

Роль и место различных немедицинских организаций в сфере медико-социальной реабилитации наркозависимых в Российской Федерации в 2011 г.

ШЕВЦОВА Ю.Б. к.м.н., советник координационно-аналитического управления аппарата
Государственного антинаркотического комитета; e-mail: jtuzikova@mail.ru

Отражены некоторые организационные аспекты духовной и социально-психологической помощи больным наркоманией в Российской Федерации в 2011 г. Обоснована необходимость сохранения и поддержки организаций и учреждений самых разных форм (в том числе и православных), которые готовы помогать больным наркоманией, прекратившим употребление наркотиков, вести трезвый и социально приемлемый образ жизни. Даны предложения по улучшению качества работы таких организаций и учреждений.
Ключевые слова: наркомания, реабилитация, организация

Стратегия государственной антинаркотической политики до 2020 г. (СГАП) была утверждена Президентом Российской Федерации Д.А. Медведевым 9 июня 2010 г. «в целях консолидации усилий федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций и граждан ... по пресечению распространения на территории Российской Федерации наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» [7]. Указано, что потенциал общественных объединений и религиозных организаций на антинаркотическом направлении пока используется недостаточно, а реабилитационная деятельность нуждается в совершенствовании и повышении доступности.

С того времени и переосмыслено, и сделано немало. 21 декабря 2010 г. было подписано соглашение о взаимодействии между Государственным антинаркотическим комитетом (ГАК) и Русской Православной Церковью (РПЦ), направленное на укрепление организационных предпосылок для развития различных форм сотрудничества между ними [6]. Приоритетной задачей в рамках соглашения названо участие представителей РПЦ в первичной профилактике наркомании и в развитии реабилитационных центров под её эгидой, что должно послужить решению проблемы снижения спроса на наркотики. Как было указано в речи директора ФСКН России В.П. Иванова на открытии XIX Международных Рождественских чтений 24 января 2011 г., «наркомания как масштабное явление возникла ... вследствие слома базовых ценностей и имеет не только медицинскую или социальную, но и, прежде всего, духовную природу» [1]. Исходя из такой точки зрения, для борьбы с наркоманией необходимо вырабатывать подходы, «куда были бы интегрированы все лучшие практики в сферах медицины, социальной и духовной работы».

В рамках соглашения создана постоянно действующая совместная рабочая группа, репрезентативный

состав которой определен из представителей церкви и ведомств, входящих в ГАК. В 2011 г. состоялось три заседания этой группы по решению текущих вопросов. Для финансирования церковных инициатив в области противодействия наркомании, развития системы церковной реабилитации и помощи наркозависимым учрежден благотворительный фонд имени святого праведного Иоанна Кронштадтского.

В июне 2011 г. в Марфо-Мариинской обители состоялся первый Всероссийский съезд руководителей реабилитационных центров под названием «Создание национальной системы реабилитации и ресоциализации наркозависимых». На съезде участники получили возможность ознакомиться с современными организационными подходами к социальной реабилитации и обменяться собственным накопленным практическим опытом. В октябре проведен организационный семинар «Деятельность Русской Православной Церкви по реабилитации наркозависимых в Центральном федеральном округе» для представителей епархий, антинаркотических комиссий и территориальных органов ФСКН России.

На основании уже имеющегося многолетнего обобщенного опыта Координационным центром по противодействию наркомании Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению РПЦ разработана методология социальной реабилитации наркозависимых в церковной общине [2]. Методология подразумевает, что главным деятелем церковной реабилитации является Бог, основную роль играет священник, так как наркомания является одновременно и грехом, и болезнью. Реабилитация проводится в соответствии с православными традициями и допускает привлечение профессионалов (наркологов, медиков, психологов, социальных работников). Собственно процесс реабилитации имеет определённые стадии: первичное консультирование (по «телефону доверия», в кабинетах первичного приёма), дезинтоксикация (в лечебном учреждении), мотивация (в мотивационном центре),

основной период (в реабилитационном центре), ресоциализация (с проживанием в социальной гостинице, «доме на полпути»), постреабилитационное сопровождение (в приходской общине). Обязательное условие — вовлечение воспитанников, которое включает участие в таинствах, молитву, послушание, пост, духовное руководство, катехизацию, духовное самообразование; на этом фоне идет параллельная специальная проработка проблем, связанных с наркотиками и отказом от них. Уделяется внимание физической и общей культуре и обязательно труду, который при правильном понимании приобретает духовный смысл. В некоторых хорошо структурированных православных программах кроме духовно-психологического выделяются и другие компоненты: коррекционно-педагогический, образовательный, социально-терапевтический [4].

