

Проблемы реабилитации наркологических больных и система взаимодействия государственных наркологических учреждений с конфессиональными реабилитационными центрами

ДУДКО Т.Н.

д.м.н., руководитель Отдела реабилитации,
ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздравсоцразвития России, Москва

Представлена информация об основных проблемах государственной реабилитационной помощи наркологическим больным. Обозначены пути взаимодействия государственных наркологических учреждений с конфессиональными реабилитационными центрами. Выделены следующие направления: медицинское, социальное, профессионально-образовательное, методологическое, научное и финансовое.

Ключевые слова: наркология, медико-социальная реабилитация, ресоциализация, реабилитационные центры, церковные общины

Исторические события 1991 г. изменили политический строй Российской Федерации. За прошедшие 20 лет, а это возраст целого поколения людей, модифицировался менталитет российского народа и, следовательно, изменилась ментальность врачей-наркологов и медицинских психологов. Граждане России вновь приобретают религиозный опыт и религиозные убеждения, на которые был наложен запрет. Эти изменения необходимо учитывать при оказании консультативной, диагностической и лечебно-реабилитационной помощи наркологическим больным, а также при подготовке специалистов в области реабилитации.

Практическая работа с наркологическими больными на этапах реабилитации убедительно свидетельствует, что религиозный опыт и убеждения занимают важное место в жизни многих больных с психическими и поведенческими расстройствами, такими, как алкоголизм, наркомания, токсикомания, игромания. Лица, страдающие аддиктивными расстройствами, после неудач многократного лечения обращаются к священнослужителям. И не только к ним, а также к знахарям, народным целителям и пр. Нередко священнослужители оказываются первыми, к кому приходят наркологические больные или их родственники за помощью. В этом случае именно от них зависит своевременное направление больных к специалистам в области наркологии или к врачам других медицинских специальностей: к терапевтам, инфекционистам, неврологам и пр. От своевременной профессиональной помощи врачей зависит сохранение здоровья больных, а порой и самой жизни. Следовательно, объективная реальность постулирует необходимость повышения уровня базисных знаний священнослужителей по вопросам специфики наркологических заболеваний, психической и соматоневрологической патологии, которая им сопутствует, а также по организации лечебно-реабилитационной помощи в государствен-

ных наркологических учреждениях или в специализированных больницах.

В свою очередь, большинство врачей психиатров-наркологов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе (т.е. членов наркологической реабилитационной бригады) не имеет необходимой подготовки в области религиоведения и недооценивают значение религии в процессе медико-социальной реабилитации наркологических больных.

От религиозных воззрений специалистов в области медико-социальной реабилитации во многом зависит использование конкретных реабилитационных концепций и программ ресоциализации лиц с аддиктивными расстройствами. Уровень религиозного образования врачей наркологов и медицинских психологов в определенной мере определяет подходы к консультированию и реабилитации наркологических больных и особенно тех из них, которые имеют религиозный опыт и убеждения. Очевидно влияние религиозных убеждений на определение понятий *наркологическое здоровье, ресоциализация* и на понимание роли «духовности» (религиозной, светской) в становлении ремиссий, социальной реадaptации и освобождения от патологических аддикций.

Наиболее результативно взаимодействие наркологии, психотерапии и религиоведения при реабилитации наркологических больных, страдающих труднокурабельными заболеваниями (ВИЧ-инфекция, СПИД, тяжелые формы гепатитов, туберкулез, онкологические заболевания и пр.), коморбидными расстройствами, а также совершивших суицидальные попытки, освободившихся из мест лишения свободы и прочее. В комплексной медико-социальной работе и ресоциализации наркологических больных максимальный психотерапевтический эффект достигается в тех случаях, когда содержание психотерапии учитывает религиозное мировоззрение пациентов. Особенно это касается воцерковленных больных.

