



7. **Benowitz N. L.** Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction / N. L. Benowitz // Clinical pharmacology and therapeutics. 2008. Vol. 83. No 4. P. 531–541.
8. **Christie D., Fowler Qun Lu, Lu Paul M.** Habenular $\alpha 5$ nicotinic receptor subunit signalling controls nicotine intake. Nature. 2011. Vol. 471. No 7340. P. 597–601.
9. **Tyndale R. F., Sellers E. M.** Genetic variation in CYP2A6-mediated nicotine metabolism alters smoking behavior. Ther. Drug Monit. 2002. Vol. 24. No 1. P. 163–171.

7. **Benowitz N. L.** Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. Clinical pharmacology and therapeutics. 2008. Vol. 83. No 4. P. 531–541.
8. **Christie D., Fowler Qun Lu, Lu Paul M.** Habenular $\alpha 5$ nicotinic receptor subunit signalling controls nicotine intake. Nature. 2011. Vol. 471. No 7340. P. 597–601.
9. **Tyndale R. F., Sellers E. M.** Genetic variation in CYP2A6-mediated nicotine metabolism alters smoking behavior. Ther. Drug Monit. 2002. Vol. 24. No 1. P. 163–171.

УДК 364.044

АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION AND RESOCIALIZATION OF DRUG ADDICTS



© Тесленко Виктор Михайлович

Viktor M. Teslenko

доктор медицинских наук, профессор кафедры № 3, Северо-Западный институт повышения квалификации Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков.

DSc (Medical), North-West Institution of Advanced Training of the Federal Drug Control Service of the Russian Federation.

✉ vorobevaSZIPK@yandex.ru

© Воробьева Марина Олеговна

Marina O. Vorobyova

преподаватель кафедры № 3, Северо-Западный институт повышения квалификации Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков.

teacher, North-West Institution of Advanced Training of the Federal Drug Control Service of the Russian Federation.

✉ vorobevaSZIPK@yandex.ru



В статье анализируются вопросы наркозависимости, этапы и методы восстановления здоровья; пути и способы реабилитации и ресоциализации. Рассматривается возвращение наркозависимого к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от наркотиков, восстановления (или формирования) личного и социального статуса.

Ключевые слова: ресоциализация, реабилитация, методы лечения.

Нужно признать, что система реабилитации и ресоциализации наркозависимых в России как государственная функция фактически отсутствует. Дмитрий

The paper analyzes the issues of addiction, stages and methods of rehabilitation; ways and means of rehabilitation and resocialization. The authors consider the return to social life of a drug addict by means of restoration of physical and mental health, drugs refusal, recovery (or formation) of personal and social status of an individual.

Key words: re-socialization, rehabilitation, treatments.

Медведев в апреле 2011 г. на заседании Госсовета в Иркутске поручил правительству создать в России национальную систему медико-социальной реабилитации лиц, прошедших курс



лечения от наркозависимости и алкоголизма. Об актуальности этой проблемы свидетельствует возрастная ценз наркопотребителей. в стране таких людей около 2,5 млн., из них 70% – молодёжь в возрасте до 30 лет, а 30% – лица среднего и старшего возраста [4]. Это, как правило, профессионально подготовленные люди, необходимые государству и семье. Возврат их в профессиональную среду и восстановление в полном объёме их работоспособности является важным вкладом в экономическую составляющую страны.

С учётом вышеизложенного национальная система должна состоять из трёх взаимосвязанных и непрерывных процессов:

1. Детоксикация (14 дней).
2. Лечение психических расстройств, вызванных приёмом наркотических средств (2 мес.).
3. Реабилитация и ресоциализация (до одного года).

В России сравнительно недавно реабилитация и ресоциализация были выделены в отдельное направление, входящее в комплексную систему мер, направленных на лечение наркозависимости. Реабилитация («rehabilitatio» – лат.) – восстановление. В медицинском понимании – восстановление нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов, достигаемое применением комплекса медицинских, педагогических и социальных мероприятий. В наркологии (предложено Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ)) – является процессом, следующим за первоначальной стадией лечения (детоксикация и медикаментозная терапия). Реабилитация в наркологии получила следующее определение – это цельная система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых и трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления наркотиков [8; 10].

