стану наркотичного сп'яніння (частина перша статті 44¹), а також ухилення особи, яка зловживає наркотичними засобами або психотропними речовинами, від медичного обстеження (частина перша статті 44¹).

Суб'єкт цих правопорушень спеціальний. Згідно з частиною першою статті 44¹ може бути притягнута до відповідальності лише особа, хвора на наркоманію. Згідно з частиною другою статті 44¹ може бути притягнута до відповідальності лише особа, яка зловживає наркотичними засобами або психотропними речовинами.

Із суб'єктивної сторони наявний прямий умисел. Метою здійснення є приховування незаконного вживання наркотиків або психотропних речовин. При цьому мотиви не мають значення.

Особи, стосовно яких встановлено факт незаконного вживання наркотичних засобів чи психотропних речовин, підлягають направленню на медичний огляд. Медичний огляд проводиться за направленням правоохоронних органів. Якщо особа ухиляється від медичного огляду, вона підлягає приводу до наркологічного закладу працівниками Національної поліції. Медичним обстеженням особи, яка зловживає наркотичними засобами, вважається її обстеження в стаціонарних умовах за направленням лікаря-нарколога після проведеного медичного огляду з метою підтвердження (або не підтвердження) встановленого діагнозу "наркоманія" чи "токсикоманія".

Стаття 130. Керування транспортними засобами або суднами особами, які перебувають у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції

Керування транспортними засобами особами в стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, а також передача керування транспортним засобом особі, яка перебуває в стані такого сп'яніння чи під впливом таких лікарських препаратів, а так само відмова особи, яка керує транспортним засобом, від проходження відповідно до встановленого порядку огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо вживання лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, –

тягнуть за собою накладення штрафу на водіїв у розмірі шестисот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права керування транспортними засобами на строк один рік і на інших осіб – накладення штрафу в розмірі шестисот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Повторне протягом року вчинення будь-якого з порушень, передбачених частиною першою цієї статті, –

тягне за собою накладення штрафу на водіїв у розмірі однієї тисячі двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права керування транспортними засобами на строк три роки і на інших осіб –

накладення штрафу у розмірі однієї тисячі двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з оплатним вилученням транспортного засобу чи без такого.

Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені особою, яка двічі протягом року піддавалася адміністративному стягненню за керування транспортними засобами у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують її увагу та швидкість реакції, за відмову від проходження відповідно до встановленого порядку огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо вживання лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, –

тягнуть за собою накладення штрафу на водіїв у розмірі двох тисяч чотирьохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права керування транспортними засобами на строк десять років і на інших осіб – накладення штрафу у розмірі двох тисяч чотирьохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з оплатним вилученням транспортного засобу чи без такого.

Вживання водієм транспортного засобу після дорожньо-транспортної пригоди за його участю алкоголю, наркотиків, а також лікарських препаратів, виготовлених на їх основі (крім тих, що входять до офіційно затвердженого складу аптечки або призначені медичним працівником), або після того, як транспортний засіб був зупинений на вимогу поліцейського, до проведення уповноваженою особою медичного огляду з метою встановлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо вживання лікарських препаратів, що знижують його увагу та швидкість реакції, чи до прийняття рішення про звільнення від проведення такого огляду, –

тягне за собою накладення штрафу на водіїв у розмірі однієї тисячі двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або адміністративний арешт на строк п'ятнадцять діб, з позбавленням права керування транспортними засобами на строк три роки.

Керування річковими або маломірними суднами судноводіями в стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, а так само передача керування судном особі, яка перебуває в стані такого сп'яніння чи під впливом таких лікарських препаратів, а також відмова осіб, які керують річковими або маломірними суднами від проходження відповідно до встановленого порядку огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо вживання лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, –

тягнуть за собою накладення штрафу в розмірі ста п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавлення права керування всіма видами плавучих засобів на строк від одного до трьох років, або громадські роботи на строк від сорока до шістдесяти годин, або адміністративний арешт на строк від десяти до п'ятнадцяти діб.

Дії, передбачені частиною п'ятою цієї статті, вчинені особами, які не мають права керування річковими або маломірними суднами, –

тягнуть за собою накладення штрафу в розмірі ста п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або адміністративний арешт на строк від десяти до п'ятнадцяти діб.

Об'єктом адміністративного правопорушення, передбаченого зазначеною статтею КУпАП, є суспільні відносини у сфері забезпечення дорожнього руху і на річковому транспорті та маломірних судах.

Об'єктивною стороною правопорушення, передбаченого частиною першою статті 130, є керування транспортними засобами особами в стані алкогольного, наркотичного та іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, передача керування транспортним засобом особі, яка перебуває у стані такого сп'яніння чи під впливом лікарських препаратів, а так само відмова особи, яка керує транспортним засобом, від проходження огляду на стан сп'яніння.

Стан сп'яніння в залежності від речовини, вживання якої його спричинило, поділяється на такі види: алкогольне, наркотичне, токсичне.

Встановлення в особи стану сп'яніння здійснюється на підставі Інструкції про порядок виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, затвердженої наказом МВС України та МОЗ України від 09.11.2015 № 1452/735.

Підставою для проведення огляду є наявність ознак сп'яніння.

Відповідно до цієї Інструкції, **ознаками алкогольного сп'яніння є:**

- запах алкоголю з порожнини рота;
- порушення координації рухів;
- порушення мови;
- виражене тремтіння пальців рук;
- різка зміна забарвлення шкірного покриву обличчя;
- поведінка, що не відповідає обстановці.

Ознаками наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, є:

- наявність однієї чи декількох ознак стану алкогольного сп'яніння (крім запаху алкоголю з порожнини рота);
- звужені чи дуже розширені зіниці, які не реагують на світло;
- сповільненість або, навпаки, підвищена жвавість чи рухливість ходи, мовлення;
- почервоніння обличчя або неприродна блідість.

Специфічною ознакою наркотичного чи іншого сп'яніння можуть бути сліди від ін'єкцій на руках чи тілі.

Огляд на стан сп'яніння проводиться:

- поліцейським на місці зупинки транспортного засобу з використанням спеціальних технічних засобів, дозволених до застосування МОЗ та Держспоживстандартом;
- лікарем закладу охорони здоров'я (у сільській місцевості за відсутності лікаря – фельдшером фельдшерсько-акушерського пункту, який пройшов спеціальну підготовку).

Слід зазначити, що поліцейські можуть проводити огляд особи і оформлювати його результати лише на стан алкогольного сп'яніння.

Огляд на стан наркотичного чи іншого сп'яніння та оформлення його результатів здійснюється тільки в закладах охорони здоров'я.

Перелік закладів охорони здоров'я, яким надається право проведення огляду на стан сп'яніння водіїв, затверджується МОЗ України, МОЗ Автономної Республіки Крим, начальниками структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Метою цього огляду є встановлення наявності чи відсутності стану сп'яніння в обстежуваній особі.

Лікар (фельдшер) повинен ознайомитися з документами особи, яку оглядає (паспорт, особисте посвідчення, посвідчення водія тощо) (за наявності).

Відсутність документів не може бути причиною для відмови у проведенні огляду на стан сп'яніння. У цьому разі в акті медичного огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції (див. додаток С) (акт медичного огляду), зазначають дані щодо зовнішнього вигляду особи, яку оглядають, а також коментар про те, що дані про цю особу записані з її слів. У разі надходження документів дані про оглянуту особу долучаються до акта медичного огляду.

Проведення лабораторних досліджень на визначення наркотичного засобу або психотропної речовини обов'язкове.

Метою лабораторного дослідження є виявлення або уточнення наявних речовин, що здатні спричинювати стан сп'яніння.

За результатами огляду на стан сп'яніння та лабораторними дослідженнями встановлюється діагноз, який вноситься до акта медичного огляду.

Висновок щодо результатів медичного огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, видається на підставі акта медичного огляду.

Зміст висновку щодо результатів медичного огляду особи на стан сп'яніння повідомляється оглянутій особі в присутності поліцейського, який її доправив, про що робиться відповідний запис у ньому.

Висновок щодо результатів медичного огляду особи на стан сп'яніння складається в усіх випадках безпосередньо після огляду особи у трьох примірниках: перший примірник видається під підпис поліцейському, який доправив цю особу на огляд, другий видається оглянутій особі, а третій залишається в закладі охорони здоров'я.

Висновки щодо результатів медичного огляду осіб на стан сп'яніння, складені з порушенням вимог вищезазначеної Інструкції, вважаються недійсними.

Слід зазначити, що відповідно до пункту 2.5 Правил дорожнього руху (ПДР), затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 10.10.2001 № 1306, водій повинен на вимогу поліцейського пройти в установленому порядку медичний огляд з метою встановлення стану алкогольного,

наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції. Ухилення водія від зазначеного обов'язку є порушенням ПДР.

Об'єктивна сторона адміністративних правопорушень, визначених частиною другою статті 130 КУпАП, передбачає повторне протягом року вчинення будь-якого з адміністративних правопорушень, установлених частиною першою цієї статті. Частина третя статті 130 передбачає відповідальність за дії, визначені частиною першою цієї статті, вчинені особою, яка двічі протягом року піддавалася адміністративному стягненню за керування транспортними засобами у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують її увагу та швидкість реакції, за відмову від проходження, відповідно до встановленого порядку, огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо вживання лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції.

Об'єктивна сторона адміністративних правопорушень, передбачених частинами четвертою – шостою статті 130 КУпАП, міститься в їх тексті і пов'язана із вживанням водієм транспортного засобу алкоголю, наркотиків чи лікарських препаратів, виготовлених на їх основі, після дорожньо-транспортної пригоди за його участю або після зупинки транспортного засобу на вимогу поліцейського до проведення медичного огляду на стан сп'яніння чи звільнення від його проведення. Вона також охоплює керування річковими або маломірними судами судноводіями у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння, передачі керування судном особі у такому ж стані та відмови цих осіб від проходження огляду.

Суб'єктивна сторона правопорушень, передбачених статтею 130 КУпАП, характеризується наявністю прямого умислу.

Суб'єктами адміністративних правопорушень, зазначених у частинах першій – четвертій статті, є водії транспортних засобів, частині п'ятій – судноводії річкових або маломірних суден, частині шостій – особи, які не мають права керування річковими та маломірними суднами.

У частині, що стосується військовослужбовців, адміністративно-правовий спосіб захисту державою суспільних відносин у сфері військової дисципліни передбачено статтею 172²⁰ глави 13-Б “Військові адміністративні правопорушення” особливої частини КУпАП.

Стаття 172²⁰. Розпивання алкогольних, слабоалкогольних напоїв або вживання наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів

Розпивання алкогольних, слабоалкогольних напоїв або вживання наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів військовослужбовцями, військовозобов'язаними та резервістами під час проходження зборів на території військових частин, військових об'єктів, або поява таких осіб на території військової частини в нетверезому стані, у стані наркотичного чи іншого сп'яніння, або виконання ними обов'язків військової служби в нетверезому стані, у стані наркотичного чи іншого сп'яніння, а також відмова таких осіб від проходження огляду на стан алкогольного,

наркотичного чи іншого сп'яніння –

тягнуть за собою накладення штрафу від сімдесяти до ста сорока п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арешт з утриманням на гауптвахті на строк до п'яти діб.

Участь начальників (командирів) та інших керівників у розпиванні з підлеглими військовослужбовцями, а також військовозобов'язаними та резервістами під час проходження зборів алкогольних, слабоалкогольних напоїв або вживання наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів під час виконання ними обов'язків військової служби, або невжиття ними заходів для відсторонення від обов'язків військової служби осіб, які перебувають у нетверезому стані, стані наркотичного чи іншого сп'яніння, або приховування випадків розпивання алкогольних, слабоалкогольних напоїв, вживання наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів, появи на території військової частини в нетверезому стані, стані наркотичного чи іншого сп'яніння підлеглих військовослужбовців, а також військовозобов'язаних та резервістів під час проходження зборів –

тягнуть за собою накладення штрафу від ста сорока п'яти до двохсот п'ятнадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арешт з утриманням на гауптвахті на строк від п'яти до семи діб.

Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за такі самі порушення, або в умовах особливого періоду, –

тягнуть за собою накладення штрафу від двохсот п'ятнадцяти до двохсот вісімдесяти п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арешт з утриманням на гауптвахті на строк від семи до десяти діб.

Об'єктом цього правопорушення є суспільні відносини у сфері військової дисципліни.

Об'єктивна сторона адміністративного правопорушення, передбаченого цією статтею, полягає:

– у розпиванні алкогольних, слабоалкогольних напоїв або вживанні наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів військовослужбовцями, військовозобов'язаними та резервістами під час проходження зборів на території військових частин, військових об'єктів, або появи таких осіб на території військової частини в нетверезому стані, у стані наркотичного чи іншого сп'яніння, або виконанні ними обов'язків військової служби в нетверезому стані, у стані наркотичного чи іншого сп'яніння, а також відмові таких осіб від проходження огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння;

– в участі начальників (командирів) та інших керівників у розпиванні з підлеглими військовослужбовцями, а також військовозобов'язаними та резервістами під час проходження зборів алкогольних, слабоалкогольних напоїв або вживанні наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів під час виконання ними обов'язків військової служби, або невжитті ними заходів для відсторонення від обов'язків військової служби осіб, які перебувають у нетверезому стані, стані наркотичного чи іншого сп'яніння, або

приховуванні випадків розпивання алкогольних, слабоалкогольних напоїв, вживанні наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів, появи на території військової частини в нетверезому стані, стані наркотичного чи іншого сп'яніння підлеглих військовослужбовців, а також військовозобов'язаних та резервістів під час проходження зборів.

Суб'єктивна сторона правопорушень, передбачених статтею 172²⁰ КУпАП, характеризується наявністю прямого умислу.

Суб'єктами адміністративних правопорушень є військовослужбовці, а при вчиненні правопорушень, передбачених частиною другою статті 172²⁰ КУпАП, – спеціальний суб'єкт: начальники (командири) та інші керівники.

4.3 Право на складання протоколів про адміністративні правопорушення, пов'язані з наркотиками

Відповідно до статті 255 КУпАП протоколи за вчинення адміністративних правопорушень, передбачених статтями 44, 44¹, 106¹, 106², 130, 172²⁰ КУпАП, мають право складати уповноважені на те посадові особи:

– органів внутрішніх справ (Національної поліції) – частина перша статті 44, статті 44¹, 44³, частина перша статті 106¹, статті 106², 130;

– органів управління Військової служби правопорядку у Збройних Силах України (про правопорушення, вчинені військовослужбовцями, військовозобов'язаними та резервістами під час проходження зборів, а також працівниками ЗСУ під час виконання ними службових обов'язків, – статті 44, 172²⁰;

– інспектор з безпеки на морському та річковому транспорті – частини третя і четверта статті 130;

– посадові особи військової інспекції безпеки дорожнього руху Військової служби правопорядку у Збройних Силах України (про правопорушення, вчинені військовослужбовцями, військовозобов'язаними та резервістами під час проходження зборів – частини перша і друга статті 130, а також про всі порушення правил дорожнього руху, вчинені особами (крім військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів під час проходження зборів), які керують транспортними засобами ЗСУ та інших військових формувань);

– прокурор – стаття 172²⁰;

– командири (начальники) військових частин (установ, закладів), командири підрозділів, які уповноважені на те командирами (начальниками) військових частин (установ, закладів) – стаття 172²⁰.

4.4 Порядок оформлення в Національній гвардії України матеріалів про військові адміністративні правопорушення

Порядок оформлення та подання до відповідних судових органів матеріалів про військові адміністративні правопорушення, їх обліку, а також контролю за дотриманням законності під час оформлення таких матеріалів

визначається Інструкцією з оформлення в Національній гвардії України матеріалів про військові адміністративні правопорушення, затвердженою наказом МВС України від 23.08.2017 № 726.

Протоколи про військові адміністративні правопорушення, передбачені статтею 172²⁰ КУпАП, у НГУ мають право складати:

– командири (начальники) територіальних управлінь, з'єднань, військових частин, ВВНЗ, військових навчальних частин (центрів), баз, закладів охорони здоров'я та установ НГУ або особи, що виконують їх обов'язки – стосовно підпорядкованих їм військовослужбовців;

– уповноважені командирами військових частин командири (начальники) підрозділів цих військових частин – стосовно підпорядкованих їм військовослужбовців.

Повноваження на складання протоколу про військове адміністративне правопорушення командирам (начальникам) підрозділів територіального управління, з'єднання, військової частини, ВВНЗ, військової навчальної частини (центру), бази, закладу охорони здоров'я та установи НГУ надаються командирами військових частин шляхом видання відповідного розпорядчого документа (наказу).

Якщо правопорушення вчинено кількома військовослужбовцями, резервістами, протокол про військове адміністративне правопорушення складається на кожну особу окремо. У разі вчинення одним військовослужбовцем кількох окремих адміністративних правопорушень протоколи складаються щодо кожного з учинених правопорушень.

Облік військових адміністративних правопорушень, учинених військовослужбовцями НГУ, ведеться у військовій частині. Загальний облік військових адміністративних правопорушень, учинених військовослужбовцями НГУ, ведеться в ГУ НГУ.

Протокол про військове адміністративне правопорушення (див. додаток Т) складається у двох примірниках на спеціальному бланку. Один з примірників вручається військовослужбовцю, що притягається до адміністративної відповідальності, під його особистий підпис.

Усі реквізити зазначеного протоколу заповнюються державною мовою та розбірливим почерком. Не допускаються заповнення протоколу олівцем та закреслення чи виправлення відомостей, що заносяться до нього, а також унесення додаткових записів після підписання протоколу особою, стосовно якої він складений. У графах, які не заповнюються під час складання протоколу, проставляється прочерк.

У протоколі зазначаються:

– дата і місце його складення;

– посада, військове звання, прізвище, ім'я, по батькові посадової особи, яка склала протокол;

– відомості про військовослужбовця, який притягається до адміністративної відповідальності;

– місце, час учинення і суть адміністративного правопорушення;

- нормативно-правовий акт, який передбачає відповідальність за таке правопорушення;
- прізвища, ініціали та адреси свідків і потерпілих, якщо вони є;
- пояснення військовослужбовця, який притягається до адміністративної відповідальності;
- інші відомості, необхідні для вирішення справи.

Якщо внаслідок учинення адміністративного правопорушення заподіяно матеріальну шкоду, про це також зазначається в протоколі.

Бланки протоколів виготовляються друкарським способом і мають номер та серію.

Посадові особи, визначені в пункті 2 розділу I зазначеної вище Інструкції, під час складання протоколу зобов'язані роз'яснити військовослужбовцю, стосовно якого складається протокол, його права, передбачені статтею 268 КУпАП, та зміст статей 55, 56, 59, 63 Конституції України, про що робиться відмітка в протоколі, яка засвідчується підписом військовослужбовця.

Військовослужбовцю, який притягається до адміністративної відповідальності, пропонують надати письмові пояснення та зауваження щодо змісту протоколу, які викладаються в протоколі і засвідчуються його підписом. Письмові пояснення можуть додаватися до протоколу окремо, про що робиться відповідний запис у протоколі.

Протокол підписується посадовою особою та військовослужбовцем, який притягається до адміністративної відповідальності, а також свідками, потерпілими (за їх наявності).

У разі відмови військовослужбовця, який притягається до адміністративної відповідальності, від підписання протоколу посадова особа робить про це відповідний запис у протоколі, який засвідчується її підписом та підписами двох свідків.

Військовослужбовець, який притягається до адміністративної відповідальності, має право подати письмові пояснення і зауваження щодо змісту протоколу з викладенням мотивів своєї відмови від його підписання чи отримання. Пояснення та зауваження додаються до протоколу.

У разі виявлення факту розпивання алкогольних, слабоалкогольних напоїв або вживання наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів військовослужбовцем на території військової частини, військового об'єкта або виконання ним обов'язків військової служби у нетверезому стані, у стані наркотичного чи іншого сп'яніння для підтвердження вчинення військовослужбовцем військового адміністративного правопорушення, відповідальність за яке передбачено статтею 172²⁰ КУпАП, посадова особа з відповідним письмовим направленням відправляє його в супроводі двох представників військової частини (підрозділу) до закладу охорони здоров'я для отримання висновку щодо результатів медичного огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, форма якого наведена в додатку 4 до Інструкції про порядок виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння

або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, затвердженої наказом МВС України, МОЗ України від 09.11.2015 № 1452/735.

Справи про військові адміністративні правопорушення, передбачені статтею 172²⁰ КУпАП, розглядаються судьями районних, районних у місті, міських чи міськрайонних судів за місцем вчинення військового адміністративного правопорушення.

Справа про військове адміністративне правопорушення передається до суду за місцем учинення військового адміністративного правопорушення нарочним або рекомендованим поштовим відправленням.

До справи про військове адміністративне правопорушення, що передається до суду, крім протоколу, за наявності долучаються інші матеріали, що підтверджують факт учинення адміністративного правопорушення.

Кожен документ повинен мати свої реквізити (дату, назву, підписи тощо), містити достовірну інформацію та відповідати вимогам законодавства.

Сторінки матеріалів справи про військове адміністративне правопорушення, що передається до суду, прошиваються і нумеруються. В описі справи зазначаються порядковий номер, повна назва документа, його дата, номери аркушів за порядком, а також загальна кількість документів й аркушів. Опис підписується посадовою особою з проставленням дати його складання.

У супровідному листі щодо передачі справи про військове адміністративне правопорушення до суду зазначаються обставини, суть учинення військовослужбовцем військового адміністративного правопорушення та прохання повідомити військову частину про прийняте рішення стосовно переданих матеріалів справи та дати їх розгляду.

У військовій частині залишаються копії всіх матеріалів справи про військове адміністративне правопорушення, що передана до суду.

Під час направлення справи до суду необхідно враховувати норму статті 38 КУпАП, згідно з якою стягнення у справах про адміністративні правопорушення, що підвідомчі суду (судді), може бути накладено не пізніш як через три місяці з дня вчинення правопорушення, а при триваючому правопорушенні – не пізніш як через три місяці з дня його виявлення.

Оформлення матеріалів про військове адміністративне правопорушення організовується посадовою особою.

Протокол не пізніше наступного дня після його складання реєструють у журналі реєстрації та обліку протоколів про військові адміністративні правопорушення військової частини, сторінки якого пронумеровують, прошнуровують та скріплюють печаткою діловодства військової частини.

Облік протоколів проводять у межах кожного календарного року окремо.

Облік видачі бланків протоколів ведеться в нетаємному діловодстві військової частини в журналі обліку видачі бланків протоколів про військові адміністративні правопорушення, сторінки якого пронумеровують, прошнуровують та скріплюють печаткою діловодства військової частини.

Усі матеріали щодо кожного з військових адміністративних правопорушень формують в окрему справу про військове адміністративне правопорушення.

У справі накопичують матеріали щодо певного правопорушення (зокрема, копія протоколу, інші документи та матеріали стосовно цього протоколу, копії судових рішень та документів, що підтверджують їх виконання), у разі їх надходження до військової частини.

У справі оформлюють титульний аркуш, на зворотному боці якого міститься опис документів, що є у справі.

Справи про військові адміністративні правопорушення зберігаються протягом трьох років у нетаємному діловодстві військової частини.

Забезпечення військових частин бланками протоколів організовується ГУ НГУ.

Зіпсовані бланки протоколів, справи про військові адміністративні порушення, журнали обліку видачі бланків протоколів про військові адміністративні правопорушення, журнали реєстрації та обліку протоколів про військові адміністративні правопорушення, строк зберігання яких закінчився, знищуються з оформленням відповідного акта.

4.5 Особливості притягнення до відповідальності військовослужбовців за вчинення ними адміністративних правопорушень

Військовослужбовці, військовозобов'язані та резервісти під час проходження зборів несуть відповідальність за адміністративні правопорушення за дисциплінарними статутами.

За порушення правил, норм і стандартів, що стосуються забезпечення безпеки дорожнього руху, санітарних норм, правил полювання, рибальства та охорони рибних запасів, митних правил, вчинення правопорушень, пов'язаних з корупцією, порушення тиші в громадських місцях, неправомірне використання державного майна, незаконне зберігання спеціальних технічних засобів негласного отримання інформації, невжиття заходів щодо окремої ухвали суду, ухилення від виконання законних вимог прокурора, порушення законодавства про державну таємницю, порушення порядку обліку, зберігання і використання документів та інших матеріальних носіїв інформації, що містять службову інформацію, ці особи несуть адміністративну відповідальність на загальних підставах.

До зазначених осіб не може бути застосовано громадські роботи, виправні роботи та адміністративний арешт.

Інші, крім вищезазначених, особи, на яких поширюється дія дисциплінарних статутів, у випадках, прямо передбачених ними, несуть за вчинення адміністративних правопорушень дисциплінарну відповідальність, а в інших випадках – адміністративну відповідальність на загальних підставах.

У разі порушення ПДР водіями транспортних засобів ЗСУ або інших утворених відповідно до законів України військових формувань та Державної спеціальної служби транспорту – військовослужбовцями строкової служби, а

також вчинення ними військових адміністративних правопорушень, передбачених главою 13-Б КУпАП, штраф як адміністративне стягнення до них не застосовується. У зазначених випадках органи (посадові особи), яким надано право накладати адміністративні стягнення, передають матеріали про правопорушення відповідним органам (їхнім посадовим особам) для вирішення питання про притягнення винних до дисциплінарної відповідальності.

За вчинення військових адміністративних правопорушень військовослужбовці, а також військовозобов'язані та резервісти під час проходження зборів несуть відповідальність, передбачену главою 13-Б КУпАП, за умови, якщо ці правопорушення не тягнуть за собою кримінальної відповідальності.

