

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи**

**Кваліфікаційна (бакалаврська) робота**  
**за спеціальністю «Соціальна Робота»**

на тему: **«СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ПІДЛІТКАМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ**  
**НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ»**

**Виконав: студент 4 курсу, групи 3-22-074**

**Літвінов Данііл Ігорович**

**Керівник:** Могилка О.П., викладач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи, доктор філософії

**Рецензент:** Виноградова О.В., начальниця відділу соціальної роботи по Холодногірському району м.Харкова ХМЦСС «Довіра», доктор філософії

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ПІДЛІТКАМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ</b> .....	7
<b>1.1. Соціальна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини, як науково-практична проблема</b> .....	7
<b>1.2. Специфіка соціальної роботи з підлітками, які вживають наркотичні речовини</b> .....	13
<b>1.3. Соціальна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини, як напрям професійної діяльності</b> .....	20
<b>Висновки до розділу 1</b> .....	25
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРАКТИКООРІЄНТОВАНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ПІДЛІТКАМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ</b> .....	28
<b>2.1. Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження</b> ..	28
<b>2.2. Аналіз соціальних характеристик і поведінкових моделей підлітків, які вживають наркотичні речовини</b> .....	34
<b>2.3. Оцінювання результативності та напрями вдосконалення наявних форм соціальної роботи з підлітками, які вживають наркотичні речовини</b> .....	43
<b>Висновки до розділу 2</b> .....	51
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	55
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	58
<b>ДОДАТКИ</b> .....	64

## ВСТУП

Підліткове вживання наркотичних речовин у межах соціальної роботи постає як спеціалізована практична проблема, що поєднує медико-соціальні, психологічні, освітні та правові ризики і має стійкі наслідки для соціального функціонування неповнолітнього. Складність проблеми зумовлена тим, що вживання психоактивних речовин у підлітковому віці рідко є ізольованою подією; воно розгортається в контексті сімейної напруги, шкільної дезадаптації, групового впливу однолітків, дефіциту навичок саморегуляції, емоційної нестабільності та наявності супутніх ризиків безпеки. У практиці соціальної роботи це означає, що реагування не може зводитися лише до констатації факту вживання або до інформаційно-профілактичних бесід. Потрібні процедури раннього виявлення, стандартизована оцінка ризиків, індивідуалізований соціальний супровід, робота з сім'єю та координація з освітніми й медичними структурами, а також чіткі маршрути перенаправлення у випадках, коли проблема виходить за межі можливостей первинної соціальної допомоги.

**Актуальність і доцільність роботи** визначається необхідністю поєднання аналітичного розуміння соціальних характеристик і поведінкових моделей підлітків, що вживають наркотичні речовини, з оцінюванням реальної результативності форм соціальної роботи, які застосовуються у практиці. Для галузі соціальної роботи актуальним є не лише опис поширеності вживання, а й виявлення закономірностей, що пов'язують вживання з навчальними труднощами, сімейними конфліктами, ризиковою поведінкою, дефіцитом підтримки та ресурсами, на які може спиратися фахівець. Доцільність дослідження зумовлена також потребою підвищити обґрунтованість професійних рішень: оцінювання ефективності контакту «фахівець–підліток» має спиратися на дані, зафіксовані інструментами скринінгу, спостереження й анкетування, а не на загальні уявлення про проблему або суб'єктивні враження від взаємодії.

**Стан розробленості проблеми та підстави для вибору теми** пов'язані з

тим, що у вітчизняній практиці переважає індивідуальна робота та первинний прийом, тоді як системні групові програми, сімейно-орієнтовані інтервенції та міжвідомчі протоколи раннього реагування впроваджуються нерівномірно. В умовах, коли ініціатива звернення по допомогу часто належить дорослим, а не самому підлітку, фахівець стикається з амбівалентністю, опором і низькою мотивацією до змін. Це формує потребу у дослідженні, яке дозволяє: по-перше, описати профіль ризиків і ресурсів підлітків на основі зіставлення даних з кількох джерел; по-друге, оцінити сильні сторони та прогалини наявних форм соціальної роботи з позиції фахівців і батьків; по-третє, визначити напрями вдосконалення практики, які є методично конкретними та організаційно реалістичними.

**Вихідні дані та емпірична база роботи** сформовані в межах емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення соціальних характеристик і поведінкових моделей підлітків, які мають підтверджений досвід вживання психоактивних речовин або перебувають на соціальному супроводі як особи групи ризику, а також на оцінювання результативності застосовуваних форм соціальної роботи. Збір даних здійснювався протягом березня–квітня 2025 року. Вибірку склали три групи учасників: 30 підлітків віком 13–17 років, 5 соціальних працівників, які здійснювали безпосередню роботу з підлітками, і 30 батьків або законних представників. Таке формування вибірки забезпечило багатопозиційний аналіз проблеми, оскільки дозволило співвіднести результати скринінгу й спостережень фахівців із сімейним контекстом та практикою звернення по допомогу.

**Об'єкт дослідження** – процес соціальної роботи з підлітками, які вживають наркотичні речовини, у контексті профілактики, соціального супроводу та реабілітаційно-орієнтованих втручань.

**Предмет дослідження** – соціальні характеристики та поведінкові моделі підлітків із досвідом вживання психоактивних речовин і результативність наявних форм соціальної роботи з цією категорією осіб з позиції фахівців і сімейного оточення.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати проблему соціальної роботи з підлітками, які вживають наркотичні речовини, та здійснити емпіричний аналіз соціальних характеристик і поведінкових моделей цієї групи з подальшим оцінюванням результативності застосовуваних форм соціальної роботи й визначенням напрямів їх удосконалення.

**Завдання дослідження** впливають із поставленої мети й передбачають: теоретично розкрити соціальну роботу з підлітками, які вживають наркотичні речовини, як науково-практичну проблему; визначити специфіку соціальної роботи з цією категорією підлітків, виокремивши типові ризики, обмеження та ресурсні опори; охарактеризувати соціальну роботу у цій сфері як напрям професійної діяльності, уточнивши рольові функції фахівця та потребу міжвідомчої координації; організувати й методично забезпечити емпіричне дослідження, описавши вибірку, інструменти та етичні процедури; здійснити аналіз соціальних характеристик і поведінкових моделей підлітків на підставі даних скринінгу, спостереження та анкетування; оцінити результативність наявних форм соціальної роботи за параметрами взаємодії, контексту запиту, ризиків і ресурсів, доповнивши оцінку сімейною перспективою; визначити напрями вдосконалення організаційних і методичних підходів у роботі з підлітками, які вживають наркотичні речовини, з орієнтацією на практичну реалізованість у закладах освіти та установах соціальної сфери.

**Практичне значення роботи** полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані для удосконалення алгоритмів первинного контакту, процедури оцінки ризиків і планування інтервенцій, а також для посилення сімейного компонента супроводу та координації зі школою і суміжними службами. Описаний інструментарій створює підстави для стандартизованого збору даних у щоденній практиці соціального працівника та підвищує обґрунтованість прийняття рішень у випадках підліткового вживання психоактивних речовин.

**Структура роботи** включає вступ, два розділи, висновки, список використаних джерел і додатки з інструментарієм дослідження. Логіка побудови

забезпечує перехід від теоретичного осмислення проблеми до емпіричного аналізу та формулювання практично орієнтованих напрямів удосконалення соціальної роботи.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ПІДЛІТКАМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ**

### **1.1. Соціальна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини, як науково-практична проблема**

Соціальна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини, набуває статусу науково-практичної проблеми тоді, коли ми перестаємо бачити в ній «одну причину» і «одне рішення» й починаємо аналізувати її як систему взаємопов'язаних чинників, що проявляється на рівні поведінки, взаємин, соціальних ролей та інституційної взаємодії. Підліткове вживання наркотичних речовин не зводиться до медичного факту: воно вбудоване в контекст соціалізації, де спрацьовують групові норми, стилі сімейної комунікації, доступність речовин, досвід шкільної успішності або неуспішності, а також особистісні способи регуляції напруги. Саме тому науковий аналіз тут неминуче переходить у практичну площину: якщо ми пояснюємо феномен тільки індивідуальними «схильностями», то втрачаємо соціальні механізми відтворення ризику; якщо зосереджуємося лише на соціальних умовах, то ігноруємо психологічні процеси, через які ці умови стають поведінковим вибором. Така подвійність і формує предмет соціальної роботи як професійної діяльності, що має одночасно діагностувати ризики, підтримувати ресурси підлітка та змінювати його соціальне оточення настільки, наскільки це реально в межах етичних і правових рамок [31, с. 183–187].

Науковість проблеми проявляється ще й у тому, що саме поняття «вживання наркотичних речовин підлітками» приховує різні траєкторії, які потребують різних пояснень. Епізодичне експериментування, регулярне вживання, ризиковані моделі споживання та сформована залежність мають різну логіку виникнення й різні соціальні наслідки. На рівні профілактики це критично: соціальний працівник і дослідник працюють не з абстрактною

категорією «підліток-наркоман», а з неповнолітньою особою, яка перебуває в певній фазі поведінкового процесу й одночасно має права, потреби та потенціал змін. У літературі, присвяченій адиктивній поведінці, підкреслюється, що явище варто розглядати як комплексне, де соціальні, психологічні та культурні параметри з'єднані в єдиний вузол, а спроби спростити його до «поганої компанії» або «слабкої волі» методологічно збіднюють і діагностику, і профілактику [27, с. 108–112]. Це відкриває наступний крок нашого міркування: науково-практична проблема тут – у необхідності конструювати пояснення, які витримують емпіричну перевірку, і на їх основі проєктувати інтервенції, що не руйнують довіру й не підсилюють стигму [27, с. 112–114].

Соціально-педагогічна й соціальна складові проблеми стають видимими, коли ми розглядаємо підліткове вживання як частину ширшої поведінкової та ціннісної конфігурації. Дослідження, що аналізують вживання психоактивних речовин серед молоді, показують: вживання часто корелює не тільки з дозвіллевими практиками, а й з рівнем поінформованості, освітніми установками, позицією щодо ризику та стилями взаємодії з дорослими інститутами – школою, службами, медичними закладами [13, с. 89–92]. У такій рамці соціальна робота перестає бути «реакцією на порушення», вона стає способом організації підтримки, що зменшує імовірність переходу до більш небезпечних патернів. Профілактичні підходи, описані у вітчизняній соціально-педагогічній традиції, наголошують на поєднанні інформаційної роботи, формування життєвих навичок і створення альтернативних соціальних ролей, у яких підліток може відчувати прийняття й компетентність без залучення до груп, де вживання виступає нормою [32, с. 115–120]. Це поєднання підводить нас до вимоги: дослідницький опис має включати не лише «що відбувається», а й «через які соціальні механізми це закріплюється» [13, с. 90–92].

Психологічний вимір робить проблему ще менш лінійною, тому що підліткове вживання часто пов'язане з внутрішніми станами, які підліток не вміє інакше регулювати. Дані про індивідуально-психологічні особливості підлітків, які мають досвід наркотизації та демонструють невротичні симптоми,

підказують нам важливу методологічну деталь: у частини підлітків вживання може бути включеним у цикл напруги й зниження напруги, де речовина виконує роль швидкого «інструмента» саморегуляції [10, с. 174–178]. Із цього випливає практичний наслідок: інтервенції, побудовані виключно на забороні та покаранні, не торкаються функції поведінки, через що ризик повернення зберігається навіть після зовнішнього контролю. Соціальна робота в цьому випадку має тримати фокус на безпечних способах регуляції станів, на відновленні підтримувальних зв'язків і на поступовому зменшенні ситуацій, де підліток лишається сам на сам із напругою. Коли ми розглядаємо проблему в такій логіці, науковість полягає в здатності показати зв'язок між психологічними симптомами, соціальними умовами та поведінковим рішенням, а практичність – у здатності перетворити цей зв'язок на програму допомоги, що не зводиться до декларацій [10, с. 176–178; 36, с. 285–291].

Конфліктна поведінка й труднощі соціальної взаємодії нерідко супроводжують підліткове вживання, і це важливо для соціальної роботи не як «характеристика особистості», а як фактор, що знижує ефективність підтримки. Опис психологічних особливостей прояву конфліктної поведінки в підлітків, які вживають психоактивні речовини, вказує на те, що конфліктність може бути не випадковою, а функціонально пов'язаною з порушенням комунікації, дефіцитом довіри й звуженням репертуару соціальних стратегій [40, с. 338–341]. Це створює типову практичну пастку: підліток потрапляє у взаємодію із соціальними інститутами вже з низькою готовністю до співпраці, а інститути, своєю чергою, посилюють дистанцію, сприймаючи його як «важкого клієнта». Для дослідження це означає необхідність враховувати не тільки факт уживання, а й комунікативні патерни, стилі реагування на вимоги, здатність до переговорів і переживання меж. Для соціальної роботи це означає іншу оптику: ми працюємо з умовами зниження конфліктності як із передумовою будь-якого профілактичного чи реабілітаційного кроку, інакше навіть правильні за змістом інтервенції не будуть прийняті [40, с. 339–341].

На рівні соціальних чинників проблема має ще одну складність: частина

підлітків входить у вживання через групові сценарії, де наркотична практика стає символом приналежності, «дорослості» або протесту. У наукових матеріалах, що аналізують чинники та наслідки вживання наркотиків підлітками, простежується думка про те, що мотиви можуть комбінуватися: від цікавості й наслідування до спроби втечі від складних емоційних станів, а наслідки швидко виходять за межі «особистого ризику» і зачіпають навчальну траєкторію, сімейні стосунки, участь у делінквентних практиках [34, с. 112]. У такій рамці соціальна робота має конкурувати з груповим впливом не мораллю, а ресурсами: альтернативними спільнотами, безпечними формами визнання, досвідом успіху, який не пов'язаний із ризиком. Це складно не через «нестачу бажання» у підлітка, а через те, що групова система підкріплень часто діє щодня й у найближчому оточенні, тоді як інституційна допомога може бути епізодичною й формалізованою. Для дослідника це точка, де ми маємо аналізувати щільність соціальних зв'язків і їхню «якість» – підтримувальну або ризикову, бо саме це пояснює, чому одна профілактична бесіда працює для одних і не працює для інших [32, с. 115–120].

Медико-соціальний аспект проблеми полягає в тому, що підліткове вживання розгортається на тлі біопсихосоціальних змін, а наслідки накопичуються непомітно, поки не стають кризовими. Огляд наукової літератури щодо медико-соціальних аспектів уживання психоактивних речовин молоддю підкреслює: ризики стосуються не лише соматичного здоров'я, а й соціального функціонування, що проявляється в дезадаптації, порушенні навчання, конфліктах, підвищенні вразливості до травматичних подій [36, с. 285–291]. Для соціальної роботи це формує вимогу міжвідомчої взаємодії: без координації з медичною, освітньою та психологічною ланками неможливо стабільно зменшити ризики, тому що вони підтримуються різними частинами системи життя підлітка. Для дослідження це означає потребу в багатовимірних індикаторах, які вимірюють не «наявність проблеми» як таку, а ступінь ризику, наявні ресурси, типи соціальної підтримки та бар'єри до звернення по допомогу. Ця логіка готує перехід до питання про інструменти оцінки, бо без вимірювання ми неминуче скочуємося до інтуїтивних суджень і стереотипів [31, с. 183–187].

Саме тут у науково-практичну проблему входить тема скринінгу та стандартизованої оцінки. Міжнародна практика пропонує інструменти, які дозволяють не «приклеювати ярлик», а визначати рівень залученості до вживання та пов'язаний із цим ризик. Розроблення, надійність і практична здійсненність тесту ASSIST описані як спосіб отримати відтворювані дані щодо вживання алкоголю, тютюну та інших речовин, що має пряме значення для планування втручань [41]. Для нашої теми це означає: соціальна робота потребує інструментів, які підтримують професійну дистанцію й зменшують вплив суб'єктивності. У практичній площині скринінг виконує ще одну функцію – він задає спільну мову між фахівцями різних сфер, що полегшує маршрутизацію підлітка між службами та знижує ризик втрати клієнта на етапі «переспрямування». У науковій площині це підвищує порівнюваність даних і дозволяє відстежувати зміни в часі, не підміняючи їх емоційними оцінками [36, с. 285–291; 22].