Длительный период времени лечение наркозависимости рассматривалось в аспекте медикаментозного лечения, после которого следовало неизбежное возвращение пациентов в «старую» социальную среду, способствующее снижению вероятности нормализации жизнедеятельности, так как длительный отрыв от общественных и микросоциальных отношений, отсутствие необходимых социальных компетенций способствуют формированию зависимости и возвращению к прежнему образу жизни. Однако для того чтобы сохранить трезвость, наркозависимому человеку не достаточно пройти лечение, а также воздерживаться от употребления наркотиков, – необходимы кардинальные личностные перемены, изменение мировоззрения, адаптация

к новым реалиям, восстановление социально-психических функций, нарушенных в период употребления наркотических средств. в связи с этим важнейшей задачей является организация системы реабилитации и ресоциализации наркозависимых.

В 1960-е гг. в связи с ростом наркозависимых началась адаптация системы терапевтических сообществ к особенностям реабилитации зависимых от наркотиков. в настоящее время существует более 500 резидентских программ для реабилитации наркоманов. Но несмотря на это, актуальность реабилитации на сегодняшний день как никогда актуальна, так как в стране в целом, за исключением отдельных регионов, не сложилось целостной национальной системы реабилитации и ресоциализации, что сводит основную помощь наркозависимым к снятию ломки и детоксикации организма в наркодиспансерах. Система наркоцентров, существующая сегодня вне комплексной реабилитации и ресоциализации, не решает главную задачу – достижение стойкой ремиссии и восстановление работоспособности пациента. Об этом заявил в своём докладе директор ФСКН России *В. П. Иванов* на заседании Президиума Госсовета. Статистика свидетельствует, что это всего лишь два процента снятых с учёта в связи с выздоровлением от всех, прошедших курс лечения в наркологических учреждениях [4; 9].

Ресоциализация зависимых от наркотиков лиц проводится после реабилитации, длится не менее 6 месяцев. Понятие подразумевает повторную социализацию (от лат. «re» – повторный, англ. «resocialization»).

Целью ресоциализации является поддержка лиц, прошедших курс лечения и реабилитации от наркозависимости. Для этой цели создан комплекс мероприятий, направленных на обучение первичной специальности с последующим трудоустройством.

Реабилитация предполагает использование следующего ряда принципов при ее реализации:

– Добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях. Необходимо получение согласия реабилитанта (или его законного представителя) на участие в реабилитационном процессе.

– Прекращение приёма наркотических средств. Принципиальным является формирование мотивации (установки) пациента на полный отказ.

– Конфиденциальность. Все участники реабилитационного процесса должны уважать право человека на неразглашение информации относительно его участия в реабилитации.



– Системность реабилитационных мероприятий. Реабилитационные программы строятся на объединении и координации комплекса воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц. Системность реабилитационного процесса обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля, взаимодействующих в одной структуре (команде, бригаде).

– Этапность реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации строится поэтапно с учётом объективной оценки реального состояния наркомана и его закономерной динамики. Выделяются следующие основные этапы реабилитации: начальный (вхождение в реабилитационную программу), развёрнутый, завершающий (выход из реабилитационной программы).

– Позитивная направленность реабилитационных мероприятий. Позитивно ориентированным воздействиям отдаётся приоритет перед негативно ориентированными санкциями и наказаниями. Это достигается путём ориентации реабилитационных мероприятий на принятие, поддержку, поощрение. Создаётся атмосфера, обеспечивающая личностный рост и развитие.

– Ответственность.

– Включение в реабилитацию основных значимых других лиц. Этот принцип предполагает консультирование; диагностику и коррекцию проблем, существующих у членов семьи наркозависимого.

– Реорганизация жизненной среды и формирование реабилитационной среды [3, 7, 9].

Для выбора правильной схемы реабилитации необходимо учитывать стадию заболевания, возраст больного, состояние психики больного, наличие или отсутствие стремления избавиться от наркотической зависимости. Лечение наркозависимых, как и процесс реабилитации, проводится поэтапно.