4.6 Кримінальна відповідальність військовослужбовців за вчинення правопорушень, пов'язаних з наркотичними засобами і психотропними речовинами

Кримінально-правова відповідальність здійснюється в межах, передбачених розділом XIII особливої частини КК України “Злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти здоров'я населення”. До нього вміщено суспільно-небезпечні діяння, які, залежно від особливостей об'єкта посягання, характеру і змісту об'єктивної сторони злочину віднесено до таких двох категорій:

1. Злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів.

2. Інші злочини проти здоров'я населення.

Суспільна небезпека злочинів у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів полягає у великій кількості негативних впливів, які наркоманія і токсикоманія справляють на свідомість, фізичний та психічний стан людини і ведуть до поступової деградації особистості.

Зазвичай між злочинністю та наркоманією існує тісний взаємозв'язок. Крім вчинення злочинів, пов'язаних з обігом наркотиків, особи, які їх вживають, скоюють й інші злочини. Такі злочини пов'язані з метою заволодіння наркотичними речовинами і засобами для їх особистого вживання та/або подальшого розповсюдження. Особи можуть вчиняти злочини, перебуваючи у стані наркотичного, токсичного сп'яніння чи абстиненції, під дією психотропних речовин. У своїй більшості наркомани характеризуються віктимною поведінкою і самі стають об'єктами злочинних посягань.

Родовим об'єктом злочинів зазначеної категорії є здоров'я населення.

Предметом таких злочинів виступають засоби і речовини, визначені переліком наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 № 770.

В узагальненому вигляді предмет злочинів, пов'язаних з наркоманією, становлять:

1. Наркотичні засоби (статті 305, 307–309 КК України).

2. Психотропні речовини (статті 305, 307–309 КК України).

3. Прекурсори (статті 305, 311, 312 КК України).

4. Снотворний мак чи коноплі (стаття 310 КК України).

5. Кошти, здобуті від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів, що використовуються з метою їх відмивання; кошти і майно, здобуті від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів, що використовуються з метою його продовження (стаття 306 КК України).

6. Документи (підроблені чи незаконно одержані) на отримання наркотичних засобів, психотропних речовин або прекурсорів (стаття 318 КК України).

7. Рецепт (незаконно виданий) на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин (стаття 319 КК України).

8. Обладнання, призначене для виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (стаття 313 КК України).

9. Місце (притон) та приміщення для незаконного вживання, виробництва чи виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (стаття 317 КК України) чи вживання одурманюючих засобів (стаття 322 КК України).

Об'єктивна сторона більшості злочинів у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів характеризується такою ознакою, що диспозиції кримінально-правових норм є бланкетними (відсилочними), тобто визначаються не тільки цими нормами, а й нормами інших законодавчих чи підзаконних актів.

Суб'єктом більшості злочинів, передбачених розділом XIII особливої частини КК України, визнаються особи, яким до вчинення злочину виповнилося шістнадцять років. Винятком є заволодіння такими засобами або речовинами шляхом крадіжки (частина перша статті 308), грабежу, вимагання (стаття 308), розбою (частина третя статті 308). Кримінальна відповідальність за вчинення зазначених злочинів настає з чотирнадцяти років.

Суб'єктивна сторона злочинів, які розглядаються, характеризується умисною формою вини. Лише порушення встановлених правил обігу цих засобів і речовин (стаття 320) може вчинятися як умисно, так і з необережності.

Наводимо окремі статті КК України, що передбачають кримінальну відповідальність за злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів.

Стаття 307. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів

1. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання з метою збуту, а також незаконний збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів –

караються позбавленням волі на строк від чотирьох до восьми років.

2. Ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб, або особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 308–310, 312, 314, 315, 317 цього Кодексу, або із залученням

неповнолітнього, а також збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів у місцях, що призначені для проведення навчальних, спортивних і культурних заходів, та в інших місцях масового перебування громадян, або збут чи передача цих речовин у місця позбавлення волі, або якщо предметом таких дій були наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги у великих розмірах чи особливо небезпечні наркотичні засоби або психотропні речовини, –

караються позбавленням волі на строк від шести до десяти років з конфіскацією майна.

3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, вчинені організованою групою, а також якщо предметом таких дій були наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги в особливо великих розмірах, або вчинені із залученням малолітнього або щодо малолітнього, –

караються позбавленням волі на строк від дев'яти до дванадцяти років з конфіскацією майна.

4. Особа, яка добровільно здала наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги і вказала джерело їх придбання або сприяла розкриттю злочинів, пов'язаних з їх незаконним обігом, звільняється від кримінальної відповідальності за незаконне їх виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання (частина перша цієї статті, частина перша статті 309 цього Кодексу).

Стаття 308. Викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем

1. Викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи заволодіння ними шляхом шахрайства – караються позбавленням волі на строк від трьох до шести років.

2. Ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб, або із застосуванням насильства, що не є небезпечним для життя чи здоров'я потерпілого, або з погрозою застосування такого насильства, або особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 306, 307, 310, 311, 312, 314, 317 цього Кодексу, або у великих розмірах, а також заволодіння наркотичними засобами, психотропними речовинами або їх аналогами шляхом зловживання службовою особою своїм службовим становищем –

караються позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років та з конфіскацією майна.

3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, якщо вони вчинені в особливо великих розмірах, або організованою групою, розбій з метою викрадення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, а також вимагання цих засобів чи речовин, поєднане з насильством, небезпечним для життя і здоров'я, –

караються позбавленням волі на строк від семи до дванадцяти років з конфіскацією майна.

Стаття 309. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту

1. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту –

караються штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на той самий строк.

2. Ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб чи особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 307, 308, 310, 317 цього Кодексу, або якщо предметом таких дій були наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги у великих розмірах, –

караються позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, вчинені із залученням неповнолітнього, а також якщо предметом таких дій були наркотичні засоби, психотропні речовини або їх аналоги в особливо великих розмірах, –

караються позбавленням волі на строк від п'яти до восьми років.

4. Особа, яка добровільно звернулася до лікувального закладу і розпочала лікування від наркоманії, звільняється від кримінальної відповідальності за дії, передбачені частиною першою цієї статті.

Стаття 315. Схиляння до вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів

1. Схиляння певної особи до вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів –

карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

2. Та сама дія, вчинена повторно або щодо двох чи більше осіб, або щодо неповнолітнього, а також особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 307, 308, 310, 314, 317 цього Кодексу, –

карається позбавленням волі на строк від п'яти до дванадцяти років.

Стаття 316. Незаконне публічне вживання наркотичних засобів

1. Публічне або вчинене групою осіб незаконне вживання наркотичних засобів у місцях, що призначені для проведення навчальних, спортивних і культурних заходів, та в інших місцях масового перебування громадян –

карається обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років.

2. Ті самі дії, вчинені повторно або особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 307, 310, 314, 315, 317, 318 цього Кодексу, –

караються позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років.

Стаття 318. Незаконне виготовлення, підроблення, використання чи збут підроблених документів на отримання наркотичних засобів, психотропних речовин або прекурсорів

1. Незаконне виготовлення, підроблення, використання або збут підроблених чи незаконно одержаних документів, які дають право на отримання наркотичних засобів чи психотропних речовин або прекурсорів, призначених для вироблення або виготовлення цих засобів чи речовин, –

караються штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до трьох років.

2. Ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб, або особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 306–317 цього Кодексу, –

караються позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

Стаття 321. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту або збут отруйних чи сильнодіючих речовин або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів

1. Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту, збут отруйних або сильнодіючих речовин, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів, а також здійснення таких дій щодо обладнання, призначеного для виробництва чи виготовлення отруйних або сильнодіючих речовин, або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів, вчинені без спеціального на те дозволу, –

караються штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк від трьох до шести місяців, або позбавленням волі на строк до трьох років.

2. Порушення встановлених правил виробництва, виготовлення, придбання, зберігання, відпуску, обліку, перевезення, пересилання отруйних чи сильнодіючих речовин, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів –

карається штрафом до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк від трьох до шести місяців, або позбавленням волі на строк до трьох років.

3. Дії, передбачені частиною першою або другою цієї статті, вчинені повторно, за попередньою змовою групою осіб, або якщо предметом таких дій були отруйні чи сильнодіючі речовини, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйні чи сильнодіючі лікарські засоби у великих розмірах –

караються позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років.

4. Дії, передбачені частиною першою або другою цієї статті, вчинені організованою групою, або якщо предметом таких дій були отруйні чи сильнодіючі речовини, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйні чи сильнодіючі лікарські засоби в особливо великих розмірах –

караються позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років.

5. Особа, яка добровільно здала отруйні чи сильнодіючі речовини, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйні чи сильнодіючі лікарські засоби та вказала джерело їх придбання або сприяла розкриттю злочинів, пов'язаних з їх незаконним обігом, звільняється від кримінальної відповідальності за незаконне виробництво, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання отруйних чи сильнодіючих речовин, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів, а також за вчинення таких дій без спеціального на те дозволу (частина перша цієї статті) щодо обладнання, призначеного для виробництва чи виготовлення отруйних чи сильнодіючих речовин, що не є наркотичними або психотропними чи їх аналогами, або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів.

Стаття 323. Спонування неповнолітніх до застосування допінгу

1. Спонування неповнолітніх до застосування допінгу –

карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Та сама дія, вчинена батьком, матір'ю, вітчимом, мачухою, опікуном чи піклувальником або особою, на яку покладено обов'язки щодо виховання потерпілого чи піклування про нього, його тренером, або повторно, або особою, яка раніше вчинила один із злочинів, передбачених статтями 314, 315, 317, 324 цього Кодексу, –

карається обмеженням волі на строк до двох років або позбавленням волі на той самий строк.

3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, вчинені щодо двох чи більше осіб, або якщо вони заподіяли шкоду здоров'ю потерпілого, –

караються обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк.

4. Дії, передбачені частинами першою, другою або третьою цієї статті, якщо вони заподіяли істотну шкоду здоров'ю потерпілого або інші тяжкі наслідки, –

караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років.

Примітка. Допінг – це засоби і методи, які входять до переліку заборонених Антидопінговим кодексом Олімпійського руху.

РОЗДІЛ 5

ПОРЯДОК ДІЙ КОМАНДИРА (НАЧАЛЬНИКА) У РАЗІ ВИЯВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ З ОЗНАКАМИ ВЖИВАННЯ НИМИ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

1. Ідентифікація протиправних дій військовослужбовця.

Для розв'язання питання ідентифікації протиправних дій військовослужбовця вирішальне значення має рівень професійної підготовленості та правової обізнаності особи, яка здійснює таку ідентифікацію. У розгляді виходитимемо з середнього рівня підготовленості командира (начальника) взводно-батальйонної ланки військової частини (установи, закладу) НГУ або підрозділів, які можуть бути прирівняні до неї (навчальна група, курс, факультет).

Такий рівень підготовленості повинен охоплювати базові знання:

- конституційних прав, свобод і обов'язків людини і громадянина;
- загальних вимог законодавства щодо порядку та умов проходження військової служби;
- загальних законодавчих вимог щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів;
- вимог кримінального та адміністративного законодавства у розрізі питань, які є предметом цього розгляду;
- вимог військових статутів ЗСУ;
- службових обов'язків відповідно до обійманої посади.

Основні терміни, необхідні для проведення попередньої ідентифікації протиправних дій військовослужбовця у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, було наведено в попередніх розділах.

Нагадаємо окремі з них.

Незаконне виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин – це будь-які дії (у тому числі рафінування, підвищення в препараті концентрації наркотичних засобів і психотропних речовин чи їх переробку), здійснені всупереч установленому законом порядку, у результаті яких на основі наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів одержують готові до використання та/або вживання форми наркотичних засобів, психотропних речовин або лікарські засоби, що їх містять, чи інші наркотичні засоби, психотропні речовини. Наприклад, екстракція наркотиків з певних рослин, лікарських препаратів; сушіння, різання, приготування відвару, очищення від домішок, синтезування.

Незаконне придбання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів – це їх купівля, обмін на інші товари або речі, отримання як плати за виконану роботу чи надані послуги, позики, подарунка або сплати боргу, привласнення знайденого. Наприклад, збирання залишків рослин, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини, також може бути кваліфіковано, як незаконне придбання.

Незаконне зберігання – це будь-які умисні дії, пов’язані з фактичним незаконним перебуванням наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів у володінні особи. При цьому вона може тримати їх при собі, у будь-якому приміщенні, сховищі або в іншому місці.

Незаконне перевезення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів – це умисне переміщення їх будь-яким видом транспорту у межах території України з порушенням порядку і правил, передбачених законодавством.

Незаконне пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів – це незаконне переміщення їх у просторі шляхом відправлення поштою, багажем, посильним або іншим способом з одного місця в інше у межах території України.

Незаконний збут – це будь-які оплатні чи безоплатні форми реалізації наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів всупереч вимогам законодавства (продаж, дарування, обмін, сплата боргу, позика, за певних умов – введення володільцем цих засобів або речовин шляхом ін’єкцій іншій особі за її згодою тощо).

2. Припинення протиправних дій військовослужбовця.

У разі ідентифікації дій військовослужбовця як протиправних командир (начальник) зобов’язаний у межах своїх повноважень прийняти рішення про припинення таких протиправних дій та забезпечити його виконання. У разі непокори військовослужбовця – затримати останнього та забезпечити виконання свого рішення у примусовому порядку.

Відповідно до абзацу 8 статті 11 Статуту внутрішньої служби Збройних Сил України (СВС ЗСУ), необхідність виконання завдань оборони України, захисту її суверенітету, територіальної цілісності та недоторканності, а також завдань, визначених міжнародними зобов’язаннями України, покладає на військовослужбовців такі обов’язки: свято і непорушно додержуватися Конституції України та законів України, Військової присяги, віддано служити Українському народові, сумлінно і чесно виконувати військовий обов’язок; бути хоробрим, ініціативним і дисциплінованим; поважати бойові та військові традиції, допомагати іншим військовослужбовцям, що перебувають у небезпеці, стримувати їх від вчинення протиправних дій, поважати честь і гідність кожної людини.

Єдиноначальність є одним із принципів будівництва і керівництва ЗСУ і полягає в: наділенні командира (начальника) всією повнотою розпорядчої влади стосовно підлеглих і покладенні на нього персональної відповідальності перед державою за всі сторони життя та діяльності військової частини, підрозділу і кожного військовослужбовця; наданні командирові (начальникові) права одноособово приймати рішення, віддавати накази; забезпеченні виконання зазначених рішень (наказів), виходячи із всебічної оцінки обстановки та керуючись вимогами законів і статутів ЗСУ (стаття 28 СВС ЗСУ).

Крім цього, абзацом 18 статті 67 СВС ЗСУ визначено обов’язок командира бригади та прирівняних до нього командирів (начальників) керувати правовим вихованням військовослужбовців бригади, а у разі вчинення

військовослужбовцем кримінального правопорушення негайно повідомляти про його діяння до органу досудового розслідування.

Відповідно до статті 6 Дисциплінарного статуту Збройних Сил України (ДС ЗСУ) командир має право видавати накази і розпорядження, а обов'язок підлеглого – їх виконувати, крім випадку віддання явно злочинного наказу чи розпорядження. Наказ має бути виконано сумлінно, точно та у встановлений строк. Відповідальність за наказ несе командир, який його видав. У разі непокорі чи опору підлеглого командир зобов'язаний для відновлення порядку вжити всіх передбачених статутами ЗСУ заходів примусу аж до притягнення його до кримінальної відповідальності. Командир зобов'язаний вжити заходів щодо затримання підлеглого при вчиненні або здійсненні ним замаху на вчинення злочину чи безпосередньо після вчинення злочину, пов'язаного із непокорю, опором чи погрозою начальнику, застосуванням насильства, самовільним залишенням військової частини або місця служби, ухиленням від військової служби чи дезертирством, із негайним доставлянням затриманого до уповноваженої службової особи або вжити заходів щодо негайного повідомлення уповноваженої службової особи про затримання та місцезнаходження особи, яка підозрюється у вчиненні діяння з ознаками злочину.

У кожному випадку правопорушення командир зобов'язаний прийняти рішення щодо необхідності притягнення винного до відповідальності залежно від обставин скоєння правопорушення, ступеня вини, попередньої поведінки порушника та розміру завданих державі та іншим особам збитків (стаття 5 ДС ЗСУ).

Звертаємо увагу, що в доповнення вищевикладених норм, відповідно до статті 21¹ СВС ЗСУ, командир (начальник) в умовах особливого періоду, у тому числі в умовах воєнного стану чи бойовій обстановці, з метою затримання військовослужбовця, який вчиняє діяння, що підпадає під ознаки злочину, пов'язаного з непокорю, опором чи погрозою начальнику, застосуванням насильства, самовільним залишенням бойових позицій та визначених місць дислокації військових частин (підрозділів) у районах виконання бойових завдань, має право особисто застосовувати заходи фізичного впливу без спричинення шкоди здоров'ю військовослужбовця та спеціальні засоби, достатні для припинення протиправних дій.

У бойовій обстановці командир (начальник) може застосувати зброю чи віддати підлеглим наказ про її застосування, якщо в інший спосіб неможливо припинити злочин, при цьому не заподіюючи смерті військовослужбовцю.

У разі якщо дозволяють обставини, командир (начальник) перед застосуванням заходів фізичного впливу, спеціальних засобів або зброї повинен голосом чи пострілом угору попередити про це особу, проти якої можуть бути застосовані такі заходи.

3. Огляд місця вчинення протиправних дій. Встановлення особи свідків.

У разі виявлення факту правопорушення на території військового містечка, місця виконання службових обов'язків (несення служби), командир (начальник) повинен організувати проведення огляду місця скоєння

правопорушення та особистих речей військовослужбовця з метою відшукування та фіксації наявності предметів (речовин, засобів), що можуть свідчити про факт вживання ним наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів. За можливості необхідно провести фото(відео)документування протиправних дій, процесу огляду місця вчинення правопорушення та знайдених наркотичних засобів, психотропних речовин чи їх аналогів.

При цьому повинні бути встановлені можливі співучасники протиправних дій, а також свідки (у разі їх наявності).

Слід мати на увазі, що якісне виконання огляду місця вчинення протиправних дій, встановлення можливих співучасників та свідків є запорукою якості, об'єктивності та повноти проведеного в майбутньому службового розслідування, підготовки матеріалів при складанні протоколу про адміністративне правопорушення (військове адміністративне правопорушення), досудового розслідування.

У разі виявлення засобів/речовин, схожих на наркотичні засоби, психотропні речовини, їх аналоги або прекурсори, командир (начальник) повинен негайно доповісти своєму безпосередньому начальникові для повідомлення військового прокурора гарнізону, начальника органу управління Військової служби правопорядку Збройних Сил України за місцем дислокації військової частини (за необхідності) з подальшим направленням зазначеної речовини на експертизу для визначення її походження та ваги з метою з'ясування виду відповідальності (кримінальна або адміністративна), до якої необхідно притягнути військовослужбовця.

4. Ізолювання порушника, забезпечення безпеки.

Термін “ізолювання, ізоляція” визначають як обмеження певним місцем, позбавлення можливості контакту кого-небудь із зовнішнім світом (середовищем), що стосується певних осіб або суспільства в цілому.

Ізолювати – означає “помістивши окремо, позбавляти можливості контакту з іншими; відокремлювати від середовища, позбавляти зв'язку з ким-, чим-небудь; відособлювати”.

Ізолювання порушника є невід'ємною складовою припинення командиром (начальником) протиправних дій військовослужбовця та створює необхідні умови для проведення своєчасного і правильного огляду місця вчинення правопорушення, медичного огляду.

Обов'язки командира щодо припинення протиправних дій серед військовослужбовців було розглянуто нами вище.

Окрім цього, відповідно до статті 82 ДС ЗСУ, якщо військовослужбовець порушує військову дисципліну чи громадський порядок у стані сп'яніння або якщо особу затриманого військовослужбовця не можна встановити через відсутність у нього документів, начальник органу управління Служби правопорядку в гарнізоні має право затримати його і тримати на гауптвахті Служби правопорядку до однієї доби з моменту затримання до встановлення особи, а того, хто перебуває у стані сп'яніння, – до протверезіння.

За цей час начальник органу управління Служби правопорядку в гарнізоні вживає заходів щодо встановлення особи військовослужбовця, характеру

вчиненого порушення військової дисципліни чи громадського порядку та діє залежно від наслідків.

Військовослужбовця, який вчинив діяння з ознаками злочину, можна тримати на гауптвахті Служби правопорядку строком до трьох діб із сповіщенням протягом доби органів досудового розслідування, прокуратури, начальника гарнізону і відповідного органу управління Служби правопорядку.

5. Подання повідомлень про правопорушення.

Обов'язок командира військової частини щодо повідомлення органу досудового розслідування встановлюється на підставі частини 4 статті 85 ДС ЗСУ, відповідно до якої, якщо під час службового розслідування буде з'ясовано, що правопорушення військовослужбовця містить ознаки кримінального правопорушення, командир військової частини письмово повідомляє про це орган досудового розслідування.

Згідно із частиною третьою статті 45 ДС ЗСУ, командири, які у ході виявлення ознак кримінального правопорушення не повідомили про це орган досудового розслідування, несуть відповідальність згідно із законом.

Перелік органів досудового розслідування встановлено статтею 38 Кримінального процесуального кодексу (КПК) України. Відповідно до неї органами досудового розслідування (органами, що здійснюють дізнання і досудове слідство) є:

1) слідчі підрозділи:

а) органи Національної поліції;

б) органи безпеки;

в) органи, що здійснюють контроль за додержанням податкового законодавства;

г) органи Державного бюро розслідувань;

2) підрозділи детективів, підрозділ внутрішнього контролю Національного антикорупційного бюро України.

Досудове розслідування здійснюють слідчі органу досудового розслідування одноособово або слідчою групою.

Визначення органу досудового розслідування, до якого належить направляти відповідні повідомлення, слід здійснювати з урахуванням вимог щодо підслідності, передбачених статтею 216 КПК України.

Слідчі органів Національної поліції здійснюють досудове розслідування кримінальних правопорушень, передбачених законом України про кримінальну відповідальність, крім тих, які віднесені до підслідності інших органів досудового розслідування.

Слідчі органів безпеки здійснюють досудове розслідування злочинів, передбачених статтями 109, 110, 110², 111, 112, 113, 114, 114¹, 201, 201¹, 258–258⁵, 265¹, 305, 328, 329, 330, 332¹, 332², 333, 334, 359, 422, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 446, 447 КК України.

Слідчі органів Державного бюро розслідувань здійснюють досудове розслідування злочинів проти встановленого порядку несення військової служби (військові злочини), крім злочинів, передбачених статтею 422 КК України.

6. Проведення медичного огляду військовослужбовця військовими медичними працівниками.

Відповідно до статті 248 СВС ЗСУ медичний контроль за станом здоров'я військовослужбовців здійснюють шляхом проведення:

- щоденного медичного спостереження за ними у процесі бойової підготовки і в побуті;
- медичних оглядів;
- поглиблених і контрольних медичних обстежень.

Статтею 255 СВС ЗСУ встановлено, що амбулаторний прийом проводиться в медичному пункті військової частини лікарем (фельдшером) у години, встановлені розпорядком дня військової частини. Військовослужбовці, які захворіли раптово або дістали травму, направляються до медичного пункту частини негайно, у будь-який час доби.

Проведення первинного медичного огляду військовослужбовця на предмет встановлення наявності/відсутності ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, покладається на військових медичних працівників за клопотанням безпосереднього командира (начальника) військовослужбовця, поданого на ім'я начальника медичної служби військової частини (установи, закладу). Порядок проведення первинного медичного огляду наведено в попередніх розділах.

До вищезазначеного слід додати, що документування такого огляду також повинно вестися в книзі запису хворих підрозділу, книзі прийому амбулаторних хворих, медичній книжці військовослужбовця з обов'язковим описанням наявних зовнішніх ознак наркотичного сп'яніння.

7. Проведення медичного огляду (обстеження) в закладі охорони здоров'я.

Згідно із статтею 13 Закону України “Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними” медичний огляд проводиться за направленням поліцейських, а медичне обстеження – за направленням лікаря-нарколога. Особа, яка ухиляється від медичного огляду чи медичного обстеження, підлягає приводу до наркологічного закладу органом Національної поліції.

Порядок проведення медичного огляду та медичного обстеження визначається спільним нормативно-правовим актом центральних органів виконавчої влади, що забезпечують формування державної політики у сферах охорони здоров'я, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, МВС України, Офісу Генерального прокурора.

Ухилення осіб від медичного огляду або медичного обстеження тягне за собою відповідальність згідно з чинним законодавством.

Медичний огляд військовослужбовця в закладах охорони здоров'я на предмет наявності/відсутності ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, може проводитися відповідно до Інструкції про

порядок виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, затвердженої наказом МВС України та МОЗ України від 09.11.2015 № 1452/735.

8. Подання донесень про виявлене правопорушення.

Повідомлення про вчинення військовослужбовцем кримінального, адміністративного правопорушення, надзвичайної події та дисциплінарного проступку подаються в порядку, передбаченому Інструкцією про порядок подання повідомлень про правопорушення, надзвичайні події та дисциплінарні проступки в Національній гвардії України та їх облік, затвердженою наказом командувача НГУ від 30.05.2017 № 333.

9. Організація та проведення службового розслідування за фактом правопорушення.

Службові розслідування за фактами правопорушень, допущених військовослужбовцями із застосуванням наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, можуть проводитися у загальному порядку, передбаченому статтями 84, 85 ДС ЗСУ та Порядком проведення службових розслідувань у Національній гвардії України, затвердженим наказом МВС України від 21.04.2020 № 347.

10. Організація оформлення матеріалів про військові адміністративні правопорушення.

Матеріали про військове адміністративне правопорушення, передбачене статтею 172²⁰ КУпАП України, здійснюється в порядку, передбаченому Інструкцією з оформлення в Національній гвардії України матеріалів про військові адміністративні правопорушення, затвердженою наказом МВС України від 23.08.2017 № 726.