Необходимо отметить, что в настоящее время методология социальной реабилитации наркологических больных в церковной общине допускает «возможность включения в церковную реабилитацию профессионалов (наркологов, медиков, психологов, социальных работников) при условии, что они, как минимум, разделяют христианскую систему ценностей» [2]. Такая точка зрения игумена Мефодия (Кондратьева), Р.И. Прищенко, Е.Е. Рыдалевской отвечает современным требованиям реализации принципа комплексности при оказании помощи больным и методологии реабилитации наркологических больных. В настоящее время конфессиональные реабилитационные центры (православные, протестантские, католические, мусульманские и др.) осуществляют свою деятельность в соответствии с разработанными концепциями и программами. Устойчивая ремиссия и восстановление социального статуса не рассматриваются Русской Православной Церковью (РПЦ) в качестве единственной цели реабилитации. По мнению игумена Мефодия (Кондратьева) и др.: «Конечной целью для Церкви является приготовление людей к вечной жизни, к которой Бог призывает всех», «церковная реабилитация есть обращение (возвращение) на путь спасения, ведущей к вечной жизни людей, попавших в зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), начинающаяся с преодоления зависимости и восстановления социальных навыков». Реабилитационный процесс органически включается в жизнь церковной общины. Церковная среда становится реабилитационной средой для наркологических больных, в которой «соединяется перемена мировоззрения зависимых с максимально возможным участием в Евхаристической жизни». Реабилитируемые лица вместе с членами церковной общины становятся «соратниками Божиими». Наряду со стабильной ремиссией и ресоциализацией основным показателем эффективности церковной реабилитации является «сформировавшаяся христианская ценностная мотивация в повседневной жизни» или *воцерковление* [2].

В активе РПЦ числится более 40 организаций — реабилитационных центров и религиозных общин. В структуру Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению входит Координационный центр по противодействию наркомании, в котором сформирован Координационный совет по противодействию наркомании, в ряде епархий созданы отделы по противодействию наркомании. В декабре 2010 г. подписано соглашение о взаимодействии Русской Православной Церкви и государства в лице Государственного антинаркотического комитета.

По решению Правления Российского объединения Союза христиан веры евангельской (пятидесятников) (далее — РОСХВЕп) разработаны концепция и программа реабилитации наркологических больных (наркомания, алкоголизм, игровая зависимость). Проблема зависимостей рассматривается как био-психо-социо-духовная модель патологии, в начале развития ко-

торой и в последующей ее динамике находится поражение духовной составляющей человека [5, 6]. Предлагаемая концепция и программа духовной и социальной реабилитации апробирована на базе 35 центров «Исход», которые функционируют с 2000 г. Под окормлением РОСХВЕп действует более 500 реабилитационных центров. Идеология реабилитационной работы центров базируется на взаимосвязанных духовных, психолого-воспитательных и социальных технологиях, обеспечивающих своей комплексностью, последовательностью и долгосрочностью достижение поставленной цели. Выделенные в Программе этапы восстановления лиц с проблемами зависимости отражают динамику постепенного угашения синдрома патологического влечения к ПАВ, оптимальный путь адаптации и ресоциализации больных. Обязательным условием начала реабилитационного процесса является обследование, установление диагноза (признание прерогативы врачей-наркологов), специфики личной и социальной дезадаптации, выяснение мотивов участия в лечебно-реабилитационном процессе и пр.

Очень важна позитивная динамика, заключающаяся в том, что Русская Православная Церковь и ряд других конфессий рассматривают наркоманию как грех и болезнь (сочетание «духовной страсти и тяжелого заболевания») [2, 5, 6] или как грех [3]. Сформировалось и приобретает распространение принципиально важное понимание того, что в конфессиональных реабилитационных центрах (общинах) лица, принимающие непосредственное участие в реабилитации наркологических больных, обязаны обладать определенным стандартом знаний о болезни и путях ее преодоления.

В системе Минздравсоцразвития России к началу 2011 г. функционирует: 3 реабилитационных центра (РЦ) со 140 реабилитационными койками, 9 реабилитационных отделений, имеющих статус реабилитационных центров, 71 реабилитационное отделение, 65 дневных стационаров, 138 наркологических диспансеров (из них 115 со стационаром), 277 подростковых кабинетов. Общее количество реабилитационных коек 1538 [7]. На наркологические диспансеры страны возложены обязанности по оказанию амбулаторной реабилитационной помощи. Следовательно, в России, в соответствии с Приказом Минздрава №76 от 1997 г., создана сеть государственных наркологических реабилитационных учреждений, включающая все основные подразделения: реабилитационные стационары, центры, амбулатории, дневные стационары, общежития. Причем стационарные подразделения дополняются амбулаторными (поликлиническими) и полустационарными, что позволяет последовательно реализовывать весь цикл реабилитационной помощи и программ. Однако в стране явно не хватает государственных реабилитационных центров и отделений, профессионально подготовленных медицинских психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе. В 2002 г. министр здравоохране-