Первый этап начинается с прекращения приёма наркотика. Лишение приёма наркотического вещества осуществляется тремя методами:

– внезапным (у молодых людей, обычно на начальных этапах заболевания),

– быстрым и медленным, в течение нескольких дней (у пожилых, соматически ослабленных больных во II и III стадиях болезни).

Первый этап лечения – дезинтоксикация наркомана, то есть медикаментозное лечение, проводимое специалистами-наркологами. в последующем к успешному медикаментозному лечению присоединяются методы психотерапии, физиотерапии, массажа и трудотерапии и на заключительном этапе – реабилитация

и ресоциализация, являющаяся завершающим звеном выздоровления и возвращения в социум наркозависимых.

Реабилитация и ресоциализация условно разделены на три этапа:

1. Адаптационный этап (приспособление больного наркоманией к условиям содержания и режиму работы в реабилитационном центре).

2. Интеграционный этап (вхождение в реабилитационную программу, включающую в себя медицинские, психологические, психотерапевтические и социальные аспекты).

3. Стабилизационный этап (восстановление физического и психического состояния пациента).

Медикаментозные методы лечения

Для лечения наркозависимых используется большой арсенал фармакологических средств, используемых в основном для детоксикации и фармакологической реабилитации наркозависимых.

Самым распространённым фармакологическим препаратом является метадон, синтетический опиат. Смысл метадоновой программы заключается в том, что с нелегального употребления героина наркоман переходит на легальный способ употребления, но уже метадона, сопровождающегося различными проблемами со здоровьем, с целью укорочения детоксикации и в качестве поддерживающего средства пациентов. Впоследствии проводят постепенную, в течение нескольких дней (недель), отмену метадона. Конечной целью детоксикации является достижение пациентом состояния, свободного от наркотической зависимости (физической). Также используют блокаторы опиатных рецепторов одновременно с героином, что останавливает развитие физической зависимости, но не снимает тягу к наркотику. Поэтому при такой терапии предполагается применение других методов воздействия (психотерапия в первую очередь) [1].

Психотерапия включает в себя гипноз с внушением отвращения и выработкой отрицательного рефлекса на наркотическое средство; укрепление воли; установку на активное выздоровление.

Гипноз. Погружение пациента в гипнотическое состояние – привычный технический приём, позволяющий повысить действенность лечебного внушения и тем самым добиться необходимого терапевтического эффекта. Техника предусматривает соблюдение состояния покоя и удобства, усыпляющие формулы произносятся ровным и спокойным голосом, иногда сопровождаемая более эмоциональными императивными внушениями.



Рациональная психотерапия. Принципиально отличается от гипноза обращением к сознанию и рассудку человека, к его логике. Используются законы логического мышления, индивидуальное умение анализировать информацию и профессиональные знания врача для критического разбора ошибок в логических построениях больного, разъясняются причины болезни, показывается зависимость между неправильным пониманием причин болезни пациентом и динамикой болезненного процесса, происходит обучение законам логики.

Аутогенная релаксация. Метод самовнушения, в котором посредством повышения внушаемости служат предваряющие внушения мышечная релаксация и самоуспокоение. Эффект комплексный, зависящий от накопления положительного действия состояний релаксации и от закрепления внушаемых самому себе необходимых представлений и ощущений. Методы аутогенной релаксации могут использоваться как дополнение к основному психотерапевтическому методу. Под релаксацией понимается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психорегулирующей активностью и ощущаемое либо во всём организме, либо в одной из его систем. Наиболее часто используемыми методами аутогенной релаксации являются нервно-мышечная релаксация, медитация, аутогенная тренировка и различные формы биологически активной связи.

Игровая психотерапия и психотерапия творчеством. Лечебные методы, в которых научное представление о человеке в значительной мере связано с бурным развитием психологических наук, социальной психологии, психологии личности. Разрабатываются различные варианты приёмов раскрытия психологических и творческих возможностей личности в целях отвлечения, переключения, успокоения, обогащения духовной жизни. Это может быть и проигрывание деловых жизненных ситуаций, и импровизированная живая игра в сюжетные сказки и т.д. Методические приёмы разнообразны: от активного исполнительства, попыток создания собственных произведений, тренировки восприятия как способности критической оценки, так и возможность ее публичной формулировки и отстаивания, до более пассивных ролей зрителя, слушателя, соучастника, болельщика [2, 3, 8].