11. Прийняття рішення про притягнення військовослужбовця до відповідальності.

Рішення про притягнення військовослужбовця до кримінальної відповідальності за вчинення злочинів у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти здоров'я населення приймаються виключно за результатами судового розгляду.

Рішення про притягнення військовослужбовця до адміністративної відповідальності за вчинення адміністративного правопорушення, пов'язаного з наркотиками, приймаються за результатами судового розгляду справи про адміністративне правопорушення.

Рішення про притягнення військовослужбовця до дисциплінарної відповідальності приймається відповідним командиром (начальником) у межах наданих йому повноважень, у порядку, передбаченому ДС ЗСУ.

Рішення про притягнення військовослужбовця до матеріальної відповідальності за шкоду, завдану державному майну, у тому числі військовому майну, майну, залученому під час мобілізації, а також грошовим коштам, під час виконання ним службових обов'язків у порядку та на умовах, передбачених Законом України "Про матеріальну відповідальність військовослужбовців та прирівняних до них осіб за шкоду, завдану державі".

Притягнення особи до матеріальної відповідальності за завдану шкоду не звільняє її від дисциплінарної, адміністративної чи кримінальної відповідальності, встановленої законами України.

Слід пам'ятати, що статтею 61 Конституції України встановлено правило, відповідно до якого ніхто не може бути двічі притягнений до юридичної відповідальності одного виду за одне й те саме правопорушення. Юридична відповідальність особи має індивідуальний характер.

Згідно із статтею 62 Конституції України особа вважається невинуватою у вчиненні злочину і не може бути піддана кримінальному покаранню, доки її вину не буде доведено в законному порядку і встановлено обвинувачувальним вироком суду.

Ніхто не зобов'язаний доводити свою невинуватість у вчиненні злочину.

Обвинувачення не може ґрунтуватися на доказах, одержаних незаконним шляхом, а також на припущеннях. Усі сумніви щодо доведеності вини особи тлумачаться на її користь.

У разі скасування вироку суду як неправосудного держава відшкодовує матеріальну і моральну шкоду, завдану безпідставним засудженням.

Стаття 63 Конституції України наголошує, що особа не несе відповідальності за відмову давати показання або пояснення щодо себе, членів сім'ї чи близьких родичів, коло яких визначається законом.

Підозрюваний, обвинувачений чи підсудний має право на захист.

12. Облік правопорушень.

Облік вчинених військовослужбовцями кримінальних, адміністративних правопорушень, надзвичайних подій та дисциплінарних проступків здійснюється управлінням по роботі з особовим складом ГУ НГУ, відділами (відділеннями, групами) по роботі з особовим складом військових частин (установ, організацій) НГУ, службою запобігання та виявлення корупції відділу адміністративно-аналітичної та правової роботи апарату командувача НГУ, уповноваженими особами (підрозділами) з питань запобігання корупції військових частин (установ, закладів) НГУ в порядку, передбаченому Інструкцією про порядок подання повідомлень про правопорушення, надзвичайні події та дисциплінарні проступки в Національній гвардії України та їх облік, затвердженою наказом командувача НГУ від 30.05.2017 № 333.

РОЗДІЛ 6

ПОРЯДОК ДІЙ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА СТАН ГОСТРОЇ НАРКОТИЧНОЇ, ЧИ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ. ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА

Провідною статистичною і класифікаційною основою в системі охорони здоров'я є Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (англ. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) (МКХ).

МКХ-10 (ICD-10) – нині є загальноприйнятою класифікацією для кодування медичних захворювань, розробленою Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) і введеною в дію у 1993 р. Складається з 21-го розділу, кожен з яких містить підрозділи з кодами хвороб і станів, що знаходяться в публічній власності. 20 травня 2019 р. ВООЗ видала МКХ 11-го перегляду, що набере чинності після узгодження її з усіма країнами, що входять до складу цієї організації. МКХ-11 заплановано повністю впровадити у 2021 р.

Відповідно до МКХ-10 (ICD-10) передбачається Клас V “Психічні розлади і порушення поведінки”, який охоплює хворобливі стани, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, – розділи (F10-F19) “Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин”.

Для загального розуміння порядку класифікації наведемо деякі з них.

(F10) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю;

(F11) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів, не уточнене;

(F12) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання канабіоїдів;

(F13) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання седативних чи снодійних засобів;

(F14) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання кокаїну;

(F15) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання інших стимуляторів, у тому числі кофеїн;

(F16) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання галюциногенів;

(F18) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання летючих розчинників.

Зазначена класифікація має значення для організації діяльності медичного персоналу, а в цьому посібнику наводиться з інформативною метою.

У процесі визначення хворобливих станів, які є наслідком вживання наркотиків, першочерговим є розуміння ознак інтоксикації організму, пов'язаних із вживанням саме таких речовин.

Гостра інтоксикація – мінущий стан людини внаслідок вживання (прийому) нею психоактивної речовини, яка призводить до розладу свідомості, когнітивних функцій, сприйняття, емоцій, поведінки та інших психофізіологічних функцій і реакцій. Можливі ознаки гострої інтоксикації, наведені на рисунку б.1.

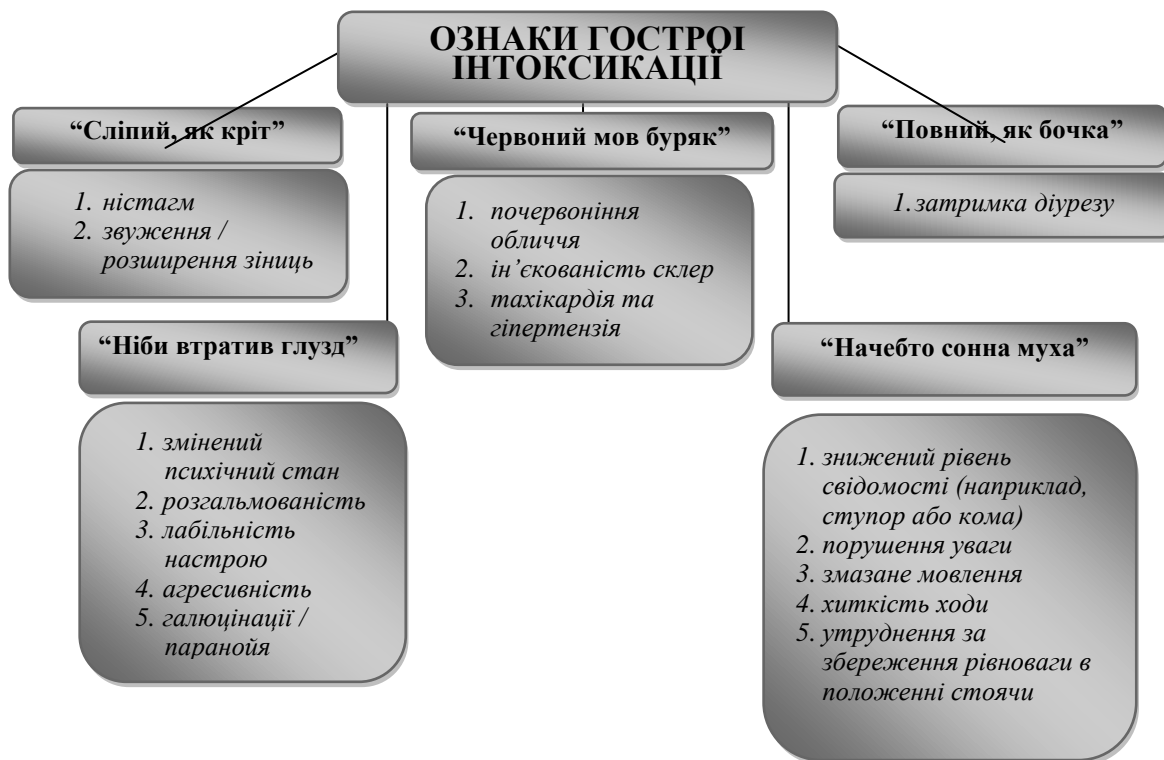


Рисунок 6.1 – Ознаки гострої інтоксикації

У разі виявлення вищезазначених ознак у військовослужбовця, медичному працівникові, а за його відсутності – і командирі (начальнику), слід розуміти відмінності, пов’язані з уживанням алкоголю чи наркотичних речовин.

Можливі симптоми алкогольної та наркотичної інтоксикації наведено в таблиці 6.1.

Під час виявлення (встановлення) ознак наркотичної інтоксикації слід брати до уваги ознаки, характерні і для алкогольної інтоксикації. Однак при цьому наявні й деякі специфічні ознаки, які слід враховувати, обираючи тип поведінки для спілкування з особою, яка їх має, з метою попередження негативних наслідків, спричинених можливим передозуванням або непрогнозованими спалахами агресії.

Таблиця 6.1 – Симптоми алкогольної та наркотичної інтоксикації

Вид психоактивних речовин	Інтоксикація	Передозування
Опіати	Звуження зіниць Свербіж Заспокоєння/Сонливість Зниження АТ Уповільнення пульсу Гіповентиляція	Втрата свідомості Пригнічення дихання Точкові зіниці Артеріальна гіпотензія Брадикардія Набряк легенів
Алкоголь	Заспокоєння Загальмованість	Дезорієнтація/Розгубленість Пригнічення дихання

Кінець таблиці 6.1

	Порушення координації Порушення оцінки Зниження концентрації Порушення мовлення Атаксія Блювання	Втрата свідомості Мимовільне сечовипускання
Бензодіазепіни (діазепам, оксазепам, флунітразепам)	Загальмованість Заспокоєння Слиноотеча Дискоординація Порушення мовлення Зниження АТ Запаморочення	Ступор/Кома Атаксія Розгубленість Пригнічення дихання
Стимулятори (амфетамін, кокаїн)	Гіперактивність Невгамовність Збудження Неспокій/Нервозність Сильне розширення зіниць Підвищення АТ Підвищення частоти пульсу Підвищення температури Потовиділення Тремор	Паніка Гострий параноїдний психоз Серцева аритмія Ішемія міокарду Гіпертензивний криз Цереброваскулярні порушення Гіперпірексія Дегідратація
Каннабіноїди	Розслаблення Зменшення концентрації Зменшення психомоторної активності Порушення рівноваги Ін'єкція судин склер	Параноїдний психоз Розгубленість Збудження Неспокій/Паніка Галюцинації

***Дії медичного працівника під час первинного огляду особи
на стан гострої наркотичної, алкогольної чи іншої інтоксикації***

– Пацієнтам у невідкладному стані необхідно забезпечити термінову госпіталізацію у центри (відділення), де можливе проведення антидотної терапії та штучної детоксикації, які надають вторинну медичну допомогу, у період найбільших терапевтичних можливостей. Взаємодія між закладами охорони здоров'я, що надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу, визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я.

– Огляд на стан гострої інтоксикації проводиться в присутності двох свідків. При цьому не можуть бути залучені як свідки працівники поліції або особи, щодо неупередженості яких є сумніви.

– Після надання невідкладної допомоги лікар (фельдшер) закладу охорони здоров'я повинен ознайомитися з документами особи, яку оглядає на стан гострої інтоксикації (паспорт, особисте посвідчення, посвідчення водія тощо).

– Відсутність документів не може бути причиною для відмови у проведенні огляду на стан гострої інтоксикації. У цьому разі в акті медичного

огляду з метою виявлення стану алкогольної, наркотичної чи іншої інтоксикації (див. додаток У), який складається військовим медичним працівником, зазначають дані щодо зовнішнього вигляду особи, яку оглядають, а також те, що дані про цю особу записані з її слів. У разі надходження необхідних документів відомості про оглянуту особу долучаються до акта.

– Усі записи в акті медичного огляду та висновку щодо результатів медичного огляду особи на стан гострої інтоксикації повинні бути розбірливими, не допускається формулювання “Норма”.

– Акт медичного огляду особи складається у двох примірниках, один з яких залишається у закладі охорони здоров'я, а інший надається до органу, який порушує адміністративну чи кримінальну справу.

– З метою забезпечення достовірності результатів огляду особи на стан гострої інтоксикації, вона має бути оглянута в закладах МОЗ. Доправлення цих осіб до найближчого закладу охорони здоров'я забезпечується не пізніше, ніж протягом двох годин з моменту виявлення підстав для його проведення. Посадова особа НГУ з відповідним письмовим направленням доправляє його в супроводі двох представників НГУ (підрозділу) до закладу охорони здоров'я для отримання висновку щодо результатів медичного огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції (див. додаток Ф).

Як правило, на первинному етапі надання допомоги особі, у разі отруєння, у тому числі алкогольними, наркотичними засобами чи психотропними речовинами, медичному працівникові важко встановити причину отруєння, а також речовину, вживання якої призвело до такого стану. Тому домедичну допомогу слід надавати постраждалому, вважаючи, що отруєння відбулося невідомою речовиною, з використанням загальних протоколів надання домедичної допомоги:

- 1) переконатися у відсутності небезпеки;
- 2) під час огляду місця події звернути увагу на ознаки, які можуть свідчити про гостре отруєння: неприємний різкий запах, полум'я, дим, відкриті чи перекинуті ємності, ємності з-під ліків та алкогольних напоїв тощо;
- 3) уточнити, що саме та в якій кількості приймав постраждалий;
- 4) провести огляд постраждалого, визначити наявність свідомості, дихання;
- 5) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги (ЕМД);
- 6) якщо у постраждалого відсутнє дихання, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації;
- 7) якщо постраждалий без свідомості, але у нього збережене нормальне дихання, перевести постраждалого в стабільне положення. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД;
- 8) якщо постраждалий перебуває в свідомості та відомо, що отрута була прийнята перорально, промити шлунок “ресторанним” або блювотним методом до отримання чистих промивних вод: дорослому необхідно випити 500–700 мл

(2–3 стакани) чистої, холодної (18 °С) води, потім необхідно викликати блювоту; повторювати промивання до отримання чистих промивних вод;

9) після промивання шлунка дати постраждалому ентеросорбент (наприклад, до 50 грам активованого вугілля) та проноسه. Однак у разі отруєння припікаючими речовинами (наприклад, бензином) та порушення/відсутності свідомості забороняється викликати блювоту у постраждалого;

10) у разі потрапляння отруйної речовини в очі та/або на шкіру промити уражену ділянку великою кількістю чистої, холодної (18 °С) води. За наявності хімічних опіків накласти стерильну пов'язку на місце опіку;

11) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД;

12) у випадку погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно зателефонувати диспетчеру ЕМД.

У разі необхідності надання ЕМД військовослужбовцю з ознаками отруєння наркотичними засобами, психотропними речовинами чи іншою невідомою речовиною, медичним працівникам слід керуватися відповідними медичними протоколами. Зокрема використовується Новий клінічний протокол “Екстрена медична допомога: догоспітальний етап” (НКП), затверджений наказом МОЗ України від 05.06.2019 № 1269.

Слід звернути увагу на порядок дій, передбачених *розділом I “Універсальна допомога”*, протокол 1.3 “Відмова пацієнта від отримання допомоги”.

Ключовими пунктами зазначеного протоколу є такі:

1. Доросла або дієздатна неповнолітня особа, яка проявила усі ознаки здатності до самостійного прийняття рішень, має повне право визначати хід надання їй/йому допомоги, у тому числі можливість відмовитися від отримання допомоги. Таким особам необхідно повідомити про усі ризики та наслідки відмови від лікування.

2. Особи, які виявили ознаки, що свідчать про їхню нездатність самостійно приймати рішення, не можуть відмовитися від отримання допомоги або самостійно покинути місце події. Психічні розлади, наркотична/алкогольна інтоксикація та фізичні/ментальні порушення можуть серйозно вплинути на здатність особи приймати рішення. Особи, які намагалися вчинити самогубство, озвучили суїцидальні наміри або мають інші супутні ознаки, що дають працівникам ЕМД привід підозрювати суїцидальні мотиви пацієнта, вважаються такими, що нездатні самостійно приймати рішення.

3. Визначення здатності самостійно приймати рішення може ускладнюватися комунікаційними та культурними бар'єрами.

4. Працівники ЕМД не повинні наражати себе на небезпеку, намагаючись надати допомогу та/або транспортувати пацієнта, який відмовився від отримання допомоги.

5. Завжди діяти в інтересах пацієнта – працівники ЕМД, узгодивши заходи з медичним керівництвом, повинні утримувати баланс, не залишаючи пацієнта напризволяще та не надаючи насильно допомогу.

6. Особливі застереження – надання допомоги дітям.

Бажано, щоб поруч з дитиною знаходився опікун або один з батьків для отримання дозволу на допомогу від імені дитини.

Законом дозволяється надавати допомогу дітям у разі відсутності батьків або опікунів. Це вважається екстреним виключенням з правил у доктрині мовчазного погодження на отримання допомоги. У ситуації з дітьми це означає, що працівник догоспітальної допомоги діє згідно з розрахунком, що він вже має мовчазну згоду на надання допомоги, якщо ситуація відповідає певним критеріям:

а) неповнолітня особа страждає від невідкладного стану, який ставить її здоров'я або життя під загрозу;

б) опікун неповнолітньої особи поза межами доступу або нездатний надати дозвіл на транспортування або лікування;

в) надання допомоги чи транспортування неможливо відтягнути безпечним чином, доки не буде отримано дозвіл на отримання допомоги;

г) працівники ЕМД надають допомогу лише за невідкладних станів, що несуть загрозу життю дитини;

д) за загальним правилом, коли діяльність керівництва догоспітальної допомоги є під сумнівом, працівники ЕМД повинні завжди робити те, що вони вважають за найкраще в інтересах неповнолітнього;

е) якщо неповнолітня особа є хворою або травмованою і можливість контакту з батьками відсутня, працівник ЕМД повинен контактувати з прямим медичним керівництвом для отримання подальших інструкцій.

Ключові елементи документації

1. Занотуйте інформацію про здатність особи приймати рішення, беручи до уваги такі пункти:

а) усі наявні бар'єри, які заважають наданню повноцінної допомоги;

б) оцінка стану свідомості та неврологічного статусу;

в) життєві показники для оцінки рівня свідомості та оцінка за Шкалою ком Глазго;

г) факт вживання наркотичних та алкогольних речовин;

д) рівень глюкози в крові (відповідно до ситуації та історії хворого).

2. Вік пацієнта.

3. Неповнолітні, які не є дієздатними, та дорослі з опікуном: ім'я опікуна, контакт і відносини.

4. Будь-які спроби зв'язку з опікунами у разі, якщо не вдалося з ними встановити контакт.

5. Який план пацієнта після відмови від допомоги та/або транспорту.

6. Хто буде поруч з пацієнтом після відправлення екіпажу ЕМД.

7. Пацієнта було проінструктовано про можливість зміни рішення і можливість повторного контактування з ЕМД у будь-який час.

8. Пацієнта було проінструктовано про можливі ризики для його здоров'я, які можуть виникнути внаслідок відмови від отримання допомоги та/або транспортування.

9. Пацієнт озвучує усвідомлення ризиків. Пряма цитата, яка підтверджує погодження і розуміння, є найкращим індикатором у медичній документації.

10. Причини відмови від отримання допомоги. Необхідно зазначити точні слова пацієнта, які свідчать про розуміння ситуації і наслідків.

11. Контакткування з прямим медичним керівництвом.

12. Усі проведені заходи та лікування.

З метою дотримання заходів особистої безпеки під час спілкування з військовослужбовцем, який перебуває у стані сп'яніння (у тому числі алкогольного чи наркотичного), слід керуватися правилами, передбаченими **розділом III “Загальна медична патологія”**, протокол 3.3 “Збуджений або агресивний пацієнт/невідкладна допомога, пов’язана з поведінкою”.

Метою надання допомоги є:

1. Надання допомоги пацієнту, який перебуває у збудженому та агресивному стані, а також неконтактним пацієнтам.

2. Максимальна підтримка безпеки пацієнта, працівників ЕМД та інших.

Лікування та втручання

1. Установіть повноцінний контакт з пацієнтом.

1.1. Перед застосуванням препаратів та/або допоміжних засобів фізичного контролю пацієнта спробуйте вербально запевнити пацієнта в необхідності допомоги та заспокоїти його.

1.2. Залучіть членів родини чи близьких осіб для мотивування пацієнта до співпраці, якщо їх присутність не буде погіршувати поведінку пацієнта.

1.3. Продовжуйте вербально запевняти пацієнта в необхідності взаємодії та заспокоюйте його після застосування хімічних/фізичних засобів контролю пацієнта.

2. Застосування лікарських засобів.

2.1. Важливо:

а) вибір препаратів має базуватися на загальному стані пацієнта, препаратах, які на теперішній час застосовує пацієнт, визначенні можливої алергії на препарати, що входять до ресурсу ЕМД, та медичному контролю з боку керівництва;

б) лікарські засоби повинні бути прокоментовані, щоб визначити, коли вони є кращими для пацієнтів з високим ризиком насильства за затвердженою шкалою, – зауважимо, що дозування можна регулювати для досягнення різних рівнів седативності.

3. Засоби фізичного контролю пацієнта.

3.1. Тіло:

а) фіксуючі ремені мають застосовуватися як стандартні процедури для усіх пацієнтів у ході транспортування;

б) фізичні засоби контролю, нарівні з фіксуючими ременями, не повинні перешкоджати руху стінок грудної клітки пацієнта;

в) за необхідності простирадла можна застосувати як імпровізований допоміжний засіб на додачу до фіксуючих ременів, інші імпровізовані методи фіксації не дозволені для використання;

г) допоміжні ремені та простирадла можуть знадобитися, щоб попередити згинання/розгинання торсу, стегон, ніг завдяки розташуванню їх у нижньому поперековому відділі, нижче сідниць, над стегнами, колінами та гомілками.

3.2. Кінцівки:

- а) м'які або шкіряні знаряддя не повинні містити замків, для відмикання яких потрібен ключ;
- б) зафіксуйте усі кінцівки пацієнта заради його безпеки, а також безпеки оточуючих;
- в) зафіксуйте усі кінцівки на спинальній дошці;
- г) не дозволяється використання великої кількості вузлів для фіксації пристрою.

Безпека пацієнта

Ведення агресивних пацієнтів потребує постійної переоцінки балансу ризику/користі для пацієнта та оточуючих, це потрібно для того, щоб надати найбезпечнішу допомогу усім, хто її потребує. Такі ситуації є складними і містять серйозні ризики, не існує єдиного стандартного правила щодо роботи з такими пацієнтами.

1. Одягніть засоби персонального захисту.
2. Не намагайтеся наблизитися або контролювати місце події, на якому наявні зброя або насилля.
3. Негайно викличте правоохоронні органи для забезпечення контролю та безпеки на місці події.
4. Негайне зменшення збудженості пацієнта є основним як в інтересах самого пацієнта, так і для безпеки працівників ЕМД та інших осіб на місці події.
5. Неконтрольоване або погано контрольоване збудження або агресія пацієнта наражає його на загрозу різкої зупинки серця через таку етіологію:
 - а) делірій/маніакальне збудження – причиною раптової смерті виступає метаболічний ацидоз (найбільш імовірно, від лактату), який, зі свого боку, спричинений фізичним збудженням або фізичними засобами контролю та потенційно погіршується стимулюючими наркотичними речовинами (наприклад – кокаїном) або лікуванням від алкоголізму;
 - б) позиційна асфіксія – раптова смерть унаслідок обмеження руху стінок грудної клітки та/або обструкції дихальних шляхів, які є вторинними через обмеження руху голови або ненормальне положення шиї, що так само призводять до гіперкарбії та/або гіпоксії.
6. Під'єднайте пацієнта якомога швидше до монітора серцевого ритму, особливо після уведення препаратів.
7. Усі пацієнти, яким було уведено препарати з метою контролю їх поведінки, потребують пильного нагляду задля попередження проблем гіповентиляції та надмірної седатії.

Застосуйте капнограф (за наявності).
8. Усі пацієнти, яким було уведено нейролептичні препарати з метою контролю їх поведінки, потребують пильного нагляду задля попередження таких проблем:
 - а) дистонічні реакції (такі випадки легко контролювати за допомогою дифенгідраміну/бензодіазепіну);
 - б) мідріаз (розширення зіниць);

- в) атаксія;
- г) припинення потовиділення;
- д) сухість слизових оболонок;
- е) серцева аритмія (особливо за подовженого інтервалу QT).

9. Використання ношей у позиції для сидіння попереджає ризик аспірації та знижує фізичну силу пацієнта завдяки розташуванню м'язів живота у зігнутому стані.

10. Пацієнти, які сильно проявляють фізичну непокору, повинні фіксуватися на ношах з однією рукою над головою, а другою – на рівні талії, обидві нижні кінцівки мають фіксуватися окремо.

11. Деякі методики є суворо заборонені для використання працівниками ЕМД:

- а) фіксація пацієнта в положенні лежачи з фіксацією рук та ніг за спиною (так зване “свиняче зв’язування”);
- б) фіксація пацієнта поміж двох дошок;
- в) будь-які методи фіксації, які обмежують рух шиї і заважають прохідності дихальних шляхів;
- г) застосування працівниками ЕМД зброї як знаряддя для контролю пацієнта.

12. Не рекомендується одночасно використовувати в/м в/в бензодіазепіни та оланзапін в/м, оскільки вони можуть призвести до летальних випадків.

Ключові пункти

1. З питань прямого медичного нагляду в будь-який час слід звертатися за порадою, особливо якщо рівень збудження пацієнта такий, що його транспортування може поставити під загрозу безпеку бригади ЕМД.

2. Не рекомендується застосовувати повітряні транспортні засоби.

3. Ноші мають бути зі спеціальною пінною подушкою, особливо навколо голови, що дозволяє пацієнту самостійно розташовувати голову в комфортному положенні для підтримки прохідності дихальних шляхів.