Профілактичний блок соціальної роботи також має наукову проблему, яку часто недооцінюють: профілактика не зводиться до «інформування про шкоду», бо знання саме по собі не гарантує зміни поведінки. Дані про знання підлітків щодо вживання психоактивних речовин показують, що поінформованість може бути фрагментарною, суперечливою або заміщеною міфами, які поширюються в групах однолітків [19, с. 122–125]. Якщо ми будемо профілактику лише як передачу фактів, ми не торкаємося соціальних мотивів і емоційних потреб, через які вживання набуває сенсу для підлітка. Це пояснює, чому соціально-педагогічні підходи до профілактики наполягають на формуванні навичок відмови, розвитку критичного ставлення до групового тиску, підтримці самооцінки та створенні умов для конструктивного дозвілля, де підліток отримує досвід приналежності без ризику [32, с. 115–120]. У дослідницькому тексті цей момент має бути показаний як закономірність: між знанням і поведінкою лежать механізми мотивації, соціального підкріплення та емоційної регуляції, і саме вони становлять поле для інтервенцій [19, с. 123–125].

Ще один вузол проблеми – це різниця між профілактикою вживання і

профілактикою хімічної залежності, що часто плутається в практиці. Матеріали про актуальність соціально-педагогічної профілактики хімічної залежності серед підлітків демонструють, що профілактика залежності передбачає роботу з ранніми маркерами ризику, з середовищними тригерами та з підтримкою сім'ї, а не тільки роботу з самим підлітком [25, с. 222–229]. У такій логіці соціальна робота стає не «післяфактум реагуванням», а системною діяльністю, яка намагається перервати ланцюг, що веде від експериментування до регулярного вживання і далі. Це потребує від дослідника точного розмежування рівнів аналізу: індивідуального (внутрішні стани, навички саморегуляції), міжособистісного (сім'я, однолітки), інституційного (школа, служби) та соціального (нормативні уявлення, доступність речовин). У практичній роботі це означає, що ефективні програми не можуть бути одноманітними: вони мають враховувати різні стартові умови та різні ресурси сім'ї й громади [25, с. 224–229; 13, с. 89–92].

Проблематика соціальної роботи ускладнюється також тим, що підліткове вживання нерідко пов'язане з іншими формами ризикової поведінки, і тоді завданням стає не «вимкнути один симптом», а змінити стиль життя та соціальні зв'язки. Дослідження, які описують проблематику спеціальних груп клієнтів у соціальній роботі, звертають увагу на те, що робота з підлітками з ризиковими практиками потребує специфічних принципів: довіри, конфіденційності в межах закону, партнерської комунікації та реалістичного планування кроків допомоги [31, с. 183–187]. Це виводить нас на етичний аспект науково-практичної проблеми: підліток є суб'єктом, а не об'єктом втручання, і будь-яка методика або програма має оцінюватися не лише за «результативністю», а й за тим, чи не породжує вона додаткових ризиків – стигми, виключення зі шкільного середовища, конфлікту з батьками, втечі від служб. Науковий текст має фіксувати ці межі як частину логіки дослідження, а не як «додаткові застереження».

У підсумку, науково-практична проблема соціальної роботи з підлітками, які вживають наркотичні речовини, полягає в необхідності синхронізувати

пояснення й дію: ми маємо будувати таку модель, де емпіричні дані про поведінку, психологічні стани й соціальні умови переходять у професійні рішення, що зменшують ризики й підтримують розвиток. На рівні дослідження це означає: ми не обмежуємося фіксацією поширеності чи переліком чинників, а показуємо механізм, через який чинники стають практикою, і саме цей механізм робимо об'єктом втручання. На рівні практики це означає: ми поєднуємо стандартизовану оцінку ризику, роботу з мотивацією та комунікацією, підтримку сімейної системи й створення альтернативних соціальних зв'язків, які можуть витримати конкуренцію з ризиковими груповими нормами [25, с. 222–229]. Отримана рамка задає основу для наступного підпункту, де добір методик емпіричного дослідження має відповідати цій багаторівневій логіці й дозволяти вимірювати не лише факт уживання, а й соціально-психологічні механізми, що його підтримують.

## **1.2. Специфіка соціальної роботи з підлітками, які вживають наркотичні речовини**

Специфіка соціальної роботи з підлітками, які вживають наркотичні речовини, починається з того, що ми працюємо одночасно з поведінкою, яка має ризики для здоров'я, і з віковою групою, для якої характерні експериментування, підвищена залежність від оцінок однолітків та швидкі коливання мотивації. Через це класичні «дорослі» моделі допомоги виявляються недостатніми: підліток рідко приходиться із запитом «лікуйте мене», частіше ми зустрічаємо непрямі сигнали – проблеми в школі, зміни в колі спілкування, конфлікти в сім'ї, епізоди ризикової поведінки. Водночас підліток юридично й соціально включений у систему дорослого контролю (батьки, школа, служби), тому довіра і конфіденційність тут не просто етична норма, а умова, без якої контакт руйнується ще до початку інтервенції. Це змінює професійну позицію: ми не «викриваємо» і не «виховуємо», а вибудовуємо робочу взаємодію, де підліток не

втрачає обличчя, але поступово бачить нас як ресурс, а не як загрозу [15; 7].

Друга характеристика специфіки – необхідність розрізняти профілактику, зниження ризиків і реабілітацію як різні режими допомоги, що можуть співіснувати в одному випадку. Підліток із епізодичним уживанням потребує іншої логіки роботи, ніж підліток із регулярним уживанням або із досвідом залежності, але в реальному житті ці стани не завжди очевидні ні для сім'ї, ні для школи. Тому соціальна робота тут спирається на поетапність: первинна оцінка ситуації, визначення рівня ризику, короткі профілактичні інтервенції або маршрутизація до спеціалізованих послуг, а далі – супровід і повернення до соціально прийнятних ролей (навчання, дозвілля, групова належність, сімейні взаємини). У матеріалах про профілактичні інтервенції, орієнтовані на зменшення ризиків для здоров'я підлітків, підкреслюється саме інтервенційний підхід: короткі, структуровані дії, які знижують імовірність поглиблення проблеми й допомагають утримати підлітка в контакті із системою підтримки [9]. Таку логіку підтримують і вітчизняні праці з профілактики вживання психоактивних речовин підлітками, де профілактика описується як система, а не разова «розмова» [7; 15].

Третя лінія специфіки – робота в полі стигми. Підліток часто уже має досвід ярликування: «наркоман», «проблемний», «важкий», і цей досвід впливає на готовність співпрацювати більше, ніж зміст наших аргументів. У підлітків будь-яке втручання, яке сприймається як приниження або «контроль заради контролю», швидко викликає опір і переносить взаємодію в конфлікт. Тому в соціальній роботі з цією групою ключовим стає не інтенсивність тиску, а точність комунікації: ми домовляємося про межі, проговорюємо наслідки, фіксуємо реалістичні кроки, не руйнуючи суб'єктність підлітка. У текстах про соціальну профілактику підліткової наркотичної залежності наголошується, що профілактичний вплив повинен бути соціально прийнятним і психологічно безпечним, інакше він перетворюється на фактор ризику через ізоляцію та протестну поведінку [4, с. 57–64]. У роботах, що розглядають реабілітацію осіб із залежністю від психоактивних речовин, додатково підкреслюється значення

підтримувального середовища й тривалості процесу, бо стигма часто супроводжує людину навіть після припинення вживання і блокує реінтеграцію [3, с. 64–73].

Четверта риса – багатоканальність входу в допомогу. Соціальна робота з підлітками майже завжди стартує не з кабінету фахівця, а зі школи, сім'ї, вулиці, центру денного перебування або онлайн-простору. Це означає, що профілактика й раннє втручання мають бути «присутні» там, де підліток реально живе, а не там, де зручно системі. Дослідження шкільних профілактичних практик показують, що заклад освіти може бути як фактором захисту, так і фактором ризику – залежно від того, чи має він зрозумілу політику реагування, чи вміє підтримувати підлітка без публічного осуду і чи організовує послідовну профілактичну роботу [24]. У роботах про соціально-педагогічні умови діяльності соціального педагога з дітьми груп ризику вказується, що результативність значною мірою залежить від внутрішньошкільної взаємодії: узгоджених дій педагога, психолога, адміністрації, класного керівника, а також від здатності школи вчасно підключати зовнішні служби [11]. Це пояснює, чому специфіка соціальної роботи тут включає не лише роботу з підлітком, а й «налаштування» інституційного середовища.

П'ята лінія специфіки – системність профілактики, де універсальні заходи (для всіх), селективні (для груп підвищеного ризику) і індикативні (для тих, хто вже має досвід уживання) мають різні цілі і методи. Універсальна профілактика в школі може зосереджуватися на життєвих навичках, критичному мисленні щодо групового тиску, формуванні здорових моделей дозвілля; селективна – на роботі з підлітками, які мають сукупність ризикових чинників; індикативна – на коротких інтервенціях і супроводі. У підходах до профілактики наркоманії серед підлітків групи ризику наголошується, що профілактика повинна охоплювати ціннісні орієнтації, мотиваційну сферу і соціальні зв'язки, а не обмежуватися інформуванням про шкоду [15]. У монографії про профілактику вживання психоактивних речовин підлітками профілактика подається як комплекс, що включає освітні, соціальні та психологічні компоненти, а також координацію

суб'єктів профілактики на рівні громади [5; 7]. Такий підхід створює для нас практичну вимогу: кожне втручання має бути вбудоване в програму, а не бути «реакцією на інцидент» [4, с. 57–64; 24].

Шоста риса – особлива роль групових форматів. Підліткова поведінка часто формується в групі, отже індивідуальна робота, навіть якісна, не завжди може компенсувати групові підкріплення. Групова робота в профілактиці і корекції ризикової поведінки дає інший ресурс: вона створює безпечний простір для «переписування» норм, для тренування навичок відмови, для отримання підтримки не лише від дорослого, а й від ровесників. У дослідженні, присвяченому груповій роботі з підлітками групи ризику, груповий формат описано як ефективний напрям профілактики вживання психоактивних речовин, тому що він працює з соціальними механізмами ризику – потребою належати, бути прийнятим, мати статус [16, с. 77–87]. Для соціальної роботи це означає не просто «зібрати групу», а структуровано моделювати ситуації тиску, відпрацьовувати комунікативні стратегії, формувати альтернативні сценарії самоствердження. Коли груповий формат поєднується з індивідуальним супроводом, зростає шанс, що зміни не розчиняться після завершення зустрічей, бо підліток отримує не лише знання, а й соціальний досвід іншої якості [15].

Сьома лінія специфіки – використання цифрового середовища як інструмента профілактики та підтримки. Для сучасних підлітків онлайн-комунікація є звичною, а частина ризикового контенту і «нормалізація» вживання теж рухаються онлайн. Тому соціальна робота, яка ігнорує цифрову сферу, втрачає канал раннього впливу й канал підтримки. Праці про використання Інтернету в профілактиці вживання психоактивних речовин підлітками підкреслюють можливості онлайн-ресурсів: інформування, консультування, підтримувальні спільноти, профілактичні кампанії, які можуть охоплювати підлітків, що уникають офлайн-контакту зі службами [17, с. 82–90]. Специфіка полягає в тому, що цифрові формати мають бути етично безпечними й професійно контрольованими: анонімність підвищує доступність, але знижує можливість перевірки ризиків, отже потрібні чіткі правила реагування і

маршрутизації в разі кризових сигналів. Це ставить перед соціальною роботою завдання інтегрувати онлайн-компонент не як «додаток», а як частину системи підтримки [17, с. 82–90].

Восьма риса – межа між соціальною роботою і психотерапією, яка в підлітковій темі проходить тонко. Багато підлітків із досвідом уживання мають супутні психологічні труднощі: тривожність, депресивні прояви, агресивність, фрустрацію, проблеми з контролем імпульсів. Соціальна робота не підміняє психотерапію, але вона має вміти розпізнавати стани, які потребують спеціалізованої допомоги, і будувати мотивацію до звернення, не знецінюючи підлітка. У працях з дитячої та юнацької психотерапії підкреслюється специфіка роботи з неповнолітніми: необхідність враховувати вікові можливості рефлексії, роботу з сім'єю, використання методів, які не руйнують контакт і не провокують сором [12]. Дослідження фрустрації в осіб, які вживали наркотичні та алкогольні речовини, додає до цього практичний акцент: емоційні стани можуть бути як передумовою вживання, так і наслідком, що ускладнює відновлення соціального функціонування [14]. У соціальній роботі це перетворюється на правило: ми тримаємо фокус на ресурсах і соціальних навичках, але не пропускаємо момент, коли потрібна психотерапевтична або психіатрична ланка.

Дев'ята лінія специфіки – робота з сім'єю як із системою, а не як із «фоном». У підлітків доступ до ресурсів і ступінь безпеки значною мірою визначається сімейними стосунками: контролем і підтримкою, стилем спілкування, наявністю конфліктів, економічною стабільністю. Водночас сім'я може бути амбівалентним ресурсом: частина батьків заперечує проблему, частина реагує надмірно жорстко, частина втрачає контроль і відсторонюється. Тому специфіка соціальної роботи полягає в тому, що ми супроводжуємо не тільки підлітка, а й батьків, допомагаючи їм перейти від емоційної реакції до послідовної позиції. У підходах до профілактики наркоманії серед підлітків групи ризику сімейний компонент розглядається як необхідний: без нього підліток повертається в те саме середовище, яке підтримує ризик, і зміни стають короткими [15]. Монографічні описи профілактичних програм також вказують

на роль сімейного консультування і батьківських освітніх заходів як частини комплексної моделі [7]. Це логічно веде до того, що соціальний працівник має володіти навичками медіації та планування сімейних домовленостей, не зводячи роботу до моралізації [4, с. 57–64; 15].

Десята риса – потреба в міжвідомчій координації та «кейс-менеджменті», тобто веденні випадку як послідовного процесу. Підліток може отримувати допомогу від школи, соціальної служби, психолога, медиків, інколи – від ювенальної превенції або судових органів. Якщо ці ланки діють розрізнено, підліток або губиться між вимогами, або ухиляється від контакту, або отримує взаємовиключні сигнали. У матеріалах про комплексну допомогу підліткам із досвідом уживання психоактивних речовин у центрах денного перебування підкреслюється саме комплексність: поєднання консультацій, соціального супроводу, залучення сім'ї, організації дозвілля і формування навичок, що підтримують щоденну стабільність [30, с. 122–126]. Це показує специфіку денних центрів як «м'якого входу» в допомогу: підліток не потрапляє в різко медикалізовану систему, але отримує регулярність, підтримку й контакт із фахівцями, які можуть поступово розширювати пакет послуг. Для соціальної роботи це створює модель, де координація не є формальністю, а способом утримання підлітка в процесі, поки не з'явиться внутрішня мотивація змінювати поведінку [9].

Одинадцята лінія – реабілітація і реінтеграція як тривалі процеси, де «припинення вживання» не дорівнює «поверненню до нормального життя». Підліток, який припинив уживання, часто стикається з провалами в навчанні, зруйнованими довірчими зв'язками, конфліктами, втраченою належністю до групи, а інколи – з юридичними наслідками. Тому специфіка соціальної роботи полягає в тому, що ми плануємо «післяінтервенційну» підтримку: допомогу у відновленні навчального маршруту, пошук безпечних груп і занять, поступове відновлення сімейних домовленостей, підтримку в кризові моменти. У дослідженні про особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин показано, що реабілітація включає не тільки медичний компонент, а й

психосоціальне відновлення, і без нього зростає ризик повернення до вживання [3, с. 64–73]. Для підлітків це ще відчутніше, бо їхні соціальні ролі тільки формуються, і будь-який розрив (школа, сім'я, коло друзів) швидко перетворюється на довготривалу траєкторію маргіналізації. Соціальна робота в цьому місці виконує функцію «зшивання» соціального життя: повертає підлітка до конструктивних зв'язків і створює умови, де нові патерни поведінки мають шанс закріпитися [3, с. 64–73; 30, с. 122–126].

Дванадцята риса – юридично-психологічний контекст допомоги неповнолітнім. Наша робота завжди відбувається у межах відповідальності дорослих і прав дитини, а також у межах норм щодо захисту від шкоди. Це створює баланс: з одного боку, підліток потребує приватності й поваги до його гідності, з іншого – є ситуації, коли службова реакція необхідна через ризики для життя і здоров'я. У матеріалах юридичної психології, які аналізують реабілітацію осіб із залежністю, підкреслюється, що правові рамки й психологічні механізми мотивації мають враховуватися разом; інакше система або перетворюється на каральну, або втрачає дієвість [3, с. 64–73]. У практиці соціальної роботи це означає: ми чітко проговорюємо межі конфіденційності, не обіцяємо того, чого не можемо виконати, і будуємо план дій так, щоб підліток розумів логіку рішень і не сприймав їх як зраду. Професійність тут вимірюється не «жорсткістю», а точністю процедур і здатністю зберігати контакт навіть у складних випадках [24].