ния Ю.Л. Шевченко утверждал, что в Российской Федерации необходимо открыть 300 наркологических реабилитационных центров на 30 тыс. мест [1]. Однако в течение последних 10 лет в стране не создано ни одного реабилитационного наркологического центра. И это при условии, что распространенность наркомании и алкоголизма продолжает расти и сама проблема приобрела социально значимый характер. В этих условиях негосударственные наркотические структуры (общественные, коммерческие, «некоммерческие», конфессиональные и пр.), стихийно, еще в конце XX века, взяли на себя инициативу и организовали массовую реабилитационную помощь гражданам Российской Федерации, зависимым от наркотиков и алкоголя. К сожалению, под вывеской благотворительных, некоммерческих реабилитационных центров нередко функционируют учреждения, не отличающиеся профессионализмом и не способные оказать реальную помощь больным. Как правило, центры используют своих клиентов как бесплатную рабочую силу. Известны факты, когда, нарушая уголовный кодекс, больных наркоманией насильно удерживали в «центрах реабилитации», естественно, не бескорыстно и по предварительной договоренности с их родственниками. Сегодня государство не контролирует работу негосударственных центров, ибо не созданы соответствующие законодательные акты, и в некоторых из них действительно творится беспредел.

Сравнивая структуру наркологической службы 1995 г. с 2010 г. следует отметить определенную негативную динамику. За 15 лет количество наркологических диспансеров (НД) уменьшилось с 222 до 138, т.е. на 84 НД. Значительно уменьшилось количество наркологических коек с 35 473 до 25 497 (т.е. на 9976 коек), а также уменьшилось общее число психиатров-наркологов с 6263 до 5688 чел. [7, 8]. В настоящее время каждый врач психиатр-нарколог занимает 1,7 должности, что свидетельствует о значительной профессиональной перегруженности и, естественно, не может не отражаться на качестве работы. Низкие заработные платы врачей (кроме Москвы и частично Петербурга), среднего медицинского персонала и медицинских психологов заставляют их работать дополнительное время, иначе им приходится жить впроголодь и экономически они не могут обеспечивать свои семьи. Так, врач-нарколог с 10-летним стажем зарабатывает в 3 раза меньше (в том числе, и в наркологических учреждениях федерального подчинения — Минздравсоцразвития РФ), чем в Москве (в системе московского департамента здравоохранения), при условии выполнения тождественных профессиональных обязанностей и нагрузок. Естественно, вопрос стоит не об уменьшении заработной платы в системе московского департамента здравоохранения, а о повышении зарплаты специалистам в области наркологии других регионов России. Спрашивается: «За что, на основании каких «благих» намерений это

происходит? Почему в стране имеет место подобная дискриминация и кто непосредственно несет за это ответственность (административную или, скорее, уголовную)?». Политика подрыва доверия к идее справедливости заставляет врачей из многих городов России любыми путями устроиться работать в Москве и получать терпимую зарплату за свой труд. Вполне резонно предположить, что так называемая модернизация наркологической службы осуществляется за счет низкой заработной платы медицинского персонала и других лиц, участвующих в оказании лечебной и реабилитационной помощи наркологическим больным, или за счет униженно низких пенсий граждан страны, а не за счет дополнительных государственных субсидий, что соответствовало бы Конституции страны и доходам от продажи ее сырьевых богатств.

В настоящее время в российской наркологии существует несколько очень существенных негативных проблем, созданных государством.

Первая — наркологические больные неохотно идут лечиться и проходить реабилитационные циклы в государственных наркологических учреждениях (число посещений НД на одного больного в течение года составляет 2,6). Предпочтение отдается негосударственным наркологическим образованиям, число которых растет из года в год. Полупустуют НД, наркологические отделения, реабилитационные стационары. Причина этого негативного явления обусловлена тем, что существующая система учета наркологических больных в НД отчуждает их от государственных наркологических учреждений. В России больные не могут получить наркологическую помощь без социальных санкций. Наркологический учет влечет за собой лишение многих гражданских прав: ограничения в приобретении профессии и лишение профессиональной перспективы. В частности, это касается получения профессии юриста, учителя, врача, приобретения водительского удостоверения, появления дополнительных проблем с семьями в случаях развода и многое другое. В тех случаях, если наркологические больные не обращаются за помощью в НД, а выбирают коммерческое, «некоммерческое» или конфессиональное наркологическое лечебное или реабилитационное учреждение, они избегают позорного учета или социального прессинга.