4. У пацієнтів з пристроями, які замикаються на ключ іншим агентством, що замикаються ключем, розгляньте такі варіанти:

- а) замінити пристрої на інші, що не мають замків;
- б) застосувати препарати для контролю поведінки, лише потім замінити пристрої на альтернативні, що не мають замків у разі, якщо пацієнт не чинить опір і кооперує з ЕМД;
- в) транспортувати пацієнта разом з особою, яка має ключ;
- г) транспортувати пацієнта разом з особою, яка має ключ, якщо медичний стан пацієнта стабільний та наявний дозвіл з боку медичного керівництва та законності.

Також слід звернути увагу на **розділ IX “Токсини та навколишнє середовище”**, протоколи 9.1 “Універсальна допомога при отруєннях/передозуваннях”, 9.5 “Отруєння/передозування стимуляторами”, 9.11 “Отруєння/передозування опіоїдними препаратами”.

Беручи до уваги викладене, військовому медичному працівнику під час виконання обов’язків, пов’язаних з установленням ознак стану сп’яніння та

наданням первинної медичної допомоги військовослужбовцю, слід зосередити свою увагу на таких питаннях.

- Проведення медичного огляду військовослужбовця з метою виявлення стану алкогольної, наркотичної чи іншої гострої інтоксикації.

- Надання домедичної допомоги військовослужбовцю з підозрою на перебування його у стані алкогольної, наркотичної чи іншої гострої інтоксикації.

- Надання рекомендацій командуванню про необхідність направлення військовослужбовця до закладів охорони здоров'я для здійснення медичного огляду та/або надання кваліфікованої медичної допомоги у разі перебування його у стані алкогольної, наркотичної чи іншої гострої інтоксикації.

- Подання в установленому порядку доповіді про виявлення стану алкогольної, наркотичної чи іншої гострої інтоксикації у військовослужбовця, або непідтвердження такого стану.

- Надання медичної допомоги військовослужбовцю, який перебуває у стані алкогольної, наркотичної чи іншої гострої інтоксикації під час супроводження його до закладів охорони здоров'я для здійснення медичного огляду та/або надання кваліфікованої медичної допомоги.

- Документування дій та прийнятих медичним працівником рішень.

ВИСНОВКИ

На наш погляд, взяти під контроль наркологічну ситуацію у НГУ дозволять не лише директивні заходи щодо контролю обігу психоактивних речовин і безкомпромісне звільнення у разі виявлення факту їх вживання, але й диференційована система заходів, спрямована на формування альтернатив для потенційно небезпечної адиктивної поведінки в різних категорій військовослужбовців.

Запропонована система контролю містить у собі не лише заходи щодо попередження і виявлення вживання психоактивних речовин, а й заходи вторинної профілактики (після виникнення прецеденту вживання психоактивної речовини військовослужбовцем частини), які розроблено залежно від “ступеня небезпечності” вживаного психоактивного препарату військовослужбовцем та ставлення до особи і факту вживання нею забороненого препарату з боку співслужбовців.

Важливим є і те, що військовослужбовці, у яких сформувалася залежність вживання психоактивних речовин під час служби у НГУ, навіть після звільнення за рішенням ВЛК повинні проходити лікування від наркологічної залежності та соціальну реабілітацію. Саме поширення відомостей про факт формування наркологічної залежності під час служби у НГУ погіршує її імідж, здійснює негативний вплив на молодих солдат і військовослужбовців, які продовжують службу у підрозділі, де був виявлений наркозалежний.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ

1. Березин С. В., Лисецкий К. С., Назаров Е. Н. Психология наркотической зависимости и созависимости : монография. Москва : МПА, 2001. 213 с.
2. Білоцерківська Ю. О. Методичні аспекти профілактики та запобігання пияцтву та впровадження здорового способу життя серед особового складу Повітряних Сил Збройних Сил України. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки*. Херсон, 2017. Вип. 2. Том. 1. С. 21–26.
3. Благов Л. Н. Опиоидная зависимость: клиничко-психопатологический аспект. Москва : Гениус, 2005. 316 с.
4. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. Москва : Литера, 2002. 256 с.
5. Валентик Ю. В., Зыков О. В., Цетлин М. Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. Москва, 1997. С. 123–131.
6. Веселовская Н. В., Коваленко А. Е. Наркотики: свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм. Пособие для работников наркологических больниц, наркодиспансеров, химико-токсикологических и судебно-химических лабораторий. Москва : Триада-Х, 2000. 102 с.
7. Гичун В. С. Опыт проведения психопрофилактической работы в войсках МВД Украины. *Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии* : сб. науч. работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии в Харьковской городской клинической психиатрической больнице № 15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харьков, 1996. Т. 3. С. 166–170.
8. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск : Наука, 1998. 198 с.
9. Злоупотребление психоактивными веществами / Т. Б. Дмитриева и др. Москва : Инфокоррекция, 2003. 317 с.
10. Інструкція про організацію діяльності органів управління та посадових осіб щодо зміцнення військової дисципліни та профілактики правопорушень у Національній гвардії України, затверджена наказом командувача НГУ від 30.05.2017 № 333.
11. Інструкція про порядок подання повідомлень про правопорушення, надзвичайні події та дисциплінарні проступки в Національній гвардії України та їх облік : наказ командувача Національної гвардії України від 30.05.2017 № 333.
12. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / [Дж. Э. Купер]. Киев : Сфера, 2000. С. 392.
13. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 № 8073-Х. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80732-10> (дата звернення 13.03.2020).

14. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення 11.03.2020).
15. Контроль наркологічної ситуації та раннє виявлення військовослужбовців, які вживають психоактивні речовини : навч. посіб. / І. І. Приходько та ін.; за заг. ред. проф. І. І. Приходька. НА НГУ, 2016. 107 с.
16. Короленко Й. П., Завьялов В. Ю. Личность и алкоголь. Новосибирск : Наука, 1987. 221 с.
17. Кримінальний кодекс України від 05 квітня 2001 р. № 2341-III URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14> (дата звернення 16.03.2020).
18. Кримінальний процесуальний кодекс України від 13.04.2012 № 4651-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17> (дата звернення 17.03.2020).
19. Линский И. В., Минко А. И., Первомайский Э. Б. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ на Украине. *Наркология*. 2005. № 4. С. 12–17.
20. Линский И. В., Шалашова И. В. Опыт применения быстрых тестов на наркотики “Sniper” у больных, зависимых от психоактивных веществ в условиях интенсивной фармакотерапии. *Довженківські читання: теорія та практика наркології* : матеріали VI наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Харків, 5-6 квітня 2005 р. Харків, 2005. С. 15–19.
21. Лінський І. В. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні. *Щорічний аналітичний огляд*. Харків, 2005. Вип. 2. 31 с.
22. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навч. посібник. Київ : ВПЦ “Київський університет”, 2002. 308 с.
23. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки. Київ, 2002. 383 с.
24. Митрофанов І. І. Протидія злочинності наркозалежних осіб у сфері наркообігу : монографія. Кременчук : ПП Щербатих О. В., 2008. 450 с.
25. Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. Харьков : Торсинг, 2000. С. 222–254.
26. Мота А. Ф. Адміністративно-правова відповідальність військовослужбовців за незаконні діяння з наркотичними засобами та психотропними речовинами: аспекти встановлення та регламентації. *Актуальні проблеми протидії незаконному обігу наркотичних засобів та психотропних речовин в сучасних умовах* : зб. наук. праць МВС України. Дніпропетровськ, 2005. Спец. вип. № 2 (25). 448 с.
27. Наркозалежність – це хвороба, а не злочин / Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://phc.org.ua/news/narkozalezhnist-ce-khvoroba-ne-zlochyn> (дата звернення 10.03.2020).
28. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України : наук.-практ. видання / за ред. М. І. Мельника, М. І. Хавронюка. Київ : Юридична думка, 2012. 316 с.

29. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України : наук.-практ. видання / за заг. ред. О. М. Джужі, А. В. Савченка, В. В. Чернея. Київ : Юрінком Інтер, 2015. 1064 с.

30. Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 року). URL: <http://www.ummcda.org.ua/index.php/86-natsionalnij-zvit-za-2017-rik-shchodo-narkotichnoji-situatsiji-v-ukrajini-za-danimi-2016-roku> (дата звернення 10.03.2020).

31. Основні напрями та проблеми протидії наркоманії : матеріали круглого столу (Київ, 6 лют. 2017 р.). Івано-Франківськ : Нац. акад. внутр. справ, 2017. 122 с.

32. Оськина В. Н. Современные методы определения наркотических соединений в биологических средах. *Архив психиатрии*. 2002. № 3 (30). С. 201–203.

33. Отвагина Т. В. Стоп! Наркотик. Ростов-на-Дону : Феникс, 2005. 246 с.

34. Панок В. Г. Організація антинаркотичної профілактичної роботи в навчальних закладах. *Науково-методичні засади діяльності психологічної школи* : навч.-метод. посіб.: у 2 т. / за заг. ред. В. Г. Панка, І. І. Цушка. Київ : Ніка-центр, 2005. Т. 2. С. 19–33.

35. Піщенко Г. Соціокультурні та геополітичні чинники поширення наркоманії та ВІЛ/СНІДу в Україні. *Право України*. 2005. № 2. С. 73–77.

36. Поступной А. Н. История и современная ситуация: мнение экспертов-наркологов. *Молодёжь и наркотики (социология наркотизма)* / под ред. В. А. Соболева, Рущенко И. П. Харьков, 2000. С. 222–254.

37. Потапчук Є. М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців : монографія. Хмельницький, 2004. 322 с.

38. Про Дисциплінарний статут Збройних Сил України : Закон України від 24.03.1999 № 551-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/551-14> (дата звернення 10.03.2020).

39. Про затвердження Правил дорожнього руху : постанова Кабінету Міністрів України від 10.10.2001 № 1306. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1306-2001-%D0%BF> (дата звернення 13.03.2020).

40. Про затвердження Інструкції з оформлення в Національній гвардії України матеріалів про військові адміністративні правопорушення : наказ Міністерства внутрішніх справ України від 23.08.2017 № 726. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1166-17> (дата звернення 16.03.2020).

41. Про затвердження Інструкції про порядок виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції : наказ Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства охорони здоров'я України від 09.11.2015 № 1452/735. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1413-15> (дата звернення 13.03.2020).

42. Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів : постанова Кабінету Міністрів України від 06.05.2000

№ 770. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/770-2000-%D0%BF> (дата звернення 11.03.2020).

43. Про затвердження Порядку проведення службових розслідувань у Національній гвардії України : наказ Міністерства внутрішніх справ України від 21.04.2020 № 347. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0473-20#Text> (дата звернення 15.06.2020).

44. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги : наказ Міністерства охорони здоров'я від 05.06.2019 № 1269. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1269282-19> (дата звернення 17.03.2020).

45. Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2000 № 188. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0512-00> (дата звернення 20.03.2020).

46. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними : Закон України від 15.02.1995 № 62/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-%D0%B2%D1%80> (дата звернення 12.03.2020).

47. Про матеріальну відповідальність військовослужбовців та прирівняних до них осіб за шкоду, завдану державі : Закон України від 03.10.2019 № 160-ІХ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/160-20> (дата звернення 15.06.2020).

48. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори : Закон України від 15.02.1995 № 60/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/60/95-%D0%B2%D1%80> (дата звернення 11.03.2020).

49. Про Статут внутрішньої служби Збройних Сил України : Закон України від 24.03.1999 № 548-ХІV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/548-14> (дата звернення 17.03.2020).

50. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 серпня 2013 № 735-р. URL: <http://https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80> (дата звернення 10.03.2020).

51. Психология зависимости: хрестоматия / сост. К. В. Сельченко. Минск : Харвест, 2005. 592 с.

52. Психопрофілактична робота з персоналом: науково-методичні та організаційно-практичні питання: матеріали науково-практ. конф. (м. Київ, 28 лютого 2007 р.). Київ, 2007. 272 с.

53. Пятницкая И. Н. Наркомании. Москва : Медицина, 1994. 542 с.

54. Пятницкая И. Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема. *Рос. мед. журн.* 1996. № 4. С. 5–10.

55. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: руководство для врачей. Москва : ОАО "Издательство «Медицина»", 2008. 640 с.

56. Розпорядження командувача Національної гвардії України від 10.03.2020 № 27/23/1-1520.

57. Саєнко С. І. Запровадження адміністративної відповідальності юридичних осіб за порушення порядку розроблення та проведення клінічних досліджень наркотичних засобів та психотропних речовин. *Вісник Луганського держ. ун-ту внутр. справ ім. Е. О. Дідоренка*. 2007. № 4. С. 182–190.

58. Сердюк О. О. Молодь та наркотики – 2017 : науковий звіт за результатами соціологічного моніторингу розповсюдження наркотиків та інших форм залежності серед молоді м. Харкова. Харків, 2017. 62 с. URL: http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/2536/Molod%20ta%20narkotyky_naukovyi%20zvit_Serdiuk%20O%20O_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення 10.03.2020).

59. Синицкий В. Н. Проблема наркомании в Украине: социально-психологические и медико-биологические аспекты. *Медицинские вести*. 1998. № 4. С. 13–16.

60. Сирота Н. А. Профилактика наркомании и алкоголизма : учеб. пособие. Москва : Академия, 2008. 175 с.

61. Учебное пособие по наркологии для студентов медицинских вузов: пер. с англ. / под ред. В. Б. Позняка. Минск : Интертракт, 1997. 97 с.

62. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Х., Хайман С. Е. Наркология. Москва ; Санкт-Петербург : Бином – Невский Диалект, 1998. 318 с.

63. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. Санкт-Петербург : Лань, 1998. 652 с.

64. Щербина Л. Ф. Методичні підходи до психологічної реабілітації осіб, залежних від наркотичних речовин. *Практична психологія та соціальна робота*. 2000. № 8. 43 с.

ТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА “ЗРОБИ ПРАВИЛЬНИЙ ВИБІР”

Мета програми – допомогти особистості усвідомити проблему наркозалежності та виробити навички захисної поведінки.

Етапи тренінгової програми:

- 1) знайомство і вироблення групових правил;
- 2) усвідомлення власного ставлення до наркотиків;
- 3) усвідомлення мотивів зловживання наркотиками;
- 4) усвідомлення проблеми залежності;
- 5) тренування навичок відстоювання своєї позиції;
- 6) прояснення забобонів, пов'язаних з наркотиками;
- 7) усвідомлення особистих цінностей;
- 8) вироблення навичок допомоги іншим.

Загальна тривалість програми – 20 год (орієнтовно: 10 зустрічей по 2 год).

Основна форма роботи – групові заняття. Оптимальною представляється кількість учасників у 10–20 осіб. Максимальна кількість учасників – 25 осіб. Рекомендовано у разі, коли кількість учасників складає більше 15 осіб, щоб заняття проводили два ведучих.

Попередня робота. Бажано перед початком занять провести попередню бесіду з учасниками, пояснити їм мету і завдання занять, регламент. Під час підбору учасників у групу слід керуватися такими критеріями:

- 1) бажання і добровільність приходу в групу;
- 2) протипоказано участь людей з явно вираженими порушеннями психічного здоров'я;
- 3) приблизно однаковий вік учасників; бажано, щоб різниця становила 2–3 роки.

Структурні компоненти занять. Заняття в рамках програми за змістом і формами роботи можуть бути досить різноманітними. Особливості кожного заняття обумовлені як проблемами, що їх розглядають, так і характером групи та особистісними особливостями й емоційним станом учасників. Разом з цим, з метою більш технологічного проведення занять виділено структурні компоненти занять. Ці компоненти представлено на кожному занятті, їхнє ситуативне застосування може змінюватися з урахуванням цілей і завдань конкретної вправи. Також слід зазначити, що ведучий тренінгу може самостійно підбирати вправи для проведення занять з представлених нижче, враховуючи вікові особливості учасників групи й місце проведення тренінгу.

1. Адаптаційний компонент. Передбачає проведення на початку кожного заняття вправи-розминки, спрямованої на зняття напруженості, що сприяє фізичному розкріпаченню учасників занять.

2. Конструктивно-практичний компонент. Містить власне обговорення і вирішення питань, ситуацій, використовуються вправи, ігрові технології,

відпрацьовуються поведінкові навички, відбувається формування особистісної позиції учасників групи.

3. *Рефлексивний компонент.* Охоплює обговорення, висловлювання власних думок у групі.

4. *Емоційно-завершальний компонент.* Призначення і зміст цього компонента – у створенні емоційно позитивного враження від заняття, розвитку в учасників культурного спілкування з оточуючими. Зазначений компонент надає завершеності конкретному заняттю і передбачає подальшу зустріч учасників.

Зміст занять

Вправа “Ім’я”

Мета вправи: знайомство учасників один з одним.

Кожен учасник по колу називає послідовно імена всіх, хто вже представився до нього, останнім називає своє ім’я.

Принципи заняття:

Вмійте слухати один одного

Це означає необхідність дивитися на мовця і не перебивати його. Коли хтось припинить розмовляти, наступний бере слово і може коротко повторити те, що було сказано попереднім, перш ніж приступить до викладу своїх думок. Для залучення уваги до виступаючого може бути використаний будь-який предмет (наприклад, м’ячик), який у ході дискусії переходить з рук у руки. Коли хтось виступає, інші мовчать.

Говоріть по суті

Іноді учні відхиляються від обговорюваної теми. Замість того, щоб зупиняти учасника, керівник дискусії в цьому випадку може сказати: “Я не зовсім розумію, як це пов’язано з нашою темою. Чи не міг би ти пояснити, що мається на увазі?”

Діліться почуттями

Важливо, щоб кожен учасник мав можливість вільно висловлюватися. Заохочуйте прагнення учасників ділитися своїми думками, давайте учасникам відчувати, що їх міркування цінують і за них будуть вдячні. Слід пам’ятати, що учасник має право відмовитися від участі в обговоренні, коли воно викликає у нього сильні негативні почуття.

Виявляйте повагу

Відкритість у висловлюваннях з’явиться лише тоді, коли учні засвоять, що можна не погоджуватися з чиеюсь думкою, але неприпустимо висловлювати оцінки щодо інших людей лише на підставі висловлених ними думок.

Закон “нуль-нуль” (про пунктуальність)

Усі учасники повинні збиратися до встановленого часу.

Правило піднятої руки

Висловлюватися по черзі, коли один говорить, інші мовчки слухають і, перш ніж взяти слово, піднімають руку.

Без оцінок

Приймаються різні точки зору, ніхто один одного не оцінює.

Конфіденційність

Те, що відбувається на занятті, залишається відомо тільки учасникам.

Правило “стоп”

Якщо обговорення якогось особистого досвіду учасників стає неприємним або небезпечним, той, чий досвід обговорюється, може закрити тему, сказавши “стоп”.

Вправа “У дитинстві я хотів бути ...”

Мета вправи: формування в групі довірчих відносин, пробудження інтересу до теми професійного самовизначення.

Кожному учаснику протягом трьох хвилин пропонується написати на картці, ким він хотів бути в дитинстві і чому. Потім картки здаються ведучому, який їх перемішує і знову роздає учасникам у довільному порядку. Кожен учасник повинен “вжитися” в отриманий образ невідомого автора, зачитати написане, припустити, чи змінилася його думка зараз, коли він став дорослішим. Якщо змінилася, то чому? Решта учасників уважно слухають, готують питання.

Вправа “Соціометрія”

Мета вправи: дозволяє учасникам краще познайомитися один з одним і створює більш довірчу атмосферу.

Учасники вільно розходяться по кімнаті. Ведучий дає завдання: “Знайдіть один одного ті, у кого однаковий колір очей” (варіанти: “Ті, у кого день народження влітку”, “Ті, в чиєму імені 5 букв” та ін.). Можливі інші варіанти, коли учасники об’єднуються в групи за місцем проживання, знаками зодіаку, улюбленим кольором тощо.

Вправа “Мій плакат”

Мета вправи: знайомство, створення довірчої атмосфери.

Учасникам пропонують намалювати на аркуші паперу плакат, що складається з декількох розділів: 1. Ім’я; 2. Вік; 3. Вага; 4. Зріст; 5. Мій улюблений колір.

Намалювати: а) чим я люблю займатися; б) деякі мої друзі; в) так я виглядаю, коли я щасливий (автопортрет); г) моя сім’я; д) якби у мене було одне бажання, я б загадав, щоб ...; е) ось моє улюблене місце.

Ці плакати прикріплюються на груди, і учасники в довільному порядку ходять по кімнаті, знайомлячись один з одним, протягом 15 хв.

Вправа “Я-реальне” і “Я-ідеальне”

Мета вправи: допомогти учасникам вибудувати адекватну самооцінку.

Учасники отримують по два аркуші паперу і олівці. Ведучий просить намалювати себе у двох іпостасях: “Я-реальне” і “Я-ідеальне”. Тривалість – 10–15 хв. Після цього відбувається обговорення:

– Коли ви відчували більше напруження: коли малювали ідеальне чи реальне?

– Як ви думаєте, що вам необхідно зробити, щоб ці два поняття стали єдиними?

Бесіда “Що таке самооцінка?”

– Не слід забувати, що всі “Я-образи”, у тому числі “Я-реальне”, – це всього лише суб’єктивні уявлення людини про себе. Разом з тим є фактично існуючий стан людини в системі соціальних зв’язків. Тому постає найважливіше для кожної людини завдання – здійснити правильне самооцінювання, співвіднівши його з тим, як його оцінюють інші люди. Що ж таке самооцінка?

– Кожен з нас має свого роду “внутрішній манометр”, показання якого свідчать про те, як кожен себе оцінює, яке самопочуття, задоволений він собою чи ні. Значення цієї оцінки задоволеності своїми особистими якостями дуже велике. Занадто висока і занадто низька самооцінка може стати джерелом конфлікту для особистості. Так, надмірно висока самооцінка говорить про те, що людина схильна переоцінювати себе, причому в ситуаціях, які не дають для цього приводу. І тоді немає нічого дивного в тому, що особа часто стикається зі скептичним ставленням оточуючих. До чого це веде? Людина озлоблюється, стає підозрілою. Якщо самооцінка дуже низька, то в людини проявляються “комплекс неповноцінності”, стійка невпевненість у собі, відмова від ініціативи, байдужість і тривожність.

– Одна з проблем, з якою часто стикаються підлітки, молоді люди, – нестійка самооцінка. Проявляється вона в тому, що в одних ситуаціях, де людина успішна, де її хвалять, йдеться про високу самооцінку. Інші ж ситуації, в яких особа не така успішна, де її критикують, свідчать про те, що самооцінка різко падає. Подібні перепади самооцінки приводять до великого емоційного перенапруження. Наприклад, якщо людина в стані підвищеної самооцінки приймає якесь рішення, то від цього можна, звичайно, очікувати, що вона візьме на себе підвищені зобов’язання. І, швидше за все, мети своєї людина не досягне, у результаті чого настає розчарування.

– Для того, щоб самооцінка стала адекватною, можна скористатися послугами психолога, який за допомогою спеціальних методик – психологічних тестів допоможе оцінити такі якості, як інтелектуальні здібності, особистісні особливості тощо.

Вправа “Снігова куля”

Мета вправи: знайомство учасників, розрядження обстановки.

Учасники по черзі називають свої імена з якимось прикметником, що починається на першу букву імені. Наступний по колу повинен назвати попередніх, потім себе; таким чином, кожен наступний повинен буде називати все більше імен з прикметниками, це полегшить запам’ятовування і дещо розрядить обстановку.

Наприклад, Сергій – строгий, Петро – принциповий та ін.

Вправа “Втеча з в’язниці”

Мета вправи: розвиток здібностей до емпатії, розуміння міміки, мови рухів тіла.

Учасники групи стають у дві шеренги обличчям один до одного. Ведучий пропонує завдання: Перша шеренга буде грати злочинців, друга – їх спільників, які прийшли до в’язниці для того, щоб влаштувати втечу. Між вами – звуконепроникна скляна перегородка. За короткий час побачення спільники за допомогою жестів і міміки повинні “розповісти” злочинцям, як вони будуть рятувати їх із в’язниці (кожен “спільник” рятує одного “злочинця”). Після закінчення гри “злочинці” розповідають про те, чи правильно вони зрозуміли план втечі.

Вправа “Ми схожі?...”

Мета вправи: знайомство учасників один з одним, підвищення довіри один до одного.

Спочатку учасники безладно ходять по кімнаті і кажуть кожному, кого зустрічають, по дві фрази, що починаються зі слів:

- Ти схожий на мене тим, що...
- Я відрізняюся від тебе тим, що...

Інший варіант: на парах протягом 4 хв вести розмову на тему “Чим ми схожі”; потім 4 хв – на тему “Чим ми відрізняємося”. Після закінчення проводять обговорення, звертають увагу на те, що було легко і що було важко робити, які були відкриття. У підсумку підводять до висновку про те, що всі ми, по суті, схожі і в той же час різні, але маємо право на ці відмінності, і ніхто не може нас змусити бути іншими.

Вправа “Почуття”

Мета вправи: аналіз почуттів допомагає усвідомити те, наскільки ми особисто залучаємося, стикаючись з проблемою залежності іншої людини.

Учасникам пропонується: згадати ситуацію, коли вам доводилося спілкуватися з людиною, що знаходиться в стані алкогольного або наркотичного сп’яніння. Можливо, це був хтось з ваших родичів або знайомих чи просто людина, яку ви зустріли на вулиці. Спробуйте згадати, що ви відчували, спілкуючись з цією людиною. Потім учасники спілкуються в парах і упродовж 5 хв розповідають один одному про ті почуття, які тоді відчували. При цьому один протягом цього часу розповідає, а інший уважно слухає, потім ролі міняються. Після цього учасники повертаються в коло і всі разом під керівництвом ведучого описують почуття, які відчували, коли розповідали і коли слухали.

Можливі варіанти:

- почуття мовця*
- роздратування
- обурення
- жалість
- образ

презирство
недовіра
вина
відповідальність та ін.
почуття слухача
співчуття
інтерес
обурення
відраза
розуміння
повага тощо.