Узгоджуючи ці лінії, ми приходимо до того, що специфіка соціальної роботи з підлітками, які вживають наркотичні речовини, визначається трьома принципами: поетапністю (оцінка ризику – інтервенція – супровід – реінтеграція), багаторівневістю (підліток – сім'я – школа – громада – служби) і комунікативною точністю (контакт без стигми, але з ясними межами). Профілактичні програми, описані у вітчизняних джерелах, надають для цього інструментарій: шкільні формати, групову роботу, роботу з сім'ями, підключення онлайн-ресурсів, денні центри як простір комплексної підтримки [17, с. 82–90]. Отримана рамка задає логічний перехід до методичного розділу:

нам потрібні методика, які вимірюють не лише факт вживання, а й рівень ризику, соціальні зв'язки, мотивацію та ресурси підтримки, бо саме вони є «точками прикладання» соціальної роботи.

### **1.3. Соціальна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини, як напрям професійної діяльності**

Коли ми розглядаємо соціальну роботу з підлітками, які вживають наркотичні речовини, як напрям професійної діяльності, то виходимо з того, що це не «вузька тема» для окремих спеціалістів, а поле практики з чіткими завданнями, ролями й стандартами взаємодії з іншими системами – освітою, охороною здоров'я, ювенальною превенцією, громадським сектором. У цьому полі підліток постає не як «носіє проблеми», а як клієнт із динамічними ризиками та ресурсами, і професійна діяльність визначається здатністю втримати контакт, оцінити рівень небезпеки, підібрати інтервенції відповідного рівня інтенсивності й організувати підтримку так, щоб вона працювала в реальному повсякденні підлітка. На практиці це означає, що ми не зводимо допомогу до одноразової консультації, а вибудовуємо процес: від первинної зустрічі та оцінки ситуації до супроводу й відновлення соціальних ролей, які були порушені внаслідок уживання або супутніх конфліктів [2].

Професійний зміст цього напрямку найкраще видно через набір функцій, які в сукупності формують «профіль» соціального працівника. Передусім це оцінювання ризиків і потреб, де ми дивимося не тільки на факт уживання, а й на контекст: сімейні стосунки, шкільну включеність, групові впливи, досвід насильства, наявність підтримувальних дорослих, доступність безпечного дозвілля. Далі йде кейс-менеджмент, тобто ведення випадку: узгодження плану допомоги, координація послуг, контроль виконання домовленостей, повторна оцінка ризиків і корекція плану, коли ситуація змінюється. Цей спосіб роботи дозволяє не розпорощуватися на «все одразу», а тримати чітку траєкторію: що

саме ми змінюємо і якими кроками. У сучасних умовах, коли підліток може бути одночасно у складних життєвих обставинах, мати досвід правопорушень, бути ВПО або втратити стабільний освітній маршрут, саме логіка супроводу дає шанс утримати допомогу в межах реалістичного [35].

Однією з ключових рис наряду є його інституційність: соціальна робота не існує лише як «індивідуальна майстерність», вона вбудована в мережу служб. У вітчизняному контексті значну роль відіграють центри соціальних служб, які, за даними спеціальних досліджень, реалізують профілактику вживання психоактивних речовин підлітками через інформаційні програми, роботу з групами ризику, сімейне консультування та міжвідомчу взаємодію [18]. Професійність у цій системі проявляється в умінні працювати за процедурою: правильно документувати випадок, діяти в межах компетенцій, своєчасно залучати партнерів і не підміняти психолога, лікаря чи юриста, водночас не «перекидати» підлітка між службами без супроводу. Це та точка, де напрям професійної діяльності має чіткі межі та водночас вимагає широкої міждисциплінарної грамотності.

Поряд з інституційною ланкою, напрям підтримується громадським сектором, який часто дає підліткам те, що державні служби не завжди можуть забезпечити швидко: неформальне середовище, участь у спільнотах, волонтерські та молодіжні проєкти, альтернативні групи належності. Досвід залучення молодіжних громадських об'єднань до профілактики наркоманії серед школярів демонструє, що такі структури здатні працювати як «м'який канал» профілактики: вони говорять із підлітками мовою активності й участі, а не санкції, і це підвищує шанс, що профілактичне повідомлення буде прийняте без опору [23, с. 129–132]. Тут професійна роль соціального працівника – не замінити громадські ініціативи, а будувати партнерство: скеровувати, підтримувати, забезпечувати зв'язок із системою послуг і стежити за безпечністю форматів.

Окремий пласт професійної діяльності формує правовий контур, бо підліткове середовище є зоною підвищених ризиків щодо «втягування» у

вживання. У цій частині напрям соціальної роботи стикається з профілактикою правопорушень і захистом неповнолітніх від схиляння до вживання наркотичних засобів. Дослідження, присвячене запобіганню схилянню до вживання наркотичних засобів в Україні, прямо показує, що профілактика й запобігання тут потребують не лише каральної реакції, а комплексу організаційних і соціальних заходів, а також підготовки методичних матеріалів для профілактичної діяльності в системі Національної поліції та освітніх програм [8, с. 29]. Для нашої теми це важливо як підстава професійної взаємодії: соціальний працівник не є «додатком» до правоохоронної системи, але він має розуміти правові ризики, мати алгоритми дій у випадках втягування й уміти працювати з безпекою підлітка без руйнування довіри.

Щоб цей напрям не перетворювався на сукупність розрізнених дій, йому потрібна методична рамка, орієнтована на реабілітацію та реінтеграцію. Підліток, який має досвід уживання, часто стикається з наслідками, що виходять далеко за межі біологічної шкоди: розрив навчальної мотивації, конфлікти, відторгнення «нормальними» групами, відчуття, що повернення неможливе. Саме тому професійна діяльність у цьому напрямі включає роботу з відновлення соціальних ролей і «повернення в середовище» без повторної стигматизації. У сучасних умовах воєнного стану ця логіка ще складніша через переміщення, втрату підтримувальних дорослих, економічну нестабільність і зростання стресових факторів. Матеріали про соціальну реабілітацію осіб, залежних від психоактивних речовин, в умовах воєнного стану, підкреслюють потребу в адаптації програм допомоги до нових соціальних реалій, де стабільність життя знижена, а доступ до послуг нерівномірний [1]. Це не «додаткова обставина», а фактор, який змінює практику: ми більше працюємо з кризовою стабілізацією, із забезпеченням базової безпеки та з утриманням контакту, коли довкола багато невизначеності.

Професійна діяльність тут також має вікову специфіку: підліток не є «малим дорослим», а тому вибір інструментів контакту й мотивації потребує корекції. У практичних описах соціальної роботи з наркозалежною молоддю

акцент робиться на комплексності: інформаційна робота без тиску, залучення сім'ї, формування мотивації до змін, підтримка дозвілля та соціальної активності, робота з наслідками і профілактика рецидиву через підтримувальні стосунки з фахівцем [26, с. 59–62]. Для напряму професійної діяльності це означає, що результат вимірюється не тільки фактом припинення вживання, а й тим, чи сформувалася в підлітка інша структура повсякденності: школа, гурток, спорт, праця, волонтерство, нова група однолітків. У цьому й проявляється соціальна природа результату.

Ще одна ознака напряму – опора на профілактику, яка в професійній рамці є не «кампанією», а системною роботою в середовищі. Підготовка майбутніх соціальних педагогів і соціальних працівників до такої профілактики стає частиною забезпечення якості напряму. Дослідження, присвячені підготовці майбутнього соціального педагога до профілактики вживання дітьми психоактивних речовин, показують, що професійні компетентності включають знання факторів ризику та захисту, уміння проєктувати профілактичні програми, комунікувати зі школою й сім'єю, працювати з групою та володіти етикою взаємодії з неповнолітніми [28]. На рівні практики це знімає ілюзію, що достатньо «добрих намірів»: напрям потребує навчання, супервізії, методичних матеріалів, інакше навіть щирі інтервенції можуть бути неефективними або травматичними.

У професійній підготовці помітний акцент на шкільному контексті, бо саме заклад освіти найчастіше бачить ранні зміни й має ресурс щоденної взаємодії. Дослідження щодо підготовки майбутніх соціальних педагогів до профілактики вживання підлітками наркогенних речовин звертають увагу на потребу навчати майбутніх фахівців працювати з освітнім середовищем як із системою: включати класних керівників, психологів, адміністрацію, батьків, і водночас зберігати професійні межі та конфіденційність [29, с. 228–231]. Розгортання цього підходу в більш широких монографічних роботах про підготовку майбутніх соціальних педагогів до профілактики наркотичної залежності серед старшокласників підтверджує, що компетентність формується через поєднання теорії, практики,

аналізу кейсів і відпрацювання навичок групової та індивідуальної роботи [33]. Це підводить нас до того, що напрям професійної діяльності має власну «культуру практики», яка передається через освіту й професійні стандарти.

Показовими є й описи практичного досвіду підготовки майбутніх соціальних працівників і педагогів до профілактики вживання наркотичних речовин підлітками, де підкреслюється цінність міждисциплінарності та тренінгових форматів: майбутні фахівці вчать будувати профілактичні повідомлення, які не провокують опір, розпізнавати ранні маркери ризику та працювати з батьками [37, с. 101–106]. У близькому до цього руслі формулюються компетентності соціального педагога для профілактичної роботи в закладі освіти: комунікація, проєктування програм, робота з групою, етична взаємодія, здатність до координації та оцінювання результатів профілактики [38, с. 80–84]. У професійному сенсі це означає: напрям вимагає не лише «доброго контакту», а й уміння ставити вимірювані цілі, планувати й оцінювати зміни в поведінці та середовищі.

Однак соціальна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини, не може обмежуватися «підлітковим сегментом», бо залежність і ризикові практики часто вкорінені в сімейній системі. Тому професійний напрям включає соціальний супровід сімей, де є залежність у дорослих, і цей досвід дає методичні підказки, як діяти з підлітком, який живе в такому середовищі: робота з межами, безпекою, підтримувальними дорослими, узгодженням побутових правил, маршрутизацією до лікування та психологічної допомоги. Дослідження щодо організації соціального супроводу сімей, члени яких мають алкогольну залежність, демонструє цінність структурованого супроводу як способу стабілізувати життя сім'ї та знизити ризики для дітей [39]. У нашій темі це працює як принцип: допомога підліткові стає надійнішою, коли ми не залишаємо без уваги середовище, яке щодня формує його поведінку.

Отже, як напрям професійної діяльності соціальна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини, має чітко окреслену рамку: це поєднання профілактики, зниження ризиків, соціального супроводу та реінтеграції,

реалізоване через інституції соціальних служб, освітні та громадські ресурси, а за потреби – у взаємодії з правовими механізмами захисту неповнолітніх. Її «професійність» проявляється у здатності тримати процес, діяти процедурно, будувати партнерства і працювати так, щоб підліток не втрачав суб'єктності, але поступово змінював спосіб життя в бік безпечніших і соціально прийнятних ролей [18]. Цей кут зору відкриває наступний крок нашої роботи: визначення конкретних технологій і методик, через які професійні функції можуть бути реалізовані в емпіричному дослідженні та в практиці допомоги.

### **Висновки до розділу 1**

У межах розділу ми розглянули підліткове вживання наркотичних речовин як явище, яке формується не в одній площині, а в системі взаємодій між індивідуальними станами підлітка, нормами групи однолітків, сімейною комунікацією та інституційним середовищем. Така постановка теми переводить фокус із «факту вживання» на механізми входження й закріплення ризикових практик: підліткова адиктивна поведінка проявляється як спосіб реагування на напругу, спосіб приналежності або самоствердження, що пояснює різну стійкість і різні траєкторії проблеми в різних підлітків.

Паралельно стає видимим соціально-психологічний контур наслідків, де конфліктність і труднощі взаємодії з дорослими інституціями часто підтримують замкнене коло недовіри та опору, ускладнюючи доступ до допомоги й знижуючи готовність приймати підтримку. У медико-соціальному вимірі вживання пов'язане з ризиками, що виходять за межі соматичних наслідків і торкаються навчальної включеності, стабільності соціальних ролей та повсякденної адаптації, тому науковий аналіз потребує багатовимірного опису клієнтської ситуації.

Специфіка соціальної роботи з цією групою клієнтів визначається вимогою поетапної, диференційованої допомоги, де профілактика, зниження ризиків і

реабілітаційно-реінтеграційні кроки підбираються відповідно до рівня залученості та контексту ризиків [20]. Інструментальний зміст такої роботи опирається на відтворювану оцінку ризику й короткі структуровані втручання, що зменшують суб'єктивність рішень та підтримують узгодженість між фахівцями різних сфер. Профілактичний контур у підлітків не зводиться до інформування, адже між знанням і поведінкою лежать механізми групового тиску, мотивації та навичок саморегуляції; через це ефективні профілактичні моделі поєднують роботу з життєвими навичками, тренування відмови й створення альтернативних соціальних сценаріїв, які конкурують із ризиковими груповими нормами. Групові формати та підтримувальні середовища підсилюють ці зміни, бо дозволяють «перезібрати» норму всередині референтної групи і забезпечити підліткові досвід прийняття без ризику. Додатковий ресурс формують цифрові канали профілактики й підтримки, які розширюють доступність контакту та дозволяють працювати з тими підлітками, що уникають офлайн-звернення.

Розгляд теми як напряму професійної діяльності показав, що соціальна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини, потребує інституційної організації й чітких професійних ролей: оцінювання ризиків, ведення випадку, координації послуг, роботи з сім'єю та забезпечення безпечної реінтеграції. У цьому контурі істотним стає партнерство з громадським сектором, який забезпечує «м'які» формати залучення та соціальну активність як альтернативу ризиковим практикам. Правовий вимір напряму окреслює межі втручань і механізми захисту неповнолітніх від втягування, а також задає потребу узгодження соціальних інструментів із нормами, що регулюють протидію схилянню до вживання. Якість цього напряму значною мірою визначається підготовкою фахівців і сформованими компетентностями соціального педагога/соціального працівника для профілактичної діяльності в освітньому середовищі: комунікація, проектування програм, групова робота, етика взаємодії та координація з інституціями. Практичний досвід підготовки фахівців підсилює цю рамку, демонструючи, що напрям працює стабільніше тоді, коли майбутні

спеціалісти відпрацьовують алгоритми дій і навички взаємодії з підлітками та їхнім оточенням.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРАКТИКООРІЄНТОВАНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ПІДЛІТКАМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ**

### **2.1. Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження**

Емпіричне дослідження, проведене в межах цієї кваліфікаційної роботи, спрямоване на вивчення соціальних характеристик і поведінкових моделей підлітків, які вживають наркотичні речовини, а також на оцінювання результативності наявних форм соціальної роботи з цією категорією осіб. У побудові емпіричної частини ми виходили з того, що факт вживання сам по собі не описує ситуацію клієнта: на практиці соціальний працівник має справу з комплексом ознак, які взаємодіють між собою. До них належать рівень ризику щодо вживання різних речовин, здатність підлітка підтримувати контакт із дорослими, характер емоційної саморегуляції, типові поведінкові реакції в ситуації вимог і меж, стабільність навчальної та соціальної включеності, наявність або дефіцит підтримувального оточення. Через це методичне рішення було побудоване так, щоб отримати дані з кількох перспектив і зіставити їх між собою, не підміняючи аналіз переказом окремих фактів. Саме така логіка дозволяє перейти від опису індивідуальних проявів до оцінювання того, як працюють реальні форми соціальної допомоги: що знижує ризики, що підсилює ресурсність, де виникають бар'єри взаємодії, а де формуються умови для змін.

Дослідження здійснювалося у кілька послідовних етапів: підготовчого, польового та аналітичного. На підготовчому етапі було конкретизовано мету та завдання, визначено методологічну рамку, підготовлено й адаптовано інструментарій, узгоджено організаційні умови проведення дослідження з установою, у якій здійснювався збір даних, і закладено процедури етичного забезпечення. Підготовчий етап мав прикладний зміст: ми не обмежувалися формулюванням загальних принципів, а зафіксували порядок дій і вимоги до

фіксації результатів так, щоб різні фахівці працювали в однаковій процедурі. Це включало уточнення інструкцій для проведення інтерв'ю та заповнення бланків, узгодження послідовності застосування методик, а також визначення правил кодування даних, які унеможливають ідентифікацію учасників у робочих масивах.