Эмоционально-стрессовая психотерапия. Система активного лечебного вмешательства, которое заставляет больного на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотреть и даже радикально изменить отношение к себе, к своему болезненному состоянию и окружающей микро социальной среде. Лечение осуществляется методом укрепления и выработки идейных, духовных

позиций и интересов больного, сопровождается старанием пробудить эти высокие интересы и устремления, противопоставить заинтересованность и увлечённость болезненной симптоматике и часто связанному с ней подавленному, депрессивному или апатичному настроению.

Наркопсихотерапия. Внушение в состоянии гипноза, вызванном введением медикаментозных средств. Для лечебных целей достаточно начального оглушения, эйфории и лёгкой спутанности сознания, и тогда на входе в него и на выходе из этого состояния психотерапевт проводит свои словесные воздействия (внушения).

Коллективная и групповая психотерапия. Базируется на объединении пациентов в лечебную группу и позволяет использовать в лечебных целях не только взаимоиндукцию пациентов, но и простое стремление их подражать друг другу. Лечебное воздействие врача постепенно дополняется своеобразным воздействием коллектива на каждого своего члена, и это направляемое врачом действие становится центром лечебного процесса при коллективной психотерапии.

Цель данных методов – рост личности, налаживание взаимоотношений.

Физиотерапия

Физиотерапия – это ванны, души, гальванизация, электрофорез, грязевые и парафиновые аппликации, электросон, которые помогают восстановить работу организма [2, 6].

Трудотерапия

Лечение трудом является составной частью реабилитационных мер, направленных как на восстановление функций поражённого органа (системы), так и всего организма больного, а также трудотерапия назначается с целью повышения общего тонуса организма. Трудовые движения стимулируют физиологические процессы и функцию основных систем больного, мобилизуют его волю, дисциплинируют и приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, освобождают от мыслей и побуждений, возникающих на почве бездействия и праздного времяпрепровождения, отвлекают от ухода в болезнь. Трудотерапия возбуждает психическую активность, направляя ее в русло предметной, осмысленной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Она заключается в том, что пациенты под руководством труд-инструктора несколько часов в день работают на улице или занимаются домашним хозяйством. Цель этого направления – открыть в себе новые качества, развить новые навыки, получить удовольствие от работы [7; 6; 2].

В нашей стране работает большое количество – около 160 государственных медицинских наркологических учреждений, а в реабилитации наркозависимых участвуют еще и около 400 не-



государственных структур, часть из них – при церковных приходах [4]. в каждом из таких учреждений существует определённая программа реабилитации, принципы реабилитации наркозависимых, по которым работают специалисты. Рассмотрим наиболее известные программы реабилитации наркозависимых.

Метадоновые программы

Стереотипы потребления наркотиков различны. Наихудшим вариантом считается употребление инъекционных препаратов – героина, морфина, а в нашей стране – и самодельных опиатов, которые употребляются в основном после экстракции с помощью ацетона методом нагревания без всякой дополнительной очистки, что ведет к частым заражениям при попадании инфекции в вену, флебитам, гепатитам и СПИДу.

Метадоновые программы являются отражением существующей концепции *harm reduction* («уменьшения вреда»). в основе этой концепции лежит уже знакомая нам идея о том, что наркозависимость, как и алкоголизм, неизлечимы, и поэтому необходимы меры для тех зависимых, которые не смогут выдержать синдром абстиненции до конца жизни.

Из этих положений формируется современная реабилитационная программа: качества, приведшие к наркомании, должны быть изжиты в процессе консультирования либо группового лечения. в процессе общения с группой главным целебным фактором является наличие среды, сообщества, в котором формируется новая личность как продукт изменения межличностных отношений. Обычно в группах самопомощи присутствие психотерапевта не обязательно или ограничивается участием в первых сессиях. Лечение обычно длительное и занимает не один год – существует мнение, что на каждый месяц, который человек прожил в состоянии зависимости, необходим год сознательной работы над собой. Среда же лечебная еще и потому, что успешно вырывает наркомана из-под влияния его субкультуры и опровергает мифы, существующие в сознании наркомана о том, что настоящая, «крутая» жизнь возможна только у тех, кто «понимает кайф», о том, что, став наркоманом, вылечиться уже невозможно, и т. п. [1].

