



**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ
ГВАРДІЇ УКРАЇНИ**

**КОНТРОЛЬ НАРКОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ТА РАННЄ
ВИЯВЛЕННЯ ВІСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ,
ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ**

Навчальний посібник

**Харків
2016**

ББК
УДК 615.015.6 – 355.33

Рекомендовано Вченою радою Національної академії Національної гвардії України як навчальний посібник (протокол № 14 від 21.11.2016 р.)

Рецензенти:

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

А.В. Стаднік, доцент кафедри військового навчання та виховання Національної академії Національної гвардії України, к.мед.н., доцент.

Контроль наркологічної ситуації та раннє виявлення військовослужбовців, які вживають психоактивні речовини: навч. посіб. / І. І. Приходько, Я. В. Мацегора, І. В. Воробйова та ін.; за заг. ред. проф. І.І. Приходька; 2-ге вид. – Х. : НА НГУ, 2016. – 107 с.

У навчальному посібнику викладено методику контролю наркологічної ситуації і раннього виявлення вживання психоактивних речовин військовослужбовцями Національної гвардії України. Дана методика складається з трьох змістових блоків, в яких відображено особливості диференціації особового складу за цілями профілактичної роботи, рекомендації щодо заходів первинної профілактики для кожної з виділених категорій військовослужбовців; наведено ознаки сп'яніння та гострого отруєння різними типами психоактивних речовин, представлено засоби і процедури виявлення наявності наркотиків у організмі військовослужбовців; висвітлено зміст і заходи вторинної профілактики, надано принцип розподілу військовослужбовців за групами вторинної профілактики і рекомендовано профілактичні заходи стосовно цих груп.

Навчальний посібник призначений для офіцерів по роботі з особовим складом, офіцерів-психологів, лікарів-психіатрів, викладачів, слухачів магістратури спеціальності «Військово-соціальне управління», аспірантів, ад'юнктів, курсантів та студентів вищих військових навчальних закладів – майбутніх психологів, а також слухачів курсів вдосконалення кваліфікації офіцерського складу психологічного профілю.

Авторський колектив:

І.І. Приходько, д.психол.н., професор (вступ, розділ 2-3); **Я.В. Мацегора**, к.психол.н., с.н.с. (розділ 1-2); **І.В. Воробйова**, к.психол.н., с.н.с. (розділ 2-3); **І.І. Ліпатов**, к.психол.н., професор (розділ 1); **М.І. Товма**, к.психол.н., доцент (розділ 3).

© Національна академія Національної гвардії України, 2016

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1	
ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У НАЦІОНАЛЬНІЙ ГВАРДІЇ.....	6
1.1. Мотиви вживання наркотичних речовин та типологія військовослужбовців, які входять до групи ризику вживання наркотичних препаратів.....	6
1.2. Загальна первинна профілактика вживання наркотиків	14
1.3. Заходи щодо виявлення категорій військовослужбовців, як цільових груп первинної профілактики вживання наркотичних речовин та її здійснення	19
РОЗДІЛ 2	
ВИЯВЛЕННЯ ОЗНАК НАРКОТИЧНОГО СП'ЯНІННЯ ТА НАЯВНОСТІ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	26
2.1. Ознаки наркотичного сп'яніння	27
2.2. Визначення симптомів передозування	37
2.3. Стадії наркотичної залежності.....	39
РОЗДІЛ 3	
ПРОГНОЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА МЕДИЧНИХ ЗАСОБІВ ПОЗБАВЛЕННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ	48
3.1. Ефективність лікування наркозалежності та її залежність від тяжкості стану військовослужбовця	48
3.2. Визначення градацій оточення військовослужбовця, який вживав наркотики, та відповідних ним заходів вторинної профілактики.....	49
ЗАКЛЮЧЕННЯ	56
ДОДАТКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	106

ВСТУП

Національна гвардія України, наряду з іншими правоохоронними органами, виступають одним із основних об'єктів боротьби з розповсюдженням наркотиків та профілактики цього негативного явища серед населення. Але, на жаль, слід констатувати, що проблема вживання наркотиків стає актуальною й серед військовослужбовців.

Цьому передують ряд причин, серед яких:

- специфіка діяльності військовослужбовців, яка полягає у частих контактах з наркоманами, розповсюджувачами та особами, які виготовляють наркотики;
- недостатність контролю за зберіганням вилучених наркотичних речовин та можливість їх реалізації, з метою отримання додаткового заробітку;
- значна вірогідність попадання під вплив представників наркобізнесу;
- недостатня якість проведення щорічного профілактичного медичного та наркологічного огляду військовослужбовців;
- недостатній контроль керівників за поведінкою підлеглих поза службою та вивчення їх сімейно-побутових особливостей життя.

Ще однією причиною погіршення наркологічної ситуації у Національній гвардії є досить великий відсоток осіб, що вживають чи мали досвід вживання наркотичних препаратів серед юнаків призовного віку.

Негативним є і те, що чимало сучасних призовників мають недоліки у шкільному і родинному вихованні, а також мають риси особистісної незрілості, що полегшує їх потрапляння під вплив поширювачів наркотиків вже під час служби у Національній гвардії при послабленні контролю з боку командирів підрозділів, де вони проходять службу.

Усі ці негативні наслідки призводять до того, що на сьогодні у Національній гвардії час від часу з'являються особи, які вживають наркотичні речовини. Ця ситуація небезпечна не лише зрозумілою загрозою для життя і здоров'я, яку несе військовослужбовець у стані наркотичного сп'яніння, але й тим, що вживання наркотиків потребує фінансових ресурсів, що в ситуації досить слабого матеріального утримання військовослужбовців може призвести до крадіжок військового майна та формування дилерської мережі – звичайного способу заробляння грошей на дозу у наркоманів. Зрозуміло, що таку мережу наркозалежний військовослужбовець буде будувати у своєму оточенні.

Аналізуючи наркологічну ситуацію, що склалася у Національній гвардії, вбачається необхідність у трьох блоках заходів, що покликані контролювати наркологічну ситуацію (див. рис. 1).

Якщо первинна профілактична робота є типовим заходом, що спрямована на попередження фактів вживання наркотичних препаратів і формування залежності від них у військовослужбовців, то інші фактори є необхідними внаслідок несприятливих ситуацій з вживанням наркотиків у країні (більше

половини школярів пробували той чи інший наркотик) і ставлення цивільного населення до військовослужбовців, що вживають наркотики.

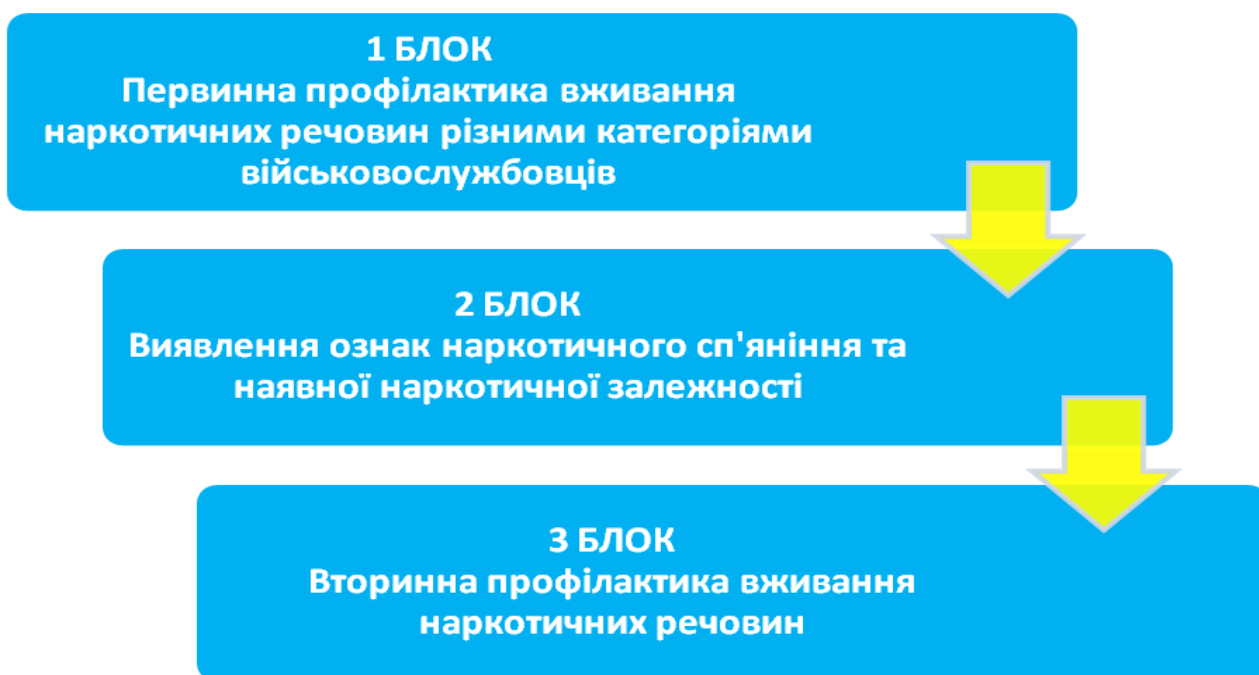


Рис. 1. Методика роботи з контролю наркологічної ситуації у Національній гвардії України.

Наркотики набули такого поширення, що вважати військовослужбовців недосяжними для їх впливу є легковажним. До Національної гвардії потрапляють деякі особи, які вже мають досвід вживання наркотичних речовин. Виконання службових обов'язків інколи є пов'язаним з контактуванням з особами, які вживають чи поширюють наркотичні препарати. Все це робить необхідним розроблення заходів, що сприятимуть виявленню осіб, які вживають наркотичні речовини серед військовослужбовців.

Не підлягає сумніву той факт, що військовослужбовці із сформованою залежністю за рішенням ВЛК підлягають звільненню з Національної гвардії. Проте сам факт, що колишній військовослужбовець став наркозалежним під час служби у Національній гвардії має негативний вплив на імідж військ серед цивільного населення і непедагогічно впливає на призовників, військовослужбовців строкової служби та військової служби за контрактом тих підрозділів, де проходив службу наркозалежний. Це робить актуальним проведення лікування і реабілітації колишнього військовослужбовця, який став наркозалежним під час служби у Національній гвардії, та заходи вторинної профілактики серед його оточення, для подолання негативних наслідків такого прецеденту.

Таким чином, запропоновані заходи контролю наркотичної ситуації покликані присікти будь-яку можливість проникнення та поширення наркотиків серед військовослужбовців Національної гвардії, спрямовані на попередження та раннє виявлення вживання наркотиків військовослужбовцями Національної гвардії України.

РОЗДІЛ 1

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У НАЦІОНАЛЬНІЙ ГВАРДІЇ

1.1. Мотиви вживання наркотичних речовин та типологія військовослужбовців, які входять до групи ризику вживання наркотичних препаратів

Пристрасть до наркотичних засобів виникає, зазвичай, в аномальних особистостях – неврівноважених за характером, нестійких і вразливих, таких, які піддаються зовнішнім впливам, не мають твердих і стійких інтересів, намагаються чимось «виділитися» зі свого оточення. Рідше наркоманія розвивається в осіб з нормальною врівноваженою психікою, однак і в цих випадках існують які-небудь спричинені обставини, наприклад, довготривалий, попередній прийом наркотичних препаратів при соматичних захворюваннях з метою зменшення больових відчуттів тощо.

Загальна система первинної профілактики, тобто профілактики, спрямованої на попередження вживання наркотиків, має три основних групи заходів:

1. Система заборон і покарань.
2. Санітарне просвітництво.
3. Виявлення контингенту з високим ризиком розвитку адиктивної поведінки.

Причому останнє – визначення контингенту з високим ризиком розвитку адиктивної поведінки – є заходом, що обумовлює два інших, тому що в залежності від особливостей груп ризику добираються заходи двох інших груп.

Треба одразу зазначити, що коли мова йде про армію чи конкретно про внутрішні війська, то вживати термін «контингент високого ризику» є не зовсім доречним, тому що відсоток військовослужбовців, які вживають наркотик є незначним. Ефективна профілактична робота, насамперед, потрібна не стільки із-за поширеності цієї проблеми у Національній гвардії, скільки із-за остраху наслідків, які при наявності стану наркотичного сп'яніння у військовослужбовця можуть бути трагічними.

Не ставлячи під сумнів необхідність цих трьох груп заходів, вважаємо потрібним за точку відліку у розробці заходів попередження і раннього виявлення вживання наркотиків взяти визначення можливих мотивів вживання наркотиків різними категоріями військовослужбовців і, виходячи з цього, відкоригувати інші профілактичні заходи.

Зазначимо і те, що існуючу у Національній гвардії систему заборон і покарань щодо вживання наркотиків міняти немає необхідності, вона є жорсткою (попри те, що у суспільстві ставлення до осіб, які вживають наркотики, стає дедалі гуманнішим, до них ставляться як до хворих, до таких, що потребують допомоги, підтримки), проте необхідною. Військовослужбовець, який вживає наркотики за рішенням ВЛК звільнюється.

Проте, є деяка потреба у зміні ставлення до цих заходів. Крім того, звільнені через вживання наркотиків військовослужбовці повинні обов'язково пройти лікування і реабілітацію, це буде відповідати як сучасним тенденціям до гуманізації ставлення до осіб, які вживають наркотики, так і буде сприяти виправленню негативних наслідків для іміджу Національної гвардії факту формування наркозалежності у осіб під час служби у Національній гвардії.

Моніторинг існуючої ситуації показує, що можливі мотиви вживання наркотичних препаратів, психологічні особливості осіб, соціальне оточення та доступність наркотичних препаратів є неоднаковими для різних категорій військовослужбовців Національної гвардії.

Мотивація вживання наркотиків є найбільш загальною характеристикою, тому що вона характеризує і тип особистості, і ставлення до виконуваної нею діяльності, і соціальне оточення.

Виходячи з особливостей мотивації вживання наркотиків можна найбільш загально говорити про дві категорії військовослужбовців, які відповідають двом крайнім полюсам мотивів можливого вживання наркотиків. Відповідно до виділених за особливостями мотивації категорій військовослужбовців, які мають вірогідність вживання наркотичних препаратів, є набагато більше, проте вони розташовані між цими двома крайніми категоріями-полюсами.

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

Поштовхом до складання неусвідомленої ситуації вживання наркотичних препаратів може бути *наявність наступних проблем*:

- розвинення посттравматичних стресових розладів внаслідок пережитих стресів під час виконання професійних обов'язків. Вірогідність розвинення ПТСР досить велика у військовослужбовців спеціальних підрозділів, підрозділів швидкого реагування, конвоювання та екстрадиції;

- смерть колег чи близьких родичів болісно переживається і може стати причиною депресивних станів;

- складності служби і, насамперед, напружений графік служби, що як показали дослідження НДЦ НА НГУ характерно для патрульно-постової служби поліції, підрозділів конвоювання та екстрадиції, які мають дуже несприятливі графіки роботи, а також для водіїв підрозділів швидкого реагування, які можуть долати значні відстані;

- проблеми соціально-побутового характеру: складності з житлом, з утриманням родин, фінансові складності тощо. Ці проблеми, як показало нещодавнє дослідження, яке проводив Науково-дослідний центр Національної академії Національної гвардії України, у тій чи іншій мірі характерні для

більшості офіцерів і контрактників. Проте, для деякого ці проблеми стають непереборними, наприклад, внаслідок взятих на житло кредитів, виниклих заборгованостей внаслідок цивільно-правових відносин (виплати за рішенням суду внаслідок знищення чужого майна) тощо;

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

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

– захисні механізми свідомості призводять до сплюснення емоційної і мотиваційної сфери внаслідок високої інтенсивності служби і монотонності службових обов'язків;

– втрата сенсу життя, яке може мати місце при зіткненні зі смертю близької людини, дитини, спостерігання масової гибелі людей внаслідок техногенних і природних катастроф тощо;

– втрата сенсу професійної діяльності, що може стати наслідком гострої несправедливої реакції населення до військовослужбовців Національної гвардії, які виконують свої службово-бойові завдання (наприклад, під час масових політичних заходів, таких як «помаранчева» революція);

– дисоціації «Я», розотожнення «Я» і головної професійної ролі – військовослужбовця. Такі зміни у самооцінці є похідними від змін у ціннісній (смысловій) сфері;

Ці зміни 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, проте інтроверти мають вузьке коло друзів і при виникненні 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 переводів до різних міст служби, особливо, якщо військовослужбовець не є соціально активним;

– відчуття провини перед близькими є також одним із фактором уникнення спілкування з ними. Відчуваючи провину перед близькими складно просити в них допомоги, підтримки.

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

Проте навіть такі стани у осіб, які є досить добре соціалізованими, поважають норми моралі і права, поінформовані про негативні наслідки вживання наркотиків, на пряму рідко призводять до свідомого рішення вживати наркотики. Нерідко важливу роль у рішенні вживати наркомісткі препарати відіграє оточення. Так, переживаючи психологічну напруженість, маючи тривалі проблеми зі сном, розслабленням і т.п., військовослужбовці шукають можливість позбавитися їх таким чином, щоб не завдати шкоди службовій діяльності (не приймаючи алкоголь і сильнодіючі наркотичні речовини). Логічним при цьому є звернення до медичних працівників. Проте, з такими проблемами військовослужбовці досить рідко звертаються до відомчих медичних закладів, не вважаючи їх хворобами чи побоюючись, що прийдеться мати справу з психіатром, ВЛК. Звертаючись до знайомих медиків чи безпосередньо до фармацевтів у аптеках, вони отримують рекомендації вживати дозволені седативні засоби. Проте, не розв'язуючи проблемні ситуації військовослужбовець може поступово збільшувати дозування, що з високою вірогідністю призводить до формування 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, епілептиформні прояви. Синдром фізичної залежності виявляється в неспокої, страхах, безсонні, пітливості, м'язовому тремтінні і посіпуваннях.

При зловживанні снотворними засобами психічна і фізична залежність формується дещо повільніше, ніж при опійній наркоманії, але прояви захворювання дуже важкі і призводять на віддалених етапах до тяжких наслідків.

Наркотичне сп'яніння характеризується різкою в'ялістю, сонливістю, апатичним, часто бездумним виразом обличчя, монотонною та нечіткою (дизартричною) мовою. В абстиненції значно частіше, ніж при опіоманіях, трапляються гострі психози з маяченням переслідування, слуховими і зоровими галюцинаціями, нерідкі розгорнуті судомні випадки. У барбітуроманів з великим терміном захворювання виявляються грубі зміни особистості, які схожі на такі у хворих на епілептичну хворобу. Характерна схильність до бурхливих сполохів гніву, нерідко з агресивними вчинками щодо оточуючих. Мислення стає ригідним, увага важко переключається з одного предмету на інший, відмічається зниження інтелекту.

В підрозділах з напруженим графіком роботи на фоні сформованої мотивації професійної діяльності і відповідальністю за свою роботу, вживання психостимуляторів може призвести до наркотичної 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 шукати більш дієвих засобів. При цьому наявність доступу до «безкоштовних» психостимуляторів і «рекомендації» товаришів по службі можуть додатково сприяти формуванню залежності від психостимуляторів і

інших доступних наркотиків, що сприяють розслабленню чи відгородженню від проблем.

Стимулятори ЦНС – це фенамін, первитин, центедрин, бензедрин, ефедрин та інші препарати. Їх використовують для зменшення відчуття втоми, підвищення працездатності, покращання настрою. Звикання виникає швидко, розвивається пристрасть до препаратів, наростає 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 розвиваються психотичні розлади у вигляді маячення відносин, впливу, з наявністю зорових галюцинацій.

Доступність і дієвість (досягнення розслаблення, ейфорії) може сприяти вживанню летючих речовин наркотичної дії (бензину, клею) військовослужбовцями, які працюють з технікою.

Зазначимо, що визначення категорій військовослужбовців за різними мотивами можливого початку вживання наркотиків не є самоціллю, це лише засіб для розробки диференційованого підходу у первинній профілактиці вживання наркотичних препаратів. Так, для ефективних заходів, спрямованих на попередження вживання наркотичних препаратів, важливо знати які фактори визначають потенційний ризик їх вживання. Будь-який із описаних вище факторів не є гарантією розвитку залежності у майбутньому, але вказує на наявність підвищеного ризику такого вживання.

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

Серед військовослужбовців ППСМ, які мають можливість вилучати наркотичні речовини у наркоманів потрібно посилювати контроль, періодично серед особового складу цих підрозділів проводити вибіркоче медичне експрес-тестування на наявність наркотиків в організмі, щоб формувати острах бути виявленим під час таких вибіркових перевірок. Для цієї 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.

Приведемо характеристику протилежного полюсу-категорії військовослужбовців. До цього полюсу належать військовослужбовці строкової служби та курсанти, які характеризуються недостатньою зрілістю особистості:

є емоційно вразливими, залежними, не мають сформованої мотивації до несення служби та долання труднощів служби. Не будучи морально та фізично готовими до несення служби вони нерідко втомлюються, відчувають себе неуспішними, розчаровуються у службі, потрапляють у залежність від більш сильних особистостей.

Нерідко ця неготовність і небажання нести службу знаходять відбиток у особливостях особистості:

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

- емоційна незрілість, невміння стримуватися, жаління себе тощо;

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

Наявність інфантильних рис у призовників і курсантів вже не таке і рідкісне явище. Звичним явищем стала неповна родина, родини з однією дитиною, гіперопікування батьків про дитину чи навпаки відсутність піклування про дитину, коли вона є цілими днями наданою 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 формується приблизно у 21 рік) є благодатним підґрунтям для популяризації наркотичних препаратів у якості засобів, що підвищують настрій (викликають ейфорію), дарують нові враження, допомагають втекти від проблем, розслабитися чи є атрибутом належності до соціально привабливої групи тощо.

Проте, сама наявність таких рис не є гарантією того, що молодий військовослужбовець стане вживати наркотики. Зазвичай, у суспільстві досить поширена інформація про те, що наркотики є дорогими і їх придбання має деякі труднощі. Тому без досвіду придбання наркотиків, без доступності їх і страху відповідальності за їх вживання вірогідність їх приймання досить мала. Тому наявність «друзів», що можуть запропонувати, нав'язати, достати наркотичний засіб, а порою й сплатити за перші «дози» є важливим кроком у формуванні наркотичної залежності інфантильних осіб. Порушаючи усі закони ринкової економіки, саме пропозиція породжує попит на такий товар, як наркотики. Важливою є роль досвідчених у вживанні наркотиків «друзів» і в тому, що перше вживання наркотиків не завжди супроводжується ейфорією, чи навіть

напроти викликає негативні відчуття, що 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 є знайомства через Інтернет, тому навіть проходження служби у віддаленому від власної домівки регіоні України не є гарантією відсутності «знайомств» у місці проходження служби.

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

Так, найпоширенішими серед молодих людей, які проходять службу, є вживання галюциногенів, препаратів, що викликають ейфорію, релаксацію, сприяють піднесенню настрою і, так званих, «групових» наркотиків, що сприяють відгородженню від наявних проблем.