Вторая — не создана (отсутствует) система целевого финансирования программ медико-социальной реабилитации и ресоциализации наркологических больных в условиях государственных наркологических учреждений (стационаров и амбулатории). Наркологическая служба финансируется целиком, не дифференцированно, все средства уходят на неотложную наркологию и лечение и как следствие:

- плохо используется потенциал врачей наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов и, особенно, специалистов по социальной работе и социаль-

ных работников в программах реабилитации и ресоциализации;

- в связи с дефицитом медицинских психологов и социальных работников не выполняются основные принципы оказания реабилитационной помощи, возложенные на государственные наркологические учреждения (комплексность, долгосрочность, дифференцированность, преемственность, мультидисциплинарность);

- не создаются условия и механизмы социальной и трудовой реинтеграции наркологических больных;

- не выполняются федеральные законы и приказы Минздравсоцразвития России по проблемам реабилитации и ресоциализации наркологических больных, средняя продолжительность пребывания наркологического больного в реабилитационных отделениях и центрах около 42 дней вместо положенных оптимальных 90 дней.

Третья — не разработан порядок взаимодействия негосударственных реабилитационных центров, оказывающих услуги по медико-социальной реабилитации и ресоциализации больных наркоманией с государственными учреждениями наркологического профиля, государственными предприятиями и учреждениями социального обслуживания, а также с органами исполнительной власти в сфере здравоохранения и социального развития.

Четвертая — в негосударственных и, особенно, в конфессиональных реабилитационных центрах отсутствует медицинская составляющая (диагностика, профессиональное консультирование, ведение документации, оценка деятельности и пр.), являющаяся основой любого наркологического учреждения, которое берет на себя право оказывать реабилитационную помощь наркологическим больным.

Пятая — не развита система мониторинга и не внедрены в практику критерии многофакторной, единой оценки эффективности работы государственных и негосударственных общественных, некоммерческих, коммерческих и конфессиональных наркологических реабилитационных учреждений.

Шестая — отсутствует система подготовки и переподготовки специалистов (психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников) по вопросам медико-социальной реабилитации и ресоциализации наркологических больных.

Седьмая — не созданы на базах передовых государственных наркологических учреждений экспериментальные центры для разработки и внедрения инновационных методов реабилитации и ресоциализации наркологических больных и проведения образовательных циклов для специалистов в области медико-социальной реабилитации.

Восьмая — не разработаны программы медико-социальной реабилитации и ресоциализации наркологических больных (в том числе и ВИЧ-инфи-

цированных), содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (сегодня в местах лишения свободы находится порядка 500 тыс. отбывающих наказание за наркотики), освобождающихся из них и требующих наблюдения и реабилитации в НД по месту жительства.

Приведенная информация свидетельствует о том, что в Российской Федерации не создаются необходимые условия для организации государственной системы медико-социальной реабилитационной помощи наркологическим больным. Это касается финансирования реабилитационного звена наркологической службы, оплаты труда специалистов в области лечения и реабилитации, отсутствия взаимодействия с ведомствами, обеспечивающими социальную и трудовую реинтеграцию реабилитируемых больных, несовершенством нормативно-правовой базы. Явный дефицит развитой инфраструктуры государственных реабилитационных учреждений стимулирует развитие коммерческих, «общественных» и конфессиональных наркологических центров, деятельность которых не контролируется и нередко дискредитирует саму идею научно обоснованной медико-социальной реабилитационной помощи наркологическим больным. Значительный рост подобных коммерческих и так называемых некоммерческих (бесплатных для больных центров не существует) реабилитационных центров ложится тяжелым экономическим бременем на родственников больных, которые вынуждены платить из своего опустошенного кармана за надежду восстановления тяжело больных детей или родственников.

В настоящее время стало привычным явлением, что государственные наркологические учреждения, основываясь на Конституции Российской Федерации и возвращаясь к традициям дореволюционной России 1917 г., предоставляют помещения (молитвенные комнаты, небольшие часовни и пр.) и создают условия для реализации больными своих религиозных потребностей и прав.