Наряду с методологическим подходом у РПЦ есть и другие основы для развития сети православных реабилитационных центров для наркозависимых. РПЦ имеет свои структурные подразделения (приходы, монастыри), довольно равномерно распределённые по всей территории России, её иерархическая структура позволяет выстроить как вертикальное направление для организации этой специфической деятельности, так и горизонтальное — для преемственности наркозависимого от этапа к этапу.

Особое значение тема приобретает с учётом дискуссий по проекту Федерального закона «О побуждении лиц, страдающих наркоманией, а также лиц, систематически потребляющих наркотики, к лечению от наркотической зависимости и прохождению курса медико-социальной реабилитации». В данном проекте в качестве одного из основополагающих принципов заложено «обеспечение доступной медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркоманией». Когда проект будет принят и закон вступит в силу, возникнет необходимость направления в конкретные учреждения тех, кто будет освобождён от уголовной ответственности для прохождения курса медико-социальной реабилитации. К тому времени концепция социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых должна быть доработана и утверждена, а соответствующие учреждения известны и способны принять нуждающихся.

Пока представляется целесообразным привлекать к данному виду социальной деятельности структуры различной принадлежности и разных форм собственности. Наряду с другими конфессиональные реабилитационные центры могут стать надёжным подспорьем в процессе социальной реабилитации — в том случае, если реабилитационный процесс будет иметь необходимую методологию и чёткие границы. В СГАП «реабилитация больных наркоманией определяется как совокупность медицинских, психологических, педагогических, правовых и социальных мер, направленных на восста-

новление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционировать в обществе без употребления наркотиков». Конечно, такое восстановление является «программой-максимум», но это ориентир, к которому необходимо стремиться.

Рекуррентное, возвратное течение наркотической зависимости, к сожалению, не исключение, а правило; в терапевтической практике с первого раза достичь полноценной ремиссии у больного наркоманией почти никогда не удаётся. Связано ли это с качеством лечения? Позволим себе высказать мнение, что не связано — собственно лечение больных, зависимых от психоактивных веществ, в целом, может проходить на достойном уровне (хотя его длительность ограничена желанием больного человека, а не компетентным мнением врача). До сих пор в России сохраняется открытость и доступность наркологической помощи в её медицинском варианте для всех желающих, что невозможно во многих странах мира. Нельзя не признать, что оказание этой помощи квалифицированными специалистами с более чем 8-летним профессиональным образованием является одним из немногих достижений, оставшихся от советских времен. В принципе, сочетание стационарного курса лечения длительностью около 3 недель и последующего амбулаторного курса около 2 мес. достаточно для купирования основных синдромов и симптомов наркотической зависимости [3], но больной при этом легко и довольно быстро возвращается к наркотикам.

Предполагаем, что проблема заключается вовсе не в медицине, как таковой, или в эффективности и качестве медикаментозных препаратов, а в особенностях наркомании — заболевания, не являющегося просто недугом, от которого сам человек мечтает избавиться. Следовательно, если на государственном уровне следовать приоритету общественного здоровья, традиционные медицинские подходы в отношении наркозависимых должны сочетаться с иными организационными формами воздействия на данную группу населения.