Для цієї групи військовослужбовців заходи виховної (психологічної) роботи щодо профілактики вживання наркомістких речовин повинні спрямовуватися на організацію та гармонізацію режиму праці з метою оптимізації навантаження для фізично непідготовлених новобранців. Необхідно формувати у них мотивацію на подолання труднощів. Сприяти набуттю рис мужності, відповідальності, тобто формувати ідентифікацію з роллю військовослужбовця.

Для подолання бажання прикрасити «сірість» життя військовослужбовця строкової служби (порівняно з життям до служби) галюциногенами, потрібно вести відповідну культурно-просвітницьку виховну роботу, організувати походи до театрів, галерей, перегляд кінофільмів. Це не лише посприє задовольненню потреби у враженнях, але й посприє формуванню ціннісної сфери, мотивації саморозвитку, мотивації продуктивної діяльності і творчості в протиположній.

Визначивши два мотиваційні полюси, що завдають ставлення до наркотиків у структурі всієї картини світу військовослужбовця, потрібно звернути увагу на особливу групу військовослужбовців – військовослужбовців, які виконували місії за кордоном або виїздили за кордон за обміном досвіду чи на навчання. Справа у тому, що, зазвичай, структура ставлення до світу і до себе, яка містить у собі ставлення до наркотиків, до збереження власного фізичного життя і здоров'я, до себе як професіонала та інше має джерелом розвитку спрямованість особистості (мотивацію), що й було покладено в основу вищенаведеної класифікації. Проте, картина світу і ставлення до себе має ще одне джерело змін. Так, прибуваючи у нову країну, у нове оточення

військовослужбовець може зіштовхнутися з тим, що його самооцінка, яка 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 цінностям, які є пріоритетними у країні перебування. Це може призводити до зміни у світогляді і у самостваленні. Такі зміни можуть запускатися двома механізмами – постановкою питання на смисл чи некритичним пристосуванням до нових обставин. Некритичне пристосування може мати небезпечні наслідки щодо прийняття рішення вживати наркотичні препарати, якщо у регіоні існує давня культура вживання наркотичних речовин для позбавлення депресивних станів, втоми, болю (країни Сходу: Афганістан, Пакістан, Туркменістан; країни Південної Америки) та, якщо у країнах існує терпиме ставлення до так званих легких наркотиків, які використовуються для покращення настрою, полегшення спілкування тощо. Як бачимо, ці зміни йдуть не стільки від змін чи особливостей діяльності і її мотивації, а від змін світогляду. Так, у світогляді миротворців, які перебувають у країнах терпимого чи навіть схвального ставлення до наркотиків, наркотики перестають бути чимось недозволенним, асоціальним, вони починають сприйматися як щось звичайне чи як бажаний засіб розв'язання проблем (депресивний настрій, втома, туга за рідними тощо). Як бачимо, вживання наркотиків у військовослужбовців-миротворців може мати ті самі мотиви, що й у військовослужбовців першого полюсу (взагалі ці групи є досить подібними), проте, їх рішення вживати наркотики є свідомим, ними самими сприймається, як таке, що не порушує суспільні норми, внаслідок розмиття уявлення про ці норми. Таке розмиття уявлення про дозволене дещо зближує миротворців з військовослужбовцями першого полюсу. Проте, якщо у молодих військовослужбовців це розмиття уявлень є наслідком ще несформованого світогляду, то у деяких миротворців – його руйнації. Звісно, що в таких умовах профілактики ні першої, ні другої категорії військовослужбовців не будуть 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 додання негативних станів (болю, втоми, поганого настрою, туги). У людській психіці і природних стосунках між різними соціальними групами такі механізми закладені і, у випадку миротворців, їх потрібно лише підсилити. Нам вбачається, що досить непоганий потенціал щодо профілактики вживання наркотиків у українських миротворців можуть мати заходи, що підсилюють групову ідентичність саме з українцями, формувати установки на груповий фаворитизм, що може стати захистом від використання прийомів іншого народу у вирішенні своїх «українських» проблем перебування у чужій країні; підвищувати цінність національних засобів розв'язання проблем (наприклад, від жартівливої пропозиції знімати стрес «українським наркотиком – салом», до серйозного пропонування освоєння психотехнологій, що розроблені вітчизняними психологами), підкреслювати їх позитивний бік, приводити статистику негативних наслідків вживання наркотиків саме по 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), не відповідає традиції козацтва. Взагалі, 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, у реалізації цього шляху є деякі складності. Так, відбір до місії включає толерантне ставлення до традицій іншого народу, знання мов, що зазвичай перешкоджає формуванню механізмів групового фаворитизму на національному чи релігійному підґрунті. В цьому випадку доцільно формувати груповий фаворитизм на основі ідентичності з іншою важливою групою – групою військовослужбовців взагалі і військовослужбовців-миротворців зокрема, можливо навіть з групою «українських військовослужбовців-миротворців», що дозволить використовувати «національний потенціал» не втрачаючи важливої орієнтації миротворців на терпиме ставлення до інших культур. Але ця робота буде мати успіх тільки тоді, коли ці групи будуть мати свої традиції, свої риси унікальності і свою систему ставлень, а також якщо будуть не лише неофіційні, але й нормативно закріплені заходи щодо їх підтримання. Важливою частиною такої групової ментальності має стати унікальне ставлення до наркотиків і розробка своїх «замінників», тобто засобів боротьби з проблемами, що можуть привести до вживання наркотиків тощо. Важливим етапом у цій роботі має стати формування терпимого ставлення до традицій інших культур у тому числі і до традиції вживати наркотики, проте, наркоман-співслужбовець, може не впоратися зі своїм завданням, підвести колег, створити реальну небезпеку життю товаришів, цивільних тощо. Тому у свідомості військовослужбовця 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 визначено можливі мотиви вживання і особливості різних категорій військовослужбовців. Проте, має рацію і звернення уваги на типові фактори ризику вживання психоактивних речовин та загальні заходи первинної профілактики їх вживання.

1.2. Загальна первинна профілактика вживання наркотиків

Традиційно, у науковій літературі вказують на наявність біологічних і психологічних факторів ризику формування наркозалежності.

До біологічної складової ризику залежності від психоактивних речовин належать:

- генетичні відмінності, що успадковуються;

– індивідуальні фізіологічні особливості, що можуть визначати рівень ризику.

Індивідууми, які мають родичів, що вживали психоактивні речовини чи мали інші залежності розглядаються як такі, що мають більш високий ризик розвитку залежності, ніж представники усєї популяції.

До генетичних відмінностей, які впливають на характер вживання психоактивних речовин, можна віднести такі, як: 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 при застосуванні їх у Національній гвардії і відмовлятися від них не варто. Тим більше, що запропоновані профілактичні заходи пов'язані з розв'язанням специфічних проблем кожної категорії військовослужбовців, тобто більшою мірою належать до такої групи загально профілактичних заходів – до групи заходів, спрямованих на формування функціональних еквівалентів та самопосилення.

Загальнопрофілактичні заходи використовують різні фактори впливу – наочність, аргументованість, авторитетність, емоційність, корисність і їх поєднання тощо. Використовуючи досягнення сучасної психології впливу для посилення ефекту профілактичних заходів, потрібно враховувати особливості різних категорій військовослужбовців. Так, дослідження нашого Науково-дослідного центру показало, що для військовослужбовців 18-20 років важливим фактором впливу є емоційність, для тих хто служить вже 3-5 років – емоційність і аргументованість, проте перевага надається другому. Молоді люди більше довіряють людям із загально визнаним авторитетом. Офіцери зі стажем понад 5 років більш 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 фільмів і інших видів демонстрацій має більший ефект, ніж читання лекцій чи статичні плакати.

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

На сьогоднішній день при здійсненні загально профілактичних заходів ефективним вважається впливати 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 відносити заходи, що запобігають виникненню наркотизму, і заходи, що підвищують власний опір індивіда до наркотизму.

Такі заходи здійснюються з використанням досягнень економіки, медицини, педагогіки, психології тощо.

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

1. зниження пропозиції адиктивних речовин;
2. зниження попиту на адиктивні речовини.

Зниження пропозиції відбувається в основному через зменшення можливості придбати наркотик або іншу адиктивну речовину потенційним споживачем. В ідеалі ця стратегія спрямована на повне вилучення наркотиків із незаконного обігу. 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.

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

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

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

- розвиток соціальної і особистісної компетентності;

- вироблення навичок самозахисту;
- попередження виникнення проблем.

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

Основними принципами ФЖН є:

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

2) *Засвоєння знань*. Однієї інформації для зміни адиктивної поведінки недостатньо, юнаки повинні набути оптимуму знань, щоб самостійно мислити і будувати поведінку. Всебічні програми дають молодим людям знання шляхом концептуалізації інформації, тренінгу по її закріпленню.

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 й ін. Тренінг життєвих, соціально-психологічних навичок є одним з основних компонентів профілактики наркотизму. В програми ФЖН обов'язково включають навчання ефективному спілкуванню, впевненості в собі, умінню управляти своїми почуттями, вибору друзів і побудові позитивних відносин із ровесниками, зміцненню зв'язків із сім'єю, вирішенню проблем, критичному мисленню, прийняттю рішень, усвідомленню негативних з боку ровесників впливів, тисків і опору їм, постановці цілей, наданню допомоги оточуючим.

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

5) *Задача програм ФЖН* – допомога молодим людям у побудові позитивних взаємовідносин з соціальним оточенням й умінню вибирати 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 вони приймають участь. Як правило, декларований програмами ФЖН набір цінностей включає в себе самодисципліну, відповідальність, чесність, поважне ставлення до людей, виконання обов'язків у сім'ї, школі, громаді.

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

Медичні працівники не лише лікують, але й активно приймають участь у профілактиці наркозалежності своїми способами. Так, медичні працівники досить часто вдаються до читання лекцій про шкідливість адиктивної поведінки. Їх дії майже завжди побудовані на інформуванні і мають чисто

когнітивне спрямування. Проте останнім часом поширюється і інше медичне ноу-хау – це зняття відеороликів про шкоду вживання наркотичних речовин, використовуючи у цих відео-сюжетах «крупні плани» пошкоджених внаслідок вживання наркотиків органів, вони намагаються досягти максимальної емоційної реакції, відрази до адиктивної поведінки. Дії медичних працівників базуються на припущенні, що якщо людина знає про небезпеку для здоров'я певної поведінки, вона буде ставитися до такої поведінки негативно і буде від неї утримуватися. А якщо людина знає, що якась поведінка є корисною для здоров'я, вона буде налаштована до неї позитивно. Цю стратегію описують формулою «знання - ставлення - поведінка». Ефективність подібних програм оцінюється невисоко, тому що незважаючи на достатні знання про шкоду адиктивних речовин, їх все ж продовжують широко вживати (паління, алкоголь). Але тут велику роль грає спосіб подачі інформації, традиційне залякування показало свою слабку ефективність.

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

Радикально-політична 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. Використовуються методи, які впливають з теорії соціального навчання. Молодь засвоює позитивні рольові моделі і прагне до поведінки, яка схвалюється референтною групою. Такою групою часто є ровесники. Юнакам потрібно зробити вибір між небажанням вживати адиктивні 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 достовірною інформацією 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 носить комплексний характер.

Програми функціональних еквівалентів. Основна задача програм функціональних еквівалентів полягає в розробці альтернатив для потенційно небезпечної адиктивної поведінки. Відповідно до цієї програми необхідно проводити такі превентивні заходи, які у розвитку 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 протиставляє активне проведення вільного часу. Спортивні, розважальні і виховні заходи повинні замінити адиктивну поведінку і утримувати молодь від спокуси вживання наркотиків.

Релігійна профілактика наркотизму. Неодноразово відзначалося, 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 адиктивних речовин є пристрастю. Пристрасті ж народжуються і перебувають у душі людини. Тільки там вони і можуть бути вилікувані, і лише потім необхідно гоїти тіло.

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

Слід підкреслити, що з погляду богослов'я кожна пристрасть є своєрідною заміною Бога у душі. Таким чином, наркотизм носить псевдорелігійний характер. Ефект, що виникає під впливом наркотиків, є сурогатом здорового релігійного почуття. Тому різноманітні адиктивні речовини використовуються в різних 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, буде мати малий успіх, тому що він уже відчув «вузькість матеріалізму». Йому можна запропонувати лише альтернативу «щирого духовного життя». Оскільки пристрасть до адиктивних речовин заповнює в душі вакуум, який виникає в результаті відсутності там Бога, церква пропонує єдиний спосіб звільнення від залежності – Бог має зайняти там відповідне місце, щоб людині не потрібно було шукати порятунку в наркотиках, тобто людина повинна прийняти Віру. Християнська церква вчить, що людина може здолати свої пороки тільки через повернення до Христа й участь у Таїнствах церкви.

1.3. Заходи щодо виявлення категорій військовослужбовців, як цільових груп первинної профілактики вживання наркотичних речовин та її здійснення

Аналіз категорій військовослужбовців, виділених за особливістю мотивів вживання наркотиків та традиційних факторів ризику вживання наркотичних речовин, дозволяє рекомендувати наступну *методику (комплекс заходів) визначення вірогідності вживання наркотичних засобів військовослужбовцями:*

1) Збір інформації про наявність значних соціально-побутових та соціально-психологічних проблем у військовослужбовців.

2) 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).

3) Визначення соціального оточення, що може порекомендувати чи надати наркотичні препарати. Визначення наявності родичів, які були чи є наркозалежними чи мали інші види залежності. Визначення доступності наркомістких препаратів. Визначення матеріальної спроможності, наявності коштів на придбання наркотиків.

4) Аналіз стану виховних заходів, що спрямовані на профілактику вживання наркотиків визначеною категорією військовослужбовців. Визначення активності участі визначених військовослужбовців у цих виховних заходах.

Графічно, структуру заходів щодо визначення категорій військовослужбовців, як цільових груп первинної профілактики, представлено на рис. 1.1.

<i>1 ЕТАП: Характеристики, що можуть підвищити схильність в/с до вживання наркотичних препаратів</i>				
Категорії в/с	Офіцери, контрактники		Курсанти, в/с строкової служби	
Передумови	ПТСР, службові проблеми, смерть близьких та колег, сімейні проблеми, фінансові труднощі (кредити тощо), 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
<i>2 ЕТАП: Попередня соціальна діагностика</i>				
Соціальне оточення, яке може сприяти наркотизації	Медичні працівники, фармацевти	Особи, які мають доступ до вилучених наркотичних засобів, технічний персонал (водії, лаборанти)	«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 препарати серед молоді
<i>3 ЕТАП: Поточна психологічна діагностика</i>				
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 Національної гвардії		Неадекватність та нестійкість самооцінки	
Когнітивна сфера	Слабкість прогнозування		Нерозвиненість функцій прогнозування (формується у 21 рік), середній та низький рівень інтелекту	
Міжособистісна сфера	Інтровертованість, почуття провини, звуження сфери стосунків до професійних		Екстравертованість, залежність, несамостійність	
<i>4 ЕТАП: Первинна цільова профілактика</i>				

Цілі заходів виховної (психологічної) роботи	Психореабілітаційні заходи. Формування психологічної культури особистості.	Посилення зовнішнього контролю. Формування мотивації відповідальності за своє та чуже життя та здоров'я, матеріальне становище.	Організація виховної культурно-просвітницької роботи (походи до кіно та театру тощо). Формування мотивації на самонавчання та продуктивну творчість	Організація та гармонізація режиму праці. Формування мотивації на подолано труднощів, набуття рис мужності
---	--	---	---	--

Рис. 1.1 Етапи визначення категорій військовослужбовців, як цільових груп первинної профілактики

Для виконання першого етапу – «Збору інформації про наявність значних соціально-побутових та соціально-психологічних проблем у військовослужбовців» потрібно використовувати наступні заходи:

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

2) Періодичне (раз на рік чи частіше) у всього особового складу використовувати тест, що допомагає визначити наявність дистресу (гострого чи накопиченого стресу). Для цього можна використовувати методику Холмса-Раге на визначення стрес-факторів (див. Додаток 1). Проведення такого тесту корисне не лише для визначення факторів, що полегшують формування залежності, але й для визначення ризику вчинення суїциду.

Другий етап – «Психодіагностичний» має багато цілей і його заходи можуть мати різний рівень загальності:

1) Визначення сили нервової системи, висоти порогів, схильності до вражень, екстравертованості, як конституційних особливостей. Проте, ці заходи є більш важливими для військовослужбовців строкової служби. Офіцери і контрактники, які проходять психологічний відбір зазвичай мають задовільні показники за цими параметрами (Можливе використання даних психологічного відбору, де використовується методика Б. Смірнова «Визначення особливостей нервової системи», оскільки ці показники не змінюються з часом і достатньо їх одноразового тестування).

2) Визначення особливостей емоційно-вольової сфери, її зрілості, довільності у виразі емоцій чи їх стримуванні, ознак вигорання, депресивних рис, тощо; сформованості вольових якостей, показників інтернальності тощо. Для цього можна використовувати, як закладений у професійний психологічний відбір 16-факторний опитувальник Р. Кетела та БОО «Адаптивність» А.Г. Маклакова. Для діагностики інтернальності можна

використовувати «Локус контролю» Є.Г. Ксенофонтової чи більш ранні версії («Рівень суб'єктивного контролю» тощо). Для діагностики станів можливо використовувати опитувальники (методика діагностики самооцінки стану Спілбергера-Ханіна, методика диференціальної діагностики депресивних станів Цунга) і проєктивні методики (восьмиколірний тест Люшера). Має сенс проведення тестів на визначення різних типів залежності (комп'ютерної залежності, ігроманії та ін.). Наявність будь-якої залежності свідчить про нерозвиненість емоційно-вольової сфери.

3) Визначення структури відношень людини: розвиненості мотиваційної сфери, потребової, ціннісної, смислової регуляції життєдіяльності, наявності мотивів професійної діяльності, активної соціальної позиції чи навпаки егоїстичних рис, ставлення до оточуючих, до справи, до родини, ставлення до вживання наркотиків, переживання почуття провини тощо. Диференційованість і супідрядність мотиваційної сфери, дієвість мотивів, сплюснення мотиваційної сфери внаслідок вигорання чи дії захисних механізмів свідомості. Важливим є визначення ставлення до себе (самооцінки, самовідношення на усвідомлюваному і неусвідомлюваному рівнях, наявності захисних механізмів у самовідношенні, стійкості самооцінки, рівня домагань, розототожнення «Я» і «Я-військовослужбовець»). Для цього можна використовувати як досить поширені опитувальники (методика В.Е. Мільмана, тест сенсо-життєвих орієнтацій, тест-опитувальник «Самовідношення» В.В. Століна, С.Р. Пантелєєва, тест для визначення самооцінки С.А. Будасі тощо), так і проєктивні тести (колірний тест ставлень, тест колірних метафор, тест граничних сенсів, проєктивний малюнок «Життєвий шлях», тест гумористичних фраз, ТАТ та його модифікації). Методом спостереження чи використанням опитувальників і ситуаційних тестів (ігор) можна визначити наявність таких несприятливих рис, як: агресивність, залежність, сором'язливість, погано розвинені навички конструктивної взаємодії тощо.

4) Важливим фактором, що сприяє прийняттю рішення вживати наркотики, є низький рівень інтелекту та низькі прогностичні можливості. Дослідження рівня інтелекту у якості фактора ризику прийняття рішення про вживання наркотиків є більш актуальним для військовослужбовців строкової служби. При професійному психологічному відборі на навчання у ВВНЗ відбираються особи, які мають середньо-високий рівень інтелекту. Контрактники також проходять досить жорсткий профвідбір і мають показники інтелекту не нижче середнього. Для військовослужбовців строкової служби і контрактників також актуальним є дослідження прогностичної функції. Для визначення рівня інтелекту можна використовувати данні тесту Дж. Равена (він використовується під час профвідбору на навчання до ВВНЗ), для діагностики прогностичної функції можна використовувати методику «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98), яку розробила В.І. Моросанова.

Звісно, що використовувати усі ці методики разом немає сенсу. При наявності певних гіпотез про ті чи інші особливості, що полегшують прийняття рішення про вживання наркотиків чи формування залежності, потрібно добрати

відповідну до цієї гіпотези батарею методик. У Додатку 2 наведені найбільш необхідні для цього етапу психодіагностичні методики.

Третій етап – «Визначення соціального оточення, яке може посприяти вживанню наркотичних речовин» повинен містити наступні заходи:

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

2) Визначення наявності у 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 в якості показників можливості придбати наркотичні препарати у розповсюджувачів наркотиків (роздрібних дилерів).

5) Поява в оточенні людей, які мають ознаки вживання наркотичних речовин (ці ознаки будуть приведені у наступному розділі).

Четвертий етап – «Аналіз стану виховних заходів, що спрямовані на профілактику вживання наркотиків визначеною категорією військовослужбовців. Визначення активності участі визначених військовослужбовців у цих виховних заходах». Цей етап містить наступні 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 тієї чи іншої категорії військовослужбовців.

2) Специфічні профілактичні заходи (диференційовано добираються до різних категорій військовослужбовців чи взагалі мають індивідуальний характер), що спрямовані на вирішення тих проблем і на ті особливості військовослужбовців, що сприяють прийняттю військовослужбовцем рішення вживати наркотичні препарати. У Додатку 3 наведені нефармакологічні засоби терапії поширених проблем. Можна порекомендувати для засвоєння молодими військовослужбовцями комплекс заходів з розвинення емоційно-вольової стійкості, який був розроблений для співробітників ДСО, проте, він повністю підходить і для військовослужбовців Національної гвардії Він наведений у Додатку 4.

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

4) Визначення того, як часто військовослужбовець потрапляє під вплив профілактичних заходів (чи ігнорує їх), що проводяться у частині. Ігнорування профілактичних заходів знижує можливість 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 у оточенні, хто вживає наркотики і чию залежність бажано подолати (дітей, друзів, дружини).

Хотілося б підкреслити, що наявність будь-яких факторів ризику не є гарантією прийняття рішення вживати наркотики та формування наркозалежності. Проводячи 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.

Теоретично виділення груп повинне проводитися завдяки математичному апарату кластерного аналізу, що дозволяє згрупувати осіб в залежності від комбінацій всіх перерахованих вище особливостей. Проте, це досить складно і потребує високої кваліфікації від офіцерів виховних структур, тому достатньо, щоб при виділенні груп вони виходили із власного досвіду, здорового глузду і важливих особливостей, таких як: досвід (вік і стаж), сформованість емоційно-вольової сфери, розвиненість системи стосунків, зрілість мотиваційної сфери, вираженість дистресу тощо. Не потрібно виділяти багато таких груп, адже це приведе до розпорошення сил і можливостей щодо проведення профілактичних заходів. Достатньо три-чотири таких групи в залежності від особливостей підрозділу, частини. Наприклад можна рекомендувати наступні групи:

- група молодих військовослужбовців, які мають риси незрілості чи залежності;
- група молодих військовослужбовців, які мають тягу до вражень;
- група досвідчених офіцерів, які мають ознаки ПТСР чи дистресу;
- група військовослужбовців, які мають високу інтенсивність праці;
- група військовослужбовців, які мають доступ до наркотичних речовин.