Программа «12 Шагов»

Все по-настоящему эффективные подходы к решению проблемы наркомании связаны с той или иной разновидностью терапевтических общин. По всей видимости, эффективность этого подхода обусловлена, во-первых, его комплексностью – он воссоздаёт здоровую жизненную среду для человека во всём её многообразии: в духовном, социальном, эмоциональном и даже биологическом аспектах. Во-вторых, наиболее эффективно работающие терапевтические общи-

ны (например, построенные по так называемой Миннесотской модели) методологически основаны на программе «12 Шагов», являющейся хорошо проработанным и испытанным временем вариантом применения христианских принципов в каждодневной жизни человека и общества.

Разновидностей терапевтических общин на сегодня известно уже множество: это и терапевтические общины для наркоманов, и стационарные реабилитационные центры различных направлений и типов, и самые разнообразные амбулаторные программы, и многочисленные движения групп самопомощи, и успешные попытки преобразовать общественное сознание в отношении зависимостей, то есть внести элементы терапевтического сообщества в государственное устройство. Наиболее ярким примером объединения всех перечисленных форм является упоминавшаяся Миннесотская модель лечения и профилактики, позволившая эффективно содействовать решению проблемы наркомании и алкоголизма в масштабах огромного североамериканского континента.

Как уже говорилось, методической основой Миннесотской модели стала программа «12 Шагов», которая является воплощением в конкретную практику человеческих взаимоотношений первоначального, заложенного еще в первые века христианства смысла понятия «терапия» (от греч. «*therapeia*») как «совместное служение Богу и друг другу».

В основе концепции терапевтической общины и программы «12 Шагов» лежит покаяние, что значит поворот всей человеческой жизни к Богу. Начиная с самого первого Шага Программы, покаяние – совершенно необходимое условие (а одновременно и результат) «работы по шагам». Без покаяния невозможно ни принять, ни признать своё бессилие, невозможно увидеть неуправляемость своей жизни (Первый Шаг). Без покаяния нельзя осознать и, главное, почувствовать, что «лишь Сила, более могущественная, чем наша собственная, может вернуть нам здравомыслие» (Второй Шаг) – хотя бы потому, что для этого необходимо признать недостаточность у себя здравого смысла, признать ограниченность своих собственных усилий. Не начав каяться, человек никогда не сможет попросить у Бога помощи, не сможет «вверить ему свою волю и свою жизнь» (Третий Шаг). Четвёртый Шаг – это тщательнейший анализ всей своей прошлой жизни, всех, даже самых тёмных её сторон, это непредвзятая оценка всех совершённых поступков. и не случайно этот Шаг делается не в начале, не сразу, а лишь когда человек в результате первых трёх Шагов обретёт новую духовную основу для своих действий, новое видение всего происходившего и происходящего



с ним самим и с другими людьми. Пятый Шаг в психологическом смысле представляет собой прямой аналог исповеди. Шестой и Седьмой Шаги – это прямое обращение, после должной подготовки, к Богу с просьбой об очищении, избавлении от грехов. Восьмой и Девятый Шаги – попытка непосредственно воплотить в жизнь важнейшую христианскую заповедь о любви к ближнему, это возрождение действовавшего в раннехристианских общинах принципа «*restitutio*» – компенсации причинённого вреда, восстановления нарушенных дурным поступком взаимоотношений. Десятый Шаг вводит покаяние в повседневную жизнь человека, делает его необходимым элементом этой новой жизни. Одиннадцатый Шаг говорит о необходимости путём упорной молитвы постигать волю Бога в отношении себя (отказываясь, таким образом, от своеволия), а также об обращении к Богу как источнику сил для выполнения Его воли. И, наконец, Двенадцатый Шаг также включает в себя покаяние – хотя бы потому, что, неся другим людям весть о своём выздоровлении, человек прежде всего будет рассказывать им о своей болезни и обо всём своём прошлом, естественно, выражая своё отношение к нему.