Кроме болезни и здоровья, у человека есть ещё социальное функционирование, жизнь в обществе, адаптация к её условиям или дезадаптация, и эти базисные аспекты личности часто бывают дефектны с самого начала жизни. У лиц, начавших в подростковые и молодые годы употреблять психоактивные вещества, в положенные сроки не происходит становление нормативного характера, просоциальных установок, умения жить в ладу с собой и среди людей, строить планы на отдалённое будущее, ставить полезные цели, обеспечивать себя и семью, терпеливо трудиться. Не формируются ценность здорового образа жизни, стремление к саморазвитию, умение добиваться поставленных задач и получать удовольствие от преодоления трудностей. В результате, даже многократно медицинским образом освобождённый от «ломки» и «тяги» к наркотикам человек как не имел

всего перечисленного до лечения, так не имеет и после. Даже в идеальном случае восстановления психического и физического здоровья, близкого к полному, патологические паттерны поведения сохраняются. Естественно, что, не умея жить трезвым и полезным образом, по всем стандартам образцово пролеченный наркоман рано или поздно продолжит наркотизацию просто потому, что не знает и не умеет ничего другого.

Превалирование нарушений социального поведения и расстройств эмоционально-волевой сферы у большинства больных наркоманией определяет высокую рецидивность не только самого заболевания, но и связанных с ним асоциальности, антисоциальности, совершаемых правонарушений и преступлений, в тяжелых случаях — агрессии и аутоагрессии. Перечисленные переплетающиеся проблемы требуют и особых организационных подходов к этой сложной группе больных. На практике комплекс «лечение — медико-социальная реабилитация — ресоциализация» даёт более высокую результативность по выходу больных в полноценные ремиссии, чем прохождение только одной какой-то его части.

Теперь перейдём к статистике.

Для того, чтобы представлять картину в Российской Федерации с организациями и учреждениями, занятыми в сфере медико-социальной реабилитации наркозависимых, аппарат ГАК совместно с Минздравсоцразвития России и другими заинтересованными структурами создал и поддерживает в актуальном состоянии большую базу данных. Конечно, мы понимаем, что это приближительная, «плавающая» информация — организации возникают и исчезают, меняют форму собственности, могут подавать для базы неверные данные, как добросовестно заблуждаясь, так и намеренно; кроме того, нам доподлинно неизвестно, как именно выглядит процесс социальной, духовно-психологической реабилитации в тех или иных центрах. Тем не менее, на основании базы данных можно проследить основные направления развития сферы медико-социальной реабилитации в стране и понять, какие тенденции имеют место в настоящее время.

Согласно полученным результатам, в 2011 г. в Российской Федерации насчитывалось 480 организаций и учреждений, считающих, что они в той или иной форме занимаются возвращением к трезвой социально приемлемой жизни наркозависимых. Подлежат статистической обработке данные 476 организаций. Далее по тексту они условно именуется как «реабилитационные центры» (РЦ), хотя за этим может стоять и районный наркологический диспансер, и городская общественная организация, и далекий от цивилизации церковный приход. Фактически в реестре представлены те структуры, которые помогали и готовы помогать наркозависимым и их родственникам и о которых известно антинаркотическим комиссиям в субъектах Российской Федерации.

Наибольшее количество РЦ расположено в Сибирском федеральном округе — 138 (28,8% от их общего числа по России), наименьшее в Северо-Кавказском федеральном округе — 5 (1,0%). По другим округам: Приволжский федеральный округ — 93 РЦ (19,4%), Уральский федеральный округ — 69 (14,4%), Центральный федеральный округ — 59 (12,3%), Северо-Западный федеральный округ — 51 (10,6%), Южный федеральный округ — 45 (9,4%), Дальневосточный федеральный округ — 20 (4,1%). Это учреждения разных форм собственности: государственной, муниципальной, частной (в том числе, обществ с ограниченной ответственностью, общественных и автономных некоммерческих организаций и др.).

Финансирование РЦ осуществляется из федерального (3 РЦ — 0,6%), регионального и муниципального бюджетов (97 РЦ — 20,3%), из целевых региональных грантов (9 РЦ — 1,8%); помощь в них оказывается бесплатно. Наибольшее количество РЦ существует на средства добровольных пожертвований отдельных граждан, учреждений и родственников больных (278 РЦ — 58,0%). 40 РЦ (8,3%) указали, что находятся «на самообеспечении»: под этим понимаются и взносы родителей воспитанников от 15 до 70 тыс. руб. в месяц, и труд реабилитантов. 16 РЦ (3,3%) функционируют за счёт доходов, получаемых путём оказания платных услуг; полностью на конфессиональном попечении находятся 7 РЦ (1,6%). Некоторые организации не смогли или не сочли нужным указать источник средств для своей деятельности (29 РЦ — 6,1%). В целом, картина соответствует положению СГАП о том, что финансирование «антинаркотической деятельности осуществляется за счёт ассигнований из федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и иных не запрещённых законодательством ... источников финансирования».