Етичний блок дослідження був організований навколо добровільності участі, конфіденційності, інформованості та права на відмову без негативних наслідків. Від усіх учасників дослідження було отримано інформовану згоду відповідно до підготовлених форм (Додаток В). Від підлітків збирався асент, від батьків або законних представників – письмова інформована згода. Перед початком збору даних учасникам повідомлялися мета дослідження, перелік процедур і орієнтовна тривалість взаємодії, характер запитань та спосіб використання результатів. Конфіденційність забезпечувалася тим, що первинні бланки та електронні таблиці заповнювалися з використанням кодів, без внесення імен і будь-яких даних, що прямо дозволяють встановити особу. Учасники також отримували зрозуміле пояснення щодо можливості припинити участь у будь-який момент без пояснення причин. Ця процедура була потрібна не лише для формальної відповідності вимогам роботи з неповнолітніми, а й як умова більш відкритої комунікації: у темі, пов'язаній із вживанням, довіра до правил взаємодії впливає на щирість відповідей і на реалістичність висновків.

Польовий етап передбачав збір даних упродовж березня–квітня 2025 року. Організація збору була побудована так, щоб забезпечити зіставні умови контакту та зменшити вплив випадкових чинників. Кожен соціальний працівник працював із групою з 6 підлітків, що дозволило вирівняти навантаження між фахівцями та зберегти однаковий темп взаємодії. У межах цієї процедури застосовувався принцип стандартизації: інтерв'ю проводилося в однаковому форматі, а спостережні та оціночні бланки заповнювалися під час контакту або безпосередньо після нього, поки зберігається точність фіксації поведінкових реакцій і параметрів взаємодії. Такий підхід знижував ризик «пам'яттєвих домислів», коли оцінка формується не на основі факту контакту, а на основі

загального враження. Для батьків/законних представників анкетування здійснювалося у наближений до польового етапу період, щоб опис сімейного контексту відображав актуальний стан взаємин і умов, а не віддалені у часі оцінки, які можуть зміщуватися під впливом конфліктів або захисних стратегій.

Вибірку дослідження склали три групи учасників. Основну групу утворили 30 підлітків віком від 13 до 17 років, які мали підтверджений досвід вживання психоактивних речовин або перебували на соціальному супроводі в закладах освіти чи центрах соціальних служб як особи групи ризику. Допоміжну групу утворили 5 соціальних працівників, що безпосередньо здійснювали соціальну роботу з підлітками дослідницької вибірки. Третю групу становили 30 батьків або законних представників зазначених підлітків. Така побудова вибірки створює багаторівневу картину явища: підліток описується через структурований скринінг, фахівець фіксує реальні прояви в контакті та власні професійні дії, сім'я задає контекст взаємин і готовності до взаємодії зі службами. У практичній соціальній роботі ці рівні рідко збігаються повністю, тому їх зіставлення стає способом виявити не лише характеристики підлітків, а й «слабкі місця» в комунікації та підтримці.

Загальна характеристика вибірки підлітків має такий вигляд: середній вік склав  $15,2 \pm 1,3$  року, хлопці становили 57 % вибірки ( $n=17$ ), дівчата – 43 % ( $n=13$ ). Розподіл за віком був відносно рівномірним: 13–14 років – 27 %, 15–16 років – 47 %, 17 років – 26 %. Вибраний віковий діапазон дозволяє аналізувати прояви ризикової поведінки на межі раннього, середнього та старшого підліткового періоду, коли змінюються способи самопрезентації, роль одноліткових груп і характер реагування на контроль з боку дорослих. Для емпіричної частини це має прямий методичний сенс: спостережні маркери контакту та саморегуляції мають інший зміст у 13 років і у 17 років, тому показники протоколу спостереження та анкети фахівця інтерпретуються з урахуванням вікової рамки, не виходячи за межі загального дизайну дослідження.

Методичне забезпечення дослідження включало чотири

взаємодоповнювальні інструменти. Перший інструмент – скринінговий опитувальник ASSIST, адаптований для використання з підлітковою аудиторією (Додаток А). Його застосування дало можливість стандартизовано визначити ступінь ризику щодо вживання кожної з десяти категорій психоактивних речовин за трирівневою шкалою: низький, помірний та високий ризик. Опитування проводилось індивідуально, усно, у форматі структурованого інтерв'ю тривалістю від 15 до 25 хвилин. Усний формат був обраний як практично доцільний: він підтримує керованість процедури, дозволяє уточнювати відповіді без зміни структури запитань, знижує ймовірність пропусків і формального заповнення «для галочки». У ході інтерв'ю дотримувалася нейтральний стиль комунікації, без оцінних реплік, щоб мінімізувати соціально бажані відповіді. У межах цього дослідження скринінг виконував роль опорного вимірювання, до якого надалі прив'язувалися результати спостереження фахівця та описи сімейного контексту.

Другий інструмент – протокол спостереження соціального працівника за підлітком (Додаток Б), розроблений автором дослідження. Він охоплює 29 показників, згрупованих у шість тематичних блоків: контакт і комунікація, емоційний стан і саморегуляція, поведінкові прояви та дисциплінарні маркери, соціальне функціонування, ризику та безпека, ресурси та підтримка. Цей протокол був потрібний для фіксації тих характеристик, які не зводяться до самозвіту підлітка й проявляються в реальній взаємодії: як підліток входить у контакт, чи підтримує діалог, чи зберігає межі, як реагує на уточнювальні питання, чи є ознаки імпульсивності або емоційної нестабільності, як виглядає повсякденне соціальне функціонування. Не менш суттєвою частиною протоколу є блок «ресурси та підтримка», оскільки для практики соціальної роботи опис ресурсів є тим, на що реально можна спиратися в плані супроводу. Кожен показник оцінювався за трирівневою шкалою: «+» (так/наявне, 1 бал), «±» (частково/ситуативно, 0,5 бала), «-» (ні/відсутнє, 0 балів). Протокол заповнювався фахівцем під час або одразу після контакту, що підвищувало точність спостереження. Для аналітичної обробки такі оцінки можуть бути

агреговані за блоками, що дозволяє зіставляти профілі підлітків між собою без втрати первинного змісту показників.

Третій інструмент – анкета соціального працівника після контакту з підлітком (Додаток Б), що містить 20 закритих запитань, розподілених на чотири підрозділи: «А. Взаємодія та процес», «Б. Оцінка запиту та контексту», «В. Ризику», «Г. Ресурси та інтервенції». Відповіді фіксувалися за п'ятибальною шкалою Лайкерта (1 – зовсім ні; 5 – повністю). Цей інструмент не дублює протокол спостереження: протокол фіксує прояви підлітка, тоді як анкета фахівця фіксує параметри професійної взаємодії та результативність контакту як «одиниці роботи». Така різниця принципова для дослідження, яке має оцінити не лише характеристику підлітків, а й дієвість форм соціальної роботи. У практиці навіть за схожого рівня ризику ситуації відрізняються тим, як складається контакт, чи вдається прояснити запит, чи з'являється готовність говорити про ризику, чи доступні ресурси для підтримки змін. Анкета дозволяє кількісно зафіксувати ці моменти: вона показує, де взаємодія «не запускається», а де формується робочий формат, який можна продовжувати в супроводі.

Четвертий інструмент – анкета для батьків або законних представників, що охоплює 15 запитань і спрямована на з'ясування сімейного контексту: характеру стосунків з дитиною, обізнаності щодо факту вживання нею психоактивних речовин, попереднього досвіду звернення по допомогу, матеріального та соціального становища родини, наявності адиктивної поведінки в оточенні підлітка, а також готовності до співпраці з соціальними службами. Включення цього інструмента дозволило описати ситуацію не лише через поведінкові прояви підлітка, а й через умови, які підтримують ризики або відкривають можливості для змін. У межах аналізу відповіді батьків зіставлялися з результатами скринінгу та оцінками фахівця, оскільки розбіжності між цими позиціями самі по собі є інформативними: вони можуть вказувати на дефіцит поінформованості, комунікативні бар'єри в родині, заперечення проблеми або обмежену готовність до взаємодії зі службами. Зіставлення позицій не ставило за мету «викрити» когось із учасників, воно забезпечувало реалістичніший опис

соціальної ситуації, у якій працює соціальний працівник.

Обробка та аналіз даних здійснювалися методами описової статистики з розрахунком частот, відсотків, середніх значень і стандартних відхилень, а також порівняльного аналізу показників між підгрупами. Дані опрацьовувалися в електронних таблицях Microsoft Excel. На аналітичному етапі виконувалося первинне кодування результатів за кожним інструментом, перевірка повноти заповнення, систематизація бланків у єдині масиви та узгодження шкал. Далі проводився аналіз розподілів за ключовими змінними, що дає базову картину вибірки та структури ризику. Порівняльний аналіз застосовувався для зіставлення показників між підгрупами за віком і статтю, а також для співвіднесення результатів скринінгу з даними протоколу спостереження та анкети фахівця. У процесі аналізу використовувався принцип триангуляції даних: результати, отримані з трьох незалежних джерел, зіставлялися між собою, що підвищує стійкість висновків і дозволяє бачити не тільки «рівень ризику», а й конфігурацію факторів – ризиків, ресурсів, бар'єрів контакту – які визначають результативність соціальної роботи. Ця логіка задає перехід до наступних підрозділів, де зібраний матеріал аналізується як емпірична база для висновків щодо поведінкових моделей підлітків і практик соціальної підтримки.

**Таблиця 2.1.**

**Загальна характеристика вибірки дослідження**

<b>Характеристика</b>	<b>Значення</b>	<b>Примітка</b>
Загальна кількість підлітків (N)	30	основна вибірка
Вік: середній (M ± SD)	15,2 ± 1,3 р.	13–17 років
Стать: хлопці (n / %)	17 / 57%	
Стать: дівчата (n / %)	13 / 43%	
Кількість соціальних фахівців	5	по 6 підлітків на фахівця
Кількість батьків /	30	один на кожного

представників		підлітка
Метод скринінгу ПАР	ASSIST	Додаток А
Тривалість збору даних	березень– квітень 2025 р.	

Емпіричне дослідження було забезпечене чотирикомпонентним інструментарієм, що поєднав скринінгове інтерв'ю для визначення рівня ризику щодо вживання психоактивних речовин, протокол спостереження соціального працівника, анкету оцінювання взаємодії після контакту з підлітком та анкету для батьків/законних представників, спрямовану на опис сімейного контексту. Вибірка включала 30 підлітків віком 13–17 років, 5 соціальних працівників і 30 законних представників, що створило підстави для багаторівневого аналізу та зіставлення даних із різних позицій. Процедура збору даних була організована через підготовчий, польовий і аналітичний етапи, а дотримання принципів добровільності, конфіденційності та інформованої згоди забезпечило коректні умови роботи з неповнолітніми і надійну основу для подальшої інтерпретації результатів.

## **2.2. Аналіз соціальних характеристик і поведінкових моделей підлітків, які вживають наркотичні речовини**

Аналіз даних, отриманих за результатами скринінгу ASSIST та спостережень соціальних працівників, засвідчив складну й багатовимірну картину споживання психоактивних речовин серед підлітків дослідницької вибірки. Уже на рівні первинних показників проглядається поєднання трьох площин, які взаємно підсилюють одна одну: по-перше, спектр речовин не обмежується одним видом, а часто формує полісубстантну модель; по-друге, поведінкові реакції підлітків у контакті з фахівцем нерідко мають захисний характер, що впливає на якість взаємодії та можливість допомоги; по-третє, соціальне функціонування у сфері навчання і сімейних стосунків містить ознаки

дезадаптації або нестійкості. Сукупно ці дані вказують, що вживання в межах даної вибірки частіше виступає елементом ширшої соціально-психологічної ситуації, а не одиничним епізодом експериментування.

Показники поширеності підтверджують домінування легально доступних речовин у досвіді підлітків. Алкоголь фіксується як найбільш поширений варіант (75 %; n=22–23), тютюнові вироби – як друга за частотою позиція (65 %; n=19–20). Ці цифри задають базову рамку: навіть до переходу до нелегальних або контрольованих речовин підліток у цій вибірці нерідко має сформований досвід повторюваного вживання того, що соціально «нормалізоване» в побуті й доступне через доросле оточення або старших однолітків. У практичному сенсі це означає, що профілактика, яка зосереджується лише на «тяжких наркотиках», не потрапляє в реальний початок траєкторії: на старті частіше стоять алкоголь і тютюн, які виконують роль входу в культуру вживання, закріплюють ритуали, соціальні сценарії, способи зняття напруги й групової приналежності. У межах цієї логіки ризик полягає не тільки у фізіологічних наслідках, а й у формуванні поведінкової схеми «регуляції стану через речовину», яка потім може переноситися на інші психоактивні засоби.

Вживання препаратів конопель (канабіс, марихуана) зафіксовано у 38 % підлітків (n=11–12). Для підліткового віку такий показник не виглядає випадковим «фоном»: він, швидше, свідчить про доступ до середовища, де канабіс є поширеним і прийнятним, а також про зниження психологічного бар'єра щодо нелегальних речовин. На рівні повсякденної поведінки це часто супроводжується зміною пріоритетів, коливанням навчальної мотивації, зростанням кількості пропусків, конфліктністю або відстороненням – але прояви можуть бути різними й залежать від індивідуального профілю підлітка та контексту вживання. Для нашого аналізу принциповою є сама наявність такого сегмента вибірки: вона вказує на те, що соціальна робота має враховувати не лише «первинну профілактику», а й ситуації, де досвід уже сформований і потребує втручання на рівні зменшення ризиків, мотивації до змін та перебудови соціального оточення.

Інгалянти вживали 12 % підлітків (n=3–4), седативні й снодійні препарати – 15 % (n=4–5). У цих двох групах речовин поєднуються два небезпечні моменти: відносна доступність і «невидимість» для дорослого контролю. На відміну від алкоголю чи тютюну, які мають виражені соціальні маркери, інгалянти та седативні можуть вживатися приховано, а їх наслідки іноді помилково списуються на втому, «поганий настрій» або вікові коливання. Для соціального працівника це означає, що одних лише прямих запитань може бути недостатньо: потрібні спостережні дані про самопочуття, поведінкові зміни, коливання енергії, ознаки дезорганізації, а також уточнення контексту – де, з ким, у яких ситуаціях відбувається вживання.

Стимулятори та амфетаміни вживали 10 % учасників (n=3), галюциногени – 7 % (n=2), кокаїн – 8 % (n=2–3), опіоїди – 5 % (n=1–2). Попри невеликі абсолютні значення, сама поява цих речовин у підлітковій вибірці є маркером більш глибокої залученості: йдеться не тільки про «цікавість», а про доступ до нелегальних каналів, контакти з відповідним середовищем і, як правило, про вищий рівень загальних життєвих ризиків. У таких випадках соціальна робота не може обмежуватися бесідою або загальними профілактичними повідомленнями. Потрібні чіткі, структуровані інтервенції, включно з оцінкою безпеки, опрацюванням супутніх загроз (насильство, правопорушення, психічні стани), залученням родини та налагодженням взаємодії з медичними й психологічними службами.

Структуру ризику деталізує таблиця 2.2, де наведено розподіл рівнів ризику за скринінгом ASSIST. Вона показує, що для алкоголю та тютюну характерний не лише факт вживання, а й зміщення у бік помірного та високого ризику. Для алкоголю помірний ризик становить 40 %, високий – 20 %, у сумі це 60 % вибірки; для тютюну помірний ризик – 30 %, високий – 16 %, у сумі 46 % вибірки. Це означає, що значна частина підлітків демонструє показники, які потребують не «профілактичної лекції», а роботи з поведінкою: конкретизації тригерів, альтернативних способів регуляції, зміни оточення, формування навичок відмови та контролю імпульсу. Для канабісу картина інша: загальна

частка тих, хто вживав, становить 37 %, при цьому високий ризик фіксується у 7 %. Тобто переважають низький і помірний рівні, але наявність високого рівня вказує на групу, де вживання вже може бути систематичним і впливати на функціонування. У групах кокаїну, амфетамінів, галюциногенів, опіоїдів високий ризик у таблиці не зафіксовано, однак присутні низький і помірний рівні. Для інгальянтів високий ризик складає 3 %, що підсилює тезу про необхідність уважного ставлення до цієї категорії: інгальянти часто недооцінюються дорослими, але можуть бути пов'язані з гострими станами та високою небезпекою.

Таблиця 2.2.