Перший блок методики контролю наркоситуації у військах, крім визначення категорій військовослужбовців за можливими мотивами вживання наркотиків, повинен містити у собі комплекс, підібраних у відповідності до визначених категорій, профілактичних заходів (загальних і специфічних) та систему контролю ефективності заходів першого блоку.

Як вже вказувалося, до заходів первинної профілактики у військовому колективі повинні входити:

- Заходи загальної дії, але специфічні для Національної гвардії – 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, у деякій мірі розглянутих у п.1.1. У Додатку 3 наведений перелік нефармакологічних засобів

розв'язання поширених проблем. У Додатку 4 наведена одна із можливих програм формування таких еквівалентних форм, що спрямована на подолання незрілості емоційно-вольової сфери.

– Загальнопрофілактичні заходи, спрямовані на формування негативного ставлення до вживання наркотиків та свідомого, поінформованого, відповідального і 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 включається у життя громади, на території якої розташована частина, що підсилює формування смислової компоненти профілактичних заходів). Приклади цих заходів наведені у п.1.2. Приклад програми профілактичних заходів для ВНЗ наданий у Додатку 5.

– 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.

У якості контролю ефективності заходів цього блоку пропонується наступне:

– Кількість виділених категорій військовослужбовців в залежності від мотивів 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 у відповідності 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 НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

У тій наркологічній ситуації, що склалася у країні, виявлення можливих мотивів вживання наркотичних речовин і первинної профілактики їх вживання вже є недостатніми. За даними нещодавнього анонімного опитування, що проводилось науково-дослідним центром Національної академії 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, але й заходи боротьби з фактами вживання наркотичних речовин та формування залежності від них у військовослужбовців. Ці заходи об'єднанні нами у другий блок методики контролю наркологічної ситуації у Національній гвардії.

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

Графічно напрямки роботи за другим блоком методики роботи з контролю наркологічної ситуації у Національній гвардії представлено на Рис. 2.1.



Рис. 2.1 Напрями роботи за другим блоком методики роботи з контролю наркологічної ситуації у Національній гвардії.

2.1. Ознаки наркотичного сп'яніння

Труднощі виявлення осіб, які вживають наркотики полягають у тому, що вони не тільки можуть приховувати факти вживання наркотичних речовин, а й у тому, що ознаки наркотичного сп'яніння відрізняються 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, на фізіологічні функції його організму, аналізувати стан уваги і мислення, досліджувати вегетативні функції, проводити координаційні проби, адже симптомокомплекс наркотичного сп'яніння складається з 3-х груп симптомів:

1. Порушення психічної сфери (емоційні та поведінкові зміни). До них відносяться:

а) Наркотична ейфорія. Виникає після прийому відносно невеликих доз і триває 1-2 години. Часто ейфорія нестійка і легко змінюється дисфоричними спалахами. Для ейфорії характерні: підвищені мовна активність, ексцентричність поведінки, відволікання, розгальмовування, підвищення самооцінки.

б) Дисфоричний стан. Часто зустрічається на виході зі сп'яніння або в умовах психогеній. Характеризується дратівливістю, невдоволенням, легко виникають почуттям утисненої гідності. Особи, які знаходяться в стані дисфорії, є похмурими, дратівливими, схильними до імпульсивних агресивних реакцій за незначними приводами.

в) Психомоторна загальмованість. Виникає при вживанні великих доз або при підвищеній чутливості. Характеризується зниженням спонукань і активності, млявістю, повільністю, зростаючою сонливістю. Відзначається збіднення мовної продукції, уповільнення мислення, порушення пам'яті. Важливу інформацію про стан обстежуваного дає 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:

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 з швидкими поворотами». При проведенні 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 при проведенні простих координаційних проб: підняття дрібних предметів з підлоги, пальценосової проби, зведення при закритих очах кінчиків вказівних

пальців. До цінних діагностичних симптомів відносяться порушення при утриманні рівноваги в позі Ромберга, особливо сенсibiliзованої.

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

У позі Ромберга I обстежуваний стоїть, зімкнув 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 при обстеженні 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 іншої, в іншому положення обстежуваного таке ж, як при простій позі Ромберга, тобто руки витягнуті вперед, пальці розведені і очі закриті. Час стійкості в позі Ромберга II у здорових нетренованих осіб коливається зазвичай у межах 30-55 секунд; тремор (тремтіння) пальців рук і повік відсутній. У фізично підготовлених осіб час стійкості значно більший і може становити 100-120 секунд і більше.

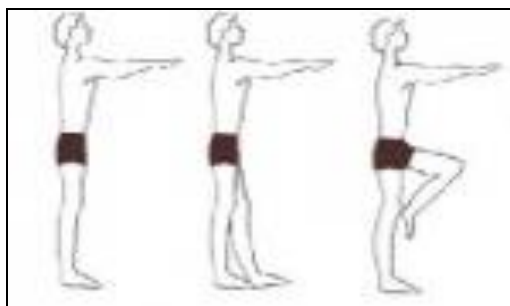


Рис. 2.2 Проба Ромберга

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

Пальценосова проба – проба, що служить для виявлення динамічної атаксії; обстежуваному пропонується торкнутися вказівним пальцем кінчика власного носа і повторити цей рух з 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 у хвилину). Походить від грец. *nystagmos* – дрімота. Ністагм представляє собою ритмічні рухи очних яблук. При дослідженні рухів очей виявляється горизонтальний установочний ністагм при фіксації погляду у крайніх відведеннях. Більш чутливою є проба Ташена – обстежуваний робить 5 обертів навколо власної осі за 10 секунд. 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 секунд).

3. *Вегето-судинні зміни.* У сукупності з іншими ознаками виявляються лабільність пульсу, артеріального тиску, дихання, полегшується формування колаптоїдних станів, особливо при різкій зміні 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 у осіб, які розпочали вживати наркотики:

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

2. Почастішання запізнь на службу.

3. Падіння інтересу до діяльності і звичних захоплень.

4. Зниження ефективності діяльності.

5. Збільшення фінансових запитів, без покращення якості матеріально-побутових умов, почастишання 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 в спокійній ситуації.

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

8. З'являються нові підозрілі друзі (але спочатку зустрічі відбуваються з вельми пристойними на вигляд наркоманами) або поведінка старих приятелів стає підозрілою. Розмови з ними ведуться пошепки, незрозумілими фразами або 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 наступними ознаками:

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

2) неприродно вузькі або широкі зіниці незалежно від освітлення;

3) відчужений погляд;

4) часто – неохайний вигляд, сухе волосся, затерплі кисті рук; темні, зруйновані, «обламані» зуби у вигляді «пеньків»;

5) фігура частіше сутулувата;

6) невиразна, «розтягнута» мова;

7) незграбні і 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 пропадають 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 сп'янілої наркотиком людини характеризується наступним чином:

– Зовнішній вигляд і поведінка сп'янілої наркотиком людини в тій чи іншій мірі нагадують стан алкогольного сп'яніння, але за відсутності запаху алкоголю з рота або при слабкому, 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 в положенні сидячи (особливо явне при закритих очах); завжди порушений почерк.

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

– Зміна мови: її прискорення, підкреслена виразність або ж сповільненість, нечіткість, нечіткість вимови («каша у 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. Всі 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. Мова часто прискорена, багатослівна, нечітка. Коноплі та її похідні зазвичай називають «груповим наркотиком» тому, що настрій сп'янілого перебільшено повторює настрій 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 викликати гострий психоз.

Непрямі ознаки вживання опіатів. Впізнати людину, що знаходиться під впливом опіатів (морфін, кодеїн, героїн, метадон, «макова соломка», «солома» або «сіно», «черняшка», «ханка»), можна за наступними ознаками:

– незвичайна сонливість в самий невідповідний час. Якщо залишити сп'янілого в спокої, він починає засипати в будь-якій позі і клювати носом, періодично прокидаючись. Якщо його гукнути, він відразу включається в розмову, ніби й не спав;

– при цьому в нього сповільнена мова, слова він розтягує, починає говорити про тему, яку вже давно обговорили і забули, кілька разів може розповісти одне й те саме. Може бути жвавим, дотепним, легким в спілкуванні;

– дуже добродушний, покладливий, поступливий і послужливий;

– справляє враження вкрай розсіяного або задумливого;

– засинаючи, може забути про недокурену сигарету і випустити її або обпалити руку. Тому на одязі часто видно дірки з обгорілими краями;

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

– зіниці (у край 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 або гарячий посуд і не відчувати болю;

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

Стан сп'яніння не тримається більше 8-12 годин, а іноді триває всього 4-5 годин. Коли воно проходить, 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 сказатися «хворими». І дійсно, картина опіатного синдрому відміни в легкій формі нагадує ГРЗ або розлад шлунку: починається все з різкого розширення зіниць, млявості, нездужання, ознобу, чхання, сильної пітливості та зниженого настрою. Наркомани кутаються в теплі речі, включають 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 і намагаються. Їх турбує болісне «ламання» в руках, ногах, спині, в м'язах і суглобах. Переносити такий стан (а пройде 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 картини «ломки». У початківців наркоманів багато що з цих розладів, особливо більш важких (пронос, блювота, підвищення температури) відсутні.

Непрямі ознаки вживання психостимуляторів. Під час сп'яніння психостимуляторами (кокаїн, крек, ефедрин, фенамін, первітин – «гвинт», «чифір», «екстазі») наркомани надзвичайно оживлені, стрімкі в рішеннях і вчинках. Рухи поривчасті, різкі. Швидко виконують всі справи, не можуть ні хвилини посидіти на місці (у буквальному сенсі – міняють позу кожні 20 секунд). Періодично починають куди-небудь збиратися, але можуть так нікуди й не піти. Також швидко говорять і перескакують з однієї теми на іншу в розмові. З хвилини на хвилину 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 декількох діб, і весь цей час не спати. Майже нічого не їсти. Саме через такі ефекти цей вид наркотику є поширеним у далекобійників і інших водіїв, для яких характерні тривалі періоди інтенсивної праці.

Після того, як сп'яніння пройшло, наступають млявість, сповільненість реакцій, дратівливість. Настрій зазвичай знижений, але разом з цим наркомани тривожні, насторожені, лякаються гучних звуків або навіть негучних, якщо вони прозвучали в тиші. У початківців наркоманів справа цим і обмежується, у хворих зі стажем можливий розвиток тривалого депресивного стану з тугою і страхітливими галюцинаціями, мареннями переслідування. Шкіра бліда,

покрита потом, рухи погано координовані, невпевнені. Пульс залишається частим.

У наркоманів, які зловживають ефедромом або ефедрином (а він до недавнього часу був найпоширенішим з психостимуляторів), часто можна бачити гладкий, трохи набряклий язик яскраво-малинового забарвлення.

Особливе місце серед психостимуляторів займає 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 них, – метілендіоксиметамфетамін – має подвійний ефект, поєднуючи в собі стимулюючі і виражені галюциногенні властивості. Стимулюючий ефект препарату дозволяє бути активним всю ніч безперервно, не відчувати втоми, відчувати приплив енергії, невимушено розмовляти з іншими. Дія «екстазі» проявляється через 12-60 хвилин після прийому таблетки або капсули і може тривати від чотирьох до восьми годин, поступово слабнучи. Після прийому «екстазі» виникають певні фізичні ефекти: частішання серцебиття, розширення зіниць, підвищення кров'яного тиску і температури. Останній чинник за певних умов – в погано провітрюваному приміщенні і при інтенсивних навантаженнях – може привести до перегріву організму. Крім того, препарат викликає відчуття оніміння щелеп, сухість у роті і в горлі; іноді ускладнюється контроль рухів, з'являється нудота. Зазвичай ці симптоми швидко проходять.

Психічні ефекти, що викликаються «екстазі», включають приплив енергії, відчуття ясності свідомості, розслабленості, спокою і свободи. Зникає втома. Внаслідок ефекту зміни свідомості відступає занепокоєння, зумовлене різними негараздами. Сприйняття стає більш насиченим. Може виникнути тепле почуття любові (яке як би охоплює весь світ), відчуття тісного зв'язку з іншими людьми, довіри до них.

Залишкові явища на наступний день 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 ж переживання, як після прийому наркотику. При регулярному використанні «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 Psilocybe, 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 на шпалерах (вони вважаються їм шедеврами живопису чи навіть мультфільмами). Тому вони намагаються перечекати 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 або соціальні ідеї, надто захоплений модерністським мистецтвом. Або відчуває утруднення у встановленні дружніх стосунків з малознайомими людьми, сторониться веселих компаній, замкнутий, несміливий з протилежною статтю, відлюдник.

Перераховані 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 немає, 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) відноситься 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.

При вживанні малих доз діагностика за зовнішніми ознаками є важкою. При вираженому сп'янінні інтоксикація супроводжується зниженням гостроти сприйняття навколишнього світу («оглушення»), минуцим пригніченням розумових здібностей і втратою морально-етичних орієнтирів. Це виявляється в розгнуданій поведінці, відсутності почуття такту і навичок ввічливості, поспішності і легковажності у прийнятті рішень. При використанні снодійних наркомани часто агресивні і легко лізуть битися.

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 перемикається з однієї теми на іншу. Язик «заплітається», мова невиразна, зайво гучна.

Через 2-4 години наркомани стають млявими, сонливими і потім можуть заснути. Сон триває недовго (2-4 години), зазвичай важкий, часто з хропінням, схожий на сон алкоголіка. Після пробудження болить голова, відчувається слабкість і нездужання. Настрій знижено, наркомани дратівливі й похмурі. Кінчається все пошуком чергової дози снодійного або спиртного. У разі залежності від оксибутирату 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 велика дрож, як нерідко буває і в алкоголіків. Голова крутиться; 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 ж, 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 при їх вдиханні. При цьому розчинник поміщають в поліетиленовий мішок і вдихають пари розчинника. Схожі речовини входять до складу клеїв (типу «Момент»).

Інтоксикація ЛРНД зовні дуже нагадує сп'яніння алкоголем. Відмінностей небагато, перераховуємо їх у вигляді списку за пунктами:

- сп'яніння ЛРНД досить часто є «професійним» у осіб професій, пов'язаних з цією хімією, в тому числі і у водіїв;

- зазвичай люди під дією ЛРНД ведуть 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;

- при систематичному вживанні ЛРНД перші зміни проявляються у відставанні в розумовому розвитку, сповільненні мислення, зміни у поведінці. Це пов'язано з тим, що вищеперелічені зміни і порушення відбуваються поступово, а не у вигляді стрибка;

- у осіб, які систематично зловживають ЛРНД шкіра землистого відтінку, перенісся і віки дещо набряклі, волосся і нігті сухі і ламкі.

Враховуючи, 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 використання лабораторних тестів) можна використовувати наступний *план 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'язаність висловлень, порушення артикуляції, змазаність мови та інше.

5. Вегетативно-судинні реакції:

- 5.1. стан шкірних покривів, слизових оболонок очей, язика, спітніння, слинотеча;

5.2. дихання: прискорене, уповільнене, кількість подихів на хвилину;

5.3. пульс: прискорений, уповільнений;

5.4. артеріальний тиск: високий, низький;

5.5. зіниці: звужені, розширені; реакція на світло: жива, млява;

5.6. ністагм при погляді вбік.

6. Рухова сфера:

6.1. міміка: млява, жвава;

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

6.3. точні рухи: підняти монету з підлоги, пальценосова проба;

6.4. 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 трудність у застосуванні експрес-тестів полягала у тому, що вони були призначені для виявлення певного типу наркотика, 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 6 наведена детальна інструкція 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. Тобто виникає питання про офіційну процедуру 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. Питання постає лише у випадку, коли військовослужбовець відмовляється проходити тестування, посилаючись на порушення її конституційних прав.

Можна запропонувати наступну процедуру проведення цього експрес-тестування. Тестування військовослужбовця, що запідозрений у вживанні наркотиків, проводиться у присутності офіцера, 2 військовослужбовців та медичного працівника. Безпосередній забір сечі проводиться у присутності медичного працівника. Отриманий для аналізу зразок підписується, на бирці ставляться підписи медпрацівника і свідків. Потім відповідно до інструкції застосування тесту встановлюється факт вживання наркотичних препаратів. Усі етапи процедури тестування знімаються на відеокамеру чи протоколюються за підписами свідків (2-х військовослужбовців). Звісно ця процедура залишає відкритим деякі питання щодо правомочності таких дій та юридичної сили

отриманих таким чином даних. Проте, частина цих питань може бути вирішення при наявності спеціального рішення (директиви) щодо офіційного визначення процедури проведення тестування і достатніх підстав для його проведення. Крім того, потрібно визначити питання про те, на кого будуть покладені фінансові витрати на купівлю тесту (чи вони будуть закуплятися централізовано, чи їх зобов'язують придбати осіб, яких запідозрять у вживанні наркотику).

Експрес-тести досить прості у застосуванні. Вони представляють із себе папірець насичений реагентами, який потрібно на певний час покласти у сечу підозрюваного і за інструкцією визначити наявність чи відсутність наркотику у 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 данні про лабораторну діагностику наведені у Додатку 7. Лабораторний аналіз є досить коштовним заходом і прийняття рішення щодо його проведення повинне бути обґрунтованим. Можливо, якщо є підозри, то слід поспостерігати за військовослужбовцем певний час, якщо підозри справдяться, то прийняти рішення про направлення військовослужбовця на лабораторний аналіз.

Під час проходження щорічних медичних оглядів у поліклініці МВС робляться лабораторні аналізи на наявність наркотиків у організмі військовослужбовців.

2.2. Визначення симптомів передозування

Проблемі передозування необхідно приділяти увагу через те, що:

- передозування може бути ненавмисне у разі відсутності досвіду вживання наркотиків;
- передозування наркотиків може бути навмисне, як спосіб здійснення самогубства;
- не лише передозування, але й вживання невеликих доз при значному фізичному навантаженні може стати небезпечним для життя військовослужбовця;
- армія і внутрішні війська несуть перед батьками відповідальність за життя військовослужбовця під час строкової служби;
- факти гибелі військовослужбовців (з будь-яких причин) негативно позначаються на іміджі військ і бажанні військовослужбовців проходити строкову службу;
- передозування може призводити не лише до власної загибелі, але й звуження свідомості і скоєння тяжкого злочину у такому стані.

Симптоми передозування є неоднаковими для різних груп наркотиків. Тому, як вже неодноразово зазначалося, потрібно мати уявлення про симптоми передозування усіма типа наркотичних препаратів та про вірогідність використання різними категоріями військовослужбовців тих чи інших наркотичних речовин. Це зробить діагностику значно точнішою і прискорить

час і адекватність надання необхідної медичної допомоги. Для більшості типів наркотиків це питання життя та смерті.

Симптоми гострого отруєння опіатами наступні:

- 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 години при підшкірному чи пероральному введенні великої дози чи миттєво при внутрішньовенно.

При передозуванні і хронічному вживанні метамфетаміну спостерігається наступне:

- 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.

При перевищенні доз марихуани можна спостерігати наступні ознаки:

- зведення м'язів;
- стурбованість;
- підозрілість;
- марення;
- параноя;
- панічні стани;
- порушення мозкового кровообігу;
- ускладнення з мовою;
- галюцинації, що повертаються.

При перевищенні дозування галюциногенами спостерігаються наступні ознаки:

- подвоєння у очах;
- тахікардія;

- гіпертензія;
- підвищення температури;
- нудота та блювання.

При перевищенні дозування седативними препаратами спостерігаються наступні ознаки:

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

Більш схематично ознаки інтоксикації та гострого отруєння, що полегшує їх запам'ятовування наведені у Додатку 8.

Як ми бачимо із наведених даних, стани гострої інтоксикації нерідко призводять до звуження свідомості, тому доцільно розглянути питання про кримінальну відповідальність за здійснені протиправні дії у цьому стані.

Інтоксикаційний психоз, психотичні форми наркотичного сп'яніння призводять до визнання особи неосудною. При розгляді проблеми обмеженої осудності особливе місце займає вивчення психопатологічних станів, що виникають в очевидному і в причинно-наслідковому зв'язку з активною поведінкою особи. Так, стан сп'яніння, як правило, виникає внаслідок довільного прийому психоактивної речовини. У зв'язку із цим до осіб, що скоїли протиправне діяння в стані сп'яніння, поняття обмеженої осудності застосовуватися не повинне. Це пов'язане з тим, що обмежена осудність не є проміжною категорією між осудністю і неосудністю. Вона є похідною від осудності й не звільняє особу від кримінальної відповідальності (як неосудність), а тільки пом'якшує її. Тому в цих випадках представляється доцільним дотримуватися положень Кримінальних кодексів тих країн (Швейцарія, Фінляндія, Австрія, Греція, Аргентина), які не рекомендують застосовувати положення про пом'якшення покарання відносно осіб, які по своїй волі привели себе в стан обмеженої осудності (зокрема, у стан сп'яніння).

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 чергуються з невизначеним

тривалим станом тверезості. Клінічна симптоматика наркоманії відсутня, і стан здоров'я залишається гарним.

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

Ейфорія – перша ланка в ланцюзі, що представляє наркоманію. Те, що початок наркоманії лежить у суб'єктивному ефекті задоволення, насолоди, сприятливого зсуву 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. Але більш поширена ситуація – вибір між алкоголем і яким-небудь наркотиком. У таких умовах пробується всі доступні препарати. При цьому один подобається, інший не подобається, один викликає неприємні відчуття, інший – неспотворену ейфорію, один дає ейфорію сильну, інший – слабку, один вид ейфорії кращий за інший. Проби займають деякий час, що вимірюється тижнями, поки початківець наркоман 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 препарат, що викликав отруєння. Однак, якщо при цьому присутній досвідчений наркоман, то він пояснює, що ці явища тимчасові, нічого страшного в цьому нема, потрібно набратися терпіння і т.п. 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 даного наркотику. Коли в умовах хаотичного прийому наркотиків з'являється виборче відношення 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 випустити з уваги, що мотивом прийому залишається бажання відтворити стан сп'яніння. Доступність можна оцінювати лише як умову, що сприяє частоті наркотизації, але 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 ще знаходиться в 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, сказати важко. Хоча безперечно, що в осіб неврівноважених, імпульсивних, з недостатнім емоційним контролем obsесивний потяг 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 інтенсивності 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 опізму досить 2-6 міс. (героїнізму 2-3 тижнів, морфінізму 2-3 міс.), кокаїнізму, вживання обробленого ефедрину (ефедрон, «гвинт») 3-4 тижнів. При симптоматичній морфінізації фізична залежність може з'явитися на 2-й рік постійних ін'єкцій.

Наступний етап – продром хвороби. Будь-який відомий продромальний стан включає 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) і т. д. Продром наркоманії в даний час не достатньо досліджений.