Общее количество мест в РЦ составляет 10 707, в порядке уменьшения: ПФО (2023), УФО (1995), СФО (1804), ЦФО (1712), ЮФО (1194), СЗФО (978), ДФО (521), СКФО (480). Однако следует иметь в виду, что этот показатель имеет несколько условное значение, так как в части РЦ процесс идет в закрытых стационарных условиях с проживанием, а где-то эти данные отражают количество человек в амбулаторной программе. Если учесть, что из полумиллиона только зафиксированных больных наркоманией в прохождении полноценного курса медико-социальной реабилитации нуждается подавляющее большинство, то имеющееся количество мест оценивается как явно недостаточное.

К концу 2011 г. перечисленные учреждения, организации и центры работали в среднем от 1 года до 12 лет; за это время, по представленным данным, в них прошли и окончили реабилитационный курс 104 522 чел. (соот-

ношение по округам такое же, как по количеству мест). Несмотря на долгий срок работы, отчётность практически всех РЦ позволяет желать много лучшего: сведения по ремиссиям или не указывались вообще, или подавались принципиально неверно, что может быть связано с отсутствием необходимости отслеживать судьбы выпускников. Например, по данным одного РЦ в ПФО у выпускников нет ремиссий меньше 6 мес., есть 9,5% ремиссий свыше года и 73,3% — свыше 3 лет: по логике, соотношение «трезвых» выпускников может быть только обратным. Цифровые показатели 1000, 600, 500 также вызывают большое сомнение. В связи с перечисленным выводы об относительной эффективности тех или иных программ не могут быть сделаны.

Большинство РЦ проводят процесс социально-психологической реабилитации наркозависимых в несколько сходных этапов, которые были установлены ими эмпирическим путём. С большим или меньшим приближением — это предреабилитационный (подготовительный, вводный) этап — когда идет лечение и мотивация; основной (который делится на этапы адаптации и стабилизации) — собственно в РЦ; постреабилитационный (этап интеграции в общество, амбулаторный) — в привычных условиях жизни, но в привязке к программе. Длительность предлагаемых программ — от 9 до 24 мес.

В процессе социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых, как уже указывалось, важное место должно отводиться труду, как правилу, нерентабельному, но обязательному компоненту восстановления социального функционирования. Посильный регулярный труд не может быть заменён ничем другим, потому что воспитанникам необходимо обучиться деятельности, полезной для общества, приобрести и наладить коммуникативные навыки, приучиться к самообеспечению.

Уборкой территории и приготовлением пищи для себя самих занимаются воспитанники большинства РЦ, причём в 96 РЦ (20,2% от всех) трудотерапия сводится только к такому небольшому самообслуживанию. В других организациях реабилитанты, кроме этого, заняты в сельском подсобном хозяйстве (73 РЦ — 15,3%) или трудятся разнорабочими (55 РЦ — 11,6%). Для 32 РЦ (6,7%) указано, что некая трудовая занятость имеется, но не уточнено, какая именно. 102 РЦ (21,4%) обеспечением занятости воспитанников не занимаются, среди них бюджетные учреждения сферы здравоохранения (больницы, наркологические диспансеры) и образования (центры психолого-педагогической коррекции для несовершеннолетних), ячейки общества Анонимных Наркоманов, часть профессиональных РЦ, автономные некоммерческие организации, коммерческие структуры типа обществ с ограниченной ответственностью. Сведения не предоставили 118 организаций (24,8%).