### Розподіл рівнів ризику за результатами скринінгу ASSIST (n=30)

Речовина	Не вживали	Низький ризик	Помірний ризик	Високий ризик	Вживали (всього)
Тютюн	11 / 37%	5 / 17%	9 / 30%	5 / 16%	19 / 63%
Алкоголь	8 / 27%	4 / 13%	12 / 40%	6 / 20%	22 / 73%
Канабіс	19 / 63%	5 / 17%	4 / 13%	2 / 7%	11 / 37%
Кокаїн	28 / 93%	1 / 3%	1 / 3%	0 / 0%	2 / 7%
Амфетамін	27 / 90%	2 / 7%	1 / 3%	0 / 0%	3 / 10%
Інгальянти	26 / 87%	2 / 7%	1 / 3%	1 / 3%	4 / 13%
Седативні	25 / 83%	3 / 10%	2 / 7%	0 / 0%	5 / 17%
Галюциногени	28 / 93%	1 / 3%	1 / 3%	0 / 0%	2 / 7%
Опіоїди	28 / 93%	1 / 3%	1 / 3%	0 / 0%	2 / 7%

Полісубстантність у вибірці проявляється не як статистичний «ефект різноманіття», а як змістовна ознака складності випадку. Серед підлітків, у яких зафіксовано вживання більше трьох різних речовин, значно частіше спостерігалися ознаки соціальної дезадаптації, труднощі в навчанні та конфліктні стосунки з однолітками. Цей зв'язок має логічне пояснення на рівні соціальної ситуації: коли вживання стає багатокomпонентним, воно рідко обмежується «розвагою», а частіше поєднується з нестабільністю режиму, зміною кола спілкування, появою ризикових контекстів (нічні виходи, груповий тиск, порушення правил), а також з погіршенням навчальної дисципліни. Для фахівця це є сигналом, що інтервенція має включати не тільки роботу з

речовиною, а й відновлення базових структур повсякденності: навчання, сон, відповідальність, контакти з дорослими, безпечні соціальні ролі.

Поведінкові моделі та соціальне функціонування уточнюються даними протоколів спостереження. Більшість учасників (78 %) у тій чи іншій мірі встановлювала контакт із фахівцем, але повноцінний зоровий контакт підтримували лише 62 % осіб. Різниця між цими двома показниками змістовна: встановлення контакту може означати формальну готовність відповісти на запитання, тоді як стійкий зоровий контакт частіше свідчить про довіру, внутрішню включеність і меншу потребу в захисті. Водночас 38 % підлітків демонстрували виражену схильність уникати розмови або блокувати спілкування – через сарказм, замовчування чи відхід від теми. Подібні реакції у підлітковому віці часто виконують функцію контролю ситуації: підліток знімає напругу, зменшує ризик «бути викритим», зберігає статус у власних очах або уявній оцінці дорослого. Для соціальної роботи це створює конкретне завдання: не боротися з захисною поведінкою прямим тиском, а вибудовувати взаємодію так, щоб поступово зменшувати потребу в захисті – через передбачуваність правил, стабільність позиції фахівця, ясні межі та відсутність приниження.

Емоційні показники підсилюють картину нестійкості. Ознаки тривожності (напруга, прискорене мовлення, моторне збудження) зафіксовано у 63 % учасників. Стани пригніченості (пасивність, виснаженість, сльозливість) спостерігалися у 58 % підлітків, імпульсивні реакції – у 45 %. Ці стани можуть виконувати подвійну роль у поведінці: з одного боку, вони є наслідком загального стресу, конфліктів та порушень режиму; з іншого – виступають чинником, який підштовхує до вживання як до швидкого способу змінити стан. Для аналізу принципово не змішувати ці рівні й не робити спрощеного висновку «вживання = причина». У конкретних випадках траєкторія може бути різною, але сама комбінація тривожності, пригніченості та імпульсивності задає високі вимоги до інтервенцій: фахівець має працювати з регуляцією стану, не обмежуючись заборонаю речовин, і паралельно контролювати ризики, пов'язані з імпульсивними рішеннями.

Показники блоку ризиків вимагають професійно жорсткої рамки безпеки. Ознаки або згадки щодо вживання психоактивних речовин у контексті поточної зустрічі зафіксовано у 55 % підлітків. Це означає, що для значної частини вибірки тема не є далекою ретроспективою: вона присутня в актуальному житті й може впливати на стан підлітка прямо в момент контакту. Згадки про суїцидальні думки або наміри виявлено у 20 % учасників (n=6), про насильство в сім'ї або поза нею – у 23 % (n=7). Такі дані не можна трактувати як «додаткові проблеми», вони формують ядро ризик-профілю. Для соціальної роботи це означає потребу в алгоритмах: як діяти при суїцидальних висловлюваннях, як документувати, як залучати батьків, як організовувати перенаправлення до відповідних служб, як оцінювати безпеку підлітка в найближчий період. Коли поруч із вживанням фіксуються насильство та суїцидальні маркери, інтервенція має бути комплексною, з фокусом на стабілізації, захисті й відновленні контрольованості життя.

Соціальне функціонування проявляє характерну суперечливість у сімейній сфері: 50 % підлітків описували стосунки з родиною як підтримувальні, однак 58 % водночас повідомляли про конфлікти в сім'ї. Ці дві лінії не взаємовиключні. У підлітковому віці підтримка і конфлікт можуть співіснувати, формуючи амбівалентну картину: підліток може мати емоційну прив'язаність до родини, але жити в режимі постійних сутичок через правила, контроль, довіру, гроші, пропуски навчання або підозри щодо вживання. У цьому контексті «підтримувальні стосунки» іноді означають не стабільну співпрацю, а ситуативну допомогу без системної взаємодії, що не завжди трансформується в дієві зміни. Для практики соціальної роботи це має наслідок: робота з родиною не зводиться до «підключення батьків», вона потребує вирівнювання комунікації, меж і відповідальності, щоб підтримка перестала бути епізодичною.

Освітній сегмент демонструє високий рівень проблемності: труднощі у навчанні, дисциплінарні інциденти або систематичні пропуски занять зафіксовано у 68 % учасників. Це один із найбільш стабільних соціальних маркерів групи ризику, бо він відображає не лише мотивацію, а й щоденну

організацію життя. Пропуски та конфлікти зі школою нерідко запускають ланцюг: зниження успішності → стигматизація → відхід у компанії, де навчання не є цінністю → зростання контактів з ризиковими практиками. Одночасно школа може бути й ресурсом, якщо в ній є дорослі, здатні підтримувати контакт без приниження й «наклеювання ярлика». У межах нашої вибірки ця лінія перетинається з даними про довірену дорослу особу: коли підліток має хоча б одного такого дорослого, шанси втримати його в легальних соціальних ролях вищі.

Таблиця 2.3 показує ключові показники протоколу спостереження в трьох градаціях («так», «частково», «ні»). Тут помітна одна методична деталь: частка «±» є суттєвою для більшості змінних, тобто для багатьох підлітків прояви не є «чорно-білими». Наприклад, щодо тривоги «так» – 37 %, «частково» – 26 %, «ні» – 37 %. Така симетрія означає неоднорідність станів і ситуацій: тривога може бути ситуативною, пов'язаною з самим контактом, темою розмови, страхом наслідків або із загальним стилем функціонування. Аналогічно щодо пригніченості: «так» – 33 %, «частково» – 25 %, «ні» – 42 %. Для соціального працівника «частково» є не «слабким проявом», а індикатором нестійкості: стан коливається, а значить, потрібні інтервенції, що підтримують стабільність і прогнозованість.

Таблиця 2.3.

### Ключові показники протоколу спостереження (% підлітків, n=30)

Показник	«+» (%)	так	«±» (%)	частково	«-» (%)	ні
1.1 Встановлює контакт	78%		12%		10%	
2.2 Ознаки тривоги	37%		26%		37%	
2.3 Ознаки пригніченості	33%		25%		42%	
3.5 Ознаки вживання ПАР	40%		15%		45%	
4.2 Конфлікти в родині	37%		21%		42%	
4.5 Труднощі у навчанні / пропуски	45%		23%		32%	
5.1 Суїцидальні думки (згадки)	20%		7%		73%	
5.2 Насильство (згадки / ознаки)	23%		10%		67%	
5.5 Правопорушення (згадки /	17%		10%		73%	

факти)			
6.1 Є довірена доросла особа	60%	25%	15%
6.4 Готовність до співпраці	50%	30%	20%

У блоці ризиків, навіть коли «так» становить меншість, значення лишається високим з огляду на тяжкість наслідків. Суїцидальні згадки – 20 % («±» – 7 %), насильство – 23 % («±» – 10 %), правопорушення – 17 % («±» – 10 %). У таких ситуаціях поріг реагування має бути низьким: навіть одинична згадка вимагає уточнення, оцінки актуальності та плану дій. У структурі соціальної роботи це означає, що інтервенції мають бути не лише «мотиваційними», а й безпековими, із чіткими маршрутами перенаправлення та підтримкою сім'ї в кризі.

На цьому тлі ресурсні показники створюють опору для практичних рішень. Наявність довіреної дорослої особи («так» – 60 %, «±» – 25 %) означає, що для більшості підлітків існує хоча б потенційний канал, через який можна будувати підтримку, контроль і безпечні домовленості. При цьому «частково» може означати нестійкість довіри: дорослий є, але контакт епізодичний, або дорослий готовий допомагати, але не має компетенцій. Готовність до співпраці («так» – 50 %, «±» – 30 %) показує, що значна частина підлітків не закрита повністю. Це не гарантує швидких змін, але дозволяє будувати робочий процес: узгоджувати цілі, фіксувати маленькі кроки, працювати з опором як з нормальною частиною змін.

Дані батьківської анкети деталізують соціальне середовище підлітків і пояснюють частину розбіжностей між «декларованою підтримкою» та «наявністю конфліктів». Обізнаність 65 % батьків про факт вживання показує, що проблема не є повністю прихованою. Водночас лише 45 % зверталися по фахову допомогу до соціальних чи медичних структур. Цей розрив між знанням і дією, як правило, формується через поєднання бар'єрів: стигма, страх «постановки на облік», невіра в ефективність допомоги, конфлікти між батьками щодо стратегії, виснаження, відсутність часу або грошей, а також надія, що «само мине». Для соціального працівника це означає, що робота з сім'єю має включати не лише інформування, а й супровід у процесі прийняття рішення: пояснення

маршрутів допомоги, роз'яснення прав і конфіденційності, зниження страхів, формування відчуття контролю над ситуацією.

Наявність алкогольної або іншої хімічної залежності у когось з близьких у 38 % родин задає фон підвищеного ризику. У таких сім'ях підліток часто зростає в середовищі, де межі нестійкі, комунікація суперечлива, а стратегія «зняти напругу через речовину» може бути частиною повсякденного сценарію. Це не означає автоматичного повторення, але створює умови, в яких профілактичні послання про «шкоду» слабо працюють без паралельної зміни сімейної взаємодії. Повні сім'ї склали 62 % вибірки, але сама повнота не гарантує ресурсності: якість стосунків і стиль виховання мають більше значення, ніж формальна структура.

Середній бал якості стосунків між батьками і дитиною – 2,9 з 5 – відповідає помірному рівню. Це не «провал», але й не зона стабільної підтримки. Помірний рівень часто означає, що контакт існує, але він нерівний: у частині ситуацій батьки включені, у частині – переходять до контролю, критики або, навпаки, до відсторонення. Показник готовності батьків до співпраці з соціальними службами – 3,1 з 5 – демонструє наявний, але не реалізований потенціал партнерства. Це той сегмент, де соціальна робота може давати відчутний ефект, якщо фахівець будує взаємодію не в режимі «вимог», а як супровід сім'ї: із ясними кроками, розподілом відповідальності та підтримкою батьків у складних розмовах із підлітком.

Отримані дані демонструють, що підлітки досліджуваної вибірки мають складний профіль поведінкових, соціальних та емоційних характеристик. Алкоголь і тютюн є масовими у вибірці (73–63 % за даними скринінгу), при цьому значна частка підлітків потрапляє в помірний або високий рівень ризику, що вказує на повторювані моделі вживання. Канабіс, інгалянти та седативні препарати формують групу підвищеного ризику з огляду на вік учасників і контексти прихованого вживання. Полісубстантність у частині підлітків поєднується з труднощами у навчанні, сімейними конфліктами, ознаками тривожності, пригніченості та імпульсивності, а також з маркерами небезпеки,

включно із суїцидальними згадками та досвідом насильства. Поряд із цим у вибірці наявні ресурсні параметри: значна частина підлітків має довірену дорослу особу і демонструє готовність до співпраці, а батьківські відповіді відображають помірний рівень стосунків і потенціал взаємодії зі службами. Ці результати створюють підстави для соціальної роботи, яка поєднує зменшення ризиків, стабілізацію емоційного стану, роботу зі школою та сім'єю і чіткі безпекові процедури для випадків високої загрози.

### **2.3. Оцінювання результативності та напрями вдосконалення наявних форм соціальної роботи з підлітками, які вживають наркотичні речовини**

Оцінювання результативності наявних форм соціальної роботи з підлітками, що вживають наркотичні речовини, ми здійснювали через призму двох джерел: анкетування соціальних працівників після кожного контакту та аналіз батьківської анкети в частині, що стосується досвіду взаємодії з соціальними службами. Обраний підхід дає змогу не зводити результативність до суб'єктивного «враження від зустрічі», а розкласти її на зрозумілі компоненти: якість процесу контакту, ясність запиту, повноту ризик-оцінювання, доступність ресурсів і реалістичність інтервенцій. Додатково ми перевіряємо, наскільки робота фахівця «вписується» у сімейний і соціальний контекст, адже в підліткових випадках саме контекст часто визначає, чи закріпиться позитивний ефект, чи буде знівельований конфліктами, стигмою або браком підтримки. Така логіка узгоджується з підходом, за якого робота з підлітком розглядається як частина системи профілактики та реагування, а не як ізольований індивідуальний епізод [15].

Показники анкети соціального працівника відображають «внутрішню якість» взаємодії в момент контакту. Ми аналізували 30 анкет (по 6 анкет на кожного з 5 фахівців), що дозволяє порівнювати не окремі випадки, а структуру роботи в цілому: де фахівці демонструють стабільну ефективність, а де

виникають системні труднощі. Водночас батьківська анкета дає зовнішній ракурс: чи доходить робота служб до сім'ї, чи сприймається вона як корисна, чи запускає реальні звернення і зміни. У підліткових ситуаціях ці два ракурси нерідко розходяться: фахівець може оцінити контакт як продуктивний, але сім'я залишиться пасивною; батьки можуть називати стосунки «підтримувальними», але не виконувати домовленостей. Саме тому поєднання двох джерел є методично виправданим, а висновки стають менш залежними від однієї перспективи.

У розрізі чотирьох підрозділів були отримані такі середні результати (таблиця 2.4). Значення середніх і стандартних відхилень варто трактувати як індикатор одночасно «рівня» і «стабільності» практики: високий середній бал за наявності невеликого SD означає відносно сталий професійний стандарт; помірний бал із більшим SD вказує на нерівномірність, коли частина випадків вдається, а частина «провисає» залежно від підлітка, сім'ї або умов контакту. Це дає основу для вдосконалення не загальними гаслами, а точним підсиленням тих компонентів, які системно слабші.

**Таблиця 2.4.**

**Середні бали анкети соціального працівника за підрозділами (n=30, шкала 1–5)**

Підрозділ	М	SD	Мін	Макс
А. Взаємодія та процес (А1–А5)	3,62	0,71	2	5
Б. Запит і контекст (Б6–Б10)	3,14	0,82	1	5
В. Ризики (В11–В15)	2,48	0,94	1	5
Г. Ресурси та інтервенції (Г16–Г20)	3,31	0,75	1	5
Загальний середній бал (А–Г)	3,14	0,68	1,85	4,75

Найвищий середній бал отримав підрозділ «А. Взаємодія та процес» (М=3,62). Це свідчить, що у базовій частині контакту – встановленні рамок, поясненні мети зустрічі, комунікаційній організації розмови – фахівці в цілому працюють результативно. Коли підлітки розуміють, навіщо відбувається зустріч, і приймають правила конфіденційності, знижується ймовірність захисної поведінки у вигляді мовчання, демонстративного опору або сарказму, що ми

фіксували в попередньому підрозділі як одну з типових реакцій. У практичному сенсі високі оцінки цього підрозділу означають, що фахівці здатні створювати робочу ситуацію навіть за умови емоційної нестабільності та амбівалентності підлітка. Саме цей компонент є фундаментом для будь-яких подальших інтервенцій: без робочого процесуальна частина перетворюється на формальність.