“Навіщо люди вживають наркотики і алкоголь?” (мозковий штурм)

Пропонується вільно висловитися з приводу причин, що спонукають людину вживати алкоголь або наркотики. Ведучий фіксує в міру надходження відповіді на аркуші ватману, заохочуючи до активності всіх учасників. Взірцеві варіанти відповідей можуть виглядати так: “Людина вживає наркотики і алкоголь тому, що ці речовини допомагають їй знімати бар’єри в спілкуванні, задовольняти свою цікавість, знімати напруження і тривожність, стимулювати активність, наслідувати прийнятну традицію, набувати нового досвіду”.

Підбивають підсумки і роблять узагальнення, ставлять питання про те, як нині згадуються ці причини, що було важко, чи були зроблені якісь відкриття. У ході обговорення доцільно звернути увагу на те, які людські потреби нібито задовольняються за допомогою алкоголю і наркотиків і чи є інші способи досягти того ж ефекту. Наприклад, людина вживає алкоголь, щоб зняти психічне напруження. Цього ж можна досягти за допомогою фізичних вправ, прогулянок, відвідування дискотеки, розмови з другом та ін.

Вправа “Табу”

Мета вправи: допомогти учасникам зрозуміти, як вони ставляться до різного роду заборон і обмежень. Нерідко цікавість або бажання пізнати заборонений плод чи прагнення продемонструвати свою сміливість керують підлітком в його вчинках. Добре, коли він знає, які почуття ним керують, це дозволяє зробити усвідомлений вибір.

Ведучий ставить у центрі кола невелику скриньку або коробочку, в яку покладено невідомий предмет. “Там лежить те, що заборонено”, – каже ведучий. Потім він пропонує кожному якось проявити себе відносно цього предмета. Учасники можуть підводитися або залишатися на місці, висвітлюючи позицію мімікою або жестами; вони можуть підходити до скриньки, брати її в руки, заглядати всередину. Кожен робить так, як вважає за потрібне. Навіть якщо хтось залишиться на місці, нічого не роблячи, це теж буде способом реагування на ситуацію. Під час виконання вправи важливо пам’ятати, що це вправа дії, а не пояснень; тому, якщо хтось буде намагатися просто розповісти словами про свою позицію, завдання ведучого – спонукати особу “показати” своє ставлення.

Вправа “Гости”

Мета вправи: дозволити в ігровій формі досліджувати ситуацію “спокушання”. Участь в обговоренні дозволяє виробити аргументовану позицію і навички відмови.

Учасникам групи пропонується придумати десять приводів для того, щоб запросити свого приятеля до випивки.

Далі групу розподіляють на пари та інструктують: один учасник послідовно зачитує свої пропозиції, а його партнер повинен відмовитися, добираючи переконливі аргументи, ці варіанти відмови перший учасник записує поруч із запропонованим тостом; через 5–7 хв, коли аргументи першого учасника закінчаться, партнери міняються ролями. Під час загального обговорення учасникам пропонують відповісти на два питання:

- Які варіанти відмови були для вас найбільш переконливими?
- Що допомагало вам відмовитися?

Вправа “Портрет наркомана”

Мета вправи: допомогти учасникам більш глибоко відчувати і пережити ситуацію залежності.

Учасникам видають папір і олівці. Ведучий оголошує завдання: “Намалюйте портрет наркомана. Це не обов’язково має бути зображення людини, просто намагайтеся передати в малюнку ті почуття, які виникають у вас, коли ви згадуєте про наркоманів”. Після того, як учасники закінчать роботу, малюнки розкладаються всередині кола і усі діляться своїми враженнями.

Після завершення обговорення можна провести своєрідний конкурс: хто швидше розпрощається зі своїм наркоманом. Для цього в центр кола ставлять кошик для сміття. Учасники з однакової відстані повинні закинути зім’ятий малюнок у цей кошик. Якщо учасник не потрапив – він бере свій клубок і відходить на вихідну позицію.

Вправа “Десять заповідей”

Мета вправи: допомога учасникам в оволодінні ранжуванням цінностей, вибудовуванні їх в ієрархії.

Учасників просять придумати десять заповідей – якихось загальнолюдських законів, обов’язкових для дотримання кожною людиною. Ведучий на цьому етапі записує кожну оголошену пропозицію. Після того, як десять заповідей зібрані, дається завдання проранжувати їх: вибрати спочатку найменш цінну заповідь з десяти, потім найменш цінну з дев’яти тощо. Усі заповіді ведучий фіксує на дошці або ватмані.

Вправа “Незакінчені речення на тему «Залежність»”

Мета вправи: допомогти учасникам більш глибоко відчувати і пережити ситуацію залежності.

Учасникам видають папір і олівці. Пояснюється, що необхідно закінчити такі пропозиції:

1. Коли спілкуюся з людиною, залежною від наркотиків і алкоголю, тоді я ...
2. У спілкуванні з залежними людьми найважче мені буває ...
3. Своє співчуття до залежної людини я проявляю через ...
4. Коли я спостерігаю поведінку залежної людини, я розумію, що ...
5. Ситуація, в якій я б міг стати залежним від наркотика, – це ...
6. Коли я помічаю, що стаю залежним від когось або чогось, я усвідомлюю, що ...
7. Бути незалежним – для мене означає ...
8. Як я розумію, залежність – це

Можна ці пропозиції заготовити у вигляді роздруківок і роздати для самостійної роботи (10 хв).

Потім група поділяється на пари, і учасники по черзі зачитують один одному варіанти пропозицій. У ході загального обговорення необхідно визначити найбільш типові і найбільш відмінні точки зору.

Вправа “Його сильна сторона”

Мета вправи: розминка, вироблення вміння говорити і вислуховувати компліменти.

Почнемо нинішній день з гри. Кидаючи по черзі один одному цей м'яч, будемо говорити про безумовні переваги, сильні сторони того, до кого потрапляє м'яч. Будьмо уважні, щоб м'яч побував у кожного.

Вправа “Шахи”

Мета вправи: дає змогу відчути, що проблема вживання наркотиків не така проста, як здається на перший погляд. Так, наприклад, наркотичні речовини використовують у медицині для того, щоб полегшити страждання хворих, або, наприклад, відомі випадки з історії, коли наркотики вживають люди мистецтва для стимуляції уяви. Сенс цієї вправи полягає в тому, щоб сформувані в учасників більш усвідомлену позицію щодо наркотиків і виробити в них навички аргументованого захисту своєї позиції.

Якщо група велика, то її поділяють на підгрупи (по 5–7 осіб), кількість учасників у таких підгрупах має бути непарною.

Пропонують тему для обговорення: чи припустиме вживання наркотиків у суспільстві?

Підгрупи розсідаються в коло і розподіляються “на перший-другий”. Перші номери відстоюють одну точку зору, починаючи свій виступ словами: “Так, вживання наркотиків припустиме ...”, а другі – протилежну: “Ні, вживання наркотиків неприпустимо ...”. Взаємодія здійснюється по колу, при цьому той, хто відповідає, спочатку повинен перефразувати попереднього учасника, а потім заперечити, звертаючись до наступного по колу співрозмовника. Наприклад: “Наскільки я розумію, ти, Сергію, вважаєш, що вживати наркотики не можна, позаяк це підриває здоров'я людини, але мені здається, що нічого страшного немає в тому, що людина хоча б раз спробує

наркотик ...”. Коли одне коло закінчиться, вправа триває, але точки зору змінюються на протилежні завдяки непарному числу учасників.

Вправа “Незакінчені речення на тему «Відповідальність»”

Мета вправи: допомогти відчувати, що означає почуття відповідальності.

Пропозиції записують під диктовку; під час паузи учасники повинні ці пропозиції закінчити; найбільш вірна перша реакція; якщо якась пропозиція не підходить, її можна пропустити; наприкінці дається трохи часу для того, щоб усе завершити.

- Бути відповідальним – для мене означає ...
- Деякі люди більш відповідальні, ніж інші. Це люди, які ...
- Безвідповідальні люди – це ...
- Свою відповідальність до інших людей я проявляю через ...
- Вид відповідальності, який, як я відчуваю, найважчий для мене – це ...
- Чим сильніше моя відповідальність, тим більше я ...
- Я побоявся б нести відповідальність за ...
- Бути відповідальним стосовно самого себе – це ...
- Я несу відповідальність за

Проводиться обговорення в парах і по колу. Ведучий допомагає учасникам з’ясувати їхні точки зору і усвідомити ступінь своєї відповідальності за власні почуття, думки, вчинки. Під час обговорення можна дати змогу учасникам відчувати переваги і недоліки двох позицій: відповідальності за інших і відповідального ставлення до інших. Наведений нижче матеріал допоможе ведучому зорієнтуватися в цьому питанні.

Коли я відчуваю відповідальність за інших

Я ...

справляю
захищаю
рятую
контролюю
переймаюся їх почуттями
не слухаю.

Я відчуваю ...

втому
тривогу
страх
неврівноваженість.

Я турбуюся про ...

рішення
деталі
відповіді
обставини
те, щоб не помилитися.

Я маніпулятор, тобто використовую інших.

Я думаю, що людина живе відповідно до моїх очікувань.

Те ж саме, тільки коли я ставлюся відповідально до інших

Я ...

демонструю емпатію (співпереживання, розуміння почуттів)

підбадьорюю

ділюся

конфліктую

слухаю.

Я відчуваю ...

врівноваженість

свободу

усвідомленість

самоцінність.

Я турбуюся

про людину

про почуття.

Я вірю, що моєї присутності з іншою людиною досить.

Я помічник/провідник, тобто супроводжую іншого.

Я думаю, що людина сама відповідає за себе і за свої вчинки.

Я можу довіряти і приймати людей такими, якими вони є.

Вправа “Поза колом”

Мета вправи: допомогти зрозуміти глибинні причини дискримінацій, можливі наслідки.

Непарна кількість учасників. Спочатку відбувається безладний рух по кімнаті; за командою учасникам потрібно об'єднатися в пари. Усі, у кого знайшлася пара, об'єднуються в коло; один опиняється поза колом. Інструкція: учасникам у колі потрібно не пустити всередину того, хто поза ним; відповідно, останньому потрібно у будь-який спосіб проникнути всередину; того, хто пропустить, буде усунуто за межі кола. Тривалість гри – 10–20 хв. Після закінчення учасники діляться своїми почуттями, і розмову поступово переводять на тему дискримінацій. Далі пропонується згадати ситуацію, коли учасники зазнали якихось утисків.

Цим досвідом учасники діляться в парах або розповідають кілька ситуацій. Звертають увагу на те, як вони реагують, спостерігаючи ситуацію дискримінації, які почуття заважають їм бути більш справедливими і як доводиться розплачуватися згодом за допущене свавілля (почуття провини, жалю, гіркоти, сорому тощо).

Дискримінація як обмеження прав меншості досить широко поширена в нашому суспільстві. Причому у випадку з наркозалежністю дискримінованими можуть бути як ті, хто вживають наркотики, так і ті, хто перебувають поруч з наркоманами. Важливо зрозуміти, що обмеження прав меншості (наприклад, намагання вирішити проблему наркоманії тільки каральними методами), найчастіше лише підсилює напруженість, відчуження, ще більше ускладнює ситуацію. Ця вправа може продемонструвати і протилежний приклад: як,

керуючись природними людськими почуттями, учасники групи надають допомогу тим, хто опинився поза колом.

Вправа “Що ви дійсно думаєте”

Мета вправи: усвідомлення забобонів і цінностей, що визначають вчинки особистості.

Група поділяється на підгрупи по 4 особи, видаються картки з написаними на них пропозиціями. У підгрупі учасники по черзі піднімають, зачитують ці картки і висловлюються “за” або “проти”, проводять їхнє обговорення. Пропозиції є такі:

- Куріння має бути заборонено в усіх публічних місцях.
- Алкоголіків і наркоманів треба ізолювати від суспільства.
- Потрібно, щоб наркомани отримували безкоштовно чисті голки і шприци.

- Жінки, хворі на наркоманію чи алкоголізм, не повинні мати дітей.

Можуть бути запропоновані й інші спірні висловлювання, які стосуються теми залежностей і поведінки молоді.

Час на роботу в підгрупах (3–5 осіб) – 10–15 хв.

Можна наочно на дошці або ватмані відобразити спектр наявних думок.

У ході обговорення звертають увагу на те, що нерідко наше ставлення до того чи іншого явища пов’язане із забобонами і помилковими уявленнями, що може породжувати дискримінацію окремих категорій людей.

Вправа “Міфи”

Мета вправи: допомога учасникам у виробленні зрілої і обґрунтованої позиції щодо наркотиків.

Далеко не всі мають чітке уявлення про наркоманію. Часто дорослі формують свої погляди на наркотики, орієнтуючись на розповіді приятелів, чутки і упередження. Це небезпечно, тому що міфи про наркотики можуть як применшувати реальну загрозу (наприклад, міф про те, що марихуана – абсолютно нешкідливий наркотик), так і надмірно її перебільшувати, породжуючи відчуття безвиході і приреченості (наприклад, міф про те, що варто людині один раз спробувати наркотик, як вона обов’язково стане наркоманом).

На початку вправи групі пропонується низка висловлювань стосовно теми наркоманії. Наприклад:

- Досить один раз спробувати, щоб стати наркоманом.
- Наркоманія не хвороба, а розбещеність.
- Усі наркомани – злочинці.
- Наркотики допомагають зняти напругу.
- Марихуана абсолютно нешкідлива.

У кімнаті вивішують три таблички з написами: “так”, “ні”, “може бути”.

Учасники протягом декількох хвилин обмірковують свою позицію з приводу кожного з цих висловлювань. Потім учасникам необхідно розподілитися відповідно до їх переконань на три групи, після чого ведучий

організовує дискусію, у ході якої кожна група відстоює свою точку зору. Потім таке висловлювання обговорюють.

Після вправи доцільно дати учасникам додаткову інформацію та статистичні дані, що розвінчують міфи про наркотики.

Вправа “Упевнені інтонації”

Мета вправи: вироблення в учасників навичок упевнених інтонацій.

Запрошують двох добровольців. Ведучий за допомогою навідних питань з’ясовує тему, спірну для учасників, які мають дотримуватися протилежних точок зору. Після того, як спірна тема з’ясована, ведучий оголошує “публічні дебати”, тривалість яких – 3 хв. За цей час кожен із сперечальників повинен спробувати схилити до своєї точки зору опонента.

Після закінчення відведеного часу решта учасників повинні голосуванням виявити, хто з опонентів мав у голосі найбільш упевнені інтонації.

Якщо думки розділилися, ведучий промовляє своє вирішальне слово. У разі, якщо в процесі дебатів один з опонентів здався, другий автоматично перемагає.

Переможець дебатів відразу зустрічається з наступним добровольцем. І так до тих пір, поки всі учасники не візьмуть участь в дебатах.

Під час обговорення варто виписати ті критерії, на які спиралися учасники у ході визначення, у кого із сперечальників найбільш впевнені інтонації.

Вправа “Цінності”

Учасникам групи пропонують списки можливих людських цінностей:

- цікава служба;
- стабільна обстановка в країні;
- суспільне визнання;
- матеріальний достаток;
- кохання;
- родина;
- задоволення, розваги;
- самовдосконалення;
- свобода;
- справедливість;
- доброта;
- чесність;
- щирість;
- віра;
- цілеспрямованість.

Потім кожен має вибрати зі списку п’ять найголовніших для нього цінностей і дві такі, що не дуже значущі на цей момент. Після етапу індивідуальної роботи учасники об’єднуються в малі підгрупи (по 3–4 особи) і обговорюють свої варіанти. Потім відбувається спільне обговорення, під час якого учасники висловлюють свої враження.

Вправа “Остання зустріч”

Учасникам пропонують закрити очі й уявити, що заняття в групі закінчилися. Усі йдуть додому.

Слід замислитися над тим, що учасники не сказали в групі, але хотіли б сказати. Через кілька хвилин треба відкрити очі та висловитися.

Вправа “Лист до редакції”

Мета вправи: учасники формують навичку аргументованого відстоювання своєї позиції, причому в ситуації надання допомоги товаришу по службі.

Учасникам пропонують розділитися на дві підгрупи, кожна з яких тимчасово виконуватиме функції редакції молодіжної газети. “Уявіть, що до редакції надійшов лист, – оголошує ведучий. – Спробуйте упродовж 15–20 хв спільними зусиллями написати відповідь людині”. Потім ведучий роздає листи. Взірцеві варіанти листів можуть виглядати так:

«Дорога редакціє. Під час проходження служби я брав участь в ООС і мене вмовили спробувати вколотися. Мені стало цікаво. А тепер я весь час думаю, а раптом я вже наркоман. Що мені тепер робити? До лікаря йти боюся. Дайте мені, будь ласка, відповідь. (Сергій П.)

Після того, як відповіді написано, підгрупи міняються листами і своїми варіантами відповідей. Далі кожній з підгруп пропонують оцінити якість відповіді колег за такими критеріями:

- Чи доступна форма відповіді на лист?
- Чи зрозумілий сенс відповіді?
- Чи не викликала у вас почуття ніяковості чи неприязні ця відповідь?
- Наскільки цікава для вас ця відповідь?
- Чи достатньо вона інформативна?

За кожним критерієм виставляють від одного до десяти балів, потім підраховують загальний результат. На закінчення проводять спільне обговорення, у процесі якого учасники обмінюються враженнями та емоціями.

ТРЕНІНГ ПРОФІЛАКТИКИ НАРКОМАНІЇ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

Пояснювальна записка

Вживання психоактивних речовин (ПАР) (речовин, що викликають залежність), у тому числі наркотичних речовин, є на сьогодні однією з найбільш гострих проблем. За сучасними статистичними даними, більшість наркоманів починають вживати наркотики в юнацькому віці, та понад половини осіб, які регулярно вживають ПАР, – юнаки.

Питання лікування наркотичної залежності нині розроблено тільки в загальних рисах. Лікування наркоманії – довгий, багатоступінчастий процес з великим ризиком невдачі. Тому провідне місце в зниженні числа наркоманів посідає профілактика наркотичної залежності і, передусім, серед молоді.

Головна відмінна риса профілактики наркотичної залежності – роз'яснення військовослужбовцям не стільки медичних наслідків вживання ПАР, про які вони в загальних рисах обізнані, скільки наслідків соціальних. Для військовослужбовців юнацького віку особливо актуальною є думка не медичних експертів, але їх вікового оточення, що є референтною групою. Найбільш ефективним методом профілактичної роботи в зазначеному контексті є тренінгові заняття.

Тренінг розрахований на 8 год роботи і на велику групу – 20 осіб. У ході деяких вправ ведучому доводиться виконувати власну роль, що дає йому перевагу спілкування на рівних з аудиторією.

Мета тренінгу: визначити проблеми, пов'язані з наркоманією, і попередити перше вживання наркотиків та інших психоактивних речовин.

Завдання тренінгу:

- 1) підвищення рівня інформованості військовослужбовців щодо проблеми наркоманії;
- 2) зміна ставлення дітей до наркоманії;
- 3) вміння сказати “ні – наркотикам”;
- 4) формування мотивації до збереження здоров'я.

Матеріально-технічне забезпечення зазначено в описі кожної вправи.

Для проведення тренінгу необхідно передбачити просторе приміщення (не менше 50 м²), меблі (столи, стільці), канцелярське приладдя, відеомагнітофон.

План-конспект

Вступ (30 хв)

Вправа “Розминка” наприклад, учасники стають у коло та, перекидаючи м'яч один одному, називають по черзі власні імена та говорять учаснику рису характеру, яка притаманна учаснику. Вправа повинна проходити у швидкому темпі, усі учасники повинні швидко представитися. Потім їх імена будуть вписані в таблички.

Після цього слід провести декілька рухливих вправ, за якими тренер оцінює готовність групи до роботи, її активність. Група розташовується уздовж стіни, звучить команда: “Ви – стрілка вимірювального приладу. Ця стіна – нульова позначка, протилежна стіна – максимальна. Зробіть стільки кроків до протилежної стіни, наскільки ви оцінюєте свою працездатність (гарний настрій, втому, готовність співпрацювати, сонливість та ін.)”. Учасники розташовуються по кімнаті, тренер визначає найбільш активних і найбільш пасивних учасників, а також тих, що не впевнені у своїх силах. Вправа повторюється кілька разів, вимірюються різні параметри. В ідеалі помічники реєструють показники кожного учасника, щоб порівняти їх з такими у ході і наприкінці тренінгового заняття.

Ведучий представляє тему тренінгу, визначає проблему, стисло розповідає, що буде відбуватися у ході тренінгового заняття.

1. Знайомство в групі (30 хв)

Усі учасники, у тому числі ведучий, розташовуються по колу. Ведучий розповідає про себе, свою професійну діяльність та особисті очікування від тренінгу, просить учасників представитися так, як вони хотіли б називати себе під час тренінгу (для простоти запам'ятовування зручніше підготувати бейджики для всіх учасників, в які вписуються їх імена). Також учасники розповідають про своє ставлення до визначеної проблеми і досвід прийому наркотичних чи інших психотропних речовин.

2. Прийняття правил роботи (10 хв)

Ведучий пояснює правила роботи та їх значення. Правила такі:

- 1) мовця може перервати тільки ведучий, ніхто з учасників не перебиває виступу товариша;
- 2) той, хто бажає висловитися, піднімає руку і відповідає, коли йому дозволяє ведучий;
- 3) критикуючи – пропонуй;
- 4) не давати оцінок іншим учасникам;
- 5) уся особиста інформація, повідомлена на тренінгу, є закритою.

За бажанням і з урахуванням специфіки групи можна запропонувати додаткові правила.

3. Оцінка рівня інформованості (40 хв)

Ведучий просить групу відповісти на питання:

- 1) чи існує проблема наркоманії у військовому середовищі?
- 2) чи стикалися з цією проблемою ви або ваші товариші по службі?
- 3) що ви відчували, коли стикалися з цією проблемою?
- 4) наскільки небезпечна проблема наркоманії серед військовослужбовців?
- 5) як проблема наркоманії може вплинути на військове середовище?
- 6) чи знали ви військовослужбовців, які мали проблеми через наркотики?

У разі, якщо група не поспішає долучатися до дискусії, тренер повинен спиратися на отримані дані вимірювань, пропонувати висловитися найактивнішим учасникам. Який би не виявився рівень інформованості групи (а буває він вкрай низьким), слід уникати викладу матеріалу в лекційній формі.

Особливість тренінгової роботи – участь усіх каналів отримання інформації, вироблення позитивного особистого досвіду.

4. Вправа “Спінні твердження” (40 хв)

Мета: ця вправа, крім інформування, дає можливість кожному учаснику з’ясувати свої погляди на проблему наркоманії.

Для проведення вправи необхідно чотири аркуші паперу з написаними на них твердженнями:

1. Абсолютно згоден.
2. Згоден, але із застереженнями.
3. Абсолютно не згоден.
4. Не маю точної думки.

Ці аркуші прикріплюються з чотирьох боків кімнати.

Ведучий зачитує спірні твердження, після чого учасники повинні розійтися і зупинитися біля тих аркушів, на яких відображена їхня точка зору з цього питання. Після прийняття рішення кожен з учасників повинен його обґрунтувати: “Чому я вважаю саме так?”. Вислухавши думки кожного з них, ведучий викладає свою власну позицію. Почувши всі точки зору, учасники можуть вибрати аркуші з тими твердженнями, які є найбільш відповідними для них тепер.

Приклади спірних тверджень:

1. Наркоманія – це злочин.
2. Легкі наркотики не шкідливі.
3. Наркотики підвищують творчий потенціал.
4. Наркоманія – це хвороба.
5. У багатьох людей виникають проблеми через наркотики.
6. Припинити вживати наркотики можна в будь-який момент.
7. Наркоман може померти від СНІДу.
8. Залежність від наркотиків формується тільки після їх багаторазового вживання.
9. За зовнішнім виглядом людини можна визначити, вживає вона наркотики чи ні.
10. Наркоман може померти від передозування.
11. Продаж наркотиків не переслідується законом.
12. Наркоманія не виліковна.
13. Програми обміну шприцями стимулюють поширення наркоманії.
14. Лікування та реабілітація наркоманів повинні бути абсолютно безкоштовними, якщо держава хоче вирішити цю проблему.
15. Наркомани – це не люди.

5. Оцінка втоми (15 хв)

Усі учасники шикуються уздовж стіни і повинні зробити стільки кроків до наступної стіни, наскільки вони втомилися. Наступна стіна – максимум втоми.

6. Показ фільму про наркоманів “Реквієм за мрією” (150 хв)

У фільмі повинні бути показані наркомани під час “ломки”, короткі інтерв’ю з розповіддю про проблеми, що виникають у зв’язку з прийомом

наркотиків. Наприкінці фільму наводиться статистика про смертність серед наркоманів.

7. Гра “Асоціації” (30 хв)

Мета: визначити рівень знань учасників групи.

Для вправи необхідні ручки і аркуші паперу.

Пропонується завдання: Назвіть 2–3 слова, котрі спадають вам на думку, коли ви чуєте слова – “наркотики”, “наркоманія”, “залежність”. Після цього учасники по колу промовляють записані асоціації, а ведучий занотовує їх так, щоб варіанти не повторювалися. У результаті обговорення ведучий підсумовує запропоновані асоціації.

8. Гра “Словесний портрет” (30 хв)

Група методом жеребкування ділиться на чотири мікрогрупи по 5 осіб. Група отримує завдання описати наркомана.

9. Рольова гра “Сім’я” (45 хв)

Мета: взяти участь у вирішенні проблеми, віднайти можливі стратегії виходу.

Кожна мікрогрупа має придумати історію сім’ї, де хтось страждає на залежність від психоактивних речовин. Уся група бере участь у написанні історії, розподілі ролей. Завдання кожного учасника – знайти способи вирішення проблеми і подумати, як кожен особисто може вплинути на ситуацію.

Група розіграє історію, після чого необхідне обговорення найбільш прийнятних шляхів розв’язання ситуації.