Представляет интерес, как РЦ позиционируют себя с точки зрения профессиональной принадлежно-

сти. Целиком к Русской Православной Церкви отнесли себя 27 РЦ (5,7% от общего количества). (В свою очередь, Координационный центр по противодействию наркомании РПЦ сообщал, что в 2011 г. в России работало 38 православных РЦ, и на 78 епархий было 40 отделов по противодействию наркомании [2]). В ПФО функционировало два мусульманских РЦ, сведения о католических и иудейских РЦ не поступали. Различные общественные и автономные некоммерческие организации без чётких указаний на конфессиональную принадлежность оказывают посильную неврачебную помощь наркозависимым и их родственникам чаще всего — 176 РЦ (36,9%); по понятным причинам внеконфессиональные государственные и муниципальные учреждения.

Свою принадлежность к разным направлениям и ответвлениям неопротестантизма обозначили 120 организаций (25,2%). Из них: 12 — «Новая жизнь», 10 — «Исход», остальные — Церковь Христиан веры евангельской, Российский союз евангельских христиан-баптистов, Христианская церковь «Благословение», союз церквей «Новое поколение», Церкви «Великое поручение», «Источник жизни», «Слово победы», «Прощение», «Примирение», «Свет истины», «Краеугольный камень», «Церковь прославления», «Церковь жатвы». Однако, по различным оценкам из других источников информации, неопротестантских РЦ в России насчитывается от трёх сотен до тысячи. Их точная количественная оценка затруднена тем, что многие общественные организации теперь не позиционируют себя как принадлежащие к какой-либо религиозной конфессии и оказывают таковыми лишь при целенаправленном рассмотрении (как, например, «Центр здоровой молодежи»). В литературных источниках встречаются указания, что привлечение наркозависимых и их родственников в подобные организации могут заканчиваться своеобразной новой «зависимостью» — уже от их представителей — и социофобией, а не социальной адаптацией [5], хотя имеют место и противоположные положительные отзывы.

Тут уместно привести данные, полученные в другом исследовании при социальном опросе пациентов наркологического отделения одного из специализированных стационаров, куда были включены вопросы об отношении к религии [8]. Так, из 432 опрошенных 298 чел. (68,9%) отнесли себя к нерелигиозным людям — допускали существование некой «высшей силы», но не более; 84 чел. (19,4%) выполняли наиболее принятые православные церковные обряды; всего 14 чел. считали себя глубоко верующими (3,3%), а 36 чел. (8,4%) сообщили, что категорически отрицают наличие какой бы то ни было «высшей силы», а тем более Бога. С учётом этой информации становится понятно, что целесообразно развивать и поддерживать как религиозные, так и светские РЦ.

В реестр подали сведения о себе 107 медицинских учреждений, в перечень услуг которых внесена медико-социальная реабилитация наркозависимых (22,4% от общего количества данных) — государственных (федеральных, окружных, областных, городских, районных), муниципальных и частных. В это число включены наркологические, а иногда и психиатрические больницы и диспансеры, коммерческие клиники. Здесь имеется некоторое несоответствие с данными Минздрава России о том, что в 2010 г. работало 138 наркологических диспансеров, стационарная наркологическая помощь оказывалась в 12 специализированных больницах (и в 115 диспансерах, где были стационарные койки), существовало 3 самостоятельных РЦ, 9 реабилитационных отделений, имеющих статус РЦ, и 71 реабилитационное отделение. Вероятно, какие-то из этих учреждений отметились в базе данных аппарата ГАК, другие — нет. Точные данные наркологической службы Минздрава России за 2011 г. будут выведены к середине 2012 г., предполагается увеличение числа коек реабилитационного звена.

Государственные и муниципальные немедицинские учреждения представлены 21 центром образовательного, психолого-педагогического и медико-социального направления и коррекции несовершеннолетних (4,4%). Социально-психологическую помощь в реабилитации оказывают 12 обществ с ограниченной ответственностью (2,5%).

Лицензии на деятельность имеют, во-первых, лечебные учреждения (на доврачебную помощь, специализированную амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь по специальностям психиатрия, психиатрия-наркология, сестринское дело, терапия, неврология, лабораторная диагностика) и, во-вторых, коррекционно-образовательные и психолого-педагогические учреждения (на образовательную, педагогическую, профилактическую, информационную и социально-реабилитационную деятельность).