Підрозділ «Б. Запит і контекст» має нижчий результат ( $M=3,14$ ), і його зміст підказує, де саме виникає «вузол» труднощів. Якщо підлітку складно сформулювати запит (Б6), фахівець змушений працювати не з чітко заявленою проблемою, а з «ситуацією в цілому», де переплітаються навчальні труднощі, конфлікти вдома, груповий вплив і вживання. У таких умовах підліток нерідко уникає відповідальності за власні рішення або зводить розмову до зовнішніх звинувачень, що уповільнює перехід до зміни поведінки. Додатково на результат впливає показник Б7 («запит нав'язаний дорослими, а не ініційований підлітком»), який отримав відносно високу оцінку. Це означає, що значна частка випадків стартує не з внутрішньої мотивації, а з адміністративного або сімейного тиску. У підлітковому віці такий старт часто провокує опір як спосіб захисту автономії, а не заперечення проблеми як такої. У межах цього дослідження ми трактуємо цей факт як методичний виклик: фахівцю потрібно не просто «пояснити шкоду», а перевести зовнішній запит у внутрішньо зрозумілу для підлітка ціль, що пов'язана з його власними інтересами й досвідом [33]. Залучення сім'ї (Б8) також є слабшим місцем: навіть за наявності формальної згоди батьки часто залишаються поза реальним процесом, а без сімейного включення сталість змін для частини підлітків знижується [11].

Найнижчий середній бал зафіксовано у підрозділі «В. Ризики» ( $M=2,48$ ). Тут потрібно уникати спрощеного тлумачення, ніби низькі оцінки автоматично означають «погану роботу». Частина ризиків може об'єктивно не проявлятися в конкретній зустрічі. Проте сама різниця між відносно успішним процесом контакту та слабшим ризик-оцінюванням показує, що встановлення комунікації ще не гарантує достатньої глибини оцінки небезпек. В умовах, коли в

попередньому підрозділі ми фіксували згадки про суїцидальні думки та насильство, процедура ризик-оцінювання має бути більш структурованою, а не ситуативною. Інакше виникає небезпека «нормалізації»: підліток виглядає спокійним – ризик недооцінено; підліток конфліктний – ризик переоцінено. Для практики соціальної роботи це означає потребу у внутрішніх алгоритмах і чітких питаннях-індикаторах, які не залежать від суб'єктивного враження. Доцільність такого підходу підтримується й тим, що у системах протидії наркотичним загрозам наголошується на координації та стандартизації реагування суб'єктів, залучених до запобігання і протидії, аби рішення були передбачуваними й своєчасними. Для підліткових випадків ця логіка трансформується в практичний принцип: ризик має оцінюватися не «за відчуттям», а за процедурою.

Підрозділ «Г. Ресурси та інтервенції» ( $M=3,31$ ) формує помірно позитивну картину. Фахівці оцінювали наявність підтримувальних дорослих і ресурсів саморегуляції як середні, що узгоджується з даними 2.2: значна частина підлітків зберігає ресурсні опори навіть за наявності високих ризиків. Показник конкретності домовленостей щодо наступних кроків ( $\Gamma 19$ ) виглядає відносно сприятливим. На практиці це означає, що контакт частіше завершується не загальними «порадами», а певною рамкою подальшої роботи. Водночас показник потреби в перенаправленні ( $\Gamma 20$ ) демонструє, що значна частка випадків виходить за межі можливостей фахівця без залучення суміжних служб. Це не проблема «компетентності» окремого працівника, це характеристика складності випадків, у яких перетинаються вживання, сімейні конфлікти, навчальна дезадаптація, інколи насильство або правові ризики. У такій ситуації перенаправлення стає частиною якісної роботи, але воно потребує наявних маршрутів, доступних сервісів та міжвідомчої взаємодії, інакше перенаправлення перетворюється на формальне «передавання відповідальності» без результату.

Сукупність даних дозволяє побачити закономірності, які мають системний характер. У практиці переважає індивідуальний супровід та первинний прийом (72 % усіх контактів). Це створює передбачуваний формат і підсилює

процесуальну ефективність, що видно з високого показника підрозділу «Взаємодія та процес». Проте домінування індивідуального формату одночасно звужує можливості впливу на групові й соціальні механізми підліткового вживання. У підлітковому віці значна частина ризиків підтримується груповим тиском, нормами компанії, потребою в приналежності та статусі. За таких умов групові форми роботи мають окрему цінність: вони дозволяють відпрацьовувати соціальні навички, розбирати ситуації впливу однолітків, тренувати відмову, формувати альтернативні ролі. У наявній практиці групова робота застосовується рідше, що формує прогалину, про яку говорять і джерела з профілактики та роботи з молоддю [32, с. 115–120; 21].

Робота з сім'єю як системою виявляється недостатньо систематизованою. Батьки залучаються переважно для надання інформованої згоди або в кризових ситуаціях. Водночас власні дані показують, що 38 % родин мають досвід залежності в близькому оточенні, а середній бал готовності батьків до співпраці є помірним (3,1 з 5). Це означає, що потенціал партнерства існує, але його потрібно переводити у регулярну практику. Коли сім'я включена лише епізодично, соціальна робота з підлітком ризикує залишитися «острівцем порядку» на тлі хаотичного повсякдення. У таких умовах навіть добре проведена зустріч не гарантує зміни поведінки, бо середовище відтворює старі сценарії взаємодії [11; 24].

Проблемною залишається координація між соціальними службами і закладом освіти. 45 % підлітків демонструють труднощі в навчанні, однак лише 27 % фахівців відзначили, що домовленості щодо шкільного середовища входили до конкретних наступних кроків (Г19). Це вказує на розрив між двома системами, які фактично працюють із тією самою групою ризику: освіта бачить пропуски, дисциплінарні інциденти, конфлікти; соціальна служба бачить сімейний контекст, ознаки вживання, ризики. Якщо ці лінії не поєднуються, реагування стає запізнілим або суперечливим: школа тисне санкціями, підліток віддаляється, соціальна служба працює «після факту». Тема координації та спільних протоколів прямо пов'язана з логікою міжвідомчої взаємодії, яка

розглядається як умова ефективної політики запобігання наркозагрозам і реагування на них [8, с. 151; 8, с. 195–206].

Батьківська перспектива додає ще одну площину проблеми – доступність і «видимість» допомоги. 55 % батьків не зверталися до соціальних служб самостійно до початку дослідження, а середня оцінка задоволеності наявною ситуацією склала 2,4 з 5. Ці цифри можна трактувати як непрямий індикатор двох явищ: недостатньої поінформованості громади про маршрути допомоги та недовіри або страху звернення. У підліткових випадках стигма і страх «офіційності» часто стримують сім'ю від контакту зі службами навіть тоді, коли проблема усвідомлена. Отже, профілактика на рівні громади має виходити за межі інформаційних повідомлень і переходити до формування практичних навичок звернення по допомогу та взаємодії зі службами, включно з поясненням конфіденційності й правових гарантій [16, с. 77–87; 17, с. 82–90].

Узагальнена картина сильних сторін і напрямів удосконалення подана в таблиці 2.5. Її зміст відображає ключову ідею нашого аналізу: сильні сторони зосереджені в зоні «контакту» та первинного супроводу, а прогалини – у системності, міжсекторній взаємодії та переході від інформування до навичкових і реабілітаційних програм.

**Таблиця 2.5.**

**Оцінка наявних форм соціальної роботи: сильні сторони та напрями вдосконалення**

Сфера	Сильні сторони	Напрями вдосконалення
Індивідуальна робота з підлітком	Налагоджений алгоритм контакту; стандартизовані інструменти скринінгу	Розвиток мотиваційних технік; посилення роботи з амбівалентністю
Групова робота	Точкове застосування у профілактичних заходах	Систематизація групових форм; включення у програму супроводу
Робота з сім'єю	Збір анамнезу; формальне залучення батьків	Системне включення родини як суб'єкта роботи
Координація з освітою	Обмін інформацією при виникненні кризи	Розробка міжвідомчих протоколів раннього

		реагування
Профілактична робота	Проведення інформаційних заходів у закладах освіти	Перехід від інформаційних до навичкових форм [31, с. 122–126; 38, с. 101–106]
Соціальна реабілітація	Перенаправлення до спеціалізованих центрів	Структуровані програми реінтеграції після лікування [7, с. 154–156; 26, с. 222–229]

Дані підказують, що точкою росту є не «додати більше зустрічей», а змінити якість інтервенцій у вузлових місцях. Посилення мотиваційної складової соціальної роботи виходить на перший план через те, що значна частина підлітків приходить у ситуацію контакту під зовнішнім тиском, а не через власне рішення. За таких умов прямі переконування часто викликають оборону. Ефективнішою є робота з амбівалентністю, коли підліток одночасно бачить короткострокові «плюси» вживання (зняття напруги, прийняття в компанії) і довгострокові втрати (конфлікти, пропуски, погіршення стосунків). Тут доречно застосовувати мотиваційні техніки, що будують зміни через внутрішні аргументи підлітка, а не через тиск фахівця [33]. У нашій логіці це не «окрема методика», а спосіб зробити первинний контакт точкою запуску процесу змін, а не формальною процедурою.

Систематизація групових форм роботи є другою опорою вдосконалення, бо полісубстантність і поведінкові ризики підтримуються соціальними механізмами. Групові програми дають можливість працювати з нормами й очікуваннями однолітків, тренувати соціальні навички, розбирати ситуації ризику в безпечному форматі, формувати досвід підтримки без речовини. Це знижує ізоляцію й створює альтернативні сценарії приналежності, що у підлітковому віці має прямий вплив на поведінку [32, с. 115–120; 21]. Точкові профілактичні заходи, які є в практиці, не забезпечують тієї регулярності, яка потрібна для стійких змін, отже потрібні структури групової роботи як елемент програми супроводу.

Сімейно-орієнтований підхід впливає з двох фактів: частина родин має власний досвід залежності в оточенні, а готовність батьків до співпраці є

помірною, тобто потенціал існує, але не реалізований. У такій ситуації робота з батьками має виходити за межі «інформування» і переходити в регулярні консультативні зустрічі, підтримку батьків у кризових розмовах, формування навичок меж, домовленостей і контролю без насильства. Для підлітка сімейний контекст є середовищем або стабілізації, або постійного тригера, і без зміни взаємодії вдома прогрес підлітка стає крихким [11; 24]. Паралельно сімейний компонент зменшує ризик того, що соціальна робота сприйматиметься як «кара» або «контроль», і переводить її в формат партнерства.

Міжвідомча координація потрібна не як адміністративна декларація, а як практичний механізм. Наші дані показують слабку інтеграцію зі школою, тоді як навчальна дезадаптація є одним із найпомітніших маркерів групи ризику. Якщо школа й соціальні служби працюють роз'єднано, підліток отримує суперечливі сигнали: санкції без підтримки або підтримку без зміни шкільного середовища. Тому доцільною є розробка протоколів раннього реагування, маршрутів обміну інформацією в межах етичних норм, визначення ролей кожної сторони, щоб не було ситуації «всі відповідають – ніхто не відповідає». Такий підхід узгоджується з концепцією координації суб'єктів запобігання і протидії наркозагрозам, де саме взаємодія розглядається як умова результативності [8, с. 151; 8, с. 195–206; 15].

Розширення спектру реабілітаційних форм є п'ятою лінією вдосконалення. Дані щодо полісубстантності та супутніх ризиків показують, що частині підлітків недостатньо профілактичних бесід і коротких консультацій. Потрібні програми денного перебування, системи реінтеграції після лікування, супровід повернення до навчання, формування нового кола занять і підтримки. У наявній практиці фігурує перенаправлення до спеціалізованих центрів, однак без структурованого «повернення» підліток ризикує знову потрапити в те саме середовище й відтворити попередню модель. Отже, реабілітація має бути не одноразовою подією, а процесом із етапами та контрольними точками, де соціальна служба виконує роль координатора і супроводу [6, с. 154–156; 25, с. 222–229].

Оцінювання результативності наявних форм соціальної роботи виявило помірний рівень загальної ефективності (загальний середній бал 3,14 з 5). Найкращі результати зосереджені у сфері процесу контакту й комунікаційної організації взаємодії, що створює добру базу для подальших інтервенцій. Водночас найслабшою ланкою виступає блок ризик-оцінювання та системна робота з контекстом, включно із сім'єю та шкільним середовищем, що підтверджується як показниками анкети фахівця, так і відповідями батьків про невисоку задоволеність і низьку частоту самостійних звернень. Напрями вдосконалення логічно випливають із цих результатів і охоплюють: підсилення мотиваційних технік і роботи з амбівалентністю, систематизацію групових програм, регулярне включення родини як суб'єкта роботи, розбудову міжвідомчої взаємодії зі школою та суміжними службами, а також розвиток реабілітаційних і реінтеграційних форматів супроводу. Сукупно це переводить соціальну роботу з рівня окремих успішних контактів на рівень стійкої системи допомоги, здатної відповідати реальній складності підліткових випадків.

## **Висновки до розділу 2**

У розділі 2 ми послідовно описали організацію емпіричного дослідження, проаналізували соціальні характеристики та поведінкові моделі підлітків із дослідницької вибірки, а також оцінили результативність наявних форм соціальної роботи й визначили напрями їх удосконалення. Побудова розділу дозволила зв'язати методичні рішення з отриманими показниками та перейти від фіксації фактів до пояснення того, як саме ці факти мають бути прочитані в практиці соціальної роботи.

Методичне забезпечення дослідження було сформоване як багатоканальна система збору даних, що поєднала скринінг ризиків вживання психоактивних речовин, професійне спостереження та оцінки двох груп дорослих учасників взаємодії з підлітком. У вибірку увійшли 30 підлітків віком 13–17 років

( $M=15,2\pm 1,3$ ), 5 соціальних працівників і 30 батьків або законних представників; збір даних проведено впродовж березня–квітня 2025 року за стандартизованою організацією контакту (по 6 підлітків на фахівця). У межах обраного дизайну ми забезпечили етичну коректність роботи з неповнолітніми через інформовану згоду, добровільність участі та конфіденційність. Поєднання чотирьох інструментів (скринінг, протокол спостереження, анкета фахівця після контакту, анкета батьків) підвищило надійність висновків за рахунок зіставлення даних із різних джерел і дозволило уникати одновимірного трактування поведінки підлітка лише через одну перспективу.

Аналіз соціальних характеристик і поведінкових моделей показав, що в дослідницькій вибірці домінують моделі вживання легально доступних речовин із суттєвою часткою підлітків, які потрапляють у помірний або високий рівень ризику. За результатами скринінгу найбільш поширеними є алкоголь (73% тих, хто вживав) і тютюн (63%); для алкоголю частка помірного й високого ризику становить 60% від усієї вибірки (18 із 30), що вказує на повторювані й потенційно закріплені сценарії вживання. Канабіс вживали 37% підлітків; інгалянти та седативні/снодійні препарати формують додатковий контур ризику (13% і 17% відповідно), який може залишатися менш помітним для дорослого оточення й потребує уважнішого професійного відстеження. Наявність у спектрі вживання стимуляторів, кокаїну, галюциногенів та опіоїдів у невеликої частки учасників не змінює загальної структури вибірки, проте задає межі безпеки для практики: навіть одиничні випадки такого типу означають вищу складність супроводу й потребу в чітких маршрутах перенаправлення.

Поведінкові дані зі спостереження фахівців підтвердили, що контакт із підлітком у більшості випадків можливий, але не завжди переходить у стійку взаємодію без захистів. 78% підлітків встановлювали контакт, однак частка тих, хто уникає розмови або блокує спілкування, є помітною, що ускладнює роботу з мотивацією та відповідальністю за зміни. Емоційний профіль вибірки характеризується поєднанням тривожності, пригніченості та імпульсивних реакцій, що пояснює нестійкість поведінки й підвищує потребу в інтервенціях,

спрямованих на саморегуляцію, контроль імпульсу та формування безпечних альтернатив. Дані ризик-блоку (суїцидальні згадки, згадки або ознаки насильства, правопорушення) показали, що частина підлітків живе в контекстах, де вживання психоактивних речовин переплітається з іншими загрозами, і робота має опиратися не лише на профілактику, а й на алгоритми безпекового реагування. На рівні соціального функціонування найстійкішими маркерами виступають навчальні труднощі, пропуски та дисциплінарні інциденти (68%), що задає прямий зв'язок між вживанням і освітньою траєкторією підлітка. Водночас ресурсні показники зберігаються: 60% мають довірену дорослу особу, 50% демонструють готовність до співпраці; ці опори дозволяють будувати індивідуальні плани змін навіть за наявності високих ризиків.