Варіант розподілу ролей у мікрогрупі з 5 осіб: наркоман, його мати і батько, його друг і тінь наркомана (його внутрішній голос).

10. Гра “Відмова” (30 хв)

Мета: дати можливість учасникам набути навичок упевненої поведінки, нівелювати відмови в ситуації вибору.

Робота так само проводиться в мікрогрупах, кожній з яких пропонується одна з ситуацій:

Товариш по службі просить дозволу вживати наркотичну речовину у тебе вдома.

Товариш по службі просить залишити певні речі у тебе вдома.

Товариш по службі пропонує спробувати наркотик “за компанію”.

Товариш по службі просить відвезти якусь річ незнайомій тобі людині.

Товариш по службі просить дістати для нього наркотик.

Завдання в мікрогрупах: протягом 7 хв придумати якомога більше аргументів для відмови. Після цього кожна мікрогрупа “розіграє” свою ситуацію перед іншими учасниками. Один грає роль того, хто просить, інший – того, хто відмовляється. Ведучий пропонує використовувати в кожній ситуації три стилі відмови: впевненість, агресивність, невпевненість.

НЕФАРМАКОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ТЕРАПІЇ ПОШИРЕНИХ ПРОБЛЕМ*Безсоння:*

- а) методики релаксації (медитація, біологічний зворотний зв'язок, глибоке дихання, йога);
- б) регулярні фізичні вправи;
- в) рекомендуйте:
 - обмежити приймання рідини у вечірній час;
 - уникати сну у денний час;
 - уникати фізичних навантажень у вечірній час;
 - уникати кофеїну, нікотину, алкоголю;
 - визначити певний час відходу до сну та підйому;
- г) уникайте призначень стимулюючих медикаментів (чи призначайте їх у першій половині дня);
- д) оптимальне лікування наявних захворювань;
- е) контролюйте біль у нічний час.

Хронічний біль:

- а) фіксуйте увагу на зростанні функцій попри наявність болю;
- б) навчайте стратегіям релаксації для позбавлення від болю, пов'язаного з підвищеним м'язовим напруженням;
- в) рекомендуйте фізичні вправи чи реабілітаційні програми, коли це можливо;
- г) спрямовуйте пацієнта для участі у спеціальних програмах контролю хронічного болю, коли поведінка, пов'язана з хронічним болем, значущо порушує діяльність пацієнта чи коли особа не піддається простим вищенаведеним методам лікування;
- д) якщо можливо, то застосовуйте мультидисциплінарний підхід.

Стрес та тривога:

- а) навчайте методам релаксації;
- б) когнітивно-біхевіоральний тренінг навичок;
- в) стратегії розв'язання проблем;
- г) стратегії менеджменту часу;
- д) рекомендуйте програми фізичних вправ чи заняття йогою;
- е) спрямовуйте на програми біхевіоральної терапії чи консультацію.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ВИЩИХ ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Профілактичну роботу щодо вживання психоактивних речовин доцільно проводити за окремим планом ВВНЗ, в якому відображено спеціальні заходи, участь задіяних у них певних служб. В основному організація профілактичної роботи покладається на заступника начальника ВВНЗ по роботі з особовим складом.

Обов'язки підрозділів ВВНЗ з профілактики залежності від наркотиків та інших психоактивних речовин:

1. Підрозділ (відділ, відділення, група) психологічного забезпечення (ППЗ) має:

– під час проведення професійного психологічного відбору кандидатів на навчання виявляти осіб з високим ризиком формування наркозалежності та особистісними особливостями, що сприяють формуванню залежності;

– у ході проведення психологічного супроводу курсантів виявляти серед них осіб з високим ризиком формування наркозалежності та особистісними особливостями, що сприяють формуванню залежності;

– проводити з курсантами тренінги, метою яких є:

1) зміцнення психічного здоров'я та збереження високого рівня психологічної безпеки особистості;

2) зміцнення психологічних ресурсів і стратегій поведінки оволодіння стресом (формування навичок вирішення проблем, пошуку та формування соціальної підтримки, внутрішнього особистісного контролю, емпатії, ефективності тощо);

3) розвиток факторів захисту та зниження факторів ризику вживання наркотиків і психоактивних речовин (після навчання цього виду діяльності);

4) робота з групою посиленої психологічної уваги, групами ризику вживання психоактивних речовин;

5) надання комунікативної і психологічної допомоги курсантам та слухачам, постійному складу за психологічними аспектами первинної та вторинної профілактики залежності від наркотиків та інших психоактивних речовин;

б) проведення занять з молодими викладачами ВВНЗ з проблеми профілактики залежності від наркотиків та інших психоактивних речовин.

ППЗ ВВНЗ до початку вступних іспитів вивчають матеріали особистих справ, інші документи, що містять медико-психологічні дані кандидатів на навчання, аналізують результати основного етапу відбору, організують і проводять професійно-психологічне обстеження кандидатів на навчання. Висновки ППЗ ВВНЗ підлягають обов'язковому обліку при винесенні приймальною комісією ВВНЗ рішення про допуск кандидата до вступних іспитів. Особливо це стосується виявлених фактів вживання або зловживання психоактивними (наркотичними) засобами. У разі незгоди приймальної комісії

з висновками ППЗ щодо психологічних аспектів професійної придатності кандидата на навчання мотиви прийнятого рішення викладаються письмово у вигляді додатка до протоколу засідання приймальної комісії.

2. Медична частина освітнього закладу має:

- у ході роботи тимчасово діючої лікарської комісії виявляти серед кандидатів на навчання осіб, які демонструють прямі або непрямі ознаки вживання наркотиків і психоактивних речовин;
- проводити в рамках диспансерних спостережень і амбулаторного прийому періодичні тілесні огляди курсантів;
- надавати консультативну допомогу викладачам і курсантам за медичними аспектами профілактики залежності;
- організувати проведення амбулаторної експертизи курсантів з непрямыми ознаками вживання наркотиків і психоактивних речовин (у міру необхідності);
- взаємодіяти з іншими підрозділами ВВНЗ з питань профілактики залежності від наркотиків;
- проводити психопрофілактичну роботу з курсантами, викладачами ВВНЗ з профілактики вживання наркотиків та інших психоактивних речовин;
- проводити навчання медичного персоналу методам діагностики вживання наркотиків та інших психоактивних речовин;
- проводити навчання викладачів, кураторів навчальних груп візуальної діагностики ознак наркотичного сп'яніння.

Відділ по роботі з особовим складом повинен:

- організувати та систематично проводити індивідуальну роботу з курсантами з профілактики вживання наркотиків;
- організувати виступи фахівців-практиків (лікарів психіатрів-наркологів, клінічних психологів та ін.) перед курсантами, науково-педагогічним складом;
- проводити профілактичні бесіди з батьками з метою попередження вживання психоактивних речовин;
- проводити постійні рейди в підрозділах з метою виявлення фактів вживання чи зберігання наркотичних засобів;
- проводити в підрозділах ВВНЗ профілактичну роботу з виявлення осіб, схильних до вживання наркотиків;
- організувати виставки літератури та наочної інформації з профілактики та наслідків вживання наркотиків;
- проводити культурно-масові і спортивні заходи, що пропагують здоровий спосіб життя, альтернативну вживанню наркотиків діяльність.

Начальники факультетів, курсів, їх заступники по роботі з особовим складом повинні:

- організувати та систематично проводити індивідуальну роботу з курсантами з профілактики вживання психоактивних речовин;
- організувати виступи фахівців-практиків (лікарів психіатрів-наркологів, клінічних психологів та ін.) перед курсантами;

- проводити постійні рейди в підрозділах з метою виявлення фактів вживання чи зберігання наркотичних засобів;
- організувати регулярне відвідування курсантів, які проживають на квартирах у місті;
- проводити профілактичні бесіди під час батьківських зборів з метою попередження вживання психоактивних речовин;
- організувати проведення у підрозділах профілактичних заходів щодо виявлення осіб, схильних до вживання наркотиків;
- організувати виставки літератури та наочної інформації з профілактики вживання наркотиків;
- проводити культурно-масові і спортивні заходи, що пропагують здоровий спосіб життя, альтернативну вживанню наркотиків діяльність.

ДІАГНОСТИЧНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО РІЗНИХ ФОРМ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ “ДАП-2”

Інструкція. Зараз вам будуть представлені питання стосовно деяких ваших індивідуальних психологічних особливостей. На реєстраційному бланку наводиться 4 варіанти відповідей. Вам необхідно уважно прочитати питання і вибрати найбільш слушний варіант відповіді, усі відповіді повинні фіксуватися в реєстраційному бланку. Для цього в рядку, що відповідає номеру питання, необхідно позначити одну з чотирьох клітин, що збігається з обраною вами відповіддю. На кожне питання можливий лише один варіант відповіді.

Вступна інструкція закінчена, якщо у когось є питання, підніміть руку – до Вас підійдуть і допоможуть. Якщо питань немає, приступайте до роботи.

1. Я добре зрозумів інструкцію до цієї методики.
2. Люди, з якими я намагаюся перебувати в дружніх стосунках, дуже часто завдають мені болю.
3. “За компанію” з товаришами я можу прийняти велику кількість алкоголю.
4. Я вважаю, що в деяких ситуаціях життя може втратити цінність для людини.
5. Я буваю надміру грубий (а) з оточуючими.
6. Мої друзі розповідали, що в деяких ситуаціях вони відчували незвичні стани: бачили барвисті і цікаві марення, чули дивні звуки та ін.
7. Думаю, що найважчим предметом для мене є практичне навчання.
8. Серед моїх друзів були такі, які вели такий спосіб життя, що мені доводилося приховувати свою дружбу від батьків.
9. Мені здається, що оточуючі погано розуміють мене, не цінують і недолюблюють.
10. Останнім часом я помічаю, що став (ла) багато палити. Це допомагає мені відволіктися від проблем і турбот.
11. Бувало, що вранці у мене тремтіли руки і голова просто “розколювалася”.
12. Я завжди прагнув (ла) до дружби з хлопцями, які були старші за мене за віком.
13. Не можу змусити себе кинути палити, хоча знаю, що це шкідливо.
14. У стані агресії я здатний (а) на багато що.
15. Серед моїх близьких родичів (батько, мати, брати, сестри) були судимі.
16. Часто я відчував невагомість тіла, відчуженість від навколишнього світу, нереальність того, що відбувається.
17. На підростаюче покоління впливає так багато обставин, що зусилля батьків і педагогів з їх виховання стають марними.
18. Якщо хто-небудь винен у моїх неприємностях, я знайду спосіб відплатити йому тим самим.

19. Приятелі, з якими я товаришую, не подобаються моїм батькам.
20. Я вважаю, що можна виправдати людей, які обрали добровільну смерть.
21. Я звик (ла) вважати, що “око за око, зуб за зуб”.
22. Я завжди раз на тиждень випиваю алкоголь.
23. Якщо хтось заподіяв мені зло, я відплачу йому тим же.
24. Бувало, що я чув (ла) голоси всередині моєї голови, звучання власних думок.
25. Сенс життя не завжди буває зрозумілий, іноді його можна втратити.
26. У мене є друзі, які люблять дивитися “мультики” після прийому різних речовин.
27. У районі, де я проживав, є молодіжні тусовки, які активно ворогують між собою.
28. Останнім часом, щоб не зірватися, я змушений (а) приймати заспокійливі засоби.
29. Я намагався (лася) звільнитися від деяких згубних звичок.
30. Я не засуджую людей, які роблять спроби піти з життя.
31. Вживаючи алкоголь, я часто перевищував свою норму.
32. Мої батьки і родичі висловлювали побоювання у зв'язку з моїм частим вживанням алкоголю.
33. Останнім часом я часто відчуваю стрес, тому приймаю (ла) заспокійливі засоби.
34. Вибір добровільної смерті людиною в звичайному житті, безумовно, може бути виправданий.
35. У нашому колективі був прийнятий “ритуал прописки” новачків, і я активно в ньому брав (ла) участь.
36. Останнім часом у мене пригнічений стан, майбутнє видається мені безнадійним.
37. У мене були неприємності під час навчання у зв'язку з уживанням алкоголю.
38. Мені неприємно згадувати і говорити про деякі випадки, які були пов'язані з уживанням алкоголю.
39. Мої друзі вміють добре “розслабитися” і отримати задоволення.
40. Можна погодитися з тим, що я не дуже-то схильний (а) до виконання багатьох законів, вважаючи їх нерозумними.
41. Серед моїх близьких друзів були такі, які часто тікали з дому.
42. Я вважаю, що мій батько зловживав(є) алкоголем.
43. Я люблю грати в азартні ігри. Вони дають можливість “підбадьоритися”, “упімати свій шанс”.
44. Я розумію людей, які не хочуть жити далі, якщо їх зраджують рідні та близькі.
45. Я не засуджую друзів, які курять марихуану.
46. Немає нічого поганого в тому, що люди намагаються випробувати на собі деякі незвичайні стани.
47. У нашій родині були випадки самогубства (чи спроби).

48. З деякими своїми звичками я вже не зможу впоратися, навіть якщо дуже захочу.

Обробка результатів

Обробка результатів обстеження проводиться за кожним блоком окремо за допомогою спеціальних “ключів”, а так само за методикою в цілому, шляхом підсумовування балів. При цьому відповіді оцінюються таким чином:

- 0 – ні, це зовсім не так;
- 1 – мабуть, так;
- 2 – вірно;
- 3 – абсолютно вірно.

У процесі обробки результатів спочатку необхідно звернути увагу на питання 1 (чи добре зрозумів обстежуваний інструкцію до цієї методики).

Стени до методики “ДАП-2”

Найменування шкал методики	Стени									
	низькі		середні						високі	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
“Адиктивна поведінка”	38 i >	37-31	30-26	25-19	18-13	12-8	7-6	5-4	3-2	1 i <
“Делінквентна поведінка”	33 i >	32-27	26-23	22-18	17-15	14-11	10-8	7-5	4-3	2 i <
“Суїцидальний ризик”	16 i >	15-13	12-10	9-7	6-5	4	3	2	1	0
Інтегральна оцінка (“Девіантна поведінка”)	100 i >	88-83	82-68	67-54	53-45	44-33	32-26	25-19	15-18	14 i <
Бали за методикою										

Примітка. Показники, відповідні 1–2 стенам, свідчать про високу схильність до девіантної поведінки; показники, відповідні 3–7 стенам, – про значну схильність; показники, відповідні 9–10 стенам, – про низьку схильність (або відсутність) до девіантної поведінки.

Рівень схильності до адиктивної поведінки (шкала АДП) оцінюється за такими номерами питань: 3, 6, 10, 11, 13, 16, 22, 24, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 42, 43, 45, 46, 48.

Рівень схильності до делінквентної поведінки (шкала ДП) оцінюється за номерами питань: 5, 7, 8, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 27, 35, 40, 41.

Рівень суїцидальної схильності (шкала СР) оцінюється за такими номерами питань: 2, 4, 9, 20, 25, 30, 34, 36, 44, 47. У ході подальшої обробки “сирі” значення за окремими шкалами підсумовуються, визначається сумарний бал (схильність до девіантних форм поведінки), який потім переводиться в 10-бальну шкалу нормального розподілу (стени).

Бланк для відповідей

№ з/п	Ні, це зовсім не так	Мабуть, так	Вірно	Абсолютно вірно
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				

ТЕСТ “СХИЛЬНІСТЬ ДО ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ” (АВТОР В. Д. МЕНДЕЛЕВИЧ)

Інструкція: користуючись цією шкалою, укажіть, в якій мірі Ви згодні чи не згодні з кожним із запропонованих тверджень, ставлячи “Х” у відповідній колонці. Оберіть тільки одну відповідь на кожне твердження:

- 1 – абсолютно не згоден (зовсім не так);
- 2 – скоріше не згоден (скоріше не так);
- 3 – ні те, ні інше (і так, і не так);
- 4 – скоріше згоден (скоріше так);
- 5 – абсолютно згоден (саме так).

№ з/п		1	2	3	4	5
1	Я схильний розчаруватися в людях					
2	Вірити в прикмети нерозумно					
3	Часто буває, що я ображаюся на батьків або друзів					
4	Нерідко я спізнююся на навчання (роботу) або зустріч через непередбачені випадковості в дорозі					
5	Навколишні часто дивують мене своєю поведінкою					
6	Мої батьки часто намагаються поводитися зі мною, як з маленькою дитиною					
7	Я люблю планувати свій час до дрібниць і з точністю до хвилин					
8	Мені здається, що я більш гостро, ніж інші, відчуваю те, що відбувається навколо					
9	Батьки самі винні в тому, що їхні діти починають вживати наркотики					
10	Для мене не існує абсолютних авторитетів					
11	У дитинстві був період, коли я пристрасно любив що-небудь підраховувати (кількість вікон, сходинок, номери машин)					
12	Якби батьки чи інші дорослі більше б говорили з дітьми про шкоду наркотиків, то мало хто ставав би наркоманом					
13	Мені легше витерпіти скандал, ніж одноманітне розмірене життя					
14	Я вірю в порчу та наклепи					
15	Перш, ніж що-небудь зробити, я намагаюся передбачити всі небезпеки, які можуть підстерігати мене					
16	Якщо я чимось захоплено зайнятий, то часто навіть не помічаю, що відбувається навколо					
17	Я живу і дію за приказкою: “Сподівайся на краще, але готуйся до гіршого”					
18	Мене нелегко переконати в чомусь					
19	Мене нерідко обманювали (обманюють)					
20	Невідомість для мене дуже болюча і тяжка					
21	Мене дратує, коли на вулиці, в магазині або транспорті на мене пильно дивляться					

22	Життя малоцікаве, коли в ньому немає екстриму					
23	Я не поважаю тих, хто відривається від колективу					
24	Деякі люди одним дотиком можуть зцілити хвору людину					
25	Життя має бути радісним, інакше нема чого жити					
26	Я добре орієнтуюся в часі і, не дивлячися на годинник, можу точно сказати “котра година”					
27	Якщо я захочу щось зробити, але оточуючі вважають, що цього робити не варто, то я готовий відмовитися від своїх намірів					
28	У дитинстві я часто відмовлявся залишатися один					
29	Мені нерідко буває нудно, коли нічим зайнятися					
30	У житті треба спробувати все					
31	Я легко можу заснути в будь-який зручний час (і вночі, і вдень)					
32	Після того, як я піду в ліс по гриби, у мене довго перед очима можуть зберігатися спогади про них					
33	Я люблю помріяти про те, на що я витрачу можливий майбутній виграш у лотереї або як вчиню з обіцяним подарунком					
34	Часто думаю: “Добре б стати дитиною”					
35	Мені часто важко знаходити правильні слова для моїх почуттів					
36	Для мене нескладно дати знайомому грошей у борг на купівлю спиртного					
37	Я схильний жити, намагаючися не обтяжувати себе роздумами про те, що може статися зі мною в майбутньому					
38	Я люблю, коли мені ворожать на картах або по руці					
39	Мені добре вдається копіювати міміку і жести інших людей					
40	Коли мене будять вночі або рано вранці, то я довго не можу зрозуміти, що відбувається навколо					
41	Музику я люблю гучну, а не тиху					
42	У мене бувають почуття, яким я не можу дати цілком точне визначення					
43	Людина повинна намагатися розуміти свої сни, керуватися ними в житті та витягати з них застереження					
44	Мене важко застати зненацька					
45	Усі відомі мені “чудеса” пояснюються дуже просто – обман і фокуси					
46	Мене вважають наївною людиною, оскільки я часто потрапляю в халепи					
47	Наркотики бувають “легкими”, і вони не викликають залежності					
48	Я іноді відчував, що хтось за допомогою гіпнозу змушував мене вчиняти будь-які вчинки					
49	Мої знайомі вважають мене романтиком					
50	Я вірю у дива					
51	Навіть психічно здорова людина іноді не може відповідати за свої вчинки					
52	Мене часто спантеличує поведінка і вчинки людей, яких я давно знаю					
53	Нікому не можна довіряти – це правильна позиція					

54	Найщасливіший час життя – це молодість					
55	У дитинстві я боявся, що мама може кинути мене, піти з дому і не повернутися					
56	Я схильний краще пам'ятати неприємні події, які реально відбулися зі мною, ніж власні прогнози з приводу можливості їх появи					
57	Я люблю радитися з друзями (або дорослими), як вчинити у складній ситуації					
58	Я б погодився пожити нехай мало, але бурхливо					
59	Я б міг на спір ввести собі у вену наркотик (наприклад, героїн)					
60	Часто мене не оцінювали по заслугах					
61	Я завжди точно можу сказати, скільки грошей я витратив та скільки у мене залишилося					
62	У дитинстві я довго не міг звикнути до дитячого садка (ясел) і не хотів туди через це ходити					
63	Своїм друзям або подругам я довіряю повністю і переконаний, що вони мене ніколи не обдурять і не зрадять					
64	Небезпека вживання наркотиків явно перебільшена					
65	У житті все-таки мало яскравих подій					
66	Я не люблю тривалі поїздки в поїзді або на автобусі					
67	Мене дратує брудне скло, тому що весь світ тоді здається брудним і сірим					
68	Коли мені нудно, я зазвичай лягаю спати					
69	Часто батьки (або дорослі) дорікають мені в тому, що я слухаю надмірно гучну музику					
70	Дуже болісно чогось чекати					
71	Я міг би після деяких попередніх пояснень управляти маленьким (спортивним) літаком					
72	Я нерідко прокидаюся вранці за кілька секунд або хвилин до дзвінка будильника					
73	Якби сталася пожежа і мені треба було б з вікна п'ятого поверху стрибнути на тент, розгорнутий пожежниками, я б, не замислюючися, зробив це					
74	Мені шкода наївних людей					
75	Мене бентежить, коли люди довго і пильно дивляться мені в очі					
76	Ризикувати всім, наприклад у казино, можуть лише сильні люди					
77	У тому, що підліток стає наркоманом, винні ті, хто продає наркотики					
78	Я люблю дуже швидку, а не повільну їзду					
79	Я довіряю прогнозам гороскопів і дотримуюся рекомендацій, що в них містяться					
80	Мене дуже цікавлять лотереї					
81	Прогнозувати майбутнє – марна справа, тому що багато від тебе не залежить					
82	Я здатний з легкістю описувати свої почуття					
83	У мене в житті бували випадки, коли я щось робив, а потім не пам'ятав, що саме					
84	Вважаю, що цікавість – не вада					

85	Буває, що мене лякають люди з гучним голосом					
86	У мене було (є) багато захоплень (інтересів, хобі)					
87	Коли я залишаюся вдома, то мені часто буває не по собі від самотності					
88	Я – не забобонний					
89	Мені говорили, що у мене непогані здібності імітувати голоси або звички людей					
90	Є люди, яким я вірю беззастережно					
91	Трапляється, що під час розмови із заїкою я сам починаю говорити плутано і з запинкою					
92	Найобтяжливіше в житті – це самотність					
93	Якщо я починаю грати в якусь гру, то мене нерідко не можна відірвати від неї					
94	Буває, що я можу зробити на зло навіть те, що мені самому виявиться не вигідним					
95	Мене завжди притягувала і притягує таємничість, загадковість, містика					
96	Бувало, що я на вулиці погоджувався на гру з “наперстниками”					
97	Я знаю багатьох хлопців, хто вживає або вживав наркотики					
98	Як правило, я ставлю будильник так, щоб не тільки все встигнути зробити до відходу з будинку, але і мати кілька хвилин у запасі					
99	У своєму житті я часто стикаюся (стикався) з неймовірним збігом несприятливих обставин					
100	Я готовий повністю підкоритися і навіть довірити свою долю, але тільки тому, кого дійсно поважаю					
101	Я люблю ризикувати					
102	Серед моїх знайомих є люди, які володіють даром переконувати					
103	Мене часто неможливо відірвати від цікавої справи, гри, заняття					
104	Я міг би стрибнути з парашутом					
105	Мені все одно, що про мене думають оточуючі					
106	Мене багато чого в житті дивує					
107	Я можу переспорити кого завгодно					
108	Я би увійшов разом з приборкувачем у клітку з левами, якби він мені сказав, що це безпечно					
109	Якщо мене про щось просять, мені важко відмовити					
110	Мені легше придумати свої власні приклади, ніж вивчити напам'ять приклади з підручника					
111	Мені ніколи не буває нудно					
112	Часто я сам від себе не очікую будь-якого вчинку					
113	У дитинстві у мене якийсь час були різноманітні рухи, що повторюються					
114	Я люблю помріяти					
115	Мене приваблює все нове і незвичайне					
116	Зі мною нерідко відбуваються «нешасні випадки» і трапляються усілякі пригоди					

Обробка та інтерпретація тесту “Схильність до залежної поведінки”

Обробка: прямі питання (бали підраховуються відповідно до зазначених балів) – “5” – 5, “4” – 4, “3” – 3, “2” – 2, “1” – 1), зворотні питання (бали підраховуються навпаки – “5” – 1, “4” – 2, “3” – 3, “2” – 4, “1” – 5). Обробці підлягають лише відповіді на питання, зазначені нижче. Відповіді на інші питання не обробляються.

Для оцінки схильності до залежної поведінки бали відповідей на прямі і зворотні питання підсумовуються за кожною шкалою окремо.

Для оцінки схильності до наркозалежності підсумовуються бали, отримані за відповіді на такі питання – перший і другий стовпці, до алкогольної залежності – третій і четвертий стовпчики:

1	2	3	4
№ прямих питань	№ зворотних питань	№ прямих питань	№ зворотних питань
1	2	3	21
3	12	5	29
4	29	14	38
16	30	15	41
19	41	16	44
24	45	17	64
26	53	19	65
48	61	20	67
50	65	24	75
52	67	26	77
54	69	30	81
59	72	43	
76	77	48	
79	78	76	
80	81	79	
89	86	84	
91	112	91	
96	114	95	
97		97	
100		100	
107		107	
110		112	
116		113	
		116	

Інтерпретація тесту “Схильність до залежної поведінки”

	Ознаки тенденції	Ознаки підвищеної схильності	Ознаки високої ймовірності
Наркозалежність	≥ 98 балів	≥ 107 балів	≥ 116 балів
Алкогольна залежність	≥ 99 балів	≥ 105 балів	≥ 111 балів

Максимальні бали: наркозалежності – 205, алкогольної залежності – 175.