Из вышеизложенного следует, что в России обозначены пути взаимодействия государственных учреждений наркологического профиля с негосударственными (конфессиональными и неконфессиональными) реабилитационными центрами. Они осуществляются в следующих направлениях: медицинском, социальном, профессионально-образовательном, методологическом, научном и финансовом. Форма взаимодействия с негосударственными наркологическими учреждениями и конфессиональными реабилитационными центрами (НГКРЦ) — партнерство.

1. Спектр государственных медицинских услуг по проблемам медико-социальной реабилитации и ресоциализации наркологических больных, оказываемых при взаимодействии с НГКРЦ, включает в себя:

- диагностику наркологического заболевания и уровня реабилитационного потенциала наркологиче-

ских больных (при отсутствии врача психиатра-нарколога в НГКРЦ);

- диагностику и лечение сопутствующих психических и соматоневрологических заболеваний;
- психологическое обследование, установление синдромального комплекса психологических нарушений или девиаций;

- лабораторное обследование, в том числе на инфекционные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию, туберкулез, венерические заболевания;

- осмотр, консультацию наркологических больных другими специалистами в области медицины (терапевтом, невропатологом, гинекологом);

- проведение медикаментозной терапии и детоксикации с использованием различных методов лечения и фармакотерапии;

- лечение острых состояний, вызванных наркотической/алкогольной интоксикацией (передозировки наркотиками, наркотический/алкогольный абстинентный синдром, психотические расстройства наркотического или алкогольного генеза);

- оказание психокоррекционной и психотерапевтической помощи наркологическим больным и их родственникам;

- консультацию врача психиатра-нарколога при ухудшении психического состояния больных, находящихся в конфессиональном реабилитационном центре, и последующий перевод пациентов на бюджетную койку государственного наркологического учреждения в случаях негативной динамики заболевания;

- направление в НГКРЦ наркологических больных, изъявивших добровольное желание и завершивших этап лечения острых состояний в государственных наркологических стационарах, с целью их дальнейшей реабилитации и ресоциализации;

- предоставление антиретровирусной терапии (в случае наличия ВИЧ-инфекции) на всех этапах медико-социальной реабилитации и ресоциализации;

- создание условий для оказания наркологическим больным религиозных услуг (различными конфессиями) в государственных наркологических учреждениях;

2. Спектр государственных социальных услуг больным наркоманией, оказываемых при взаимодействии с НГКРЦ:

- организация условий для трудотерапевтического процесса на контрагентской основе в периоды нахождения больных наркоманией в НГКРЦ;

- ресоциализация и трудоустройство больных после завершения реабилитационной программы в НГКРЦ;

- профессиональное обучение и переобучение больных, особенно лиц несовершеннолетнего возраста и лиц с инвалидностью;

- помощь в восстановлении документов, регистрации места жительства, решении жилищных проблем;

- помощь в оформлении пенсии, инвалидности;

- восстановление документов и консультирование по юридическим вопросам;

- оформление медицинской страховки;

- психотерапевтическая и психокоррекционная работа с созависимыми родственниками наркологических больных.

3. Спектр государственных услуг по проблемам профессиональной подготовки и переподготовки специалистов, участвующих в оказании реабилитационной помощи наркологическим больным, включает в себя:

- осуществление регулярной профессиональной подготовки и переподготовки сотрудников НГКРЦ (врачей психиатров-наркологов, медицинских психологов, социальных работников, волонтеров, если таковые зачислены в штат) по проблемам медико-социальной реабилитации и ресоциализации;

- проведение общеобразовательных семинаров для непрофессиональных сотрудников НГКРЦ с целью повышения их компетентности по проблемам зависимости от психоактивных веществ и организации реабилитационной помощи;

- проведение конференций, симпозиумов, круглых столов по проблемам медико-социальной реабилитации и ресоциализации с участием сотрудников НГКРЦ.

4. Спектр государственных услуг НГКРЦ по проблемам методологической и научно-методологической помощи:

- разработка и составление учетно-отчетной документации;

- экспертная поддержка по созданию программ реабилитации и ресоциализации, оценке качества и эффективности работы НГКРЦ;

- курирование и оценка научных исследований при заключении соответствующих договоров с государственными наркологическими учреждениями.

Спектр государственных услуг НГКРЦ по материально-экономическим проблемам может осуществляться в соответствии со «Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 1020 года», в которой отмечается необходимость разработки механизмов государственной поддержки учреждений, обеспечивающих социальную и трудовую реинтеграцию участников реабилитационных программ. Этот спектр взаимодействия может включать:

- целевое финансирование, софинансирование, субсидирование негосударственных реабилитационных центров, в том числе и конфессиональных;

- предоставления техники, помещений для НГКРЦ с целью успешной реализации социальных реабилитационных программ;

- предоставление льгот по арендной плате, коммунальным услугам НГКРЦ.