Порівнюючи з відомим продромом алкоголізму ті ознаки, які виникають спочатку наркотизації, в числі яких можна було б шукати продромальний симптом, можливість ранньої діагностики, відзначають наступне. 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'яніння, прийом наркотику в світлий час доби, не дозволяють виділити продром наркоманії, тому що виникають при перших же прийомах, а не через якийсь час. При початку наркотизації, крім наркотизації стимуляторами, не з'являються і також не допомагають виділити продром активність при сп'янінні, надмірна товариськість, бо при емоційній насиченості наркотичного сп'яніння людина занурена в свої переживання, ізольована від зовнішнього світу. Однак продром при наркоманії можна припускати тоді, коли збільшується добова толерантність, можливість багаторазового протягом дня введення наркотичної речовини, коли виникають явища дисхроноза (постійно високий життєвий тонус, короткий безладний сон, невиразність добових спадів активності). Важко віднести потяг до наркотику в межі продрому. При алкоголізмі формування потягу розтягується: потяг, що виникає при сп'янінні, синхронно з іншими продромальними ознаками; виникає в тверезому періоді – синхронно з ознаками початкової стадії хвороби. При наркоманіях потяг виникає у тверезому стані усвідомлено. Він визначає ритм наркотизації і тим самим виявляється чинником, що є рушійним для цього процесу. Такий потяг

швидше потрібно вважати ознакою хвороби, й виникає цей потяг настільки швидко, що продром при наркоманіях тривалим не може бути.

Наступний етап у розвитку хвороби виражається певним чином, виникають ті наркоманічні синдроми, які вказані 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 при зловживанні деякими стимуляторами і психоделічними препаратами може бути періодичним, інтенсивним протягом декількох днів з подальшими днями «відпочинку».

I систематична, і періодична манери наркотизації перевищують можливості здорової людини, але інтоксикації від такого «накопичення» не виникає, а захисні реакції з'являються лише при перевищенні разової дози. Захисні реакції досить одноманітні, мало залежать від виду препарату, тобто вони малоспецифічні. Це, звичайно, блювота, при зловживанні летючими наркотичними засобами – частіше послаблення кишечника, при зловживанні 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 цих випадках необхідна ургентна допомога. Хворих госпіталізують в залежності від симптоматики або в токсикологічні центри (головна біль, нудота і блювота, розлад серцево-судинної та дихальної діяльності, прогресуюче затьмарення свідомості, судомні напади), або в психіатричні лікарні (психомоторне збудження або загальмованість, галюцинаторно-параноїдні переживання).

На I стадії хвороби починається підйом разової переносимості. Доза наркотику підвищується, оскільки дія колишньої 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 і тривалості. I регулярність наркотизації, і почастищення прийому протягом доби, і зростання разової дози – наслідок потягу до наркотику. Але така реалізація потягу стає можливою тому, що зростає толерантність.

Швидкість формування потягу є різною. Дуже швидко з'являється потяг до повторення сп'яніння при вживанні опіатів і деяких стимуляторів, повільніше – при вживанні інших седативних препаратів і психоделічних засобів. Однак і в останньому випадку потяг формується швидше, ніж при алкоголізмі; для цього потрібні тижні і місяці, а не роки, як при пияцтві. Потяг ще не набув нездоланного характеру. Поки він – 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 такий потяг обсессивним. Інша його назва – психічний потяг – не зовсім правильна, оскільки кожний потяг є психічним, але використовується для розрізнення виникаючого надалі фізичного потягу, компульсивності. Потяг 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 явно в порівнянні з колишнім станом до початку захворювання, коли в стані сп'яніння могли виникати неприємні психічні відчуття, тривога і страх, а по виході – 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* – обсессивний (психічний) потяг до сп'яніння, здатність психічного комфорту в інтоксикації.

При продовженні 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; в 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 і у 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 відчути сп'яніння, вечірнє сильне сп'яніння легко переходить в нічний сон. Вранці та вдень хворий приймає, якщо наркотик не в надлишку, тільки «щоб протриматися» – тепер його самопочуття поза інтоксикацією погане.

У II стадії вже не спостерігаються реакції на надмірну інтоксикацію (зникнення захисних знаків). В останньому випадку мова йде не про те, що новий рівень інтоксикації в силу підвищення переносимості наркотику виявляється не надмірним для даного наркомана. Захисні механізми не включаються не в силу цієї обставини, а тому, що вони виснажені або «зламані». Про це можна судити, наприклад, по тому, що навіть при сильній інтоксикації, що викликає смерть, у хворих не виникає блювання. Щоправда, після тривалої ремісії у опіомана може виникнути слабкий свербіж при першому-другому прийомі опіатів. Поява, але швидко зникнення свербіня змушує припускати, що причина зникнення захисних механізмів при систематичній наркотизації 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.

Або немає ефекту, або, навпаки, незвично висока доза погіршує самопочуття, внаслідок 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 трата грошей. А гроші ці вже великі, здобуті ризикованим і/або злочинним шляхом. Однак у II стадії хвороби ціннісні уявлення настільки спотворені, що абсолютною цінністю виявляється лише стан наркотичного сп'яніння.

Маючи в 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), в 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, яка б не була його здатність до самооцінки, визнає, що поза наркотичної інтоксикації 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 в III стадії, велика, вона стає особливо наочною під час ремісії. Особливо виражена психічна залежність при опіоманії. Навіть при благополучному 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 займає таке велике місце в клінічній картині захворювання, що маскує психічну потребу (обсесивний потяг). Починаючи з II стадії досить задовільний рівень функціонування можливий у постійній присутності наркотику (здатність досягнення фізичного комфорту в інтоксикації). Розвивається постійна фізична потреба в наркотизації. При обриві наркотизації через якийсь час, що вимірюється годинами (він неоднаковий для різних форм наркотизму і для різної давності процесу), наркоман відчуває необхідність привнесення наступної дози (компульсивний

потяг). Цей потяг відрізняється від obsесивного своєю інтенсивністю, нездоланністю. Компульсивний потяг називається ще «фізичним». Залишається неясним, чи є компульсивний потяг самостійним психофізичним феноменом або служить подальшим етапом розвитку потягу obsесивного. У розвитку хвороби спочатку з'являється компульсивний потяг, абстинентний синдром формується пізніше, через (в залежності від форми зловживання) кілька тижнів (при алкоголізмі тимчасовий розрив може становити 1-2 роки), тому компульсивний потяг і абстинентний синдром – різні прояви синдрому фізичної залежності. Компульсивний потяг входить в структуру абстинентного синдрому, але і тут його незалежність доводиться тим, що потяг 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 компульсивний потяг, 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* – obsесивний (психічний) потяг до сп'яніння, здатність до психічного комфорту в інтоксикації. *Синдром фізичної залежності* – компульсивний (фізичний) потяг до сп'яніння, маскує потяг obsесивний, здатність до фізичного комфорту в інтоксикації, абстинентний синдром. Наркоманія сформована повністю.

При продовженні зловживання ці синдроми змінюють свою якість і розвивається III стадія хвороби.

III стадія наркотичної залежності. Ця стадія характеризується наростанням виснаження, в тому числі виснаження систем, що визначали симптоматику хвороби, і збільшенням наслідків постійної наркотизації. Виснаження особливо проявляється при сп'янінні. 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 себе в задовільному психічному і фізичному стані (потреба у психічному та фізичному комфорті). Падають інтенсивність потягу і активність вираження потягу, інтенсивність пошуку (подальша зміна obsесивного і компульсивного потягів). При деяких формах наркотизму (поки це встановлено при алкоголізмі і зловживанні стимуляторами) наркотизація набуває розріджену циклічну періодичність (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 підхльостування виснажених систем, наркотик виявляється як би 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 психічного потягу, 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* – obsesивний (психічний) потяг до сп'яніння, здатність до психічного комфорту в інтоксикації. *Синдром фізичної залежності* – компульсивний (фізичний) потяг 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 в I стадії. Проте ускладнення більш закономірні для III стадії.

Підводячи підсумок, важливо відзначити, що не всі синдроми досягають свого повного розвитку при різних формах 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 при тих чи інших формах зловживання. Якщо заперечення абстинентного синдрому при зловживанні стимуляторами, гашишем – наслідок недостатності спостереження, то заперечення абстинентного синдрому при зловживанні деякими психоделічними засобами справедливо. Однак в останньому випадку вираженими є компульсивний потяг і здатність до фізичного комфорту в інтоксикації, тобто інші складові синдрому фізичної залежності. Отже, розвиток хвороби відбувається все в тому ж напрямку, і оцінка етапу процесу можлива.

Існує й інша трудність 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 заслонюється важкою симптоматикою наслідків інтоксикації. Це видно 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 потяг до сп'яніння або психічний дефект робить хворого жертвою компанії наркоманів. У зв'язку з цим головне, що можна повторити про ускладнення, що виникають при хронічній інтоксикації, крім їх необов'язковості та адресності, – невизначеність моменту їх появи протягом захворювання.

Таким чином, *другий блок методики контролю наркоситуації у Національній гвардії передбачає такі заходи:*

- ретельне знайомство особового складу кожного підрозділу з ознаками осіб, які вживають різні види наркотиків. Для цього пропонується влаштувати лекторії, поширювати брошури. Для створення текстів лекцій і брошур рекомендовано використовувати інформацію, що наведена у Розділі 2, яка є доступною і достатньою. Командирам підрозділів та заступникам командирів по роботі з особовим складом рекомендовано здати заліки щодо знання ознак вживання наркотиків різного типу та стадій наркотизації;

- ознайомлення особового складу з інформацією про ознаки передозування, створення коротких і містких буклетів для легкого засвоєння і завчання цієї інформації (Для цього можна використовувати інформацію наведену у Додатку 8);

- 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 та психіатр та здавання лабораторних аналізів для встановлення факту вживання наркотичних речовин;

- відправлення військовослужбовців на ВВК для винесення офіційного рішення щодо придатності для подальшого проходження служби при встановленні факту вживання наркотичних речовин.

У якості контролю ефективності цього етапу можна запропонувати наступні 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 ТА МЕДИЧНИХ ЗАСОБІВ ПОЗБАВЛЕННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ

3.1. Ефективність лікування наркозалежності та її залежність від тяжкості стану військовослужбовця

Військовослужбовець Національної гвардії відносно якого був встановлений факт вживання наркотичних речовин за рішенням ВВК підлягає звільненню. Проте, попри необхідність цього кроку, його наслідки можуть негативно позначитися на морально-психологічному стані військовослужбовців, які продовжили службу у частині, де був виявлений наркозалежний. Сам факт наявності осіб, які почали вживати наркотичні речовини під час служби у Національній гвардії, негативно позначається на іміджі Національної гвардії, викликає побоювання у потенційних новобранців, їх батьків та родин потенційних контрактників. Крім того, звільнення з Національної гвардії – це крок, що безумовно відноситься до заходів покарання, проте, у світлі гуманізації ставлення до наркозалежних, надання їм допомоги, важливим є щоб армія, внутрішні війська 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 Національній гвардії.

Перехід від зловживання наркотиками або наркотичної залежності до одужання детально вивчений Дж. О. Прохаска і його співробітниками. У їх численних дослідженнях виявлено п'ять стадій зміни адиктивної поведінки. Попереднє обдумування починається, коли ще немає наміру змінити поведінку в доступному для огляду майбутньому. Обдумування – етап, коли індивід серйозно розмірковує про подолання проблемної поведінки, але ще не прийняв рішення почати діяти. Підготовка характеризується наміром змінити поведінку, з метою відмови від наркотиків. На стадії дії індивід змінює спосіб життя, щоб подолати адиктивну поведінку. Підтримання передбачає роботу для запобігання рецидиву і зміцнення досягнутого на попередньому етапі. Дослідження, що тривали близько 15 років, говорять про те, що терапевтичне втручання дає найбільший ефект, якщо відповідає стадії зміни адиктивної поведінки клієнта (Prochaska & DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Природно, спосіб впливу на військовослужбовця, який приймає наркотики, повинен враховувати тяжкість ситуації і рівень мотивації до зміни поведінки. Ті ж міркування важливі для самого широкого спектру існуючих медичних тактик – від профілактики і короткочасних 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. Звичайно, ніяка 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 відповідних ним заходів вторинної профілактики

При розробці методики контролю наркотичної ситуації у Національній гвардії, етап лікування і реабілітації осіб, які вживають наркотики, нами відноситься до сфери дій медичних та соціальних працівників, звісно при посильній допомозі Національної гвардії Але, якщо військовослужбовці, які вживали наркотики, покидають внутрішні війська, то спричинений ними прецедент вживання наркотиків військовослужбовцями може мати неабиякі наслідки для наркоситуації у частині. Це робить необхідним вживання заходів вторинної профілактики.

Термін вторинної профілактики використовується нами не зовсім у тому сенсі, який він має у медицині. Так, у випадку Національної гвардії заходи вторинної профілактики є спрямованими не на осіб, які пройшли лікування від наркозалежності чи прийняли рішення не вживати наркотики після їх епізодичних прийомів, а на оточення військовослужбовця, який вживав наркотичні речовини.

Оточення військовослужбовця можна умовно виділити три градації:

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, проте засуджують його рішення боротися з життєвими негараздами за допомогою наркотиків;

3) особи, які контактували зі звільненим за вживання наркотиків військовослужбовцем, проте не мали особистих стосунків, не знаходились під впливом 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.

Нам вбачається, 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, що представлені на рис. 3.1.



Рис.3.1 Заходи для визначення градацій оточення військовослужбовця, який вживав наркотики

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

Зазначимо, що особа, яка одноразово вживала наркотичні препарати, проте має хоча б деякі ресурси і стабільність у вигляді підтримки своєї родини, друзів, товаришів і власного житла має дуже гарний відклик навіть на м'які профілактичні заходи. Проте, 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 і їх типу

Як часто Ви використовуєте наступні 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 шагом 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 використанні 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 кохання до всіх і всього 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 боків вживання наркотиків

Що для Вас негативного у використанні 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 проблеми у 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 з зосередженням уваги.					
Зменшився сексуальний потяг.					
Виникли проблеми з фінансами.					
Став пасивним.					
Здоров'я погіршилось.					
Став неуважним.					
Знищив родинне життя.					
Життя перетворилось на хаос.					

Чим більше виражені негативні аспекти вживання наркотиків і чим менше обстежуваний вбачає позитивного у вживанні наркотиків, тим краще є прогноз на лікування. Те саме стосується і 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 боки. 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 доведені такої інформації не можна переходити тонку грань втручання у особисте життя колишнього військовослужбовця. Інформація, що доводиться, повинна бути персоналізованою, проте не особистою, інтимною. Крім того, на етапі вторинної профілактики необхідно не просто критикувати негативні боки прийому наркотиків, але й посилити пропаганду і навчання ефективним соціально-схвальним прийомом боротьби з тими проблемами, які призводять до

вживання наркотиків: втома, біль, депресія, невміння встановлювати і підтримувати стосунки, неадекватність самооцінки тощо. Офіцерам виховних структур, у томи числі і психологам, потрібно звертати увагу на ефективність запропонованих «замінників», при необхідності шукати нові, більш ефективні (чи більш підходящі) 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 виниклої проблеми є одним із факторів, що сприяє ефективності лікування.

Для виявлення ставлення до себе у особи, яка вживає наркотик можна використовувати проєктивні тести. Досить гарно з цим завданням впорається колірний тест ставлень Є.Ф. Бажина й О.М. Еткінда (КТС).

Цей тест проводиться у два 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.

Обробка результатів робиться наступним чином. Підраховується на якому місті стоїть обраний до того чи іншого поняття першого етапу колір у розкладці кольорів за ступенем привабливості. Чим ближчим до початку розкладки стоїть колір (чим менший порядковий номер), тим привабливішим є наркотик, стан ейфорії, галюцинації тощо.

Так само підраховується на якому місті у розкладці за ступенем подібності до себе стоять 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 добрати 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.

При обробці результатів використовується той самий принцип:

- чим менший ранг у розкладці за ступенем приємності кольорів отримує колір, що обирався для оцінки особи, яка вживала наркотики, тим позитивніше ставлення до нього у обстежуваного;
- чим менший ранг у розкладці за ступенем подібності до себе отримує колір, що добирається для оцінки особи, яка вживала наркотик, тим більша у обстежуваного ідентифікація з ним.

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

Таким чином, чим довше військовослужбовцю вдавалось 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 був чи не єдиний вихід подолати життєві негаразди), чим сильніше його авторитет у частині, тим більше вірогідність того, що можуть з'явитися послідовники.

Чим гірша наркологічна ситуація склалася у підрозділі, тим директивнішими повинні бути заходи. Проте, необдумані дії у цьому напрямку можуть формувати установку на груповий фаворитизм, коли військовослужбовців, 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 ми вже відзначали, одним із заходів етапу вторинної профілактики є дискредитація особистості, яка вживала наркотики, та певних її дій. Зазначимо, 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 шановною, користувалася авторитетом у товаришів, то більш ефективним буде вказати на помилку у рішенні приймати наркотик, яке перехрестило усі її досягнення.

Таким чином, *етап вторинної профілактики передбачає наступні заходи:*

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

- Визначення ставлення до особи, яка вживала наркотик, у особового складу підрозділу.

- Визначення ставлення до вживання наркотиків взагалі і виявленою особою, зокрема.

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

- Визначення тривалості існування джерела постачання наркотиків у частину і його ліквідація.

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

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

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

У якості контролю ефективності цього етапу можна запропонувати наступне:

– Визначити відсоток осіб, які внаслідок вторинної профілактики були переведені у менш небезпечну градацію оточення особи звільненої за вживання наркотиків.

– Визначити кількість осіб, які мають ті самі проблеми, що і виявлена наркозалежна особа, для засвоєння ними соціально прийнятних форм подолання життєвих проблем (наприклад, пройти тренінги, засвоїти аутогенне тренування тощо).

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

ЗАКЛЮЧЕННЯ

На наш погляд, взяти під контроль наркологічну ситуацію у Національній гвардії дозволять не лише директивні заходи щодо контролю обігу наркотиків і безкомпромісне звільнення у разі виявлення факту вживання недозволених психоактивних речовин, але й диференційована система заходів, що спрямована на формування альтернатив для потенційно небезпечної адиктивної поведінки у різних категорій військовослужбовців.

Запропонована система контролю містить в собі не лише заходи щодо попередження і виявлення вживання наркотиків, а й заходи вторинної профілактики (після виникнення прецеденту вживання наркотику військовослужбовцем частини), які розроблено в залежності від «ступеню небезпечності» вживаного наркозалежним військовослужбовцем психоактивного препарату та ставлення до особи і факту вживання нею забороненого препарату з боку співслужбовців.

На нашу думку, важливим є і те, що військовослужбовці, у яких сформувалася наркологічна залежність під час служби у Національній гвардії, навіть після звільнення за рішенням ВЛК, повинні проходити лікування від наркозалежності та соціальну реабілітацію. Саме поширення відомостей про факт формування наркозалежності під час служби у Національній гвардії погіршує імідж військ, здійснює антипедагогічний вплив на новобранців і військовослужбовців, які продовжують службу у підрозділі, де був виявлений наркозалежний.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Методика Холмса-Раге для визначення опору стресу

Інструкція: Уважно прочитайте весь перелік, щоб мати загальні уявлення про те, які ситуації, події і життєві обставини, що викликають стрес, представлені у ньому. Потім ще раз прочитайте кожний пункт, звертаючи увагу на кількість балів, якими оцінюється кожна подія. Далі додайте бали за кожен подію і ситуацію, що відбувалися за останні два роки у вашому житті. При цьому, якщо яка-небудь ситуація виникала у вас частіше одного разу, то бали за нею потрібно помножити на цю кількість разів.

Текст опитувальника надається мовою оригіналу.

№	Жизненные события	Балл
1	Смерть супруга (супруги).	100
2	Развод.	73
3	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером.	65
4	Тюремное заключение.	63
5	Смерть близкого члена семьи»	63
6	Травма или болезнь.	53
7	Женитьба, свадьба.	50
8	Увольнение с работы.	47
9	Примирение супругов.	45
10	Уход на пенсию.	45
11	Изменение в состоянии здоровья членов семьи.	44
12	Беременность партнерши.	40
13	Сексуальные проблемы.	39
14	Появление нового члена семьи, рождение ребенка.	39
15	Реорганизация на работе.	39
16	Изменение финансового положения.	38
17	Смерть близкого друга.	37
18	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы.	36
19	Усиление конфликтности отношений с супругом.	35
20	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома).	31
21	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги.	30
22	Изменение должности, повышение служебной ответственности.	29
23	Сын или дочь покидают дом.	29
24	Проблемы с родственниками мужа (жены).	29
25	Выдающееся личное достижение, успех.	28
26	Супруг бросает работу (или приступает к работе).	26
27	Начало или окончание обучения в учебном заведении.	26
28	Изменение условий жизни.	25
29	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения.	24
30	Проблемы с начальством, конфликты.	23
31	Изменение условий или часов работы.	20
32	Перемена места жительства.	20
33	Смена места обучения.	20
34	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска.	19
35	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием.	19
36	Изменение социальной активности.	18
37	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора).	17

№	Жизненные события	Балл
38	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна.	16
39	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи.	15
40	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.).	15
41	Отпуск.	13
42	Рождество, встреча Нового года, день рождения.	12
43	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения).	11

Інтерпретація результатів тесту. Отримана сума визначає ступінь опору стресу обстежуваного.

Ступінь опору стресу:

150-199 балів – висока ступінь опору стресу;

200-299 балів – порогова ступінь опору стресу;

300 та більше – низька ступінь опору стресу, вразливість, існує можливість психосоматичного захворювання, нервового виснаження.

Психодіагностичний інструментарій

**Методика диференціальної діагностики депресивних станів Цунга
(адаптація Т. І. Балашової)**

Шкала Цунга для самооцінки депресії (англ. Zung Self-Rating Depression Scale) – тест для самооцінки депресії був розроблений в Університеті Дюка психіатром доктором Вільямом Цунгом. Тест дозволяє оцінити рівень депресії людини і визначити ступінь депресивного розладу.

Тест «Шкала Цунга» має високу чутливість і специфічність, а також дозволяє уникнути додаткових економічних і часових витрат, пов'язаних з медичним обстеженням етичних проблем.

У тестуванні враховується 20 чинників, які визначають чотири рівні депресії. У тесті присутні десять позитивно сформульованих і десять негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (на основі цих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»). Результати діляться на чотири діапазони:

- 25-49 нормальний стан;
- 50-59 легка депресія;
- 60-69 помірна депресія;
- 70 і вище – важка депресія.

Процедура проведення. Повна процедура тестування з обробкою займає 20-30 хвилин. Випробуваний відмічає відповіді на бланку. Опитувальник надається мовою оригіналу.

Обробка результатів. Рівень депресії (РД) розраховується за формулою:

$$РД = \Sigma_{пр} + \Sigma_{звор.},$$

- де $\Sigma_{пр}$. – сума закреслених цифр щодо «прямих» висловлювань № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;
- $\Sigma_{звор.}$ – сума цифр, що є «зворотними» закресленим раніше, а саме до висловлювань № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Наприклад: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо в суму 4 бали; у висловлюванні № 5 закреслена відповідь 2 – ставимо в суму 3 бали; у висловлюванні № 6 закреслено відповідь 3 – ставимо в суму 2 бали; у висловлюванні № 11 закреслили відповідь 4 – ставимо в суму 1 бал і т.д.