С медицинскими организациями сотрудничают 55 немедицинских РЦ — всего лишь 11,6% от их общего количества; по округам: СФО (12), УФО (12), ЦФО (10), ЮФО (7), ДФО (5), ПФО (5), СЗФО (3), СКФО (1). Упомянуты: министерства и департаменты здравоохранения, больницы, туберкулезные и наркологические диспансеры, центры профилактики и борьбы со СПИДом, ассоциации верующих врачей, общество «Красный крест», общества с ограниченной ответственностью (вероятно, частные клиники), отдельные врачи. То, что сотрудничество носит письменный договорный характер, упомянуто в единичных случаях.

Тот факт, что большая часть РЦ (около 66%) не считает нужным взаимодействовать с учреждениями здравоохранения, нельзя признать удовлетворительной

тенденцией. Социальная, психологическая, духовная составляющие части восстановительного процесса могут корректировать поведенческие расстройства, но далеко не всегда заменяют коррекцию психических расстройств и почти никогда — патологию внутренних органов. Представляется необходимым адекватное применение лекарственных средств и вмешательство врачей соответствующих специальностей и в процессе психолого-педагогической, духовно-социальной реабилитации.

Более успешно идёт сотрудничество с местной администрацией, религиозными организациями, включая отделы противодействия наркомании РПЦ, с социальными службами, департаментом по спорту и молодежной политике, службой занятости, миграционной службой, правоохранительными органами, учреждениями культуры, областными управлениями ФСКН, МВД и ФСИН, военкоматами, жилищно-коммунальными и строительными службами. В таком живом взаимодействии функционируют 65,9% РЦ.

Отдельного внимания заслуживают условия приёма в РЦ: где-то это — собеседование, где-то — письменное согласие с условиями РЦ, иногда — договор с самим реабилитантом или его родителями (если возраст совершеннолетия не достигнут). Порой требуется направление от соответствующей церкви, кое-где в условиях приёма указывается определённый период трезвости или прохождение детоксикации. Указаны также такие условия, как «твёрдое желание изменить свой образ жизни», «личное желание отказаться от порочной жизни», «согласие на воцерковление».

Надобность медицинских обследований (флюорография, анализы на ВИЧ, гепатиты, сифилис и другие инфекционные заболевания, осмотр дерматолога) встречаются у полутора десятков РЦ. Исключительно редко требуется учёт в наркодиспансере или направление от районного нарколога, необходимостью поставленного врачом психиатром-наркологом диагноза отмечена в единичных случаях. Формулировка «Принимаются все желающие, ограничений нет» характерна для религиозных организаций; порой необязателен даже паспорт. Не оформленные должным образом условия приёма мало того, что значительно различаются от центра к центру, но зачастую не могут в принципе служить основой для оказания каких-либо услуг, особенно на платной основе.

Обсуждение

В 2010 г. в стране зарегистрирована 351 тыс. больных наркоманией и 196 тыс. с диагнозом *употребление наркотиков с вредными последствиями*. В необходимый курс медико-социальной реабилитации длительностью не менее года входит, кроме лечения, обучение человека жить со своим заболеванием и при этом жить по-новому, непривычным для него образом, преодолевая свои антиобщественные наклонности и привычки. Одной лишь

наркологической службе с этой задачей справиться физически невозможно, да и государственный бюджет не в состоянии покрыть необходимые расходы.

С другой стороны, в России на ниве возвращения в жизнь наркозависимых трудятся люди, не являющиеся профессионалами по образованию, но уже имеющие соответствующий опыт и желание это делать. Запретить данную деятельность или же просто игнорировать — непозволительно, оказать методическую, организационную, финансовую поддержку — необходимо. Учитывая большое разнообразие РЦ и насущную необходимость взаимодействия их с органами власти, наиболее адекватным представляется совместная работа в рамках антинаркотических комиссий субъектов Российской Федерации — как одна из форм развития государственно-общественного партнёрства.