Оцінювання результативності наявних форм соціальної роботи продемонструвало помірний загальний рівень ефективності (середній бал 3,14 із 5), із найкращими показниками в площині «взаємодія та процес» ( $M=3,62$ ) і найслабшими – у площині «ризики» ( $M=2,48$ ). Це означає, що фахівці здебільшого здатні вибудувати процес контакту, окреслити рамки й підтримати комунікацію, але системна робота з оцінкою ризиків і подальшим веденням випадку потребує підсилення. Блок «запит і контекст» ( $M=3,14$ ) виявив типову для підліткових випадків проблему: запит нерідко ініціюється дорослими, а не самим підлітком, що ускладнює мотивацію до змін і підвищує роль спеціальних технік роботи з амбівалентністю. Блок «ресурси та інтервенції» ( $M=3,31$ ) показав, що планування наступних кроків здебільшого відбувається, проте значна частка випадків потребує перенаправлення й участі суміжних служб, а отже, результативність залежить від доступності міжвідомчої взаємодії.

У підсумковій логіці розділу напрями вдосконалення практики впливають безпосередньо з емпіричних показників. Перший напрям стосується посилення мотиваційної складової індивідуальної роботи: коли підліток приходить під тиском, ключовим стає переведення зовнішнього запиту у внутрішньо зрозумілі цілі та мову змін. Другий напрям пов'язаний із систематизацією групових форм роботи, які здатні впливати на соціальні

механізми підліткового вживання і тренувати навички, що не формуються в межах одиначної консультації. Третій напрям – перехід від формального залучення батьків до регулярної сімейної взаємодії як частини супроводу, з урахуванням того, що сімейний контекст одночасно може бути джерелом ризиків і ресурсів. Четвертий напрям полягає в налагодженні процедурної координації зі школою та суміжними службами, оскільки навчальна дезадаптація виявлена як масовий маркер ризику, а розірваність реакцій різних інституцій послаблює ефект соціальної роботи. П'ятий напрям стосується розширення реабілітаційних і реінтеграційних форматів, щоб перенаправлення не завершувало випадок, а ставало етапом у структурованому процесі повернення підлітка до стабільного соціального функціонування.

Зміст розділу 2 у цілому показує, що емпіричні дані не зводяться до констатації поширеності речовин: вони описують цілісний профіль підлітка в системі «вживання – емоційний стан – сім'я – школа – ресурси – доступність допомоги». Саме така рамка дозволяє будувати соціальну роботу не як набір поодиноких контактів, а як керований процес із діагностикою, плануванням, безпековими рішеннями, міжвідомчою взаємодією та контролем виконання домовленостей.

## ВИСНОВКИ

У межах кваліфікаційної роботи ми розкрили проблему соціальної роботи з підлітками, які вживають наркотичні речовини, як багатокомпонентну практичну задачу, що проявляється на перетині поведінкових ризиків, сімейного контексту та освітньої дезадаптації. Реалізовано емпіричне дослідження з чітко визначеною вибіркою й інструментарієм, проведено аналіз соціальних характеристик і поведінкових моделей підлітків та здійснено оцінювання результативності наявних форм соціальної роботи з формулюванням напрямів удосконалення. Логіка дослідження дозволила перейти від опису феномену до пояснення його внутрішніх зв'язків і практичних наслідків для супроводу випадку.

Емпірична частина спиралася на вибірку з трьох груп учасників: 30 підлітків віком 13–17 років ( $M=15,2\pm 1,3$ ), 5 соціальних працівників і 30 батьків або законних представників; збір даних проведено протягом березня–квітня 2025 року за стандартизованою організацією контактів (по 6 підлітків на фахівця). За результатами ASSIST найпоширенішими були алкоголь (вживали 22/30; 73%) і тютюн (вживали 19/30; 63%), при цьому для алкоголю помірний і високий рівні ризику становили разом 18/30 (60%), для тютюну – 14/30 (46%). Канабіс вживали 11/30 (37%), інгалянти – 4/30 (13%), седативні/снодійні – 5/30 (17%), що формує контур підвищеного ризику для частини підлітків. Дані спостереження показали, що контакт із фахівцем встановлювали 78% підлітків, а ресурс «наявність довіреної дорослої особи» фіксувався у 60%; готовність до співпраці – у 50%. Водночас маркери навчальної дезадаптації (труднощі, пропуски, дисциплінарні інциденти) виявлено у 68%, конфлікти в родині – у значної частки випадків, що підсилює роль сімейного та освітнього контекстів у супроводі. Оцінювання ефективності роботи за анкетами соціальних працівників продемонструвало загальний середній бал 3,14 (за шкалою 1–5): найвищі значення отримав блок «взаємодія та процес» ( $M=3,62$ ), найнижчі – блок «ризики» ( $M=2,48$ ), що вказує

на відносно кращу процесуальну організацію контакту порівняно з процедурною глибиною ризик-оцінювання.

Профіль досліджуваної вибірки описується поєднанням полісубстантного вживання, емоційної нестійкості та соціальної дисфункції в частини підлітків, при цьому в межах тієї ж групи зберігаються ресурси, здатні підтримати соціальне втручання (довірені дорослі, часткова готовність до співпраці). Аналіз показав, що наявні форми соціальної роботи частіше реалізуються як індивідуальні контакти та первинний прийом, тоді як групові формати й системна робота з сім'єю застосовуються нерівномірно. У практиці помітний розрив між виявленими освітніми труднощами підлітків і включенням шкільного середовища в план наступних кроків, що знижує керованість супроводу. Для значної частки випадків характерний зовнішній запуск звернення (ініціатива дорослих), що зумовлює амбівалентність підлітка й потребу в методиках формування внутрішньої мотивації до змін.

Достовірність отриманих висновків забезпечено процедурною стандартизацією дослідження, використанням взаємодоповнювальних інструментів та принципом зіставлення даних з незалежних джерел. Скринінг ризиків (ASSIST), структуроване спостереження соціального працівника, анкета фахівця після контакту та анкета батьків сформували багатоканальну модель даних, де результати перевіряються на узгодженість між перспективами підлітка, фахівця та сім'ї. Розподіл підлітків між 5 фахівцями (по 6 осіб) зменшив вплив нерівномірного навантаження на якість спостереження, а обробка даних методами описової статистики (частоти, відсотки, середні значення, SD) забезпечила прозорість кількісних висновків. Етичні процедури (інформована згода, добровільність, конфіденційність) знизили ризик викривлення відповідей через примус і підтримали коректність контакту з неповнолітніми.

Отримані дані доцільно застосовувати як основу для уточнення внутрішніх алгоритмів соціального супроводу підлітків групи ризику: упроваджувати регулярну стандартизовану оцінку ризиків під час кожного контакту; посилювати мотиваційну складову індивідуальної роботи з підлітками, у яких

запит ініційований дорослими; розширювати системні групові формати як інструмент роботи з соціальними механізмами підліткової поведінки; формувати сімейно-орієнтований компонент супроводу (консультації, підтримка батьківської компетентності, узгодження правил і меж) як частину плану випадку; вибудовувати процедурні механізми взаємодії зі школою для раннього реагування на маркери дезадаптації та для закріплення змін у повсякденному середовищі; уточнювати маршрути перенаправлення до спеціалізованих медичних і реабілітаційних сервісів у випадках високих ризиків. Методичні інструменти, апробовані в дослідженні (скринінг, протокол спостереження, анкети фахівця і батьків), можуть бути інтегровані в роботу соціальних служб як пакет первинної оцінки, моніторингу динаміки та планування інтервенцій.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Безрук А. Г. Соціальна реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин, в умовах воєнного стану : кваліфікац. магіст. робота : спец. 231 «Соціальна робота» / Київський столичний університет імені Бориса Грінченка. Київ, 2025. 107 с.
2. Беліцька О. О. Соціальна робота з особами, які страждають від наркотичної та алкогольної залежності : дипломна робота бакалавра / О. О. Беліцька. Одеса, 2023. 63 с.
3. Галич Я. Особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. *Юридична психологія*. 2022. Т. 30, № 1. С. 64–73.
4. Глоба С. М., Чикурова О. В. Особливості соціальної профілактики підліткової наркотичної залежності. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. 2017. С. 57–64.
5. Грищенко С. В. Профілактика вживання психоактивних речовин серед учнівської молоді. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт*. 2013. Вип. 112(3). С. 154–156.
6. Грищенко С. В., Носко М. О., Носко Ю. М. Формування здорового способу життя : навч. посіб. Київ : Вид-во, 2013. 268 с.
7. Гусак П. М., Мартинюк Т. А., Сидорук І. І. Профілактика вживання психоактивних речовин підлітками : монографія. Луцьк : Вежа-Друк, 2013. 484 с.
8. Давидова М. М. Запобігання схилянню до вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів в Україні : дис. ... д-ра філософії : 081 «Право» / Нац. акад. внутр. справ МВС України ; наук. кер. В. В. Василевич. Київ, 2020. 297 с.

9. Димитренко Ю. В. Профілактичні інтервенції щодо зменшення ризиків для здоров'я у підлітків = Preventive interventions to reduce health risks in adolescents : кваліфікац. робота магістра. Одеса, 2024. 83 с.
10. Емішянц О. Б. Індивідуально-психологічні особливості підлітків-наркоманів з невротичними симптомами. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*. 2012. Вип. 37. С. 174–178.
11. Зеленська А. В. Соціально-педагогічні умови роботи соціального педагога з дітьми груп ризику в закладах освіти : кваліфікац. робота / наук. кер. І. О. Лисоконь. КДПУ, 2024. 56 с.
12. Католик Г. В. Дитяча та юнацька психотерапія: теорія та практика в сучасних наукових дослідженнях. 2-ге вид., доп. Львів : Астролябія, 2012. 312 с.
13. Козубовський Р. В. Деякі особливості вживання психоактивних речовин серед молоді. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2015. Вип. 35. С. 89–92.
14. Куневич А. Особливості фрустрації в осіб, які вживали наркотичні та алкогольні речовини : кваліфікац. робота бакалавра : спец. 053 «Психологія» / Львівський державний університет внутрішніх справ. Львів, 2022. 60 с.
15. Литвинова Н. А. Соціально-педагогічна профілактика наркоманії серед підлітків групи ризику : навч.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Держ. закл. «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка». Старобільськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2016. 230 с.
16. Матвійчук Т. В. Групова робота з підлітками групи ризику як ефективний напрям профілактики вживання психоактивних речовин. *Психологія XXI століття: теоретичні та практичні дослідження* : зб. наук. пр. Хмельницький : Вид-во Хмельниц. ін-ту МАУП, 2019. Вип. 9. С. 77–87.
17. Мурашкевич О. А. Використання Інтернету в профілактиці вживання психоактивних речовин підлітками. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2014. № 4. С. 82–90.

18. Мурашкевич О. А. Діяльність центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з профілактики вживання психоактивних речовин підлітками : дис. ... (PhD Thesis). Слов'янськ, 2012. 379 с.
19. Мурашкевич О. А. Знання підлітків щодо вживання психоактивних речовин. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2011. Вип. 21. С. 122–125.
20. Мурашкевич О. Сутнісні характеристики поняття «соціально-педагогічна профілактика вживання психоактивних речовин підлітками». *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*. 2019. № 1. URL: <https://doi.org/10.31499/2307-4906.1.2010.187904> (дата звернення: 20.02.2026).
21. Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій : адвокаційний документ / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. Київ : Версо 04, 2011. 56 с.
22. Підлітки груп ризику: оцінка і динаміка / авт. кол.: О. Балакірєва, Т. Бондар, М. Худик, О. Сакович ; ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. Київ : Версо 04, 2016. 12 с.
23. Поліщук Ю. Й. Залучення молодіжних громадських об'єднань до роботи з профілактики наркоманії серед школярів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2015. Вип. 37. С. 129–132.
24. Полякова К. М. Соціально-педагогічна діяльність з профілактики вживання наркотичних речовин підлітками у закладах загальної середньої освіти : кваліфікац. робота бакалавра : спец. 231 «Соціальна робота» / Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2023. 68 с. : іл., табл. + дод.
25. Пріданнікова О. М. Актуальність соціально-педагогічної профілактики хімічної залежності серед підлітків. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2012. Вип. 18. С. 222–229.

26. Сальнікова Н. С., Балухтіна О. М. Соціальна робота з наркозалежною молоддю. *Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі* : матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 28 квіт. 2021 р.). Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2021. С. 59–62.

27. Свідовська В. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету*. 2020. Вип. 6. С. 108–114.

28. Сидорук І. І. Підготовка майбутнього соціального педагога до профілактики вживання дітьми психоактивних речовин : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2011. 22 с.

29. Синюк Н. В. Особливості підготовки майбутніх соціальних педагогів до профілактики вживання підлітками наркогенних речовин. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна*. 2013. № 2. С. 228–231.

30. Сосюра М. Надання комплексної допомоги підліткам, які мають досвід вживання психоактивних речовин, в умовах центрів денного перебування. *Молодий вчений*. 2022. № 5(105). С. 122–126. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-5-105-25> (дата звернення: 20.02.2026).

31. Тищенко Н. І., Піроцький Б. Ю. Особливості проблематики спеціальних груп клієнтів в аспекті вітчизняної соціальної роботи. *Проблеми соціальної роботи: філософія, психологія, соціологія*. 2013. № 1. С. 183–187.

32. Тюрікова Л. Профілактика вживання наркотичних речовин серед учнівської молоді. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2007. № 2. С. 115–120.

33. Тютюнник О. В. Підготовка майбутніх соціальних педагогів до профілактики наркотичної залежності серед старшокласників : монографія. Черкаси : ФОРМ Гордієнко Є. І., 2014. 350 с.

34. Унятицька Н. Чинники та наслідки вживання наркотиків особами підліткового віку. *Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Тернопіль,

Західноукраїнський національний університет, 4–5 листоп. 2022 р.) : у 2 т. Тернопіль : ЗУНУ, 2022. Т. 2. С. 112.

35. Хільченко А. Д. Соціальна профілактика делінквентної поведінки підлітків, які перебувають у складних життєвих обставинах : кваліфікац. магіст. робота : спец. 231 «Соціальна робота» / Київський столичний університет імені Бориса Грінченка. Київ, 2025. 81 с.

36. Чемерис Н. М. Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури). *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 285–291. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2017\\_3\\_50](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_50) (дата звернення: 20.02.2026).

37. Шерстньова М. С. Досвід підготовки майбутніх соціальних працівників і педагогів до профілактики вживання наркотичних речовин підлітками. *Сучасні реалії та перспективи соціального виховання особистості в різних соціальних інституціях* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 20 листоп. 2020 р.). Харків : ХНПУ, 2020. С. 101–106.

38. Шерстньова М. С. Компетентності соціального педагога для роботи з профілактики вживання наркотичних речовин підлітками у закладі освіти. *Актуальні проблеми досліджень у галузі соціальної педагогіки і соціальної роботи* : матеріали міжвуз. дистанц. студ. наук.-практ. конф. (Харків, 27 трав. 2020 р.). Харків : ХНПУ, 2020. С. 80–84.

39. Шестопап Є. О. Визначення засобів організації соціального супроводу сімей, члени яких мають алкогольну залежність : кваліфікац. робота бакалавра : спец. 231 «Соціальна робота» / Сумський державний університет ; наук. кер. О. О. Туляков. Суми, 2020. 65 с.

40. Яновська Т. А. Психологічні особливості прояву конфліктної поведінки підлітків, які вживають психоактивні речовини. *Молодий вчений*. 2017. № 6. С. 338–341.

41. World Health Organization (WHO) ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002. Vol. 97. P. 1183–1194. URL:

[https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/)  
20.02.2026).

(дата звернення:

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### **ASSIST – Опитувальник ВОЗ для скринінгу на проблеми з алкоголем, тютюном та наркотиками**

Цитування: World Health Organization (WHO) ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002; 97: 1183–94.  
[https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/)

В опитувальнику ULS додано запитання 24 – про вік першої спроби, яке не входить до опитувальника ASSIST, але надає додаткову інформацію про споживання адиктивних речовин.

Опитувальник ВОЗ для скринінгу на проблеми з алкоголем, тютюном та наркотиками ASSIST Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (WHO ASSIST Working Group, 2002) був розроблений для Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) міжнародною групою дослідників зловживання психоактивними речовинами для виявлення вживання речовин і пов'язаних з ним проблем у системі первинної та загальної медичної допомоги. ASSIST пройшов широку апробацію та валідацію, має високу надійність, дієвість, гнучкість, всебічність і міжкультурну актуальність і може використовуватись в системі коротких втручань.