Інструкція до тесту: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви себе відчуваєте останнім часом. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Інтерпретація результатів. В результаті отримуємо РД, який коливається від 20 до 80 балів. Якщо РД не більше 50 балів, то діагностується стан без депресії. Якщо РД більше 50 і менше 59 балів, то робиться висновок про легку депресію ситуативного чи невротичного генезу. Показник РД від 60 до 69 балів – субдепресивний стан або маскована депресія. Справжній депресивний стан діагностується при РД більше 70 балів.

Текст опитувальника надається мовою оригіналу.

№	Ствердження	Никогда или изредка	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
1	Я чувствую подавленность.	1	2	3	4
2	Утром я чувствую себя лучше всего.	1	2	3	4
3	У меня бывают периоды плача или близости к слезам.	1	2	3	4
4	У меня плохой ночной сон.	1	2	3	4
5	Аппетит у меня не хуже обычного.	1	2	3	4
6	Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом.	1	2	3	4
7	Я замечаю, что теряю вес.	1	2	3	4
8	Меня беспокоят запоры.	1	2	3	4
9	Сердце бьётся быстрее, чем обычно.	1	2	3	4
10	Я устаю без всяких причин.	1	2	3	4
11	Я мыслю также ясно как всегда.	1	2	3	4
12	Мне легко делать то, что я умею.	1	2	3	4
13	Я чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте.	1	2	3	4
14	У меня есть надежда на будущее.	1	2	3	4
15	Я более раздражителен, чем обычно.	1	2	3	4
16	Мне легко принимать решения.	1	2	3	4
17	Я чувствую, что полезен и необходим.	1	2	3	4
18	Я живу достаточно полной жизнью.	1	2	3	4
19	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру.	1	2	3	4
20	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда.	1	2	3	4

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова

Методика призначена для виявлення у людини депресивного стану.

Процедура проведення. Повна процедура тестування з обробкою займає 30-40 хвилин. Випробуваний відмічає відповіді на бланку. Опитувальник надається мовою оригіналу.

Інструкція: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і виберіть найбільш підходящий для Вас варіант відповіді – 0, 1, 2 або 3.

Опитувальник надається мовою оригіналу.

- 1 0 Моё настроение сейчас не более подавлено (печально), чем обычно.
1 Пожалуй, оно более подавлено (печально), чем обычно.
2 Да, оно более подавлено (печально), чем обычно.
3 Моё настроение намного более подавлено (печально), чем обычно.

- 2 0 Я чувствую, что у меня нет тоскливого (траурного) настроения.
1 У меня иногда бывает такое настроение.
2 У меня часто бывает такое настроение.
3 Такое настроение бывает у меня постоянно.

- 3 0 Я не чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.

- 1 У меня иногда бывает такое чувство.
2 У меня часто бывает такое чувство.
3 Я постоянно себя чувствую так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.
- 4 0 У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик.
1 У меня иногда бывает такое чувство.
2 У меня часто бывает такое чувство.
3 Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик.
- 5 0 У меня не бывает чувства, будто я состарился(лась).
1 У меня иногда бывает такое чувство.
2 У меня часто бывает такое чувство.
3 Я постоянно чувствую, будто я состарился(лась).
- 6 0 У меня не бывает состояний, когда на душе очень тяжело.
1 У меня иногда бывает такое состояние.
2 У меня часто бывает такое состояние.
3 Я постоянно нахожусь в таком состоянии.
- 7 0 Я чувствую себя спокойно за своё будущее, как обычно.
1 Пожалуй, будущее беспокоит меня несколько больше, чем обычно.
2 Будущее беспокоит меня значительно больше, чем обычно.
3 Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно.
- 8 0 В своём прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно.
1 В своём прошлом я вижу плохого несколько больше, чем обычно.
2 В своём прошлом я вижу плохого значительно больше, чем обычно.
3 В своём прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно.
- 9 0 Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно.
1 Таких надежд у меня несколько меньше, чем обычно.
2 Таких надежд у меня значительно меньше, чем обычно.
3 Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно.
- 10 0 Я боязлив(а) не более обычного.
1 Я боязлив(а) несколько более обычного.
2 Я боязлив(а) значительно более обычного.
3 Я боязлив(а) намного более обычного.
- 11 0 Хорошее меня радует, как и прежде.
1 Я чувствую, что оно радует меня несколько меньше прежнего.
2 Оно радует меня значительно меньше прежнего.
3 Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего.
- 12 0 У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна.
1 У меня иногда бывает такое чувство.
2 У меня часто бывает такое чувство.
3 Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна.
- 13 0 Я обидчив(а) не больше, чем обычно.
1 Пожалуй, я несколько более обидчив(а), чем обычно.

- 2 Я обидчив(а) значительно больше, чем обычно.
3 Я обидчив(а) намного больше, чем обычно.
- 14** 0 Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше.
1 Я получаю такого удовольствия несколько меньше, чем раньше.
2 Я получаю такого удовольствия значительно меньше, чем раньше.
3 Я не получаю теперь удовольствия от приятного.
- 15** 0 Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины.
1 Иногда я чувствую себя так, будто в чём-то я виноват(а).
2 Я часто чувствую себя, будто в чём-то я виноват(а).
3 Я постоянно чувствую себя так, будто в чём-то я виноват(а).
- 16** 0 Если что-то у меня не так, я виню себя не больше обычного.
1 Я виню себя за это несколько больше обычного.
2 Я виню себя за это значительно больше обычного.
3 Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше обычного.
- 17** 0 Обычно у меня не бывает ненависти к себе.
1 Иногда бывает, что я ненавижу себя.
2 Часто бывает так, что я себя ненавижу.
3 Я постоянно чувствую, что ненавижу себя.
- 18** 0 У меня не бывает чувства, будто я погряз(ла) в грехах.
1 У меня иногда теперь бывает это чувство.
2 У меня часто бывает теперь это чувство.
3 Это чувство у меня теперь не проходит.
- 19** 0 Я виню себя за проступки других не больше обычного.
1 Я виню себя за них несколько больше обычного.
2 Я виню себя за них значительно больше обычного.
3 За проступки других я виню себя намного больше обычного.
- 20** 0 Состояние, когда всё кажется бессмысленным, у меня обычно не бывает.
1 Иногда у меня бывает такое состояние.
2 У меня часто бывает теперь такое состояние.
3 Это состояние у меня теперь не проходит.
- 21** 0 Чувства, что я заслужил(а) кару, у меня не бывает.
1 Теперь иногда бывает.
2 Оно часто у меня бывает.
3 Это чувство у меня теперь практически не проходит.
- 22** 0 Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде.
1 Я вижу в себе несколько меньше хорошего, чем прежде.
2 Я вижу в себе значительно меньше хорошего, чем прежде.
3 Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде.
- 23** 0 Обычно я думаю, что во мне плохого не больше, чем у других.
1 Иногда я думаю, что во мне плохого больше, чем у других.
2 Я часто так думаю.
3 Я постоянно думаю, что плохого во мне больше, чем у других.

- 24** 0 Желания умереть у меня не бывает.
1 Это желание у меня иногда бывает.
2 Это желание у меня теперь бывает часто.
3 Это теперь постоянное моё желание.
- 25** 0 Я не плачу.
1 Я иногда плачу.
2 Я плачу часто.
3 Я хочу плакать, но слёз у меня уже нет.
- 26** 0 Я не чувствую, что я раздражителен(на).
1 Я раздражителен(на) несколько больше обычного.
2 Я раздражителен(на) значительно больше обычного.
3 Я раздражителен(на) намного больше обычного.
- 27** 0 У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих эмоций.
1 Иногда у меня бывает такое состояние.
2 У меня часто бывает такое состояние.
3 Это состояние у меня теперь не проходит.
- 28** 0 Моя умственная активность никак не изменилась.
1 Я чувствую теперь какую-то «неясность» в своих мыслях.
2 Я чувствую теперь, что я сильно «отупел(а)», («в голове мало мыслей»)
3 Я совсем ни о чём теперь не думаю («голова пустая»).
- 29** 0 Я не потерял(а) интерес к другим людям.
1 Я чувствую, что прежний интерес к людям несколько уменьшился.
2 Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился.
3 У меня совсем пропал интерес к людям («я никого не хочу видеть»).
- 30** 0 Я принимаю решения, как и обычно.
1 Мне труднее принимать решения, чем обычно.
2 Мне намного труднее принимать решения, чем обычно.
3 Я уже не могу сам(а) принять никаких решений.
- 31** 0 Я не менее привлекателен(а), чем обычно.
1 Пожалуй, я несколько менее привлекателен(на), чем обычно.
2 Я значительно менее привлекателен(на), чем обычно.
3 Я чувствую, что я выгляжу теперь просто безобразно.
- 32** 0 Я могу работать, как обычно.
1 Мне несколько труднее работать, чем обычно.
2 Мне значительно труднее работать, чем обычно.
3 Я совсем не могу теперь работать («всё валится из рук»).
- 33** 0 Я сплю не хуже, чем обычно.
1 Я сплю несколько хуже, чем обычно.
2 Я сплю значительно хуже, чем обычно.
3 Теперь я почти совсем не сплю.
- 34** 0 Я устаю не больше, чем обычно.

- 1 Я устаю несколько больше, чем обычно.
2 Я устаю значительно больше, чем обычно.
3 У меня уже нет никаких сил что-то делать.
- 35** 0 Мой аппетит не хуже обычного.
1 Мой аппетит несколько хуже обычного.
2 Мой аппетит значительно хуже обычного.
3 Аппетита у меня теперь совсем нет.
- 36** 0 Мой вес остаётся неизменным.
1 Я немного похудел(а) в последнее время.
2 Я заметно похудел(а) в последнее время.
3 В последнее время я очень похудел(а).
- 37** 0 Я дорожу своим здоровьем, как и обычно.
1 Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно.
2 Я дорожу своим здоровьем значительно меньше, чем обычно.
3 Я совсем не дорожу теперь своим здоровьем.
- 38** 0 Я интересуюсь сексом, как и прежде.
1 Я несколько меньше интересуюсь сексом, чем прежде.
2 Я интересуюсь сексом значительно меньше, чем прежде.
3 Я полностью потерял(а) интерес к сексу.
- 39** 0 Я не чувствую, что моё «Я» как-то изменилось.
1 Теперь я чувствую, что моё «Я» несколько изменилось.
2 Теперь я чувствую, что моё «Я» значительно изменилось.
3 Моё «Я» так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам(а).
- 40** 0 Я чувствую боль, как и обычно.
1 Я чувствую боль сильнее, чем обычно.
2 Я чувствую боль слабее, чем обычно.
3 Я почти не чувствую теперь боли.
- 41** 0 Некоторые расстройства (сухость во рту, сердцебиение, запоры, удушье) у меня бывают не чаще, чем обычно.
1 Эти расстройства бывают у меня несколько чаще обычного.
2 Некоторые из этих расстройств бывают у меня значительно чаще обычного.
3 Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного.
- 42** 0 Утром моё настроение обычно не хуже, чем к ночи.
1 Утром оно у меня несколько хуже, чем к ночи.
2 Утром оно у меня значительно хуже, чем к ночи.
3 Утром моё настроение намного хуже, чем к ночи.
- 43** 0 У меня не бывает спадов настроения весной (осенью).
1 Такое однажды со мной было.
2 Со мной такое было два или три раза.
3 Со мной было такое много раз.
- 44** 0 Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго.
1 Подавленное настроение у меня может длиться по неделе, до месяца.

2 Подавленное настроение у меня может длиться месяцами.

3 Подавленное настроение у меня может длиться до года и больше.

Обробка результатів. Визначається сума зазначених номерів відповідей (вони одночасно є балами).

Інтерпретація результатів:

1-9 – депресія відсутня, або незначна;

10-24 – депресія мінімальна;

25-44 – легка депресія;

45-67 – помірна депресія;

68-87 – виражена депресія;

88 і більше – глибока депресія.

Опитувальник суїцидального ризику (О. Г. Шмельов)

Дана методика застосовується в тому випадку, коли психолог на основі попереднього дослідження виявив високу ймовірність суїцидальної поведінки. Тестуванню повинна передувати бесіда, в ході якої психолог повинен проявити максимум уваги і співчуття.

Інструкція: Перед Вами список з 29 тверджень. Вам необхідно на них відповісти. Уважно прочитайте ці твердження. В бланку для відповідей в разі згоди з твердженням поставте «+», у разі незгоди з твердженням «-». Працуйте не поспішаючи.

Опитувальник надається мовою оригіналу.

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Работать Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью более, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя ставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете мысли об этом выкинуть из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Інтерпретація діагностичних шкал:

1. *Демонстративність (Д).* Бажання привернути увагу оточуючих до своїх нещасть, домогтися співчуття і розуміння. Оцінка з зовнішніх позицій, деколи як «шантаж», «істероїдне випинання труднощів», демонстративна

суїцидальна поведінка переживається зсередини як «крик про допомогу». Найбільш суїцидонебезпечним є поєднання з емоційною ригідністю, коли «діалог зі світом» може зайти надто далеко.

До цієї субшкали відносяться пункти № 12, 14, 20, 22, 27 опитувальника.

2. *Афективність (А)*. Домінування емоцій над емоційним контролем в оцінці ситуації. Готовність реагувати на психотравмуючу ситуацію безпосередньо, емоційно. Крайній варіант – блокада інтелекту.

Пункти № 1, 10, 20, 23, 28, 29.

3. *Унікальність (У)*. Сприйняття себе, ситуації і, можливо, власного життя в цілому як виняткове явище, не схоже на інші і, отже, має на увазі виняткові варіанти виходу, зокрема суїцид. Дана шкала тісно пов'язана з феноменом «непроникності» для досвіду, тобто з недостатнім умінням використовувати свій і чужий життєвий досвід.

Пункти № 1, 12, 14, 22, 27.

4. *Неспроможність (Н)*. Негативна концепція власної особистості. Уявлення про свою неспроможність, некомпетентність, непотрібність, «вимкнене» зі світу. Дана субшкала може бути пов'язана з уявленнями про фізичну, інтелектуальну, моральну та іншу неспроможність. Неспроможність виражає інтрапунітивний радикал. Формула внутрішнього монологу – «Я поганий».

Пункти № 2, 3, 6, 7, 17.

5. *Соціальний песимізм (СП)*. Негативна концепція навколишнього світу. Сприйняття світу як ворожого, що не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини відносини з оточенням. СП тісно пов'язаний з екстрапунітивним стилем каузальної атрибуції. Екстрапунітивність визначається за формулою внутрішнього монологу «Ви всі негідні мене».

Пункти № 5, 11, 13, 15, 17, 22, 25.

6. *Злам культурних бар'єрів (ЗКБ)*. Культ самогубства. Пошук культурних цінностей і нормативів, які виправдовують суїцидальну поведінку або навіть роблять її в якійсь мірі привабливою. Запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури та кіно. Крайній варіант – інверсія цінності життя і смерті. При відсутності виражених піків по іншим шкалам це може свідчити лише про «естетизацію смерті». Одна з можливих внутрішніх причин культу смерті – доведена до патологічного максималізму смислова установка на самотійність: «Вершитель власної долі сам визначає кінець свого існування».

Пункти № 8, 9, 18.

7. *Максималізм (М)*. Інфантильний максималізм ціннісних установок. Максималізація цінностей значущості найменшої втрати з одночасною мінімалізацією цінностей значущості наявних досягнень. Поширення на всі сфери життя змісту локального конфлікту з якоїсь однієї сфери. Неможливість компенсації. Афективна фіксація на невдачах.

Пункти № 4, 16.

8. *Тимчасова перспектива (ТП)*. Неможливість конструктивного планування майбутнього. Це може бути наслідком сильної заглибленості у

справжню ситуацію, трансформацією почуття нерозв'язності поточної проблеми, глобального страху невдач і поразок у майбутньому.

Пункти № 2, 3, 12, 24, 25, 27.

9. *Антисуїцидальний фактор (АФ)*. Навіть при високій вираженості всіх інших факторів є фактор, який знижує глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку. Це уявлення про гріховність самогубства, його антиестетичності, боязнь болю і фізичних страждань. У певному сенсі це показник наявного рівня передумов для психокорекційної роботи.

Пункти № 19, 21.

Бали підраховуються окремо по кожному фактору. За відповідь «так» нараховується 1 бал. Кількість тверджень по кожному з факторів приймається за 100%. Кількість балів переводиться у відсотки. За відсотковим співвідношенням визначається індивідуальний стиль суїцидальної динаміки.

Методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хека

Інструкція: Ознайомившись з питаннями та судженнями, треба відповісти «та» чи «ні». Опитувальник надається мовою оригіналу.

1. Считаете ли Вы, что внутренне напряжены?
2. Я часто так сильно во что-то погружен, что не могу заснуть.
3. Я чувствую себя легко ранимым.
4. Мне трудно заговорить с незнакомыми людьми.
5. Часто ли без особых причин у Вас возникает чувство безучастности и усталости?
6. У меня часто возникает чувство, что люди меня критически рассматривают.
7. Часто ли Вас преследуют болезненные мысли, которые не выходят из головы, хотя Вы и стараетесь от них избавиться?
8. Я довольно нервный.
9. Мне кажется, что меня никто не понимает.
10. Я довольно раздражительный.
11. Если бы против меня не были настроены, мои дела шли бы более успешно.
12. Я слишком близко и надолго принимаю к сердцу неприятности.
13. Даже мысль о возможной неудаче меня волнует.
14. У меня были очень странные и необычные переживания.
15. Бывает ли Вам, то радостно, то грустно без видимых причин?
16. В течение всего дня я мечтаю и фантазирую больше, чем нужно.
17. Легко ли изменить Ваше настроение?
18. Я часто борюсь с собой, чтобы не показать свою застенчивость.
19. Я хотел бы быть таким же счастливым, каким кажутся другие люди.
20. Иногда я дрожу или испытываю приступы озноба.
21. Часто ли меняется Ваше настроение в зависимости от серьезной причины или без неё?
22. Испытываете ли Вы иногда чувство страха даже при отсутствии реальной опасности?
23. Критика или выговор меня очень ранят.
24. Временами я бываю так беспокоен, что даже не могу усидеть на одном месте.
25. Беспокоитесь ли Вы иногда слишком сильно из-за незначительных вещей?
26. Я часто испытываю недовольство.
27. Мне трудно сконцентрироваться при выполнении какого-либо задания или работы.
28. Я делаю много такого, в чем приходится раскаиваться.
29. Большею частью я счастлив.
30. Я недостаточно уверен в себе.
31. Иногда я кажусь себе действительно никчемным.
32. Часто я чувствую себя просто скверно.
33. Я много копаюсь в себе.
34. Я страдаю от чувства неполноценности.
35. Иногда у меня все болит.
36. У меня бывает гнетущее состояние.
37. У меня что-то с нервами.
38. Мне трудно поддерживать разговор при знакомстве.
39. Самая тяжелая борьба для меня – это борьба с самим собой.
40. Чувствуете ли Вы иногда, что трудности велики и непреодолимы.

Обробка даних. Потрібно підрахувати кількість стверджувальних відповідей: якщо отримане число більше 24 балів – це свідчить про велику ймовірність неврозу. Підкреслимо, що методика дає лише попередню, узагальнену інформацію.

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність»**(А.Г. Маклаков, С.В. Черемянін)**

Опитувальник містить у собі 165 питань и має наступні шкали: «достовірність» (Д), «адаптивні здібності» (АЗ), «нервово-психічна стійкість» (НПС), «моральна нормативність».

Інструкція: На кожне твердження потрібно відповісти «так» чи «ні».

Текст опитувальника наводиться мовою оригіналу.

1. Бывает, что я сержусь.
2. Обычно по утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.
3. Сейчас я примерно так же работоспособен, как и всегда.
4. Судьба определенно несправедлива ко мне.
5. Запоры у меня бывают очень редко.
6. Временами мне очень хотелось покинуть свой дом.
7. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
8. Мне кажется, что меня никто не понимает.
9. Считаю, что если кто-то причинил мне зло, то я должен ответить ему тем же.
10. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
11. Мне бывает трудно сосредоточиться на какой-либо даче или работе.
12. У меня бывают часто странные и необычные переживания.
13. У меня отсутствовали неприятности из-за моего поведения.
14. В детстве я одно время совершал мелкие кражи.
15. Бывает, что у меня появляется желание ломать или рушить все вокруг.
16. Бывало, что я целыми днями или даже неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу.
17. Сон у меня прерывистый и беспокойный.
18. Моя семья относится с неодобрением к той работе, которую я выбрал.
19. Бывали случаи, что я не сдерживал обещаний.
20. Голова у меня болит часто.
21. Раз в неделю или чаще я без всякой видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
22. Было бы хорошо, если бы почти все законы отменили.
23. Состояние моего здоровья почти такое же, как у большинства моих знакомых (не хуже).
24. Встречая на улице своих знакомых или школьных друзей, с которыми я давно не виделся, я предпочитаю проходить мимо, если они со мной не заговаривают первыми.
25. Большинству людей, которые меня знают, я нравлюсь.
26. Я человек общительный.
27. Иногда я так настаиваю на своем, что люди теряют терпение.
28. Большую часть времени настроение у меня подавленное.
29. Теперь мне трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни.
30. У меня мало уверенности в себе.
31. Иногда я говорю неправду.
32. Обычно я считаю, что жизнь — стоящая штука.
33. Я считаю, что большинство людей способны солгать, чтобы продвинуться по службе.
34. Я охотно принимаю участие в собраниях и других общественных мероприятиях.
35. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
36. Иногда я испытываю сильное желание нарушить правила приличия или кому-

нибудь навредить.

37. Самая трудная борьба для меня - это борьба с самим собой.

38. Мышечные судороги или подергивания у меня бывают крайне редко (или почти не бывают).

39. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.

40. Иногда, когда я себя неважно чувствую, я бываю раздражительным.

41. Часто у меня такое чувство, что я сделал что-то не то или даже что-то плохое.

42. Некоторые люди до того любят командовать, что меня так и тянет делать все наперекор, даже если я знаю, что они правы.

43. Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.

44. Моя речь сейчас такая же, как всегда (ни быстрее, ни медленнее, нет ни хрипоты, ни невнятности).

45. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства моих знакомых.

46. Меня ужасно задевает, когда меня критикуют или ругают.

47. Иногда у меня бывает чувство, что я просто должен нанести повреждение себе или кому-нибудь другому.

48. Мое поведение в значительной мере определяется обычаями тех, кто меня окружает.

49. В детстве у меня была компания, где все старались стоять друг за друга.

50. Иногда меня так и подмывает с кем-нибудь затеять драку.

51. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.

52. Обычно я засыпаю спокойно, и меня не тревожат никакие мысли.

53. Последние несколько лет я чувствую себя хорошо.

54. У меня никогда не было ни припадков, ни судорог.