В свою очередь, негосударственные конфессиональные реабилитационные центры могут предостав-

лять целый спектр услуг государственным наркологическим реабилитационным учреждениям, включая:

- активное выявление лиц, зависимых от наркотиков/алкоголя, и направление их в государственные наркологические учреждения с целью установления диагноза, обследование (ВИЧ-инфекция, гепатит, туберкулез, ИППП и пр.), лечение острых состояний, вызванных злоупотреблением ПАВ, и реабилитацию;

- социальная реабилитация (для оказания данной услуги больным наркоманией необходима лицензия, однако лицензирование НГКРЦ в настоящее время отсутствует) и ресоциализация;

- мотивация больных наркоманией/алкоголизмом на участие в программах лечения, реабилитации и ресоциализации;

- мотивация на поддерживающую антиретровирусную терапию (в случае наличия ВИЧ-инфекции), лечение гепатитов, туберкулеза и других инфекционных заболеваний в государственных медицинских учреждениях;

- профилактика рецидивов наркомании/алкоголизма и ИППП, а в случаях срывов и рецидивов заболевания мотивирование на повторное лечение и участие в реабилитационных программах;

- повышение духовной составляющей реабилитационного потенциала наркологических больных;

- мотивирование и индивидуальное сопровождение больных наркоманией/алкоголизмом в различные медицинские/профильные учреждения, исходя из конкретной ситуации, требующей неотложной помощи;

- мониторинг предпринятых действий (в том числе корректировка плана), анализ и объективная оценка результатов реабилитации, а также поддержание контакта с лицами, зависимыми от ПАВ, в случае прерывания/отказа от лечения или реабилитации;

- проведение семинаров, конференций, круглых столов по программам духовной реабилитации и ресоциализации наркологических больных;

- проведение совместно с государственными учреждениями акций антинаркотической направленности и в поддержку здорового образа жизни;

Учитывая масштабы Российской Федерации, необходимо разработать и внедрить в качестве пилотного проекта в нескольких регионах Российской Федерации новую систему лечебно-реабилитационной наркологической помощи, при этом коренным образом изменить законодательную базу в направлении ее гуманизации и усиления социальной защиты больных. Полученный позитивный опыт использовать для внедрения во всех регионах страны.

Список литературы

1. Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации Ю.А. Шевченко на заседании Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту «О развитии в Российской Федерации сети реабилитационных учреждений и подразделений для больных наркоманией» 7 августа 2002 г.
2. Игумен Мефодий (Кондратьева), Прищенко Р.И., Рыдалевская Е.Е.. Методология социальной реабилитации наркозависимых в церковной общине. — М.: Лепта Книга, 2012. — С. 1—141.
3. Иеромонах Анатолий Берестов. Грех можно победить // Наркомания: грех или болезнь. — М.: Даниловский благовестник, 2000. — С. 193—204.
4. Иеромонах Валерий Ларичев. Братство при православном приходе // Наркомания: грех или болезнь. — М.: Даниловский благовестник, 2000. — С. 182—192.
5. Исход. Концепция и программа социальной и духовной реабилитации лиц зависимых от психоактивных веществ. — М.: Хлебъ, 2011. — С. 1—40.
6. Концепция социальной реабилитации людей, страдающих химической зависимостью. — М., 2010. — С. 1—41.
7. Статистический сборник. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2009—2010 годах. — М., 2011.
8. Энциклопедия алкоголя. Мирошниченко Л.Д. — М.: Вече, 1998. — С. 55—60, 141—142, 237—239, 325.

THE PROBLEMS OF REHABILITATION OF ADDICTED PATIENTS AND THE SYSTEM OF COOPERATION BETWEEN STATE AGENCIES WITH FAITH-BASED DRUG REHABILITATION CENTERS

DUDKO T.N.

This article contains information about main problems of state drug rehabilitation care patients and identified ways of cooperation between state narcological agencies and confessional rehabilitation centers. Were defined the following areas: medical, social, educational, methodological, scientific and financial.

Key words: drug and alcohol abuse, medical and social rehabilitation, resocialization, rehabilitation centers, church groups