Низький рівень: ця категорія характеризується малою вірогідністю розвитку залежності, відсутністю особистісних якостей, що сприяють формуванню залежності (адикції), та відсутністю схильності до вживання алкогольних напоїв (наркотичних речовин). Спостерігаються такі особистісні риси, які виключають ризик схильності до адиктивної поведінки.

Ознаки тенденції: обстежувані, віднесені до цієї групи, мають схильність до залежної поведінки середньої вираженості. Це свідчить про те, що у випробовуваних за певних соціальних умов є ризик розвитку залежності.

Ознаки підвищеної схильності: у таких осіб схильність до залежної поведінки вище середньої, тобто у них переважають ті якості, які значною мірою свідчать про тенденцію до вживання спиртних напоїв (наркотичних речовин) і ризик розвитку психічної залежності.

Ознаки високої ймовірності: зазначена категорія характеризується високою схильністю до залежної поведінки. У випробовуваних спостерігаються виражена тенденція до вживання спиртних напоїв, позитивне ставлення до залежності і риси особистості, що значно збільшують ризик адиктивної поведінки.

ЕКСПРЕС-ОПИТУВАЛЬНИК “КАССАНДРА”

Опитувальник “Кассандра” дозволяє виділити осіб з біогенетичними, психосоціальними і особистісними передумовами наркотизації. За допомогою зазначеного методу можна “виміряти” рівень обізнаності кандидата в цьому питанні, вивчити анамнез обстежуваних, виявити і оцінити реальні особливості поведінки, пов’язані з вживанням наркотичних або психоактивних речовин, схильність до аутоагресивної поведінки (ризик нервово-психічного зриву).

Методика дозволяє простежувати індивідуальну і групову динаміку ставлення до проблеми, порівнювати групи і колективи за визначеним критерієм, виявити осіб з психологічною готовністю до прийняття цінностей і норм такого способу життя, а також осіб з установкою до активної протидії цим негативним явищам, дані особи можуть використовуватися в профілактичній роботі.

Інструкція: опитувальник складається з пронумерованих тверджень. Уважно прочитайте кожне твердження. У разі Вашої згоди поставте знак “+”, незгоди – знак “-”. Намагайтеся бути щирими у відповідях. Відповідь повинна відображати тільки Вашу власну думку. Результати дослідження обговоренню в колективі не підлягають.

Бланк тверджень

1	Я задоволений тим, як проводять свій вільний час мої друзі
2	Я проти того, щоб за зберігання або вживання наркотичних речовин строго карали
3	Я виріс і виховувався без матері
4	Я часто злюся на себе
5	Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються
6	Героїн продається загорнутим у маленькі пакетики, які називаються “чек”
7	Я незадоволений тим, як до мене ставляться мої друзі
8	Я проти вільного поширення наркотиків
9	Я лікувався з приводу нервових розладів
10	У моїй родині є проблеми
11	Бувало, що я говорив про речі, в яких не розбираюся
12	Думаю, що стан після прийому екстазі і марихуани однаковий
13	У моїй родині до моєї думки прислуховуються
14	Наркомани вправі вимагати поваги до їх вибору
15	У мене був струс мозку із втратою свідомості
16	Мені часто здається, що я гірше інших (не такий, як усі)
17	Іноді я кажу неправду
18	Однієї дози наркоману вистачає на кілька прийомів
19	Однолітки намагалися змусити мене спробувати наркотик
20	Якщо я побачу, що мої знайомі вживають наркотичні речовини, то втручатися не буду
21	Моя мати зловживала алкоголем
22	Часом мені хочеться втекти від рішення власних проблем
23	Буває, що я відкладаю на завтра те, що можна зробити сьогодні
24	Розпізнати наркомана дуже легко по слідах від уколів на руках

25	Я впевнений, що ніхто серед моїх друзів не буде вживати наркотик
26	Якщо я стану свідком вживання наркотику моїми знайомими, то спробую переконати їх зупинитися
27	У мене були приводи в поліцію
28	Останнім часом мені сильно не щастить
29	Іноді, коли погано себе почуваю, я буваю дратівливим
30	Можна виростити гашиш де завгодно, навіть на дачній ділянці
31	Моя сім'я дуже дружна
32	Наркоманія – це зло, з яким всім потрібно активно боротися
33	Мене дуже мучили біль і судоми
34	Майбутнє мені здається настільки невизначеним, що я не вибудовую ніяких планів
35	Буває, що я серджуся
36	У наркоманів слово “стирчати” означає дуже сильно захоплюватися чимось

Обробку відповідей починають зі шкали “Достовірність результатів”. Якщо обстежуваний за цією шкалою отримує 4 і більше балів, то використовувати ці дані не рекомендується.

“Ключі” для інтерпретації опитувальника “Кассандра”

1. Достовірність результатів (не більше 4 балів):

Відповіді “Так” – 5, 11, 17, 23, 29, 35.

2. Обізнаність (5 та більше балів):

Відповіді “Ні” – 6, 12, 18, 24, 30, 36.

3. Ставлення до наркоманії (5 та більше балів):

Відповіді “Так” – 8, 26, 32.

Відповіді “Ні” – 2, 14, 20.

4. Біологічні передумови (1 та більше балів):

Відповіді “Так” – 3, 9, 15, 21, 27, 33.

5. Психосоціальні передумови (2 та більше балів):

Відповіді “Так” – 7, 19.

Відповіді “Ні” – 1, 13, 25, 31.

6. Ризик нервово-психічного зриву (2 та більше балів):

Відповіді “Так” – 4, 10, 16, 22, 28, 34.

“Обізнаність” (“Os”) – відображає знайомство обстежуваних з питаннями, пов'язаними з проблемою наркоманії. Особи з високими показниками за цією шкалою володіють більш глибокими, ніж зазвичай, знаннями про різновиди наркотичних речовин, шляхи їх пошуку, виявляють розуміння сленгових виразів, знайомство з подробицями процесу вживання наркотиків і особливостями наркотичного сп'яніння, що може свідчити про залученість обстежуваного до такого способу життя. Висновки з цієї шкали повинні формулюватися лише за наявності негативних результатів за іншими шкалами. Причини глибокої обізнаності слід уточнити в бесіді. Особливу увагу слід приділити особам, чия обізнаність має особливо глибокий, детальний або емоційно значущий характер.

“Ставлення до наркоманії” (“Ot”) – характеризує особистісне ставлення обстежуваного до цінностей і норм зазначеного способу життя, формулює ступінь психологічної готовності до його прийняття або протидії. Особи з низькими показниками за цією шкалою не тільки виправдовують прийняття наркотичних речовин іншими, але також допускають для себе можливість постійного чи епізодичного вживання наркотиків. Особи з показниками за цією шкалою нижче середнього байдужі до цієї теми, психологічно приймаючи можливість такого способу життя для інших (вони активно не беруть участі в цьому, але і не засуджують споживання наркотиків іншими). Особи з показниками за цією шкалою вище середнього формально виступають проти вживання наркотичних речовин, але обіймають пасивну позицію, вважаючи це питання не своєю прерогативою. Особи з високими показниками за цією шкалою психологічно готові до протидії ситуацій споживання наркотичних речовин і наркотичної залежності, нетерпимо ставляться до цінностей і норм подібного способу життя.

За наявності показників нижче середнього пасивність у цьому питанні може свідчити не стільки про готовність прийняття, скільки про особистісну та соціальну незрілість (інфантилізм). Особливості особистісної позиції необхідно уточнити в співбесіді.

“Біологічні передумови” (“Bgp”), 4-а шкала тесту – наявність в анамнезі різного роду факторів, які можуть за певних умов стати базою для негативних змін поведінки, особистісних властивостей і станів, у т. ч. формування адиктивної поведінки (залежної від наркотиків). У шкалі зібрано такі фактори-предиктори, як черепно-мозкові та інші травми, нервово-психічні потрясіння, перенесені важкі соматичні захворювання, інтоксикації, відхилення у фізичному і психічному розвитку, несприятлива спадковість (наявність серед родичів обстежуваного осіб, які страждають на алкоголізм чи наркоманію, психічно хворих, що ведуть “дивний” або асоціальний спосіб життя). Особи з високими показниками за цією шкалою мають обтяжений анамнез. Подробиці і ступінь тяжкості негативних моментів необхідно уточнити в процесі співбесіди.

“Психосоціальні передумови” (“PSp”), 5-а шкала тесту – відображає наявність несприятливих соціально-середовищних факторів, стандартів поведінки, які передбачають можливість асоціального вибору. Особи з високими показниками за цією шкалою констатують наявність великого кола знайомих, друзів і близьких, які вживають наркотики та інші психоактивні речовини, або часто стикаються з фактами їх вживання у своєму соціальному оточенні, свідчать про наявність проблем у взаєминах у сім’ї, педагогічному колі. Особи з низькими показниками за цією шкалою не мають знайомих, друзів і близьких, які вживають наркотики та інші психоактивні речовини, і не стикалися з фактами їхнього вживання у своєму соціальному оточенні, їх особистісний розвиток відбувався в нормативному соціальному оточенні, в умовах цінностей і норм здорового способу життя. Подробиці ситуації і ступінь близькості з зазначеними особами необхідно уточнити в процесі бесіди.

“Ризик нервово-психічного зриву” (“RN”), 6-а шкала тесту – сформована із тверджень, що відбивають ступінь задоволеності життєвою ситуацією, яка за певних умов може стати причиною як неадекватного емоційного реагування, у тому числі нервових зривів чи аутоагресії, так і адиктивної (залежної) поведінки. Особи з високими показниками за цією шкалою вкрай незадоволені життєвою ситуацією, фрустровані, у них можливі песимістичне реагування на емоційно значущі впливи і нервові зриви. Причини такої незадоволеності слід уточнити в бесіді. Особи з низькими показниками за цією шкалою не відчують проблем, задоволені всіма аспектами свого життя, нервово-психічні зриви мало ймовірні.

“Достовірність результатів” “L” – містить твердження, які виявляють тенденцію випробовуваного показати себе в максимально вигідному світлі, продемонструвавши дуже суворе дотримання соціальних норм. Високі показники за цією шкалою свідчать про умисне прагнення особи прикрасити себе, заперечуючи наявність у своїй поведінці слабкості, властивій будь-якій людині.

За підсумками обстеження в окремих випадках рекомендується провести бесіду, що уточнює отримані результати. У рамках бесіди можливе використання додаткового способу отримання інформації – методик “Незакінчені речення”, “Анкети кандидата” та як додаткової інформації – методу комп’ютерної психодіагностики “Поліграф”.

Проаналізовані окремо і у процесі зіставлення між собою шкали експрес-діагностики ризику наркоманії “Кассандра” дозволяють спрогнозувати можливі форми поведінки обстежуваних і виділити “групу ризику” чи “групу уваги”.

ДІАГНОСТИЧНА БЕСІДА З МОЛОДИМ ПОПОВНЕННЯМ ЗАДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДЛЯ ЗАНЕСЕННЯ У ГРУПУ ПОСИЛЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ УВАГИ

Структура бесіди

1. Сімейний стан, взаємини з батьками та сімейні стосунки – склад сім'ї, хто з її членів переважно займався вихованням і з ким в сім'ї він найбільш близький; наявність у молодого військовослужбовця конфліктних відносин з окремими членами сім'ї та причина цих конфліктів; інші конфлікти в родині й ставлення до них.

У разі сім'ї, що розпалася, необхідно з'ясувати, в якому віці у військовослужбовця це сталося, його ставлення до розлучення батьків, у чому він сам бачить причину цього, чи підтримує контакт з батьками, які покинули родину.

Судження військовослужбовця про основні риси характеру його батьків бувають вельми точними. Коли називається будь-яка риса батька або матері (наприклад: злий, добрий, м'який, галасливий та ін.), бажано, щоб вона була пояснена прикладами з життя, які, на його думку, цю рису найкраще ілюструють.

2. Причини невдач у навчальній діяльності, відносин з учителями й однолітками. Найбільш властива відхильна поведінка особистості, яка виявляє нестійкий тип акцентуації; у такого типу людей повністю відсутній інтерес до навчання. Улюбленим предметом іноді називається фізкультура, якщо тільки вона складалася зі спортивних ігор. Немає улюбленого вчителя, від громадської роботи ухиляється. Виявлено прогули та порушення з молодших класів.

Плани на майбутнє щодо отримання професії, продовження роботи, здатність зіставляти можливі труднощі та власні здібності, співвідносити бажане і можливе відсутні. Нестійкі військовослужбовці живуть нинішнім днем і планів на майбутнє не вибудовують. Під час наполегливих розпитів видають за власні плани, що почули у своїй вуличній або іншій компанії, чи хочуть працювати, але все одно де, головне – недалеко від будинку. Нерідко на цій темі розкриваються військовослужбовці з істероїдним типом акцентуації, виявляючи високий рівень домагань, що явно перевищує їх реальні можливості.

3. Взаємини з однолітками: наявність одного близького друга чи тільки компанії приятелів, становище серед товаришів (лідер, переслідуваний ізгой чи незалежний одинак тощо), причини вибору приятеля (за спільністю захоплень, для компанії, для розваг та ін.). Тільки шизоїдні типи визнають відверто свою самотність або особливе становище, дистанцію від однолітків. Гіпертимні та епілептоїдні особистості нерідко є реальними лідерами в компаніях однолітків – одні ватажки, інші володарі, – які зазвичай зовсім не схильні відкрито оголошувати про своє лідерство, навіть якщо їх компанії не підозрюються у відхиленнях. Гіпертими швидше схильні підкреслити, що на їх пропозиції приятелі охоче відгукуються, а епілептоїди – що їх поважають. При

істероїдних акцентуаціях особа нерідко готова зобразити себе лідером, хоча це більше відповідає бажаному, ніж дійсному. Нестійкі військовослужбовці до своїх компаній не виявляють ніякої прихильності та здатні легко змінити її на іншу, аналогічну.

4. Захоплення в сьогоденні та минулому: під чийм впливом було здійснено вибір, які були досягнуті результати, чому припинено ті чи інші захоплення. Нестійких цікавлять тільки азартні ігри та поверхнєве спілкування з однолітками. До спорту, навіть до сучасної музики вони байдужі. Тому захоплення як бар'єр для відхилень у поведінці на нестійких мало поширюються. Для інших вибір відповідного захоплення може виявитися важливим фактором, що відволікає від відхильної поведінки. Гіпертими схильні змінювати захоплення, але більш привабливі для них ті, які вимагають різнобічної живої активності (у спорті зазвичай надають перевагу іграм) і широкому спілкуванні, зміні обстановки. Епілептоїдним типам більш до вподоби силові види спорту і заняття, що вимагають ретельної акуратності, але обіцяють відчуття винагороду. Хобі для шизоїдного типу можуть бути центральним сенсом життя. Вони різноманітні, але, як правило, вимагають занять на самоті, хоча контакти з людьми, що їх розуміють, для них приємні.

5. Порушення поведінки в минулому: прогули, дрібне хуліганство, паління, випивки, втечі з дому, інших установ, були приводи в поліцію, чи перебував на обліку в інспекції у справах неповнолітніх і чому. На початку необхідно самому військовослужбовцю уявити можливість відповісти на ці питання, щоб з'ясувати, у чому той готовий зізнатися. Якщо ж виявиться, що інформації більше, ніж ним повідомлено, то після цього слід пред'явити її військовослужбовцю і запропонувати або пояснити, або спростувати чи прокоментувати та доповнити. Важливо зауважити – чи готовий військовослужбовець добровільно розкрити інформацію (більше, ніж про нього відомо).

6. Найважчі події в минулому і реакція на них: наявність в допризовний період суїцидальних думок або спроб і обставин, за яких вони виникли; чи відбувалися суїцидальні спроби (коли, яким чином, чому цей спосіб був обраний, місце здійснення тощо). Іноді військовослужбовці не можуть відповісти на питання про найбільш складні події в житті, з ким довелося розлучитися, за ким із близьких виникало почуття туги, відчаю (найбільш характерно для емоційно-лабільних військовослужбовців, що мають здатність сильної прихильності до близьких і друзів), коли та хто був покараний несправедливо (злопам'ятність найбільш характерна для епілептоїдних типів), де і коли, в якому суспільстві відчував себе важко (шизоїдний тип), у чому або в кому пережив розчарування (найбільш характерно для істероїдного типу).

7. Перенесені соматичні захворювання: корисно з'ясувати, як вони позначилися на навчанні та становищі серед однолітків. Наявність у сьогоденні та минулому порушень сну, апетиту, настрою тощо. Важливо дізнатися про можливі черепно-мозкові травми, особливо легкі, які могли залишитися поза увагою батьків, лікарів, вихователів. Чи була втрата свідомості і як довго, чи

були наслідки: нудота, блювота, головний біль, запаморочення, реакція на спеку і духоту, заколисування в транспорті, марення, висока температура та ін.

8. Сексуальні проблеми. Перш за все, потрібно усвідомити, що це питання вас цікавить тому, що зловживання наркотичними речовинами могло негативно позначитися на статевій сфері. Необхідно також попередити, що вся повідомлена військовослужбовцем інформація не буде передана нікому, якщо того не побажає він сам. Варто торкнутися проблеми першого кохання і наявності психологічних травм на цьому підґрунті (представники нестійкого типу рідко закохуються), самооцінки своєї привабливості та прихованих переживань з приводу своєї неповноцінності (частіше у шизоїдного типу), початку сексуального життя, чи були відхилення та ставлення індивіда до них. Розкриття сексуальних переживань і підтвердження суїцидальних думок у минулому є доказом достатньої відвертості військовослужбовця, якщо тільки він не ставить за мету видавати бажане за дійсне, яке може вплинути на його подальшу службу в НГУ. Одна з важливих ознак такої поведінки – це утрирування, перебільшення або наполегливе бажання виділити цю проблему, привернути до неї увагу.

Розмова з військовослужбовцем повинна проводитися у вигляді вільної невимушеної бесіди та бажано не виробляти записів в його присутності.

ЗАГАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕКСПРЕС-ТЕСТУ SNIPER™ 10



Рисунок Л.1 – Загальний вигляд експрес-тесту

Застосування: Sniper™ – являє собою якісний імунохроматографічний тест для виявлення наркотичних речовин та/або їх метаболітів у сечі людини. Тест призначений для професійного використання (див. рис. Л.1).

Показники чутливості тесту

<i>Вид наркотику</i>	<i>Пороговий рівень (нг/мл)</i>
Амфетамін (AMP)	1000
Кокаїн (COC)	300
Метамфетамін (METH)	1000
Морфін (MOR)	300
Марихуана (THC)	50
Барбітурати (BAR)	200
Бензодіазепіни (BZD)	300
Фенциклідин (PCP)	25
Метадон (MTD)	300
Екстазі (XTC)	500

Sniper™ – багатопрофільний тест на визначення наркотичних речовин у сечі надає лише попередній результат. Більш альтернативний хімічний метод повинен бути проведений для отримання заключного аналітичного результату. Газова хроматографія/Мас-спектрофотометрія є переважним методом підтвердження. Необхідно керуватися клінічними міркуваннями, професійним судженням під час розгляду результатів тестування сечі на вміст будь-яких

наркотичних речовин, особливо у разі отримання попередніх позитивних результатів.

Імунохроматографічний тест для виявлення наркотичних речовин у сечі є найбільш прийнятним методом для їх попереднього виявлення. Цей аналіз дає змогу відсіяти більшість негативних результатів та сконцентрувати свої зусилля на меншій кількості попередніх позитивних результатів.

Sniper™ – однокроковий, горизонтально-поточний імунохроматографічний аналіз. Тест-набір містить тест-смужки для визначення вищезгаданих наркотичних речовин, які складаються з:

– прокладки червоного кольору, що містить колоїдне золото у сполученні з антинаркотичними антитілами;

– нітроцелюлозної мембрани, що включає тест-лінію (**T-line**) та контрольну лінію (**C-line**). Лінія в зоні Т покрита антигеном наркотичної речовини; а лінія в зоні С покрита козячими антимишачими антитілами **IgG**.

В основу роботи зазначеного тесту покладено імунологічний механізм конкурентного зв'язку. Процес конкурентного зв'язку з обмеженою кількістю вільних антитіл на прокладці в місці внесення зразку відбувається між наркотичною речовиною або його метаболітом, з однієї сторони, та антигенами, які покривають нітроцелюлозну мембрану, з іншої.

У разі достатньої кількості сеча починає підніматися по капілярах мембрани за принципом хроматографії. Якщо рівень наркотичної речовини в сечі нижче порогового рівня, кон'югат колоїдного золота з антитілами буде взаємодіяти з антигенами, нанесеними на нітроцелюлозну мембрану в зоні Т лінії, у результаті чого утворюється червона лінія в зоні Т, яка вказує на негативний результат тестування.

Наркотична речовина зв'язується з антитілами, фіксованими на прокладці в місці внесення зразку, коли концентрація наркотичної речовини в сечі дорівнює пороговому рівню або вище, при цьому червона лінія не проявляється в зоні Т (**T-line**), що свідчить про позитивний результат.

Незалежно від наявності наркотичної речовини в сечі, кон'югат золото-антитіло зв'язується з реагентами в зоні С (**C-line**) та утворює лінію червоного кольору.

Комплектуючі та реагенти:

- Тест-набір в індивідуальній запаяній упаковці з вологопоглиначем.
- Піпетка.
- Інструкція.

Необхідні, але не надані матеріали:

- Контейнер для забору зразків сечі.
- Годинник.

Зберігання та стабільність:

Зберігати тест-набір можна при кімнатній температурі від 15 °С до 30 °С. Тест зберігає стабільність до моменту закінчення терміну придатності, зазначеному на запаяному пакеті. Не використовувати, якщо пошкоджена герметична упаковка або відсутній вологопоглинач.

Не заморожувати, не піддавати нагріванню вище 30 °С.

Застереження:

- Тест призначений лише для професійної in-vitro діагностики.
- Для отримання точних результатів завжди дотримуйтеся інструкції.
- Відкривайте запаяні пакети з тест-набором безпосередньо перед аналізом.
- Не використовуйте тест після закінчення терміну придатності.
- Знищуйте зразки та використані матеріали згідно з діючими санітарними нормами та правилами.

Забір та зберігання зразків:

- Зразок сечі необхідно збирати в чистий контейнер. Зразки не змішувати!
- Зразки зберігати при кімнатній температурі (15–30 °С) протягом 8 год, при температурі від 2 °С до 8 °С протягом 3-х днів та довготривалий час при –20 °С.
- Зразки сечі, які вміщують явний осад, необхідно профільтрувати або відцентрифужити, а потім дати відстоятися. Використовувати лише чисті зразки!

Процедура тестування:

Охолоджені зразки та інші матеріали повинні бути доведені до кімнатної температури перед тестуванням.

- Дістаньте тест-набір із запаяного пакета та покладіть на рівну поверхню. Нанесіть номер зразка сечі на тест-набір.
- Зніміть ковпачок із тест-набору і проведіть тестування методом занурення чи крапельним методом.

I. Метод занурення:

- Опустіть кінець тест-набору в зразок сечі на 10 с. Занурте тест у сечу таким чином, щоб вона залила віконце, що помічене “sample well”, але не піднімалася вище вертикальних стрілочок, нанесених на тест-смугах.
- Зазначте час.
- Дістаньте тест із сечі через 10 с.
- Одягніть ковпачок на тест-набір та покладіть на рівну, суху поверхню.
- Облік результатів тестування проведіть між 4 та 7 хв.

II. Крапельний метод (рекомендується при незначній кількості зразка сечі):

- Покладіть тест-набір на чисту та рівну поверхню.
- Дістаньте піпетку із пакета та наберіть в неї зразок. Тримаючи піпетку вертикально, внесіть 10–12 крапель сечі у лунку на пристрої з одного боку, що помічена “sample well”. Уникайте потрапляння бульбашок повітря у лунку.
- Переверніть тест на інший бік і внесіть 10–12 крапель зразку в лунку, набравши сечу в піпетку до зазначеної мітки.
- Зазначте час.
- Облік результатів тестування проведіть між 4 та 7 хв.

Інтерпретація результатів тестування:

УВАГА: Не брати до уваги результати, отримані після 7-ї хв з початку тестування. Не порівнювати інтенсивність забарвлення ліній одного тесту з іншими.



Позитивний результат:

Відсутність лінії в зоні Т за наявності її в зоні С є позитивним результатом на цей наркотик.

Зразки сечі із позитивним результатом повинні бути перевірені більш досконалим методом до винесення кінцевого висновку.

Негативний результат:

У разі появи ліній у зонах С і Т, тест показує, що наркотиків немає в зразку чи вміст відповідних наркотиків та/або їх метаболітів у сечі людини нижче порогового рівня.

Дуже тонка лінія в зоні Т повинна трактуватися як негативний результат.

Недійсний результат:

Якщо лінія в зоні С не проявляється протягом 4 хв на будь-якій смужці, результат вважається недійсним. Повторіть тестування, використовуючи новий тест-набір.

Отже:

Дві лінії (С і Т) – наротику немає.

Одна лінія (С) – наркотик є.

Лінії відсутні або одна лінія Т – аналіз необхідно повторити.

Контроль якості:

Вбудований контроль. Цей тест має вбудований контроль якості – лінія в зоні С. Наявність лінії в зоні С показує, що необхідна кількість зразку сечі була використана і реагенти були розподілені вірно. Якщо лінія в зоні С не проявляється, то тестування вважається недійсним. У цьому випадку повторіть усю процедуру, використовуючи новий тест-набір.

Зовнішній контроль. Користувачам завжди необхідно керуватися відповідними документами з використання зовнішніх контролів. Як зовнішні контролі SAMHSA рекомендує використовувати зразки сечі із вмістом наркотиків у позитивному та негативному контролях на рівні 25 % вище та нижче встановленого порогового рівня.