55. Сейчас мой вес постоянен (я не худею и не полнею).

56. Я считаю, что меня часто наказывали незаслуженно.

57. Я легко плачу.

58. Я мало устаю.

59. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.

60. С моим рассудком творится что-то неладное.

61. Чтобы скрыть свою застенчивость, мне приходится затрачивать большие усилия.

62. Приступы головокружения у меня бывают очень редко (или почти не бывают).

63. Меня беспокоят сексуальные вопросы.

64. Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.

65. Когда я пытаюсь что-то сделать, часто замечаю, что у меня дрожат руки.

66. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.

67. Большую часть времени я испытываю общую слабость.

68. Иногда, когда я смущен, я сильно потею, и меня это очень раздражает.

69. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.

70. Думаю, что я человек обреченный.

71. Бывали случаи, что мне было трудно удержаться, чтобы что-нибудь не стащить у кого-нибудь или где-нибудь, например в магазине.

72. Я злоупотреблял спиртными напитками.

73. Я часто о чем-нибудь тревожусь.

74. Мне бы хотелось быть членом нескольких кружков или обществ.

75. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.

76. Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга.

77. Случалось, что я препятствовал или поступал наперекор людям просто из принципа, а не потому, что дело было действительно важным.

78. Если мне не грозит штраф, и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где;
1. положено.
79. Я всегда был независимым и свободным от контроля со стороны семьи.
80. У меня бывали периоды такого сильного беспокойства, что я даже не мог усидеть на месте.
81. Зачастую мои поступки неправильно истолковывались.
82. Мои родители и (или) другие члены моей семьи придираются ко мне больше, чем надо.
83. Кто-то управляет моими мыслями.
84. Люди равнодушны и безразличны к тому, что с тобой случится.
85. Мне нравится быть в компании, где все подшучивают друг над другом.
86. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
87. Я вполне уверен в себе.
88. Никому не доверять - самое безопасное.
89. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
90. Когда я нахожусь в компании, мне трудно найти подходящую тему для разговора.
91. Мне легко заставить других людей бояться себя, и иногда я это делаю ради забавы.
92. В игре я предпочитаю выигрывать.
93. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать.
94. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
95. Я ежедневно выпиваю много воды.
96. Счастливее всего я бываю, когда один.
97. Я возмущаюсь каждый раз, когда узнаю, что преступник по какой-либо причине остался безнаказанным.
98. В моей жизни был один или несколько случаев, когда я чувствовал, что кто-то посредством гипноза заставляет меня совершать те или иные поступки.
99. Я редко заговариваю с людьми первым.
100. У меня никогда не было столкновений с законом.
101. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей - это как бы придает мне вес в собственных глазах.
102. Иногда, без всякой причины у меня вдруг наступают периоды необычайной веселости.
103. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
104. В школе мне было очень трудно говорить перед классом.
105. Люди проявляют по отношению ко мне столько сочувствия и симпатии, сколько я заслуживаю.
106. Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому что у меня это плохо получается.
107. Мне кажется, что я завожу друзей с такой же легкостью, как и другие.
108. Мне неприятно, когда вокруг меня люди.
109. Мне, как правило, везет.
110. Меня легко привести в замешательство.
111. Некоторые из членов моей семьи совершали поступки, которые меня пугали.
112. Иногда у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
113. Мне бывает трудно приступить к выполнению нового задания или начать новое дело.
114. Если бы люди не были настроены против меня, я в жизни достиг бы гораздо большего.

115. Мне кажется, что меня никто не понимает.
116. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
117. Я легко теряю терпение с людьми.
118. Часто в новой обстановке я испытываю тревогу.
119. Часто мне хочется умереть.
120. Иногда я бываю так возбужден, что мне бывает трудно заснуть.
121. Часто я перехожу на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с тем, кого я увидел.
122. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что я не справлюсь с ним.
123. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
124. Даже среди людей я чувствую себя одиноким.
2. 125. Я убежден, что существует лишь одно-единственное правильное понимание смысла жизни.
125. В гостях я чаще сижу в стороне и разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.
126. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
127. Бывает, что я с кем-нибудь посплетничаю.
128. Часто мне бывает неприятно, когда я пытаюсь предостеречь кого-либо от ошибок, а меня понимают неправильно.
129. Я часто обращаюсь к людям за советом.
130. Часто, даже тогда, когда для меня все складывается все хорошо, я чувствую, что мне все безразлично.
131. Меня довольно трудно вывести из себя.
132. Когда я пытаюсь указать людям на их ошибки или помочь, они часто понимают меня неправильно.
133. Обычно я спокоен, и меня нелегко вывести из душевного равновесия.
134. Я заслуживаю сурового наказания за свои проступки.
135. Мне свойственно так сильно переживать свои разочарования, что я не могу заставить себя не думать о них.
136. Временами мне кажется, что я ни на что не пригоден.
137. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов, особо не задумываясь, соглашался с мнением других.
138. Меня весьма беспокоят всевозможные несчастья.
139. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
140. Я думаю, что можно, не нарушая закона, попытаться найти в нем лазейку.
141. Есть люди, которые мне настолько неприятны, что в глубине души радуюсь, когда они получают нагоняй за что-нибудь.
142. У меня бывали периоды, когда я из-за волнения терял сон.
143. Я посещаю всевозможные общественные мероприятия, потому что это позволяет побывать среди людей.
144. Можно простить людям нарушение правил, которое они считают неразумными.
145. У меня есть дурные привычки, которые настолько сильны, что бороться с ними просто бесполезно.
146. Я охотно знакомлюсь с новыми людьми.
147. Бывает, что неприличная и даже непристойная шутка у меня вызывает смех.
148. Если дело у меня идет плохо, мне сразу хочется все бросить.
149. Я предпочитаю действовать согласно собственным планам, а не следовать указаниям других.
150. Люблю, чтобы окружающие знали мою точку зрения.
151. Если я плохого мнения о человеке или даже презираю его, почти не стараюсь скрыть это от него.
152. Я человек нервный и легко возбудимый.

153. Все у меня получается плохо, не так, как надо.
 154. Будущее кажется мне безнадежным.
 155. Люди довольно легко могут изменить мое мнение, даже если до этого оно казалось мне окончательным.
 156. Несколько раз в неделю у меня бывает чувство, что должно случиться что-то страшное.
 157. Чаще всего я чувствую себя усталым.
 158. Я люблю бывать на вечерах и просто в компаниях.
 159. Я стараюсь уклониться от конфликтов и затруднительных положений.
 160. Меня часто раздражает, что я забываю, куда кладу вещи.
 161. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем о любви.
 162. Если я захочу сделать что-то, но окружающие считают, что этого делать не стоит, я легко могу отказаться от своих намерений.
 163. Глупо осуждать людей, которые стремятся взять от жизни все, что могут.
 164. Мне безразлично, что обо мне думают другие.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахування кількості співпадань відповідей обстежуваного з ключем за кожною зі шкал. Починати обробку потрібно зі шкали достовірності, щоб оцінити прагнення обстежуваного представити себе у більш соціально-вигідному світлі. Якщо обстежуваний набирає за шкалою достовірності більше ніж 10 балів, то результат тестування потрібно вважати недостовірним і після проведення роз'яснювальної роботи повторити тестування.

Ключі до шкал особистісного опитувальника «Адаптивність»:

Достовірність (Д)

«Ні» 1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148.

Адаптивні здібності (АЗ)

«Так» 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 50, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 102, 103, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 131, 133, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162, 164, 165.

«Ні» 2, 3, 5, 13, 23, 25, 26, 32, 34, 35, 38, 44, 45, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 74, 76, 85, 87, 97, 100, 105, 107, 127, 130, 132, 134, 140, 144, 147, 159, 160, 163.

Нервово-психічна стійкість (НПС)

«Так» 4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29, 37, 39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 75, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162

«Ні» 2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 87, 105, 127, 132, 134, 140

Комунікативні особливості (КО)

«Так» 9, 24, 27, 33, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114, 121, 126, 133, 142, 151, 152

«Ні» 26, 34, 35, 48, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159.

Моральна нормативність (МН)

«Так» 14, 22, 36, 42, 50, 56, 59, 72, 77, 79, 91, 93, 121, 141, 145, 150, 164,
165.
«Hi» 13, 76, 97, 100, 160, 161.

Методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. В. Бойко)

Особистісний опитувальник, призначений для діагностики такого психологічного феномена як «синдром емоційного вигорання», що виникає у людини в процесі виконання різних видів діяльності, пов'язаних з тривалим впливом ряду несприятливих стрес-факторів.

На думку автора, емоційне вигорання – це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на вибрані психотравмуючі впливи. «Вигорання» певною мірою функціональний стереотип, оскільки дозволяє людині дозувати і економно витратити енергетичні ресурси. У той же час, можуть виникати його дисфункціональні наслідки, коли «вигорання» негативно позначається на виконанні професійної діяльності та відносинах з партнерами.

Стимульний матеріал тесту складається з 84 тверджень, до яких випробуваний повинен висловити своє ставлення у вигляді однозначних відповідей «так» чи «ні». Методика дозволяє виділити наступні 3 фази розвитку стресу: «напругу», «резистенцію», «виснаження».

Для кожної із зазначених фаз визначено провідні симптоми «вигорання», розроблена методика кількісного визначення ступеня їх вираженості. Нижче наводиться перелік виявлених симптомів на різних стадіях розвитку «емоційного вигорання».

«Напруга»:

Переживання психотравмуючих обставин;

Незадоволеність собою;

«Загнаність у клітку»;

Тривога і депресія.

«Резистенція»:

Неадекватне емоційне виборче реагування;

Емоційно-моральна дезорієнтація;

Розширення сфери економії емоцій;

Редукція професійних обов'язків.

«Виснаження»:

Емоційний дефіцит;

Емоційна відстороненість;

Особистісна відстороненість (деперсоналізація);

Психосоматичні і психовегетативні порушення.

Інструкція. Перевірте себе. Якщо ви є професіоналом у будь-якій сфері взаємодії з людьми, вам буде цікаво побачити, якою мірою у вас сформувалася психологічний захист у формі емоційного вигорання. Читайте судження і відповідайте «так» чи «ні». Візьміть до уваги, що, якщо у формулюваннях опитувальника мова про партнерів, то маються на увазі суб'єкти вашої професійної діяльності – пацієнти, клієнти, глядачі, замовники, учні та інші люди, з якими ви щодня працюєте.

Опитувальник надається мовою оригіналу.

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют меня нервничать, переживать, напрягаться.
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее).
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения – хорошего или плохого.
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).
9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг.
10. Моя работа притупляет эмоции.
11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе.
12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.
13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.
14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.
15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.
16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.
17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.
18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.
19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.
20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.
21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.
22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.
23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.
24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.
25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.
26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.
27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.
28. У меня часто возникают тревожные ожидания, святы с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т. п.
29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.
30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: «не делай людям добра, не получишь зла».
31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.
32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).
33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.
34. Я очень переживаю за свою работу.

35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.
36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колотить в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.
37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.
38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.
39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.
40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.
41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.
42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно.
43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.
44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.
45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.
46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами, без души.
47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.
48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.
49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.
50. Успехи в работе вдохновляют меня.
51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется мне безысходной (почти безысходной).
52. Я потерял покой из-за работы.
53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера(ов).
54. Мне удается беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.
55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.
56. Я часто работаю через силу.
57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.
58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не тратить нервы, береги здоровье.
59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.
60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.
61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.
62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.
63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.
64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы.
65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.
66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.
67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами.
68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.
69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.
70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.

71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.
72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.
73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.
74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.
75. Моя карьера сложилась удачно.
76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.
77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.
78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.
79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями.
80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.
81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.
82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе, я утратил интерес, живое чувство.
83. Работа с людьми плохо повлияла на меня, как на профессионала — обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.
84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

Розробником тесту застосована ускладнена схема підрахунків результатів тестування. Кожен варіант відповіді попередньо був оцінений експертами тим чи іншим числом балів, які вказується в «ключі». Це зроблено тому, що ознаки, включені у симптом, мають різне значення у визначенні його тяжкості. Максимальну оцінку – 10 балів отримала від експертів ознака, найбільш показова для даного симптому.

Існує трирівнева система отримання показників: кількісний розрахунок виразності окремого симптому, підсумовування показників симптомів по кожній з фаз «вигорання», визначення підсумкового показника синдрому «емоційного вигорання», як суми показників усіх 12-ти симптомів. Інтерпретація ґрунтується на якісно-кількісному аналізі, який проводиться шляхом порівняння результатів усередині кожної фази. При цьому важливо виділити до якої фази формування стресу належать домінуючі симптоми і в якій фазі їх найбільше число.

Таким чином, оперуючи смисловим змістом та кількісними показниками, підрахованими для різних фаз формування синдрому «вигорання», можна дати досить об'ємну характеристику особистості і, що, на думку автора, не менш важливо, намітити індивідуальні заходи профілактики та психокорекції.

Обробка даних. Відповідно до «ключа» здійснюються такі підрахунки:

1. Визначається сума балів окремо для кожного з 12 симптомів «вигорання», з урахуванням коефіцієнта зазначеного в дужках. Так, наприклад, по першому симптому позитивна відповідь на питання № 13 оцінюється в 3 бали, а негативна відповідь на питання № 73 оцінюється в 5 балів і т.д.; кількість балів підсумовується і визначається кількісний показник виразності симптому.

2. Підраховується сума показників симптомів для кожної з 3-х фаз формування «вигорання».

3. Знаходиться підсумковий показник синдрому «емоційного вигорання» – сума показників усіх 12-ти симптомів.

Ключі:

«Напруга»

Переживання психотравмуючих обставин: 1 (2), 13 (3), 25 (2), -37 (3), 49 (10), 61 (5), -73 (5)

Незадоволеність собою: -2 (3), 14 (2), 26 (2), -38 (10), -50 (5), 62 (5), 74 (3)

«Загнаність у клітку»: 3 (10), 15 (5), 27 (2), 39 (2), 51 (5), 63 (1), -75 (5)

Тривога і депресія: 4 (2), 16 (3), 28 (5), 40 (5), 52 (10), 64 (2), 76 (3)

«Резистенція»

Неадекватне емоційне виборче реагування: 5 (5), -17 (3), 29 (10), 41 (2), 53 (2), 65 (3), 77 (5)

Емоційно-моральна дезорієнтація: 6 (10), -18 (3), 30 (3), 42 (5), 54 (2), 66 (2), -78 (5)

Розширення сфери економії емоцій: 7 (2), 19 (10), -31 (20), 43 (5), 55 (3), 67 (3), -79 (5)

Редукція професійних обов'язків: 8 (5), 20 (5), 32 (2), -44 (2), 56 (3), 68 (3), 80 (10)

«Виснаження»

Емоційний дефіцит: 9 (3), 21 (2), 33 (5), -45 (5), 57 (3), -69 (10), 81 (2)

Емоційна відстороненість: 10 (2), 22 (3), -34 (2), 46 (3), 58 (5), 70 (5), 82 (10)

Особистісна відстороненість (деперсоналізація): 11 (5), 23 (3), 35 (3), 47 (5), 59 (5), 72 (2), 83 (10)

Психосоматичні і психовегетативні порушення: 12 (3), 24 (2), 36 (5), 48 (3), 60 (2), 72 (10), 84 (5)

Інтерпретація результатів. Запропонована методика дає докладну картину синдрому «емоційного вигорання». Перш за все, треба звернути увагу на окремо взяті симптоми. Показник виразності кожного симптому коливається в межах від 0 до 30 балів:

9 і менше балів – не сформований симптом,

10-15 балів – складаний симптом,

16 -20 балів – сформований симптом.

20 і більше балів – симптоми з такими показниками відносяться до домінуючих у фазі або в усьому синдром емоційного вигорання.

Подальший крок в інтерпретації результатів опитування – осмислення показників фаз розвитку стресу – «напруга», «резистенція» і «виснаження». У кожній з них оцінка можлива в межах від 0 до 120 балів. Однак, зіставлення балів, отриманих для фаз, неправомірно, бо не свідчить про їх внесок у синдром. Справа в тому, що явища, які вимірюються в них, істотно різні: реакція на зовнішні і внутрішні фактори, прийоми психологічного захисту, стан нервової системи. За кількісними показниками правомірно судити тільки про те, наскільки кожна фаза сформувалася, яка фаза сформувалася в більшій чи меншій мірі:

36 і менше балів – фаза не сформувалася;

37-60 балів – фаза в стадії формування;

61 і більше балів – сформована фаза.

У психодіагностичному висновку висвітлюються наступні питання:

– які симптоми домінують;

– якими домінуючими симптомами, що склалися, супроводжується «виснаження»;

– чи пояснюється «виснаження» (якщо воно виявлено) чинниками професійної діяльності, що увійшли до симптоматики «вигорання», чи суб'єктивними факторами;

– який симптом (які симптоми) найбільше обтяжують емоційний стан особи;

– в яких напрямках треба впливати на обстановку в професійному колективі, щоб знизити нервові напруження;

– які ознаки і аспекти поведінки самої особистості підлягають корекції, щоб емоційне «вигорання» не завдавало шкоди їй, професійній діяльності і партнерам.

Опитувальник багатовимірного функціонального аналізу відповідальності

При розгляді феномена відповідальності дослідники звертають увагу на його ємність, багатогранність, що вбирає у себе чималу кількість різнорідних компонентів (І. М. Чередою, 1983; В. А. Енгельгардт, 1984; А. М. Анохін, А. В. Сахно, 1990 та ін.). Дослідники виділяють наступні аспекти відповідальності: комунікативний (Н. В. Седова, 1990), емоційний (Р. І. Рудковський, 1979), польовий (М. Ф. Цветаєва, 1983), інтелектуальний (В. С. Кузнєцова, В. С. Морозова, 1983). Не випадково, що психологи намагаються знайти таку структуру, яка б змогла об'єднати ці розрізнені компоненти.

Розгляд відповідальності, як системної якості особистості, передбачає розгляд функціональної єдності мотиваційних, емоційних, когнітивних, динамічних, регуляторно-вольових й продуктивних складових.

Інструкція: Вам пропонується послідовно відповісти на низку тверджень, що стосуються деяких сторін Вашої особистості та характеру. При відповідях важлива ваша перша реакція. В анкеті немає хороших тверджень. Кожне з них має право на існування. За кожну хвилину Ви повинні дати не менше 6 відповідей. Свої відповіді заносите до протоколу у вигляді цифрового вираження.

Відповідь «безумовно, немає» – оцінюється в 1 бал.

Відповідь «ні» – оцінюється у 2 бали.

Відповідь «частіше немає» – оцінюється в 3 бали.

Відповідь «коли як» – оцінюється в 4 бали.

Відповідь «частіше так» – оцінюється у 5 балів.

Відповідь «так» – оцінюється в 6 балів.

Відповідь «безумовно, так» – оцінюється в 7 балів.

Приступаючи до відповідей, пам'ятайте про те, що на всю роботу відпускається не більше 15-20 хвилин. Слідкуйте за тим, щоб кожному порядковому номеру твердження суворо відповідала відповідь у її цифровому вираженні. Намагайтеся рідше вдаватися до нейтральної відповіді «коли як», оцінюваної у 4 бали. Заздалегідь Вам вдячні за щирі відповіді та чітку роботу.

Текст опитувальника надається мовою оригіналу.

1. Я хорошо выполняю задание, даже если оно не проверяется и не контролируется.
2. Я беру за ответственное задание из-за желания участвовать в коллективном мероприятии.
3. Ответственность – это подотчетность за свои дела, поступки и действия.
4. Моя ответственность способствовала успешному выполнению коллективных дел.
5. Я испытываю чувство удовольствия, когда от меня зависит успех ответственного дела.
6. Я склонен поступать по принципу "семь раз отмерь – один раз отрежь".
7. Неуверенность в себе мешает проявлению моей ответственности.
8. Не отхожу от выполнения совместных дел, даже если ответственность будет лежать только на мне одном.
9. О том, что я ответственный человек, знают многие.

10. Я могу отказаться от собственной выгоды ради успеха общего дела.
11. Ответственность – это поручительство за кого-либо.
12. Я жертвовал личными делами во имя общественных для завершения совместных ответственных дел.
13. Выполнение совместной серьезной и ответственной работы доставляет мне радость и удовольствие, удовлетворение.
14. Я предпочитаю выполнять задания самостоятельно, а не под контролем.
15. Мой низкий жизненный тонус является помехой при выполнении ответственных поручений.
16. Я не избегаю ситуаций, в которых приходится брать ответственность на себя.
17. Выполняя какую-нибудь работу, я не успокаиваюсь, пока не будет сделано все, даже отдельные мелочи.
18. В своем поведении я ориентируюсь на общепринятые правила и нормы.
19. Ответственность – это обдуманность выбора и предвидение его последствий.
20. Если судьба ответственного дела зависит от меня, я берусь за его завершение.
21. Это счастье, когда люди доверяют тебе осуществление ответственного дела.
22. Вне зависимости от ситуации и внешних обстоятельств, я могу реализовать себя в ответственном деле.
23. Моя повышенная тревожность препятствует мне взяться за ответственное дело.
24. Я предпочитаю больше делать, чем обещать.
25. Я люблю трудные и ответственные задания.
26. Принимая решение, я часто руководствуюсь чувством долга.
27. Ответственность – это одна из форм проявления активности человека.
28. Я пойду против отдельных членов коллектива, своих знакомых, если они мешают выполнению ответственного дела, не способствуют достижению результата.
29. Я испытываю радость оттого, что при выполнении ответственного задания меня окружают верные товарищи.
30. Прежде чем высказать мнение, я стараюсь убедиться в своей правоте.
31. У меня иногда не хватает мужества взять ответственность на себя.
32. Я стремлюсь к роли лидера, поскольку чувствую, что с этим справлюсь.
33. Ответственность – это усердие человека в порученном деле.
34. Окружающие считают, что дело будет выполнено, если за него берусь я.
35. Зачастую я берусь за общественные дела и отказываюсь от собственных интересов и планов.
36. Я бы с удовольствием работал на таких производствах, где от моих результатов зависел бы успех общего дела.
37. Я склонен предаваться радостному волнению при возможности испытать себя в ответственном деле.
38. К выполнению ответственных заданий я приступаю сразу, не откладывая их в "долгий ящик".
39. Многие из порученного я бы выполнял лучше, если бы не терялся из-за возложенной на меня ответственности.
40. Мое участие в ответственных мероприятиях исходит из желания глубже узнать окружающих людей.
41. Участвуя в коллективной работе, я предпочитаю быть простым исполнителем.
42. Моя ответственность зачастую диктуется материальными соображениями.
43. Ответственность – это своеобразная закабаленность, зависимость человека.
44. Моя ответственность способствовала развитию уверенности в себе и своих силах.
45. Я зачастую испытываю чувство страха перед тем, как взяться за ответственное дело.
46. Ко многим делам я относился бы более ответственно, если бы с меня строго спрашивали.