ASSIST зазвичай використовується у дослідженнях споживання різних класів наркотичних речовин як інструмент, що дозволяє визначити ступінь ризику щодо вживання кожної окремої речовини. Ступінь ризику може бути низьким, помірним та високим. Він складається із 7 запитань для кожної наркотичної речовини та 8 запитань про ін'єкційну поведінку й визначає вживання та шкоду, пов'язану з наркотиками, протягом життя та останніх 3 місяців. Ступінь ризику – низький, помірний, високий – визначає тип інтервенції: «відсутність», «коротке втручання», «коротке втручання та перенаправлення» відповідно.

Інтерпретація результатів скринінгу ASSIST (та рекомендації щодо

втручання)

Для загальної оцінки розраховується сумарний бал, який визначається для кожної речовини, наведеної в таблиці 3, окремо:

(ASSIST Q1). Чи вживали Ви які-небудь з перелічених нижче речовин хоча б один раз у житті?: Ні – 0 балів; Так – 3 бали. Якщо відповідь на всі варіанти запитання 1 «Ні» - інші запитання не встановлюються, опитування на цьому завершується

(ASSIST Q2). Як часто впродовж останніх трьох місяців Ви вживали згадані речовини?

Варіант відповіді	Ніколи	1 - 2 рази	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
Кількість балів	0	2	3	4	6

Якщо відповідь на всі варіанти питання 2 «Ніколи» - переходьте до питання 6

(ASSIST Q3). Як часто впродовж останніх трьох місяців у Вас було сильне бажання або нестримний потяг вжити вказані речовини?

Варіант відповіді	Ніколи	1 - 2 рази	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
Кількість балів	0	3	4	5	6

(ASSIST Q4). Як часто впродовж останніх трьох місяців вживання Вами перелічених речовин приводило до медичних, соціальних, юридичних або фінансових проблем?

Варіант відповіді	Ніколи	1 - 2 рази	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
Кількість балів	0	4	5	6	7

(ASSIST Q5). Як часто впродовж останніх трьох місяців Ви були не в змозі зробити те, що зазвичай очікується від вас через вживання вказаних речовин?

Варіант відповіді	Ніколи	1 - 2 рази	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
Кількість балів	0	5	6	7	8

(ASSIST Q6): Чи висловлювали будь-коли Ваші друзі, родичі або знайомі занепокоєння через вживанням Вами перелічених речовин?

(ASSIST Q7): Чи робили Ви коли-небудь безрезультатні спроби

контролювати, скоротити або припинити вживання перелічених речовин?

Варіант відповіді	Ні, ніколи	Так, протягом останніх 3-х місяців	Так, але не протягом останніх 3-х місяців
Кількість балів	0	6	3

(ASSIST Q8): Чи вживали Ви коли-небудь наркотики внутрішньовенно, ін'єкційним шляхом?

Варіант відповіді	Ні, ніколи	Так, протягом останніх 3-х місяців	Так, але не протягом останніх 3-х місяців
Кількість балів	0	2	1

(ASSIST Q9 pattern of injecting): Якщо так, то як саме Ви використовували ін'єкційні наркотики?

За цим запитанням бали не рахуються, але воно використовується для уточнення типу інтервенції, яка потрібна:

- Варіант відповіді 1. Раз на тиждень чи рідше ніж 3 дні підряд – потрібна коротка інтервенція з оцінюванням ризиків, пов'язаних з ін'єкційним вживанням наркотиків
- Варіант відповіді 2. Частіше ніж раз на тиждень чи 3 або більше днів підряд – потрібна поглиблена діагностика та лікування.

### Таблиця 3

#### Підсумкова таблиця з оцінювання ризику для кожної речовини відповідно до сумарного балу

Рівень ризику:	Низький	Помірний	Високий
Тютюнові вироби (цигарки, жувальний тютюн тощо)	0-3	4-26	27+
Алкогільні напої (пиво, вино, горілка, коньяк тощо)	0-10	11-26	27+
Препарати коноплі (канабіс, марихуана, план, трава, гашиш тощо)	0-3	4-26	27+
Кокаїн (крек)	0-3	4-26	27+
Амфетамін та подібні до нього стимулятори (спід, екстазі, метамфетамін тощо)	0-3	4-26	27+
Інгалянти (клей, бензин, розчинник тощо)	0-3	4-26	27+

Седативні та снодійні препарати (барбітурати, транквілізатори тощо)	0-3	4-26	27+
Галюциногени (ЛСД, гриби, РСР, кетамін тощо)	0-3	4-26	27+
Опіюїди (героїн, морфін, метадон, кодеїн тощо)	0-3	4-26	27+
Інші наркотики (якщо вказано що саме)	0-3	4-26	27+

Необхідні дії (тип потрібної інтервенції) відповідно до визначеного рівня ризику:

- Низький ризик – відсутність інтервенції. Патерн вживання речовини спричиняє низький ризик виникнення проблем із здоров'ям пацієнта.

- Помірний ризик – потрібне коротке втручання. Патерн вживання речовини спричиняє помірний ризик виникнення проблем із здоров'ям пацієнта та супутніх соціальних проблем.

- Високий ризик – потрібне коротке втручання та перенаправлення на поглиблену діагностику та лікування. Патерн вживання речовини спричиняє високий ризик виникнення серйозних проблем із здоров'ям пацієнта та супутніх соціальних проблем (порушення соціальних зв'язків, фінансові проблеми, проблеми із законом). Пацієнт, скоріше за все, залежний від конкретної речовини

**Інструменти соціального працівника для роботи з підлітками:  
протокол спостереження та анкета фахівця**

**1) Протокол спостереження соціального працівника за підлітком**

**Код підлітка:** \_\_\_\_\_ **Вік:** \_\_\_\_ **Клас/група:** \_\_\_\_\_

**Дата:** \_\_\_\_..20\_\_ **Місце:** \_\_\_\_\_

**Формат:** індивідуально / група (підкреслити) **Тривалість:** \_\_\_\_ хв

**Соціальний працівник:** \_\_\_\_\_

**Підстава звернення (коротко):**

**Інструкція:** позначте «+» – так, «-» – ні, «±» – частково; за потреби додайте короткий коментар.

**Блок 1. Контакт і комунікація**

№	Показник	Позначка	Коментар
1.1	Встановлює контакт (вітання, реакція на звертання)		
1.2	Підтримує зоровий контакт у межах норми		
1.3	Відповіді зрозумілі, по суті		
1.4	Уточнює запитання, якщо не розуміє		
1.5	Уникає/блокує розмову (мовчання, сарказм, відхід від теми)		
1.6	Рівень довіри до фахівця зростає в процесі зустрічі		

**Блок 2. Емоційний стан і саморегуляція**

№	Показник	Позначка	Коментар
2.1	Настрій стабільний протягом зустрічі		
2.2	Ознаки тривоги (напруга, тремор, прискорене мовлення тощо)		
2.3	Ознаки пригніченості (пасивність, сльозливість, виснаженість)		
2.4	Імпульсивні реакції (різкі зміни тону, перебивання, спалахи)		
2.5	Здатний(а) назвати власні емоції та причини		
2.6	Використовує прийнятні способи заспокоєння/самоконтролю		

**Блок 3. Поведінкові прояви та дисциплінарні маркери**

№	Показник	Позначка	Коментар
---	----------	----------	----------

3.1	Дотримується домовлених правил взаємодії		
3.2	Демонструє опозиційність (заперечення, провокації)		
3.3	Агресивні висловлювання/погрози		
3.4	Самопошкоджувальна поведінка (ознаки/згадки)		
3.5	Вживання ПАР (згадки/ознаки/контекст)		
3.6	Порушення сну/харчування (згадки/ознаки)		

#### **Блок 4. Соціальне функціонування**

№	Показник	Позначка	Коментар
4.1	Стосунки з родиною описує як підтримувальні		
4.2	Конфлікти в родині (частота/теми)		
4.3	Має друзів/референтну групу		
4.4	Конфлікти з однолітками/булінг (як жертва/як ініціатор)		
4.5	Труднощі у навчанні/пропуски/дисциплінарні інциденти		
4.6	Залученість у гуртки/спорт/позашкільні активності		

#### **Блок 5. Ризики та безпека**

№	Показник	Позначка	Коментар
5.1	Згадки про суїцидальні думки/наміри		
5.2	Згадки про насильство (у сім'ї/поза сім'єю)		
5.3	Доступ до засобів самопошкодження/зброї/небезпечних предметів		
5.4	Втечі з дому/нічні прогулянки без нагляду		
5.5	Правопорушення/контакти з поліцією (згадки/факти)		

#### **Блок 6. Ресурси та підтримка**

№	Показник	Позначка	Коментар
6.1	Має хоча б одну дорослу довірену особу		
6.2	Має навички звернення по допомогу		
6.3	Наявні інтереси/цілі, які підтримують мотивацію		
6.4	Готовність до співпраці (домовленості, наступні кроки)		

#### **Короткі нотатки (факти/цитати):**

#### **Попередній план дій:**

**Наступна зустріч (дата/форма):** \_\_\_\_\_

**2) Анкета соціального працівника після контакту з підлітком**

**Код підлітка:** \_\_\_\_\_ **Дата:** ..20\_\_ **Формат:** індивідуально / група

**Мета контакту:** первинний прийом / супровід / кризове втручання / профілактика (підкреслити)

**Шкала:** 1 – зовсім ні; 2 – радше ні; 3 – частково; 4 – радше так; 5 – повністю.

**А. Взаємодія та процес**

1. Підліток зрозумів(ла) мету зустрічі: 1 2 3 4 5
2. Підліток погодив(ла) рамки конфіденційності та межі: 1 2 3 4 5
3. Контакт був робочим (без зривів/припинення): 1 2 3 4 5
4. Рівень залученості підлітка в обговорення зростав: 1 2 3 4 5
5. Підліток міг(ла) описати проблему власними словами: 1 2 3 4 5

**Б. Оцінка запиту та контексту**

6. Запит підлітка чітко сформульований: 1 2 3 4 5
7. Запит радше нав'язаний дорослими, ніж ініційований підлітком: 1 2 3 4 5
8. Родина доступна для взаємодії (зв'язок, готовність): 1 2 3 4 5
9. Є ознаки шкільної дезадаптації (пропуски, конфлікти, падіння успішності): 1 2 3 4 5
10. Є ознаки проблем із однолітками (ізоляція/булінг/конфлікти): 1 2 3 4 5

**В. Ризики (фіксуємо рівень підозри)**

11. Ризик самопошкодження: 1 2 3 4 5
12. Ризик суїцидальної поведінки: 1 2 3 4 5
13. Ризик насильства щодо інших: 1 2 3 4 5
14. Ризик вживання ПАР: 1 2 3 4 5
15. Ризик насильства щодо підлітка з боку оточення: 1 2 3 4 5

**Г. Ресурси та інтервенції**

16. Є підтримувальні дорослі/середовище: 1 2 3 4 5
17. Підліток має ресурси саморегуляції/копінгу: 1 2 3 4 5
18. Підібрані техніки/вправи були прийнятні підлітку: 1 2 3 4 5
19. Домовленості на наступні кроки конкретні: 1 2 3 4 5
20. Є потреба в перенаправленні до іншого фахівця: 1 2 3 4 5

**Кого саме (за потреби):** психолог / психіатр / сімейний лікар / служба у справах дітей / поліція / інше \_\_\_\_\_

**Д. Відкриті запитання (для протоколу)**

21. Три факти, що описують ситуацію підлітка:
22. Основні тригери/стресори (зі слів підлітка):
23. Три ресурси підлітка (люди/заняття/цілі):
24. Наступні кроки (1–3 дії з термінами):

**Підпис соціального працівника:** \_\_\_\_\_ **Дата:** ..20\_\_

**ІНФОРМОВАНА ЗГОДА УЧАСНИКА ДОСЛІДЖЕННЯ  
(ПІДЛІТОК) ТА ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ЗАКОННОГО  
ПРЕДСТАВНИКА (БАТЬКИ/ОПКУН)**

**1) ІНФОРМОВАНА ЗГОДА УЧАСНИКА ДОСЛІДЖЕННЯ (АСЕНТ ПІДЛІТКА)**

**Назва дослідження:** «Соціальна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини»

**Мета дослідження:** зібрати інформацію про соціальні характеристики та поведінкові моделі підлітків, пов'язані з уживанням наркотичних речовин, а також про досвід отримання соціальної допомоги для вдосконалення форм соціальної роботи.

**Дослідник/відповідальний виконавець:** \_\_\_\_\_

**Установа/заклад:** \_\_\_\_\_

**Контакти відповідального:** тел. \_\_\_\_\_; **e-mail** \_\_\_\_\_

**Дата проведення:** ..20

**Інформація для учасника**

Мені пояснили, що участь передбачає: (підкреслити потрібне) **анкетування / бесіду (інтерв'ю) / спостереження**. Орієнтовна тривалість: \_\_\_\_\_ хв.

Мені зрозуміло, що:

1. Участь є **добровільною**.
2. Я можу **не відповідати** на будь-які запитання, які мені неприємні або незрозумілі.
3. Я можу **припинити участь у будь-який момент** без пояснень і без жодних негативних наслідків.
4. Дані будуть використані **лише в навчально-наукових цілях** у зведеному вигляді.
5. **Конфіденційність** буде дотримана: моє ім'я та інші дані, що можуть

мене прямо ідентифікувати, не будуть оприлюднюватися; у документах використовується **код учасника**.

6. Мені пояснили межі конфіденційності: якщо під час спілкування стане відомо про **реальну загрозу моєму життю/здоров'ю або життю/здоров'ю інших**, відповідальний фахівець має право повідомити необхідні служби/дорослих для забезпечення безпеки.

**Підтвердження згоди (асент)**

Я прочитав(ла) цей текст або мені його зачитали й пояснили. Я мав(ла) можливість поставити запитання і отримав(ла) відповіді. Я **погоджуюся** брати участь у дослідженні.

**ПІБ учасника (підлітка):**

\_\_\_\_\_

**Підпис:** \_\_\_\_\_ **Дата:** ..20\_\_

**ПІБ особи, яка надала інформацію та прийняла асент:**

\_\_\_\_\_

**Посада/роль:** \_\_\_\_\_ **Підпис:** \_\_\_\_\_ **Дата:** ..20\_\_

## 2) ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА (БАТЬКИ/ОПКУН)

**Назва дослідження:** «Соціальна робота з підлітками, які вживають наркотичні речовини»

**Мета дослідження:** зібрати інформацію про соціальні характеристики та поведінкові моделі підлітків, пов'язані з уживанням наркотичних речовин, а також про досвід отримання соціальної допомоги для вдосконалення форм соціальної роботи.

**Дослідник/відповідальний виконавець:** \_\_\_\_\_

**Установа/заклад:** \_\_\_\_\_

**Контакти відповідального:** тел. \_\_\_\_\_; **e-mail**

**Дата проведення:** ..20

### Інформація для законного представника

Мені повідомлено, що участь неповнолітнього(ї) передбачає: (підкреслити потрібне)

**анкетування / бесіду (інтерв'ю) / спостереження.** Орієнтовна тривалість: \_\_\_\_\_ хв.

Мені зрозуміло, що:

1. Участь дитини є **добровільною**.
2. Дитина може **відмовитися відповідати** на будь-яке запитання.
3. Дитина може **припинити участь у будь-який момент** без пояснень і без негативних наслідків.
4. Дані будуть використані **виключно у навчально-наукових цілях** у знеособленому/зведеному вигляді.
5. **Конфіденційність** забезпечується: персональні дані не публікуються, використовується **код учасника**, а матеріали зберігаються відповідальною особою.
6. Мені пояснено межі конфіденційності: якщо під час роботи буде виявлено **реальну загрозу життю/здоров'ю дитини або інших осіб**,

відповідальний фахівець має право ініціювати дії для забезпечення безпеки (контакт із профільними службами/медиками/уповноваженими органами відповідно до ситуації).

**Підтвердження згоди законного представника**

Я підтверджую, що ознайомлений(а) з інформацією про дослідження, мав(ла) можливість поставити запитання та отримав(ла) відповіді. Я надаю згоду на участь неповнолітнього(ї) у дослідженні.

**ПІБ законного представника:**

\_\_\_\_\_

**Документ, що посвідчує особу (за потреби):** \_\_\_\_\_

**Ступінь спорідненості / статус:** мати / батько / опікун / піклувальник  
(підкреслити)

**Контактний телефон:** \_\_\_\_\_

**ПІБ неповнолітнього(ї):** \_\_\_\_\_

**Підпис законного представника:** \_\_\_\_\_ **Дата:** ..20\_\_

**ПІБ відповідальної особи, яка надала інформацію:**

\_\_\_\_\_

**Посада/роль:** \_\_\_\_\_ **Підпис:** \_\_\_\_\_ **Дата:**  
..20\_\_