Обмеження:

– Дані, отримані шляхом цього тестування, надають лише попередній якісно-аналітичний результат. Більш детальний, альтернативний хімічний метод повинен бути застосований для отримання підтверджувального аналітичного результату.

– Пристрій призначено виключно для тестування сечі людини.

– Речовини, такі як відбілювачі або інші сильні окислювачі, у випадку додавання у зразок сечі, можуть призвести до появи невірних результатів аналізу. У випадку підозри, необхідно зібрати свіжий зразок та повторити тестування, використовуючи новий пристрій.

Зразки, які підлягають ймовірному бактеріальному забрудненню, не використовувати! Подібне забруднення може спричинити появу невірного результату тестування.

ЛАБОРАТОРНІ ТЕСТИ

Опіоїди. Токсикологічний скринінг сечі (час визначення після останнього прийому: до 2–4 днів). Якщо скринінг позитивний для опіоїдів, то за необхідності проводиться специфічний тест на морфін, кодеїн тощо. Результати аналізів не дозволяють встановити, чи мало місце клінічне чи незаконне вживання цих речовин. Також неможливо встановити, яка речовина вживалася – героїн, кодеїн чи морфін, якщо у сечі виявлено малі концентрації морфіну чи кодеїну. Вживання всередину великої кількості макового сім'я може призвести до позитивного результату при імуноферментному аналізі протягом 60-ти год після прийому маку. Щоб диференціювати вживання сімені маку і прийом героїну, необхідно визначити ацетил морфін (метаболіт героїну) за допомогою газової хроматографії і мас-спектрометрії. Метадон необхідно аналізувати окремо. Фентаніл та його аналоги не визначаються рутинними методами.

Каннабіс. Токсикологічний скринінг сечі (час визначення після останнього прийому: для того, хто вживав час від часу – протягом 1–3 діб; для тих, хто вживає постійно і у високих дозах – 1 місяць і більше).

Депресанти. Токсикологічний скринінг сечі (час визначення після останнього прийому: до 1 тижня; при хронічному вживанні барбітуратів – до кількох тижнів; у разі тривалого, постійного вживання бензодіазепінів – до кількох тижнів і місяців). Ксанакс (алпразолам) може не визначатися рутинними методами. Якщо є підозра на вживання алпразоламу, необхідне специфічне дослідження за допомогою газової хроматографії і мас-спектрометрії.

Стимулятори. Токсикологічний скринінг сечі (час визначення після останнього прийому: 24–48 год).

Кокаїн. Імунні методи аналізу, хроматографія і мас-спектроскопія, токсикологічний скринінг сечі (час визначення після останнього прийому: 12–48 год).

Галюциногени. Токсикологічний скринінг сечі (час визначення після останнього прийому: для фенциклідіну – від кількох діб до кількох тижнів; для LSD – до 12 год, метаболітів LSD – до 2 діб), міоглобінурія, підвищення рівня КФК і креатину/білірубину для фенциклідіну.

Інгалянти. Розгорнутий аналіз крові, тести функції печінки та тести функції нирок.

ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ

Гіпертимна акцентуація. Військовослужбовці, які мають таку акцентуацію характеру, вирізняються слабкою стійкістю до впливу компаній як щодо спокуси алкогольного зловживання, так і наркотичного. Взяти, наприклад, гашиш. Цей препарат може виступати засобом групової комунікації, згуртування та єднання групи тощо. До застосування більш серйозних, внутрішньовенних уведень наркотиків гіпертими менш схильні, оскільки за відсутності групової підтримки тяжіння до “кайфу” у них різко знижується. Також цей тип мало приваблюють транквілізатори. Зате можуть виявитися вельми співзвучними гіпертимній натурі стимулятори, що призводять до гіпоманіакальних станів, тобто викликають збуджений стан усього організму. Головною особливістю зазначеного типу є можливість вживання досить тривалого періоду часу наркотичних і токсичних засобів без фізичної залежності. Встановлено, що притаманне гіпертимному типу постійне прагнення до діяльності, живий інтерес до подій навколо, наявність і прагнення до реалізації будь-яких планів і загальна схильність організму до підвищеного тону перешкоджає швидкому розвитку індивідуальної психічної залежності. Такий тип відрізняється наркотичною цікавістю, тобто намагається спробувати на собі дію різних засобів.

Циклоїдний тип, як показує досвід, може перебувати в різних стадіях: а) у гіпертимній фазі поводить відповідно щодо наркотичної інтоксикації (коли закінчується подібна фаза, то, зазвичай, припиняються і зловживання); б) у субдепресивній фазі – може з'явитися бажання поліпшити настрій. Спроби зробити це за допомогою наркотиків найчастіше не дають очікуваного ефекту. Стимулятори здатні викликати внутрішній неспокій і тривогу, прискорене серцебиття та ін. Транквілізатори, навпаки, діють позитивно, покращуючи настрій, знімаючи тривожність тощо.

Лабільний тип сам по собі не має великої схильності до вживання наркотичних і токсичних засобів, але під впливом компанії такі факти мають місце. Також доведений той факт, що цей тип більш схильний до токсикоманії, а саме до використання інгалянтів.

Сенситивний і психастенічний типи акцентуації характеру відрізняються природною стійкістю організму стосовно спокус. Зазначені типи мають такі риси характеру, як боязкість, сором'язливість, вразливість, ранимість, унаслідок яких ускладнений комунікативний процес спілкування. У такому випадку фактор ризику підсилює не компанія, а стресові ситуації, що протікають по наростаючій і створюють більше психологічне навантаження і перенапруження (нічні караули, виконання одночасно декількох термінових завдань та ін.). Виникає певна, так звана ситуативна залежність. Як правило, психічної залежності не виникає.

Шизоїдна акцентуація характеру в силу природних, фізіологічних і психічних особливостей належить до групи ризику. Цей тип може проявляти більшу схильність до препаратів опію і гашишу, оскільки саме вони викликають стан заспокоєння, мрій, що досить співзвучний наведеному типу акцентуації. Для цього типу притаманні також і внутрішньовенні уведення наркотиків, що спричиняють у них швидку фізичну і психічну залежність.

Епілептоїдна акцентуація характеру. Ставлення до наркотичних і токсичних препаратів є вкрай негативним найчастіше через заподіяння шкоди власному здоров'ю. Проте від навернення до так званих “легких” дурманних засобів (стимуляторів) цей тип не застрахований, що також легко може спричинити призвичаєння і збільшення доз, з подальшим долученням до більш сильно діючих препаратів.

Істероїдні акцентуації. Природжена психічна нестійкість, що викликає відповідні зміни у фізіології такого типу, сприяє його удаванню до стимуляторів, які допомагають особі набути впевненості в собі, у своїх силах, здібностях, підживлюють вроджене почуття лідерства в колі своєї компанії. Часто, в оточенні друзів і знайомих подібні індивіди свідомо “рекламують” із значною мірою перебільшення свої знання і відчуття від уживання наркотичних або токсичних засобів.

Нестійкий тип акцентуації характеру виокремлюються найбільш підвищеним ступенем ризику, не відрізняючися при цьому особливою розбірливістю у виборі наркотичного або токсичного засобу.

На практиці часто зустрічаються змішані типи, наприклад, такі як: гіпертимно-нестійкий, лабільно-нестійкий, істероїдно-нестійкий тощо, що створюють більший чи менший ступінь ризику наркотичного зараження.

ТИПИ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, СХИЛЬНИХ ДО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Таблиця Н.1

Ставлення до:	Істероїдний	Лабільний	Епілептоїдний	Нестійкий	Гіпертимний
батьків	незалежне, демонстративне	досить прив'язані	холодно, відчужено	байдуже	терпимо
навчання	вибіркове	старанне	акуратне, скрупульозне	без інтересу	швидко засвоюють, але ліниві
товаришів	зневажливе, демонстративне	за настроєм	жорстке, обачливо, навіть жорстоко	поверхневі контакти	позитивне, протекційне
старших і літніх людей	поблажливе	шанобливе	агресивно або улесливо, в залежності від обставин	не відчують вікової дистанції	прагнуть до спілкування на рівних
дисципліни	демонстративне ігнорування	пасивно-підлегле	позитивне	буквальне	негативне
покарання	пасивне	сприйнятливе та сильно переживають	негативне, з бурхливою реакцією, пролонговане	короткочасне, пасивне, з елементами негативу	активно-негативне, короткочасне
грошей	зневажливо-марнотратне	спокійне, байдуже	ощадливе, скупе	безвідповідальне	часто беруть в борг
нового	у зв'язку з особистим самоствердженням	з недовірою	обережне, з побоюванням	є прагнення, але без докладених зусиль	прагнення постійне
майбутнього	нереальні, утопічні	песимістичне	розважливе, реалістичне	байдуже та безвідповідальне	оптимістичне
самотності	потребує уваги і оточення	погано переносять	спокійне	погано переносять	тяжке
пригод і ризику	не прагнуть	намагаються уникати	тільки заради власної наживи і збагачення	заради задоволення	з щирим задоволенням
лідерства	до перших труднощів	не прагнуть	владні, жорстокі, авторитарні	не прагнуть, податливі, відомі	сильне прагнення
критики	негативне	терпиме	болісне, з емоційним вибухом	негативно-пасивне	активно-негативне
невдач	демонстративно-відчайдушне	сильно переживають, часто плачуть	сильно переживають	байдуже	сильно і відкрито переживають

Кінець таблиці Н.1

незнайомих людей	справляють гарне враження	обережне	недовірливе, підозріле	з інтересом	з інтересом
опіки і повчання	зневажливе	позитивне	негативне	нейтральне	терпиме
вільного проведення часу	велике бажання участі у художній самодіяльності	намагаються проводити в колі сім'ї	люблять відпочивати одні	у компанії	у компанії
алкоголю і наркотиків	нехтують	намагаються уникати	відкриті для нових відчуттів, далеко від сторонніх очей	алкоголь, наркотики – у компанії	алкоголь – у компанії, наркотики – з цікавості
тварин	люблять екзотику	дбайливо	жорстке, іноді жорстоке	мало цікаві	добродушне, протекційне
образ від інших компанії	демонстративно образливі	швидко прощають	мстиві, злопам'ятні	задержують, але боягузливі	поблажливе, короткочасне
мовлення	зарозуміле, наповнене висловлюваннями, висловами тощо	негучне, тихе, рівномірне, спокійне, з низькою інтонацією голосу	повільне, ґрунтовне, послідовне, з застряганням	нерівномірне, метушливо-прискорене, виклад думок непослідовний	чітке, рівне, гучне, образне
почерку	з натиском. Букви великі (з завитками, прикрасами тощо)	пасивний, м'який, некрупний. Характерні граматичні помилки	твердий, чіткий. Букви середньої величини. Фонетичні помилки	нестабільний. Букви різної величини, зменшуються до кінця фрази. Чергування роздільних і злитих букв, шрифт ближче до друкованого, незграбний або безформний. Помилки в граматиці, пунктуації, фонетиці	твердий. Букви великі, з'єднані між собою, чергування друкованих та прописних

ЕТАПИ РОЗВИТКУ НАРКОТИЧНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

1. Полісубстантний

Початковий етап належить до перших проб, має стихійний характер і служить початком відхилення. У процесі вивчення було виявлено близько 42 % представників, що вперше вжили наркотичні засоби в компанії друзів або товаришів по службі:

- а) відчуваючи бажання, тобто добровільно;
- б) за компанію;
- в) під тиском оточуючих військовослужбовців.

У момент першого застосування військовослужбовці, у більшості випадків, вважали за краще першими застосувати інгалянти – 51 %, поодинокі випадки, коли для первинного застосування обиралися сильнодіючі препарати опію, стимулятори або галюциногени. Далі простежувалася картина по двох напрямках: перший – відмова від вживання на невизначений час (12 %) (специфіка інтервалу тимчасових рамок у кожного спостережуваного виражалася індивідуально) через неприємні відчуття, викликані інтоксикацією, страх призвичаїтися до певної речовини, загроза покарань, що буває набагато рідше, ніж перші два і в подальшому наступне повернення до їх застосування; друге – періодичне застосування в певному ритмі з метою отримання задоволення. Слід зазначити, що ритмічна послідовність і частота прийому, так само, як і в першому випадку, виражалася у кожного індивідуально.

Етап пошукового “полінаркотизму” набував сили тоді, коли після перших проб поставали повторні. У цьому випадку вживалися то різні токсичні речовини, то алкоголь, у тому числі доступні наркотики поперемінно, то синтезувалися, наприклад, таблетки з наркотичними компонентами, так звані “колеса”, які запивають алкоголем та ін. Це відбувалося зазвичай у компанії друзів або товаришів по службі, які збиралися для спільного проведення часу, а наркотичні речовини в цих ситуаціях використовувалися для зняття нервової напруги, стресу, або, навпаки, для посилення активності, збудження, покращення настрою (для “веселощів”). У більшості випадків добиралися засоби, які дають змогу під час спілкування знімати психологічний бар’єр, “допомагають” спілкуватися, а також для сексуальних фантазій та їх здійснення, які мають місце при вживанні особливих інгалянтів. Таке вживання наркотичних речовин застосовувалося тільки в тісних рамках певного кола (компанії) і не виносилося за його межі. Поза межами своєї компанії наркотичні речовини не вживалися.

Заключний етап підбору характеризується тим, що віддається перевага якомусь одному наркотичному засобу. На зазначеному етапі наркотичної залежності як такої у групі товаришів ще не було. Хоча на цьому етапі спостерігалось прагнення в отриманні задоволення, приємних відчуттів, “гедоністичних” установок.

Етап групової, психічної залежності. Наркотичний потяг на цьому етапі та потреба в його вживанні виникала негайно, досить було побратимам компанії опинитися у вже знайомому місці. Бажання поза межами компанії не виникало (так звана “уявна залежність”). Індивідуальна психічна залежність як перша ознака ще була відсутня.

2. Моноsubстантний

З моменту першої проби та до формування наркотичної залежності обстежуваний використовував тільки один засіб. Початковий етап підбору має дуже багато схожого з попереднім типом. Подальше застосування однієї речовини мало епізодичний характер (як було зазначено вище, часовий діапазон за темпом і ритмом застосування та динаміка у кожного із спостережуваних індивідуальні). Згодом також відбувався процес формування групової, психічної залежності. Що стосується застосування інших речовин, то їх вживання відбувалося, зазвичай, у тому випадку, якщо був відсутній основний засіб. Набагато рідше додаткові речовини використовувалися з метою різноманітності або посилення наркотичної дії.

СИМПТОМИ ІНТОКСИКАЦІЇ І ПЕРЕДОЗУВАННЯ РІЗНИМИ ВИДАМИ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Вид психоактивних речовин	Інтоксикація	Передозування
Опіати	Звуження зіниць Свербіж Заспокоєння/Сонливість Зниження АТ Уповільнення пульсу Гіповентиляція	Втрата свідомості Пригнічення дихання Точкові зіниці Артеріальна гіпотензія Брадикардія Набряк легенів
Алкоголь	Заспокоєння Загальмованість Порушення координації Порушення оцінки Зниження концентрації Порушення мовлення Атаксія Блювання	Дезорієнтація/Розгубленість Пригнічення дихання Втрата свідомості Мимовільне сечовипускання
Бензодіазепіни (діазепам, оксазепам, флунітразепам)	Загальмованість Заспокоєння Слиноотеча Дискоординація Порушення мовлення Зниження АТ Запаморочення	Ступор/Кома Атаксія Розгубленість Пригнічення дихання
Стимулятори (амфетамін, кокаїн)	Гіперактивність Невгамовність Збудження Неспокій/Нервозність Сильне розширення зіниць Підвищення АТ Підвищення частоти пульсу Підвищення температури Потовиділення Тремор	Паніка Гострий параноїдний психоз Серцева аритмія Ішемія міокарду Гіпертензивний криз Цереброваскулярні порушення Гіперпірексія Дегідратація
Каннабіноїди	Розслаблення Зменшення концентрації Зменшення психомоторної активності Порушення рівноваги Ін'єкція судин склер	Параноїдний психоз Розгубленість Збудження Неспокій/Паніка Галюцинації

12. Мовна здатність: не порушена, зв'язність висловлювань, порушення артикуляції, змазаність мови та інше (підкреслити)

13. Вегетативно-судинні реакції (стан шкірних покривів, слизових оболонок очей, язика, спитніння, слинотеча) _____

Дихання: не змінене, прискорене, уповільнене (підкреслити), кількість подихів на хвилину _____

Пульс _____ Артеріальний тиск _____

Зіниці: не змінені, звужені, розширені; реакція на світло: жива, млява (підкреслити)

Ністагм при погляді вбік _____

14. Рухова сфера _____

Міміка: звичайна, млява, жвава _____

Хода (хитка, розкидування ніг під час ходи), хода зі швидкими поворотами (без хитань, хитання при поворотах), поза Ромберга (описати)

Точні рухи (підняти монету з підлоги, пальце-носова проба)

Тремтіння повік, язика, пальців рук (підкреслити)

15. Чи є ознаки нервово-психічних захворювань, органічного ураження центральної нервової системи, фізичного виснаження. Перенесені травми (зі слів обстежуваного) _____

16. Відомості про останнє вживання алкоголю або наркотичних речовин чи лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції: суб'єктивні та об'єктивні (згідно з документами, іншими джерелами)

17. Запах алкоголю з рота _____

18. Використання технічних засобів для визначення наявності або вимірювання вмісту етилового спирту у видихуваному повітрі (відповідно до встановленого рівня).

Час обстеження, назва спеціального технічного засобу, за наявності – його номер, дата останньої повірки, результат обстеження

Обстеження через 20 хвилин. Час обстеження, назва спеціального технічного засобу, за наявності – його номер, дата останньої повірки, результат обстеження

19. Інші прояви та симптоми _____

20. Висновок та діагноз за результатами огляду _____

Лікар (фельдшер), який проводив огляд _____
(підпис)

21. Лабораторна діагностика з метою уточнення наявних речовин впливу:
час проведення лабораторних тестів _____;
досліджуване біологічне середовище (сеча, слина, кров, змиви поверхні губ,
шкіри обличчя, рук) (необхідне підкреслити)

22. Дата і час відбору _____

23. Метод лабораторного тестування _____

24. Результат лабораторних тестів _____

25. Заключний діагноз (за результатами огляду та тестів)

Лікар-нарколог _____
(дата) (підпис) (П.І.Б.)

ПРОТОКОЛ
серія № _____
про військове адміністративне правопорушення,
передбачене ч. _____ ст. _____ КУпАП

“ ____ ” _____ 20__ р.

(назва населеного пункту)

Я,

(посада, найменування військової частини,

військове звання, прізвище, ім'я та по батькові особи, яка склала протокол)

керуючись статтями 254, 255, 256 Кодексу України про адміністративні правопорушення, склав цей протокол про те, що військовослужбовець:

1. Військове звання, прізвище, ім'я та по батькові

2. Дата та місце народження _____

3. Громадянство _____

4. Місце служби і посада _____

5. Місце проживання _____

6. Чи піддавався протягом року адміністративному стягненню _____

7. Особа, яка притягається до адміністративної відповідальності, засвідчується _____

(документ, коли і ким виданий, серія, номер)

“ ____ ” _____ 20__ р.

(дата, час, місце вчинення і суть військового адміністративного правопорушення)

чим вчинив правопорушення, передбачене ч. ____ ст. _____ КУпАП.

Свідки правопорушення

1. _____, адреса _____
_____, підпис _____

2. _____, адреса _____
_____, підпис _____

Потерпілі

1. _____, адреса _____
_____, підпис _____
2. _____, адреса _____
_____, підпис _____

Правопорушенням заподіяна матеріальна шкода _____

(сума в гривнях словами)

Військовослужбовцю _____ роз'яснено зміст статей 55, 56, 59, 63 Конституції України, а також його (її) права та обов'язки, передбачені статтею 268 Кодексу України про адміністративні правопорушення (має право: знайомитися з матеріалами справи, давати пояснення, подавати докази, заявляти клопотання; при розгляді справи користуватися юридичною допомогою адвоката, іншого фахівця в галузі права, який за законом має право на надання правової допомоги особисто чи за дорученням юридичної особи, виступати рідною мовою і користуватися послугами перекладача, якщо не володіє мовою, якою ведеться провадження; оскаржити постанову по справі).

Підпис особи, яка притягується до військової адміністративної відповідальності _____

Від підпису щодо підтвердження ознайомлення зі змістом зазначених норм відмовився.

Підпис особи, яка склала протокол _____

Підписи присутніх осіб: 1. _____
2. _____

Пояснення військовослужбовця, який притягується до адміністративної відповідальності

(у разі відмови військовослужбовця, який притягується до адміністративної відповідальності,

від пояснення або підписання протоколу про це робиться запис посадовою особою, яка склала протокол)

Підпис особи, яка притягується до адміністративної відповідальності _____

Від надання пояснень та підписання протоколу відмовився в присутності:

Підписи присутніх осіб: 1. _____
2. _____

До протоколу додається: _____

Підпис особи, яка склала протокол _____

НАЦІОНАЛЬНА ГВАРДІЯ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

Найменування закладу

АКТ

**медичного огляду з метою виявлення стану алкогольної, наркотичної чи
іншої гострої інтоксикації № _____**

Дата заповнення (число ___ місяць ___ рік ___ год ___ хв. ___)

1. Прізвище, ім'я, по батькові

особи _____

2. Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(число, місяць, рік)

3. Назва та номер документа, що посвідчує обстежувану особу (за наявності)

4. Ким та коли (точний час) направлена на огляд

5. Назва і номер документа, що посвідчує особу, яка доставила обстежуваного на огляд _____

6. Дата і точна година огляду _____

7. Ким оглянута (прізвище лікаря (фельдшера), ім'я, по батькові)

8. Назва закладу охорони здоров'я, де проводився огляд

9. Зовнішній вигляд обстежуваної особи: стан одягу, шкіри, наявність пошкоджень (поранення, забиті місця, точна локалізація, характер пошкодження тощо) _____

10. Поведінка обстежуваної особи: адекватна, напружена, замкнута, роздратована, збуджена, агресивна; ейфорична, балакуча, метушлива; настрій нестійкий, млявий, загальмований (підкреслити), скарги на свій стан (на що саме) _____

11. Стан свідомості, орієнтування на місці, у часі та власній особистості

12. Мовна здатність: не порушена, зв'язність висловлення, порушення артикуляції, змазаність мови та інше (підкреслити)

13. Вегетативно-судинні реакції (стан шкірних покривів, слизових оболонок очей, язика, спітніння, слинотеча)

Дихання: не змінене, прискорене, уповільнене (підкреслити),

Кількість подихів/хв. _____; Пульс _____; АТ _____

Зіниці: не змінені, звужені, розширені; реакція на світло: жива, млява

Ністагм при погляді вбік _____

14. Рухова сфера _____

Міміка: звичайна, млява, жвава _____
Хода (хитка, розкидування ніг під час ходи), хода зі швидкими поворотами (без хитань, хитання при поворотах), поза Ромберга (описати)

Точні рухи (підняти монету з підлоги, пальце-носова проба)

Тремтіння повік, язика, пальців рук (підкреслити)

15. Чи є ознаки тяжкого психічного розладу : _____

16. Відомості про останнє вживання алкоголю або наркотичних речовин чи лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції: суб'єктивні та об'єктивні (згідно з документами, іншими джерелами)

17. Запах алкоголю з рота _____

18. Використання технічних засобів для визначення наявності або вимірювання вмісту етилового спирту у видихуваному повітрі (відповідно до встановленого рівня). Час обстеження, назва спеціального технічного засобу, за наявності – його номер, дата його останньої повірки, результат обстеження

Обстеження через 20 хвилин. Час обстеження, назва спеціального технічного засобу, за наявності – його номер, дата його останньої повірки, результат

19. Інші прояви та симптоми _____

20. Обстеження за допомогою скринінгових експрес-методів на вживання психоактивних речовин _____

21. Висновок (попередній) за результатами медичного огляду _____

22. Посада, військове звання, прізвище, ім'я та по батькові особи, присутньої під час проведення огляду _____

23. Назва і номер документа, що посвідчує особу, яка присутня під час проведення огляду _____

24. Посада, військове звання, прізвище, ім'я та по батькові особи, присутньої під час проведення огляду _____

25. Назва і номер документа, що посвідчує особу, яка присутня під час проведення огляду _____

26. Підпис обстежуваної особи про ознайомлення з результатами огляду _____

Особа, присутня під час огляду _____
(підпис, П.І.Б.)

Особа, присутня під час огляду _____
(підпис, П.І.Б.)

Лікар (фельдшер), який проводив огляд _____
(підпис, П.І.Б.)

М.П.

(підпис, П.І.Б.)

10. Висновок огляду (повідомляється в присутності поліцейського) (зайве викреслити): 1) гр. _____

(П.І.Б.)

перебуває у стані _____ сп'яніння;

2) у гр. _____

(П.І.Б.)

_____ ознак сп'яніння не виявлено.

11. Підпис обстежуваної особи про ознайомлення з результатами огляду

12. Лікар (фельдшер), який проводив огляд

_____ (підпис, П.І.Б.)

М.П.

Навчальне видання

Мацегора Яніна Володимирівна
Колесніченко Олександр Сергійович
Приходько Ігор Іванович
Волков Ігор Миколайович
Волкова Владислава Ігорівна

ПРОФІЛАКТИКА ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ
НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

Практичний посібник

Редактор *Т. М. Требушкова*

Коректор *О. І. Тіщенко*

Комп'ютерне макетування *А. О. Теплової*

Формат паперу 60×84/16. Ум. друк. арк. 10,69. Тираж 30 прим. Зам. № 351.

Видавець і виготовлювач Національна академія Національної гвардії України

Свідоцтво про державну реєстрацію ДК № 4794 від 24.11.2014 р.

пл. Захисників України, 3, м. Харків, 61001