47. Порой я забываю, что обещал что-то сделать.
48. Даже при плохом самочувствии я пойду на встречу, о которой мы договорились заранее.
49. Если поручения оказываются трудными, то я отказываюсь от них.
50. Я берусь за ответственные поручения с учетом дальнейшего поощрения, повышения, награды и т.п.
51. Ответственность – это наказание не только за деятельность, но и за бездеятельность.
52. Завершение ответственных дел способствовало укреплению моей самооценки.
53. Мною овладевает злость и раздражение, если меня постигает неудача в ответственном деле.
54. Я не берусь за серьезные дела при неблагоприятных предсказаниях гороскопа.
55. Ответственность – это большая дополнительная нагрузка к выполняемым мной обязательствам.
56. Я могу взять вину на себя ради спасения чести группы.
57. Без достаточного контроля со стороны проверяющего, я могу отложить порученное мне дело.
58. Много из того, что я делаю, я довожу до конца, лишь только потому, чтобы избежать наказания, осуждения, порицания.
59. Ответственность – это своеобразная озабоченность человека.
60. Моя ответственность способствовала продвижению по службе.
61. После неудачи в ответственном деле у меня возникло чувство страха при необходимости выбора нового.
62. Я мог бы быть более ответственным человеком, но иногда обстоятельства оказываются выше меня.
63. Дополнительной трудностью, препятствием, мешающим взяться за ответственное дело, является осознание того, что результат зависит не только от меня, но и от других людей.
64. Я тщательно и заранее готовлюсь к выполнению ответственного дела, чтобы не подвести окружающих.
65. Порой в мыслях я совершаю важные и ответственные поступки, а практически не решаюсь сделать то, что задумал.
66. Я стремлюсь быть ответственным потому, что не хочу лишних осложнений.
67. Ответственность – это потеря свободы выбора.
68. Моя ответственность повлияла на развитие волевых качеств.
69. Конфликты, возникающие при выполнении ответственных заданий, вызывают у меня гнев и раздражение.
70. Моя ответственность часто остается незамеченной окружающими людьми.
71. Существенным препятствием для меня при выполнении ответственных дел является возможность наказания за действия других людей.
72. Я стремлюсь к выполнению ответственного дела, чтобы не огорчать близких мне людей.
73. Даже мелкие неудачи при выполнении ответственных заданий выбивают меня из колеи.
74. Я берусь за ответственные дела, чтобы на меня обратили внимание.
75. Ответственность - это средство утверждения себя, самоутверждения своего "я".
76. Ответственные действия и поступки способствовали улучшению личного благополучия.
77. Я начинаю нервничать и бываю раздражен, если другие люди не выполняют обещанного.
78. Как правило, моя ответственность наталкивается на косность и непонимание других людей.
79. Я предпочитаю не браться за ответственные дела из-за необходимости постоянного

контроля за их выполнением.

80. Я часто чувствую, что от моей добросовестности во многом зависит благополучие других людей

Протокол і ключі

П.І.П _____ Стать _____ Вік _____ Дата _____

ДЕ	МС	КО	ПП	ЕС	РІ	ТОс	ПІС	ДАЕ	МЕ	НКО	ПС	ЕА	РЕ	ТОп	ПЗС
1	2	3	4	5	6	7	8	41	42	43	44	45	46	47	48
9	10	11	12	13	14	15	16	49	50	51	52	53	54	55	56
17	18	19	20	21	22	23	24	57	58	59	60	61	62	63	64
25	26	27	28	29	30	31	32	65	66	67	68	69	70	71	72
33	34	35	36	37	38	39	40	73	74	75	76	77	78	79	80

Підрахуйте суму балів у кожному з відповідних розділів, які характеризують різні аспекти відповідальності:

1. ДЕ – динамічна ергічність.
2. ДАЕ – динамічна аергічність.
3. МС – мотивація соціоцентрична.
4. МЕ – мотивація егоцентрична.
5. КО – когнітивна осмисленість.
6. НКО – непряма - когнітивна обізнаність.
7. ПП – продуктивність предметна.
8. ПС – продуктивність суб’єктна.
9. ЕС – емоційність стенична.
10. ЕА – емоційність астенічна.
11. РІ – регуляторна інтернальність.
12. РЕ – регуляторна екстернальність.
13. ТОс – труднощі особистісні.
14. ТОп – труднощі операціональні.
15. ПІС – прагнення інструментально-стильові.
16. ПЗС – прагнення змістово-сміслові.

Сума балів:

від 25 до 35 вказує на виражені характеристики відповідальності;
від 16 до 24 –нейтральність, ситуаційність прояву відповідальності;
від 5 до 15 – невиразність відповідальності, безвідповідальність суб’єкта.

Потреба у пошуку відчуттів (М. Цукерман)

Опитувальник особистісний. Призначений для вивчення схильності до ризику, оцінки рівня потреби особистості у нових відчуттях різного роду. Стимульний матеріал тесту складається з 16 пар тверджень. Випробуваному необхідно в кожній із запропонованих пар вибрати більш відповідний для нього варіант. Незначна кількість запропонованих тверджень не дозволяє виділити які-небудь шкали опитувальника. Оцінка результатів відбувається за сумою балів, що збігаються з ключем. Чим вище сумарний бал, тим більше виражена потреба особистості в пошуках відчуттів. Автор використовує три градації виразності даної особливості особистості:

1. Високий рівень потреб у відчуттях.
2. Середній рівень потреб у відчуттях.
3. Низький рівень потреб у відчуттях.

Яких-небудь даних про валідність і надійність опитувальника не наводиться. Вважаємо доцільним використовувати дану методику в якості засобу експрес-діагностики.

Інструкція: Вашій увазі пропонується ряд тверджень, які об'єднані в пари. З кожної пари Вам необхідно вибрати одне, яке найбільш характерно для Вас, і відзначити його.

Текст опитувальника наводиться російською мовою.

1. а) Я бы предпочел работу, требующую многочисленных разъездов, путешествий.
б) Я бы предпочел работать на одном месте.
2. а) Меня взбадривает свежий, прохладный день.
б) В прохладный день я не могу дождаться, когда попаду домой.
3. а) Мне не нравятся все телесные запахи.
б) Мне нравятся некоторые телесные запахи.
4. а) Мне не хотелось бы попробовать какой-нибудь наркотик, который мог бы оказать на меня незнакомое воздействие.
б) Я бы попробовал какой-нибудь из незнакомых наркотиков, вызывающих галлюцинации.
5. а) Я бы предпочел жить в идеальном обществе, где каждый безопасен, надежен и счастлив.
б) Я бы предпочел жить в неопределенные, смутные дни нашей истории.
6. а) Я не могу вынести езду с человеком, который любит скорость.
б) Иногда я люблю ездить на машине очень быстро, так как нахожу это возбуждающим.
7. а) Если бы я был продавцом-коммивояжером, то предпочел бы твердый оклад, а не сдельную зарплату с риском заработать мало или ничего.
б) Если бы я был продавцом-коммивояжером, то я бы предпочел работать сдельно, так как у меня была бы возможность заработать больше, чем сидя на окладе.
8. а) Я не люблю спорить с людьми, чьи воззрения резко отличаются от моих, поскольку такие споры, всегда неразрешимы.
б) Я считаю, что люди, которые не согласны с моим воззрением, больше стимулируют, чем люди, которые согласны со мной.
9. а) Большинство людей тратят в целом слишком много денег на страхование.
б) Страхование - это то, без чего не мог бы позволить себе обойтись ни один человек.
10. а) Я бы не хотел оказаться загипнотизированным.
б) Я бы хотел попробовать оказаться загипнотизированным.

11. а) Наиболее важная цель в жизни - жить на полную катушку и взять от нее столько, сколько возможно.
 б) Наиболее важная цель в жизни - обрести спокойствие и счастье.
12. а) В холодную воду я вхожу постепенно, дав себе время привыкнуть к ней.
 б) Я люблю сразу нырнуть или прыгнуть в море или холодный бассейн.
13. а) В большинстве видов современной музыки мне не нравятся беспорядочность и дисгармоничность.
 б) Я люблю слушать новые и необычные виды музыки.
14. а) Худший социальный недостаток - быть грубым, невоспитанным человеком.
 б) Худший социальный недостаток - быть скучным человеком, занудой.
15. а) Я предпочитаю эмоционально-выразительных людей, даже если они немного неуравновешенны.
 б) Я предпочитаю больше людей спокойных, даже «отрегулированных».
16. а) У людей, едущих на мотоциклах, должно быть есть какая-то неосознаваемая потребность причинить себе боль, вред.
 б) Мне бы понравилось водить мотоцикл, или ездить на нем.

Обробка результатів. Кожна відповідь, яка співпала з ключем, оцінюється в один бал. Отримані бали підсумовуються. Сума збігів і є показником рівня потреб у відчуттях.

Ключ:

1а	5б	9а	13б
2а	6б	10б	14б
3б	7б	11а	15а
4б	8б	12б	16б

Інтерпретація. Пошук нових відчуттів має велике значення для людини, оскільки стимулює емоції і уяву, розвиває творчий потенціал, що, в кінцевому рахунку, веде, до її особистісного зростання.

11-16 балів. Високий рівень потреб у відчуттях позначає наявність потягу, можливо, безконтрольного, до нових вражень, що «лоскочуть нерви», часто може провокувати обстежуваного на участь у ризикованих авантюрах і заходах.

6-10 балів – середній рівень потреб у відчуттях. Він свідчить про вміння контролювати такі потреби, про помірність у їх задоволенні, тобто, з одного боку – про відкритість новому досвіду, з іншого боку – про стриманість і розсудливість в необхідних моментах життя.

0-5 балів. Низький рівень потреб у відчуттях вказує на присутність передбачливості, обережності на шкоду одержання нових вражень та інформації від життя. Обстежуваний з таким показником віддає перевагу стабільності і впорядкованості невідомого і несподіваного в житті.

Нефармакологічні засоби терапії поширених проблем

Безсоння:

- а) методики релаксації (медитація, біологічний зворотній зв'язок, глибоке дихання, йога);
- б) регулярні фізичні вправи;
- в) рекомендуйте:
 - обмежити приймання рідини у вечірній час;
 - уникайте сну у денний час;
 - уникайте фізичних навантажень у вечірній час;
 - уникайте кофеїну, нікотину, алкоголю;
 - визначте певний час відходу до сну та підйому;
- г) уникайте призначень стимулюючих медикаментів (чи призначайте їх у першій половині дня);
- д) оптимальне лікування наявних захворювань;
- ж) контролюйте біль у нічний час.

Хронічний біль:

- а) фіксуйте увагу на зростанні функцій попри наявність болю;
- б) навчайте стратегіям релаксації для позбавлення болю, що пов'язаний з підвищеним м'язовим напруженням;
- в) рекомендуйте фізичні вправи чи реабілітаційні програми, коли це можливо;
- г) спрямовуйте пацієнта для участі у спеціальних програмах хронічного болю, коли поведінка, що пов'язана з хронічним болем, значуще порушає діяльність пацієнта чи коли особа не піддається простим вище наведеним методам лікування;
- д) якщо можливо, то застосовуйте мультидисциплінарний підхід.

Стрес та тривога:

- а) навчайте методам релаксації;
- б) когнітивно-біхевіоріальний тренінг навичок;
- в) стратегії розв'язання проблем;
- г) стратегії менеджменту часу;
- д) рекомендуйте програми фізичних вправ чи заняття йогою;
- ж) спрямовуйте на програми біхевіоріальної терапії чи на консультацію.

Методика емоційно-вольової саморегуляції

Методика розроблена на факультеті безпеки Полтавського інституту бізнесу. Використовується для підготовки співробітників недержавних служб безпеки.

Емоційно-вольова саморегуляція (ЕВС) – система прийомів послідовного самовпливу з метою підвищення емоційно-вольової стійкості співробітника служби безпеки у напружених і небезпечних ситуаціях.

ЕВС удосконалює: самовладання, впевненість у своїх силах, уважність, образне мислення. Одночасно ЕВС попереджає розумову й фізичну перевтому, підвищує працездатність, сприяє зміцненню нервової системи та збільшенню опірності психіки до негативних впливів.

Більшість вправ пов'язана з тимчасовим розслабленням м'язів (релаксацією), тому що тілесним вираженням негативних емоцій є м'язова напруга (перекручене обличчя, стиснутий подих, нервові тремтіння, заціпеніння чи метушливість). Уміння розслаблювати (знижувати) тонус м'язів допомагає зняти страх, тривогу та інші негативні емоції.

Для оволодіння методикою ЕВС необхідно послідовно вивчати і застосовувати рекомендовані прийоми і вправи. Методика включає три ступені, кожна з котрих має свої особливості щодо регуляції психофізичного стану. Прийоми ЕВС попереднього (першого чи другого) ступеня повторюють у наступному (другому чи третьому) ступені.

Курс самонавчання ЕВС розрахований на 2-3 місяці. Час оволодіння ступенями ЕВС залежить від особистої підготовленості людини, але в середньому складає для ЕВС першого ступеня 3-4 тижні, другого ступеня – 5-6 тижнів, третього ступеня – 3-4 тижні при щоденних двох-триразових самотренуваннях по 5-9 хвилин. Вивчення методики ЕВС і проведенням регулярних тренувань можливо, як у робочий час, так і в перервах між заняттями. Для практичного застосування ЕВС необхідно використовувати будь-яку можливість у ході навчання чи трудової діяльності, в тому числі під час перерв, під час проїзду в транспорті і т.д.

При освоєнні прийомів ЕВС важливе значення мають ключові фрази, які використовуються для самонавіювання (так названі «ключі»). Ці фрази, як і зорові образи, підбираються суворо індивідуально, тому що не існує двох однакових особистостей. Безумовно, є також універсальні «ключі», але якщо вони не спрацюють, то необхідно «знайти в собі» «ключі-синоніми». Однак, при всій різноманітності «ключів», їхня суть і схований зміст залишається незмінним і схема виконання вправ не змінюється.

Перша ступінь ЕВС

1. Здійснення самоконтролю за зовнішнім проявом негативних емоцій (хвилювання, страх, гнів тощо).

Самоконтроль здійснюється поетапно:

– Обличчя. Якщо чоло нахмурене, зуби стиснуті, то треба розтиснути зуби і посміхнутися.

– Дихання. Якщо безладне поверхнєве дихання, то треба зробити два-три глибоких вдихи з повним видихом. Потім перейти на ритмічний подих: вдих короткий, але середній по глибині, а видих у два рази триваліший (5-7 подихів).

– М'язи тіла. Якщо м'язи тіла (шиї, плечей, рук) напруженні (скутість, заціпеніння) розслабити дану групу м'язів (тимчасово, у міру припустимого, у ході роботи).

2. Підвищення емоційно-вольової стійкості.

А. Перед виконанням задачі:

– Здійснити самоконтроль за зовнішнім проявом негативних емоцій.

– Переконати себе у своїй готовності до виконання поставленої задачі, у надійності зброї (техніки).

– Звернутись (внутрішнє) до свого мужнього поведження чи поведження вашого героя (зразка для наслідування).

– Прийняти зручну позу (краще сидячи); опустити плечі; по можливості закрити очі; перевірити відсутність скутості; дихати спокійно.

– Застосувати формули самонастроювання: «Я володію собою», «Увага загострюється», «Пильність на висоті», «До випробування готовий!», «Все буде нормально, все буде добре». Формули повторювати пошепки три-чотири рази, не кваплячись, переконано, яскраво представляючи своє поведження і дії.

Б. У ході виконання задачі:

– Здійснити самоконтроль за зовнішнім проявом негативних емоцій.

– Відрегулювати ритм дихання: вдих короткий, але середній по глибині, видих – тривалий поштовхами через губи, складені трубочкою; так дихати кілька разів до оволодіння ритмом дихання; при швидкій ходьбі чи неквапливому бігу контролювати тривалість видиху.

– Здійснити самопідбадьорення: у тривожний момент сказати собі (можна вголос): «Тримайся... (назвати своє ім'я)!» «Прорвемося!».

– Застосувати формули самонастроювання: «Я керую собою», «Я сильний», «Я рішучий», «Впевнений у своїх силах», «Я найкращий!» (повторити 3-4 рази).

3. Прискорене оволодіння навичками майбутніх дій.

Прискорене оволодіння навичками досягається за допомогою уявного тренування, тобто уявного програвання майбутніх навичок рукопашного бою.

Методика уявного тренування:

– Запам'ятайте послідовність майбутніх дій (рухів), їх короткі (умовні) назви.

– Займіть приблизно таке положення, що буде потрібно в дійсності (наприклад, готовності, до бою); якщо дозволяє обстановка, то закрийте очі для уявлення відповідних дій (рухів).

– Опустити плечі і розслабте по можливості м'язи тіла.

– Уявіть послідовність майбутніх дій (рухів), одночасно думкою (або пошепки) повторюючи словесні назви складних рухів; досягайте безпомилкового повторення, прискорюйте темп, а через кілька занять доведіть його до нормативного темпу.

– Спочатку застосуйте уявне тренування для нескладних дій, наприклад, таких, як відпрацьовування простих прийомів рукопашного бою. Потім виконуйте уявне тренування для більш складних дій, наприклад, таких, як відпрацьовування техніки рукопашного бою проти групи озброєних супротивників.

4. Зняття втоми.

А. Якщо виникла невелика втома і є 5-7 хвилин часу, то необхідно сісти або лягти в зручну позу; закрити очі; розслабитися; дихати спокійно, ритмічно; згадати спокійні життєві ситуації; думати про приємний відпочинок; уявити собі: «Мій організм відпочиває і набирає багато сил» (повторити два-три рази).

Б. Якщо втома виникла в результаті тривалої діяльності або безсонної ночі то необхідно на 20-30 хвилин зайняти позу лежачи (у теплий час – на землі), краще на спині, зручно розташувавши руки і ноги; голова – невисоко на подушці або на валику з трави, землі. Подивитися на годинник і уявити собі положення стрілок, коли потрібно прокинутися. Зробити установку «Прокинуся у стільки годин і хвилин». Закрити очі, перевірити відсутність скутості в тілі, навіяти собі: «Я розслабляюся... приємно відпочиваю, солодка дрімота охоплює мене... Прокинуся у *стільки-то* годин і хвилин».

5. Методика швидкого засипання.

– Займіть найбільш зручну позу для сну в даних умовах. Дві-три хвилини прислухайтеся до свого дихання і серцебиття, вселяючи собі, що дихання стає ритмічним, а серце б'ється спокійно і рівно. Потім думкою чи пошепки повільно вимовте наступний текст: «Денні турботи і думки залишили мене... Тіло нерухоме, приємно розслабилось... Повіки важчають... злипаються.. Спокій опановує мене... Я весь розслаблений... приємно відпочиваю...» (повторіть цей текст ще раз).

Якщо засипанню передувало сильне напруження або заважають звукові та інші перешкоди, то використовуйте наступні прийоми:

– Послідовно напружуйте і розслабляйте м'язи тіла від ступні до кістки, зосереджуючись на відчутті приємного м'язового розслаблення; розімкніть зуби, додайте своєму обличчю вираз глибоко сплячої людини.

– Дихайте ритмічно через ніс, не кваплячись: вдих середній по глибині, видих подовжений; при цьому зверніть увагу на відчуття прохолоди повітря, що вдихаєте, і теплоту повітря, що видихаєте.

– Думайте про щось спокійне, приємне, бажане.

Друга ступінь ЕВС

Ціль: опанувати комплексом вправ, які підсилюють здатність до саморегуляції (прояв самовладання) і підвищення емоційно-вольової стійкості.

Методика включає шість вправ, що виконуються у три етапи.

На першому етапі виконуються перші три вправи.

Вправа 1. Займіть вихідну позу: сядьте на стілець (табуретку, пень і т.п.) і приємно розслабтеся; ноги розставте і трішки виставте вперед; природно зсунультеся, руки покладіть передпліччями на стегна, кисті рук звісьте як батоги, м'язи шиї розслабте, голову зручно нахиліть. Нижню щелепу злегка

опустіть (як при звуці «и»), язик розслабте (як при звуці «т»), очі закрийте. Мімічні м'язи розслабте, вираз обличчя зробіть спокійним.

Вправа 2. Перейдіть на ритмічне спокійне дихання (зробіть 5-7 циклів: «вдих-видих»). Вдих – раз, два; видих – три, чотири, п'ять; пауза – шість. Кожен рахунок дорівнює приблизно секунді. Вдих середній по глибині, через ніс. Видихайте через ніс або через губи, складені трубочкою.

Вправа 3. Навійте собі: «Я заспокоююся». На вдиху мовте «я», на подовженому видиху – «заспокоююся», одночасно налаштовуючи себе на те, що турбот більше немає (повторить це 3-4 рази).

Тренуйтеся у виконанні трьох вправ 3-4 дні. Завершуйте самотренування стиском рук у кулаки, на вдиху – відкрийте очі і встаньте.

На другому етапі спочатку вивчіть і запам'ятайте методику виконання наступних трьох вправ (1, 2, 3).

Вправа 4. Розслабте основні групи м'язів (дихання звичайне). Навчіться послідовно розслабляти м'язи рук, плечей, спини, живота, стегон, кінцівок ніг. Для цього спочатку напружуйте чергову групу м'язів на дві-три секунди, а потім ретельно розслабте м'язи, образно представляючи їх нерухомість і приємну вагу. Особливу увагу зверніть на релаксацію рук (вони повинні пітніти; якщо попутно в пальцях рук з'явиться відчуття тепла, то це – добре). Перевірте розслабленість м'язів обличчя («маска релаксації»).

Вправа 5. Скажіть собі: «Я зовсім спокійний (за методикою вправи 3). Якщо після розслаблення м'язів і самонавіювання виникне стан приємного м'язового і психічного спокою, постарайтеся зберегти цей стан на 2-3 хвилини, щоб більш повно зняти напруженість і попередити втому.

Вправа 6. Використайте «скорочену формулу» активізації організму: зробіть глибокий вдих, відкрийте очі. Встаньте, не кваплячись, зробіть видих.

Засвоївши 4, 5 і 6 вправу, один тиждень тренуйтеся в послідовному виконанні всіх шести вправ, витрачаючи на кожне самотренування 5-6 хвилин.

Навчайтеся здійснювати контроль ефективності методики не тільки за загальним самопочуттям, але і за пульсом, вимірюючи його до і після аутотренінгу. При правильному виконанні комплексу вправ спостерігається деякі зниження частоти пульсу (на 8-10 ударів у хвилину).

На третьому етапі виконуйте кілька днів цей же аутотренінг, але шосту вправу виконуйте не за «скороченою формулою», а за «нормальною формулою» активізації. «Нормальна активізація» застосовується для досягнення середнього рівня пильності (звичайного, нормального в умовах повсякденного життя і діяльності).

Методика «нормальної формули» активізації:

– руки стисніть в кулаки;
– на глибокому вдиху випряміть корпус, голову підніміть, плечі відведіть назад, відкрийте очі і видихніть;

– виконайте 3-4 ритмічних дихальних вправ, що активізують: вдих – один, два, три, чотири; затримка подиху – п'ять, шість; видих – сім, вісім, дев'ять, десять;

– на черговому вдиху енергійно встаньте. У тих випадках, коли не можете встати (наприклад, у кабіні автомобіля), руками обіпріться на стегна та імітуйте вставання, напружуючи на видиху відповідні м'язи тіла (проробіть це кілька разів).