Для очень многих людей программа «12 Шагов» стала ступенью на пути к Богу и Церкви. Именно в этом, по-видимому, кроется причина необычайно высокой эффективности Программы и построенных на её основе терапевтических подходов. Эти подходы – не терапия в традиционном смысле, а новый образ жизни, или некоторое упорядочение и своеобразная конкретизация (применительно к решению частных вопросов) основ христианской общинной жизни, реальная практика восстановления истинной общности [10].

Миннесотская модель лечения была создана в конце 1940-х гг. Это была попытка объединить духовные принципы работы групп, использующих методы программы «12 Шагов» с достижениями психологии, психиатрии, социологии и других наук.

В основе Миннесотской модели лежат следующие представления:

– химическая зависимость (алкоголизм, наркомания) является неизлечимым хроническим заболеванием, имеющим духовную основу и возникающим не по вине заболевшего;

– химическая зависимость является одним из возможных проявлений глубинных духовных дефектов (позже они были названы созависимостью) и имеет единую природу с другими видами зависимости;

– зависимость невозможно вылечить, однако возможен поворот от развития болезни к выздоровлению при готовности человека

к такому повороту и желанию отказаться для этого от своеволия;

– у человека, страдающего алкоголизмом или наркоманией, легко может сформироваться зависимость от любых веществ, изменяющих сознание, волевою, эмоциональную или интеллектуальную сферу. Поэтому лечение по Миннесотской модели полностью безмедикаментозное;

– лечебный центр должен представлять собой терапевтическое сообщество, персонал которого не противопоставляет себя пациентам, а сотрудничает с ними. Поощряется и стимулируется максимальная открытость в общении при строгом соблюдении правил конфиденциальности и анонимности;

– ответственность за выздоровление лежит на самом пациенте;

– сотрудник лечебной программы должен быть примером поведения для пациента, а взаимоотношения между сотрудниками – примером для построения взаимоотношений пациента с другими людьми;

– крайне желательно привлечение к участию в лечебном процессе всей семьи пациента, а при возможности – и его друзей, сотрудников, начальства и т. д.;

– вся терапевтическая система должна представлять собой широкий комплекс мероприятий, включающий профилактику, сеть контактных центров (телефоны, консультационные пункты, амбулатории), лечебные программы, социальную помощь и т. д.

Все лечебные программы, использующие в своей основе концепцию терапевтической общины, отрицают авторитарность, манипуляции, в них отсутствует традиционное противопоставление «врач–пациент». Основную терапевтическую роль в этих программах играют «консультанты» – люди, преодолевшие путём работы по программе «12 Шагов» собственные проблемы, связанные с алкогольной, наркотической или другой зависимостью. Специальное образование, которое они получают, чтобы работать консультантами, помогает им использовать собственный опыт во благо других людей. Конечно, в лечебных программах участвуют и специалисты – врачи, психологи, педагоги и другие, но выполняют они лишь частные, строго очерченные задачи, которые методологически и теоретически включены в общую концепцию, опирающуюся на принципы программы «12 Шагов».

Вначале Миннесотская модель формировалась как форма стационарного лечения (пациенты в течение определённого срока – обычно 28 дней – круглосуточно находились в лечебных центрах). Но вскоре возникли и другие



формы: программы длительного пребывания (например, 60-дневные), построенные по типу терапевтической общины, «промежуточные» лечебно-адаптационные учреждения («дома на полпути»), дневные стационары, амбулаторные программы и т.д.

В качестве одного из примеров развития этой модели у нас в стране можно упомянуть работающую в Москве амбулаторную реабилитационную программу «Старый Свет». Работа в программе «Старый Свет», как и в других программах, основанных по Миннесотской модели, направлена прежде всего на то, чтобы помочь пациентам включиться в самостоятельный духовный труд, путеводными вехами которого являются принципы программы «12 Шагов». Сообщество пациентов этой программы образует терапевтическую общину, построенную на христианских основаниях, что и является главным действующим фактором выздоровления ее участников [5].