Смысловую потенциально возможную роль РПЦ в реабилитации наркозависимых трудно переоценить. Новое мировоззрение реабилитанта, выработанное в ходе духовно-психологической социализирующей программы, представляет собой каркас, сначала внешний, а по мере усвоения и принятия религиозных ценностей — и внутренний, опираясь на который разрушенная и восстанавливаемая личность наркозависимого обретает новые ценности и способность жить социально приемлемым способом. Кроме сущностной основы в настоящее время у РПЦ есть методологическая база и соответствующая разветвлённая иерархическая структура для формирования системы центров помощи наркозависимым и их родственникам.

При всём этом в количественном соотношении православные РЦ явно проигрывают общественным и неопротестантским организациям, отличающимся большей инициативностью: активные новоиспечённые выпускники неопротестантских центров, ещё не так давно сами употреблявшие наркотики, по выходе в трезвость сразу посвящают себя агитации «за счастье» других наркозависимых. Тем не менее, кредит доверия к РПЦ у населения высок, что подтверждается стремлением светских учреждений к сотрудничеству с местными епархиальными отделами и конкретными священниками.

В ближайшей перспективе необходимо стандартизировать понятия *социальная реабилитация и ресоциализация наркозависимых* в его принципиальной, одинаковой для всех части; в остальном может быть сохра-

нено разнообразие как форм собственности, так и авторских подходов. Желательно унифицировать согласие с условиями прохождения реабилитационной программы; в таком согласии должны быть отражены не только обязанности реабилитанта, но и обязанности РЦ по отношению к нему. Надо установить хотя бы минимальный набор обследований для поступления в РЦ, объем возможной (при необходимости) медицинской помощи, заключать договоры с ближайшими лечебными учреждениями. Медицинским РЦ, в свою очередь, стоит расширять и укреплять деятельность, совместную с общественными и религиозными организациями. Для оценки эффективности РЦ необходимо вести достоверную статистику по выпускникам, отслеживая их судьбы.

При таком развитии реабилитация наркозависимых будет иметь шансы приблизиться к приведённому в начале нашего материала определению из Стратегии антинаркотической политики Российской Федерации, а страна получит возможность вернуть из наркотического плена в полноценную жизнь часть своих граждан.

Список литературы

1. Выступление председателя Государственного антинаркотического комитета, директора ФСКН России В.П. Иванова на открытии XIX Международных Рождественских чтений 24 января 2011 года. — М., 2011. — 6 с.
2. Игумен Мефодий (Кондратьев), Приценко Р.И., Рыдалевская Е.Е. Методология социальной реабилитации наркозависимых в церковной общине. — М.: Лепта Книга, 2012. — 141 с.
3. Клинические и организационные вопросы наркологии / Под ред. Е.А. Кошкиной. — М.: Геннус-Медиа, 2011. — 580 с.
4. «Обитель исцеления» (духовно-ориентированная программа реабилитации наркозависимой молодежи). — СПб.: Изд-во Отдела по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии, 2007. — 31 с.
5. Неопятидесятничество: вирус в христианстве. Книга IV / Сборник трудов под общей редакцией игумена Анатолия (Берестова). — М.: Изд-во Духовно-просветительского центра св. прав. Иоанна Кронштадтского, 2010. — 439 с.
6. Соглашение о взаимодействии между Государственным антинаркотическим комитетом и Русской Православной Церковью 21 декабря 2010 г.
7. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года.
8. Шевцова Ю.Б. Роль религиозного мировоззрения в процессе лечения наркологических больных / Доклад на XIX Международных Рождественских образовательных чтениях 24—26.01.2011, научно-практическая конференция «Деятельность Церкви и государства по утверждению трезвости».

THE ROLE AND PLACE OF DIFFERENT NON-MEDICAL ORGANIZATIONS IN THE SPHERE OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF DRUG ADDICTS IN THE RUSSIAN FEDERATION IN 2011 SHEVTSOVA Ju.B.

The article describes some organizational aspects of spiritual, social and psychological aid to drug addicts in the Russian Federation in 2011. From the authors' point of view, the necessity of preserving and supporting organizations and institutions of various forms (including orthodox), which are ready to help drug addicts, who stopped using drugs, to lead a sober and socially acceptable lifestyle, is substantiated. The proposals to improve the quality of such organizations and institutions are given.

Key words: drug addiction, rehabilitation, organization