На четвертому етапі переходьте до оволодіння аутотренінгом з відкритими очима, спочатку сидячи (один тиждень), потім стоячи (один тиждень).

Виконання аутотренінгу сидячи:

– зосередьте погляд (кліпати можна) на точці на стіні в 1,5-3 м. від себе;
– виконуйте послідовно усі вправи комплексу. Формула активізації в перші дні скорочена, потім нормальна.

Виконання аутотренінгу стоячи:

– прийміть стійку, як по команді «Вільно» (для кращої стійкості стопу розслабленої в коліні ноги виставить трохи вперед і вбік), і зосередьте погляд на якій-небудь точці на відстані 3-7 м. від себе;

– виконуйте послідовно вправи комплексу, чергуючи в міру необхідності розслаблення і напруження ніг.

Третя ступінь ЕВС

Ціль: опанувати комплексом з восьми вправ і методикою саморегуляції майбутнього поведіння в складних і небезпечних ситуаціях.

Методика самотренування складається з восьми вправ. Виконати перші п'ять вправ з комплексу ЕВС другого ступеня.

1. Займіть зручну позу (сидячи), очі закриті.

2. Перейдіть на ритмічне спокійне дихання.

3. Навійте собі: «Я заспокоююся».

4. Розслабте основні групи м'язів.

5. Навіюйте собі: «Я зовсім спокійний». Потім виконайте дві нових вправи (6 і 7).

Вправа 6. Навіюйте собі: «Мої руки помітно важчають... і теплішають... приємно потеплішали»; повторіть повільно 3-4 рази. Уявіть собі, що розслаблені руки, як би зсередини, тяжчають, «наливаються свинцем», відчувається приємне потепління. Одночасно використовуйте образні порівняння, наприклад, начебто тримаєте свої руки в теплій воді, на радіаторі, на сонці.

Вправа 7. Навійте собі: «Я відпочиваю... насолоджуюся приємним відпочинком» (повторіть повільно 3-4 рази). Дихання звичайне ритмічне, спокійне.

«Я відпочиваю», – кажете Ви і переконуєте себе в тім, що попередні вправи створили передумови для ефективного відпочинку організму. Поступово виникає приємний стан спокою, навіть дрімоти. Обов'язково треба контролювати рівномірність дихання і серцебиття, зберігати досягнуте раніше м'язове розслаблення в тілі і тепло в руках. Для посилення і продовження стану відпочинку вселяйте собі: «...насолоджуюся приємним відпочинком»,

представляючи найбільш приємні, але спокійні хвилини недавнього відпочинку.

Вправа 8. Спочатку виконуйте нормальну активізацію (методика другого ступеня), а потім – посилену активізацію.

Методика посиленої активізації:

– виконайте прийоми нормальної активізації, але більш енергійно; для посилення результативності дихання, що активізує, уявляйте, що в період вдиху і затримки подиху Ваш організм наповнюється силою, бадьорістю і здоров'ям, а при видиху виходить все небажане, неприємне;

– зробіть коротку фізичну розминку (кілька енергійних рухів руками перед грудьми чи присідань). Якщо фізична розминка неможлива, то проведіть імітацію вставання. Уявіть відчуття прохолоди. Наприклад: «Ви вийшли після купання на берег. Дме прохолодний вітер. По шкірі біжать «мурашки». Почуваєте легкий озноб. М'язи стали пружними. Організм гранично активізувався, готовий енергійно діяти».

Після оволодіння (приблизно за тиждень) методикою самотренування з комплексу із восьми вправ, у якому вправи 1-7 виконувалися із закритими очима, переходьте до виконання цього ж аутотренінгу з відкритими очима (як на четвертому етапі ЕВС другого ступеня).

Методика саморегуляції майбутнього поведіння:

– складіть словесну формулу, що коротко виражає сутність бажаного поведіння в незвичайній чи небезпечній ситуації; наприклад: «Я завжди зібраний і холоднокровний», «Упевнений у своїх силах» і т.п.;

– яскраво уявіть в ході чергового аутотренінгу замість думок-образів для відпочинку (вправа 7) майбутню тривожну ситуацію і Ваші можливі переживання в ній («емоційна розрядка»);

– згадайте складену Вами словесну формулу («ключ») і, не кваплячись, кілька разів повторить її про себе (думкою або пошепки), одночасно уявляючи своє мужнє поведіння чи поведіння вашого героя (зразка для наслідування).

Так тренуйтеся два-три дні, а потім ще кілька днів, але без емоційної розрядки (інакше можете «перегоріти»). Систематично використовуйте (не менш двох тижнів) словесну формулу бажаного поведіння (проговорюючи її про себе) у ході повсякденної роботи або навчання (сидячи, стоячи або у русі), тобто проводячи самонастроювання перед заняттями, роботою і т.п.

У випадку виникнення тривожної обстановки, скажіть собі, наприклад: «Я завжди зібраний і холоднокровний», – і цей «ключ» зіграє свою роль, ви досягнете бажаного результату. Якщо ж до цього часу Ви встигли опанувати всією методикою саморегуляції майбутнього поведіння, то дана формула без промовляння буде впливати на Вашу поведінку.

Застосування вправ ЕВС в повсякденній практиці

Для зменшення напруженості і розвитку емоційно-вольової стійкості необхідно застосувати наступні вправи, словесні формули («ключі») окремо або в сполученні в залежності від обставин і ступеня оволодіння ЕВС:

- самоконтроль за зовнішнім проявом негативних емоцій, з додатковим використанням навиків ритмічного дихання і розслаблення мускулатури;
- ритмічне заспокійливе дихання у русі: два-три кроки-вдих; чотири-п'ять – видих; один-два – пауза; при швидкій ходьбі або неквапливому бігу контролюйте тільки тривалість видиху;
- самонавіювання: «Я заспокоююся... Я зовсім спокійний»;
- словесні формули бажаного поведіння – «ключі» (з переходом до уявного тренування відповідних дій): «Впевнений у своїх силах», «Вся воля – на виконання завдання», «Я зможу перебороти труднощі», «Чітко уявляю свої дії», «Беру себе в руки», «Вся увага – на супротивника», «На небезпечні дії супротивника – реакція миттєва», «Моя увага загострюється... Легко зосереджуюся на меті... Я весь – уважний», «До сильних звуків байдужий... зовсім байдужий... але чую чітко всі команди».

Для зняття втоми виконуйте аутотренінг з комплексу із шести або восьми вправ. Якщо втома виникла після тривалої діяльності чи безсонної ночі, то виконуйте аутотренінг з комплексу із шести вправ (вправу №4 виконуйте особливо ретельно, не кваплячись) чи виконуйте аутотренінг з комплексу із восьми вправ (вправу 7 продовжити до 3-5 хвилин). Це продовження забезпечується яскравими образами найбільш приємного і повноцінного відпочинку (думок-образів). Наприклад: «Я гуляю в лісі – прекрасний відпочинок», «Від усього відсторонений – лежу на траві, і мені дуже приємно».

При підготовці до майбутньої роботи (в екстремальних ситуаціях) проведіть уявне тренування майбутніх дій (як у ЕВС першого ступеня); при виконанні комплексу із шести вправ – після вправи 5, а при виконанні комплексу із восьми вправ – замість вправи 7.

ЕВС є ефективним засобом самовиховання і психологічної підготовки до дій у обстановці ризику і небезпеки.

Організація профілактики вживання психоактивних речовин у ВНЗ

Профілактичну роботу щодо вживання психоактивних речовин потрібно вести за окремим планом освітньої установи, в якому відображені спеціальні заходи, що проводяться певними службами.

В основному організація профілактичної роботи покладається на проректора або начальника освітнього закладу по роботі з особовим складом.

Обов'язки підрозділів освітнього закладу з профілактики залежності від наркотиків та інших психоактивних речовин:

1. Підрозділ (відділ, відділення, група) психологічного забезпечення навчально-виховного процесу має:

– при проведенні професійно-психологічного відбору кандидатів на навчання виявляти осіб з високим ризиком формування наркозалежності та особистісними особливостями, що сприяють формуванню залежності;

– при проведенні психологічного супроводу студентів, виявляти серед них осіб з високим ризиком формування наркозалежності та особистісними особливостями, що сприяють формуванню залежності;

– проводити зі студентами тренінги, метою яких є:

1) зміцнення здоров'я;

2) зміцнення психологічних ресурсів і стратегій поведінки оволодіння стресом (формування навичок вирішення проблем, пошуку та формування соціальної підтримки, внутрішнього особистісного контролю, емпатії, ефективність тощо);

3) розвиток факторів захисту та зниження факторів ризику вживання наркотиків і психоактивних речовин (після навчання даного виду діяльності);

4) організація та проведення психологічних тренінгів зі студентами;

5) робота з групами ризику;

6) надання комунікативної і психологічної допомоги курсантам та слухачам, постійного складу за психологічним аспектам первинної та вторинної профілактики залежності від наркотиків та інших психоактивних речовин;

7) проведення занять з молодими викладачами ВНЗ з проблеми профілактики залежності від наркотиків та інших психоактивних речовин.

Підрозділи психологічного забезпечення (ППЗ) освітніх установ 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 освітнього закладу підлягають обов'язковому обліку при винесенні приймальною комісією навчального закладу рішення про допуск кандидата до вступних іспитів. Особливо це стосується виявлених фактів вживання або зловживання психоактивними (наркотичними) засобами. При незгоді приймальної комісії з

висновками ППЗ освітнього закладу щодо професійної психологічної придатності кандидата на навчання мотиви прийнятого рішення викладаються письмово у вигляді додатку до протоколу засідання приймальної комісії.

2. Медична частина освітнього закладу має:

- в 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 студентів;
- надавати консультативну допомогу викладачам і студентам за медичними аспектів профілактики залежності;
- організовувати проведення амбулаторної експертизи студентів з непрямыми ознаками вживання наркотиків і психоактивних речовин (у міру необхідності);
- взаємодіяти з іншими підрозділами освітнього закладу з питань профілактики залежності від наркотиків;
- проводити психопрофілактичну роботу і медичну підготовку студентів, викладачів вчз з профілактики вживання наркотиків і інших психоактивних речовин;
- проводити навчання медичного персоналу методам діагностики вживання наркотиків і інших психоактивних речовин;
- проводити навчання викладачів, кураторів навчальних груп, проректорів по роботі з особовим складом візуальної діагностики ознак наркотичного та алкогольного сп'яніння.

У штат медичної частини великих освітніх установі бажано введення ставки лікаря психіатра-нарколога.

Відділи виховної роботи повинні:

- організовувати та систематично проводити індивідуальну виховну роботу зі студентами з профілактики вживання наркотиків;
- організовувати виступи фахівців (лікарів психіатрів-наркологів, клінічних психологів та ін.) перед студентами, професорсько-викладацьким складом;
- проводити профілактичні бесіди з батьками з метою попередження вживання наркотичних засобів;
- проводити постійні рейди в гуртожитках з метою виявлення фактів вживання чи зберігання наркотичних засобів;
- проводити в гуртожитках навчального закладу профілактичну роботу з виявлення осіб, схильних до вживання наркотиків;
- організовувати 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.

Декани та начальники факультетів повинні:

- організувати та систематично проводити індивідуальну виховну роботу зі студентами з профілактики вживання наркотиків;
- організувати виступи фахівців (лікарів психіатрів-наркологів, клінічних психологів та ін) перед студентами та професорсько-викладацьким складом;
- проводити постійні рейди в гуртожитках з метою виявлення фактів вживання чи зберігання наркотичних засобів;
- організувати відвідування студентів, які проживають на квартирах;
- проводити профілактичні бесіди під час батьківських зборів з метою попередження вживання наркотичних засобів;
- організувати проведення у гуртожитках освітнього закладу 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 вживання наркотиків діяльність.

Загальні характеристики експрес-тесту Sniper™ 10



Рис. Д.6 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.

Таблиця Д.6

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
Маріхуана (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 / Масс спектрофотометрія є переважним методом підтвердження. Необхідно керуватись клінічними міркуваннями, професійним

судженням при розгляді 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. Даний 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 вище згаданих наркотичних речовин, які складаються з:

- прокладки червоного кольору, в яку входить колоїдне золото у сполученні з антинаркотичними антитілами.

- нітроцелюлозної мембрани, яка 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 даного тесту закладено 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.

При достатній кількості сеча починає підніматися по капілярам мембрани по принципу хроматографії. Якщо рівень наркотичної речовини в сечі нижче порогового рівня, кон'югат колоїдного золота із антитілами буде взаємодіяти із антигенами, нанесеними на нітроцелюлозну мембрану в зоні Т лінії в 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 вказує на позитивний результат.

Незалежно від наявності наркотичної речовини в сечі, кон'югат золото-антитіло зв'язується із 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 при кімнатній температурі від 15° до 30°С. Тест зберігає стабільність до моменту закінчення терміну придатності, який

зазначений на запаяному пакеті. Не використовувати, якщо пошкоджена герметична упаковка або відсутній вологопоглинач.

Не заморозувати, не піддавати нагріванню вище 30°C.

Застереження:

- Тест призначений лише для професійної in-vitro діагностики.
- Для отримання точних результатів завжди дотримуйтесь інструкції.
- Відкривайте запаяні пакети з тест-набором безпосередньо перед аналізом.
- Не використовуйте тест після закінчення терміну придатності.
- Знищуйте зразки та використані матеріали згідно діючих санітарних норм та правил.

Збір та зберігання зразків:

- Зразок сечі необхідно збирати в чистий контейнер. Зразки не змішувати!
- Зразки зберігати при кімнатній температурі (15-30°C) протягом 8 годин, при температурі від 2-8°C протягом 3-х днів та довготривалий час при – 20°C.
- Зразки сечі, які вміщують явний осад необхідно профільтрувати або відцентрифужити, а потім дати відстоятись. Використовувати лише чисті зразки!

Процедура тестування:

Охолоджені зразки та інші матеріали повинні бути доведені до кімнатної температури перед тестуванням.

- Дістаньте тест-набір із запаяного пакету 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 секунд. Занурте тест у сечу таким чином, щоб вона залила віконце, що помічене «sample well», але не піднімалась вище вертикальних стрілочок, що нанесені на тест-смугах.
- Зазначте час.
- Дістаньте тест із сечі через 10 секунд.
- Одягніть ковпачок на тест-набір та покладіть на рівну, суху поверхню.
- Облік результатів тестування проведіть між 4 та 7 хвилинами.

II. Крапельний метод (рекомендується при незначній кількості зразка сечі):

- Покладіть тест-набір на чисту та рівну поверхню.
- Дістаньте піпетку із пакету та наберіть в неї зразок. Тримавши піпетку вертикально, внесіть 10-12 крапель сечі у лунку на пристрої з одного боку, що помічена «sample well». Уникайте попадання бульбашок повітря у лунку.
- Переверніть тест на інший бік і внесіть 10-12 крапель зразку в лунку, направши сечу в піпетку до вказаної мітки.

- Зазначте час.
- Облік результатів тестування проведіть між 4 та 7 хвилинами.

Інтерпретація результатів тестування:

УВАГА: *Не брати до уваги результати, отримані після 7-ї хвилини з початку тестування. Не порівнювати інтенсивність забарвлення ліній одного тесту з іншими.*



Позитивний результат:

Відсутність лінії в зоні Т при наявності її в зоні С є позитивним результатом на даний наркотик.

Зразки сечі із позитивним результатом повинні бути перевірені більш досконалим методом до винесення кінцевого висновку.

Негативний результат:

В разі появи ліній в зонах С і Т, тест показує, що наркотиків немає в зразку або вміст відповідних наркотиків та/або їх метаболітів в сечі людини нижче порогового рівня.

Дуже тонка лінія в зоні Т повинна трактуватись як негативний результат

Недійсний результат:

Якщо лінія в зоні С не проявляється протягом 4 хвилин на будь-якій смужці, результат вважається недійсним. Повторіть тестування, використовуючи новий тест-набір.

Отже:

Дві лінії (С і Т)– наркотику 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. В цьому випадку повторіть всю процедуру, використовуючи новий тест-набір.

Зовнішній контроль. Користувачам завжди необхідно керуватись відповідними документами по використанню зовнішніх контролів. В якості зовнішніх контролів SAMHSA рекомендує використовувати зразки сечі із вмістом наркотиків в 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 підтверджуючого 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 необхідністю 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 годин після прийому маку. Щоб диференціювати вживання сім'я 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 від випадку до випадку – 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; при тривалому, постійному вживанні бензодіазепінів – до кількох тижнів і місяців). Ксанакс (алпразолам) може не визначатися рутинними методами. При підозрі на вживання алпразоламу необхідно специфічне дослідження за допомогою газової хроматографії і мас-спектрометрії.

Стимулятори. Токсикологічний скринінг сечі (час визначення після останнього прийому: 24-48 годин).

Кокаїн. Імунні методи аналізу, хроматографія і мас-спектроскопія, токсикологічний скринінг сечі (час визначення після останнього прийому: 12-48 годин).

Галюциногени. Токсикологічний скринінг сечі (час визначення після останнього прийому: для фенциклідіну – від кількох діб до кількох тижнів; для LSD – до 12 годин, метаболітів LSD – до 2 діб), міоглобінурія, підвищення рівня КФК і креатину/білірубіну для фенциклідіну.

Інгалянти. Розгорнутий аналіз крові, тести функції печінки та тести функції нирок.

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

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Березин С. В. Психология наркотической зависимости и созависимости : монография / С. В. Березин, К. С. Лисецкий, Е. Н. Назаров. – М. : МПА, 2001. – 213 с.
2. Благов Л. Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект / Л. Н. Благов. – М. : Гениус, 2005. – 316 с.
3. Валентик Ю. В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю. В. Валентик, Н. А. Сирота. – М. : Литера, 2002. – 256 с.
4. Валентик Ю. В. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии / Ю. В. Валентик, О. В. Зыков, М. Г. Цетлин. – М., 1997. – С. 123-131.
5. Веселовская Н. В. Наркотики: свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм. Пособие для работников наркологических больниц, наркодиспансеров, химико-токсикологических и судебно-химических лабораторий / Н. В. Веселовская, А. Е. Коваленко. – М. : Триада-Х, 2000. – 102 с.
6. Гичун В. С. Опыт проведения психопрофилактической работы в войсках МВД Украины // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии : Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии в Харьковской городской клинической психиатрической больнице № 15 (Сабуровойдачи) / В. С. Гичун; под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 166-170.
7. Дмитриева Т. Б. Злоупотребление психоактивными веществами / Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игонин, Т. В. Клименко и др. – М. : Инфокоррекция, 2003. – 317 с.
8. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. – Новосибирск : Наука, 1998. – 198 с.
9. Короленко Й. П. Личность и алкоголь / Й. П. Короленко, В. Ю. Завьялов. – Новосибирск : Наука, 1987. – 221 с.
10. Линский И. В. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ на Украине / И. В. Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский // Наркология. – 2005. – № 4. – С. 12-17.
11. Линский И. В. Опыт применения быстрых тестов на наркотики «Sniper» у больных, зависимых от психоактивных веществ в условиях интенсивной фармакотерапии / И. В. Линский, И. В. Шалашова // Матеріали VI наук.-практ. конференції з міжнародною участю «Довженківськи читання: теорія та практика наркології», 5-6 квітня 2005. – Харьков. – 2005. – С. 15-19.
12. Лінський І. В. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Щорічний аналітичний огляд / І.В. Лінський, М. В. Голубчиков, О. І. Мінко та ін. – Харків, 2005. – Вип. 2. –

31 с.

13. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : Навч. посібник / Н. Ю. Максимова. – К. : ВПЦ «Київський університет», 2002. – 308 с.
14. Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. – Харьков : Торсинг, 2000. – С. 222-254.
15. Оськина В. Н. Современные методы определения наркотических соединений в биологических средах / В. Н. Оськина, И. Д. Голова // Архив психиатрии. – 2002. – № 3 (30). – С. 201-203.
16. Отвагина Т. В. Стоп! Наркотик / Т. В. Отвагина. – Ростов н/Д. : Феникс, 2005. – 246 с.
17. Панок В. Г. Організація антинаркотичної профілактичної роботи в навчальних закладах // Науково-методичні засади діяльності психологічної школи: Навч.-метод. посібник: В 2 т. / За заг. ред. В. Г. Панка, І. І. Цушка. – К. : Нікацентр, 2005. – Т.2. – С. 19-33.
18. Піщенко Г. Соціокультурні та геополітичні чинники поширення наркоманії та ВІЛ/СНІДу в Україні / Г. Піщенко, О. Тищенко // Право України. – 2005. – № 2. – С. 73-77.
19. Профілактика наркотизації: Збірник інформаційних, теоретичних та методичних матеріалів з проблем девіантної поведінки підлітків і молоді. – Київ, 1994. – Вып. 1.
20. Психология зависимости: хрестоматия / сост. К. В. Сельченков. – Мн. : Харвест, 2005. – 592 с.
21. Пятницкая И. Н. Наркомании / И. Н. Пятницкая. – М. : Медицина, 1994. – 542 с.
22. Пятницкая И. Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема / И. Н. Пятницкая // Рос. мед. журн. – 1996. – №4. – С. 5-10.
23. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 640 с.
24. Синицкий В. Н. Проблема наркомании в Украине: социально-психологические и медико-биологические аспекты / В. Н. Синицкий // Медицинские вести. – 1998. – № 4. – С. 13-16.
25. Сирота Н. А. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. – М. : Академия, 2008. – 175 с.
26. Учебное пособие по наркологии для студентов медицинских вузов: Пер с англ. / Под ред. В. Б. Позняка. – Минск : издательство «Интертракт», 1997. – 97 с.
27. Фридман Л. С. Наркология / Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д. Х. Робертс, С. Е. Хайман (ред.); Пер. с англ. – М. – СПб. : Бином – Невский Диалект, 1998. – 318 с.
28. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии / П. Д. Шабанов. – СПб. : Лань, 1998. – 652 с.
29. Щербина Л. Ф. Методичні підходи до психологічної реабілітації осіб, залежних від наркотичних речовин / Л. Ф. Щербина // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. – №8. – 43 с.

Навчальне видання

Ігор Івнович Приходько
Яніна Володимирівна Мацегора
Інна Вікторівна Воробйова
Іван Іванович Ліпатов
Микола Іванович Товма

**КОНТРОЛЬ НАРКОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ТА РАННЄ
ВІЯВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ,
ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ**

Навчальний посібник

Відповідальний за випуск *Я.В. Мацегора*

Редактор Я. М. Холоденко

Комп'ютерна верстка: А. О. Теплова

Формат паперу 60×84/16. Ум. друк. арк. 4,86. Тираж 50 прим. Зам. №

Видавець і виготовлювач Національна академія НГУ.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4794 від 24.11.2014 р.

пл. Захисників України, 3, м. Харків, 61001