На основании проведенного анализа делаем вывод, что в рассматриваемом нами вопросе принципиальным является положение о том,

что реабилитация наркозависимых является комплексной, в ней, наряду с медицинской направленностью, значительная роль принадлежит психологической и педагогической (воспитательной) деятельности и осуществляться она должна командой специалистов – педагогов, психологов, медицинских и социальных работников. Создание необходимых условий для личностного роста и социализации возвращает пациентов к нормальному жизненному циклу и трудовой деятельности в обществе.

В качестве цели реабилитации и ресоциализации рассматривается возвращение наркозависимого к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от наркотиков, восстановления (или формирования) личностного и социального статуса. При проведении реабилитационных мероприятий можно рекомендовать в качестве инструктивно-методического материала методы, рассмотренные в настоящей статье.

Материалы поступили в редакцию 17.03.2014 г.

Библиографический список (References)

1. **Александровский Ю. А.** Общие принципы терапии психических больных / Ю. А. Александровский, Г. Э. Кюне // Руководство по психиатрии / под ред. Г. В. Морозова : в 2 т. Т. 2. М. : Медицина, 1988. 641 с.
2. ГОСТ Р 54990–2012 Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. М. : Стандартинформ, 2012. 11 с.
3. **Иванец Н. Н.** Наркология – предмет и задачи // Лекции по клинической наркологии / Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (фонд «НАН») ; ред. Н. Н. Иванец. М. : [б. и.], 1995. 216 с. ISBN 5-88516-012-0.
4. **Иванов В. П.** О мерах по усилению противодействия потреблению наркотиков среди молодежи // сб. матер. к совмест. заседанию Антинаркотической комиссии в Санкт-Петербурге и Межведомственной комиссии по профилактике правонарушений в Санкт-Петербурге при Правительстве Санкт-Петербурга. 28 апреля 2011 г. СПб. : Санкт-Петербургский информационно-аналитический центр, 2011. С. 9–17.
5. **Данилин А.** Как спасти детей от наркотиков / А. Данилин, И. Данилина. М. : Центрполиграф, 2001. 348 с. ISBN 5-227-00708-X.
6. **Попов С. Н.** Лечебная физическая культура : учебник для студентов вузов / С. Н. Попов [и др.] ; под ред. С. Н. Попова. М. : Академия, 2008. 413 с. ISBN 978-5-7695-4817-8.
1. **Aleksandrovskij Yu. A., Kjune G. Ye.** General principles of treatment of mental patients. *Rukovodstvo po psihiatrii, pod red. G. V. Morozova.* Moscow, *Medicina*, 1988. 641 p.
2. GOST R 54990-2012. National Standard of the Russian Federation. Social services to the population. Moscow, *Standartinform*, 2012. 11 p.
3. **Ivanec N. N.** Drug Addiction – subject and tasks. Lectures on Clinical Addiction. *Moskovskaja medicinskaja akademija im. I. M. Sechenova, Rossijskij blagotvoritel'nyj fond «Net alkogolizmu i narkomanii» (fond «NAN»).* Moscow, 1995. 216 p. ISBN 5-88516-012-0.
4. **Ivanov V. P.** On measures to strengthen countering drug use among young people. *Sb. mater. k sovmest. zasedaniju Antinarkoticheskoj komissii v Sankt-Peterburge i Mezhhvedomstvennoj komissii po profilaktike pravonarushenij v Sankt-Peterburge pri Pravitel'stve Sankt-Peterburga. 28 aprelja 2011 g.* St. Petersburg. *Sankt-Peterburgskij informacionno-analiticheskij centr*, 2011. P. 9–17.
5. **Danilin A., Danilina I.** How to save children from drugs. Moscow, *Centropoligraf*, 2001. 348 p. ISBN 5-227-00708-X.
6. **Popov S. N. [etc.]** Therapeutic physical culture. A textbook for students. Moscow, *Akademija*, 2008. 413 p. ISBN 978-5-7695-4817-8.



7. **Проценко Е. Н.** Наркотики и наркомания: надежда в беде. СПб. : Триада, 2007. 240 с. ISBN 5-86181-296-9.

8. **Пятницкая И. Н.** Общая и частная наркология : руководство для врачей. М. : Медицина, 2008. 640 с. ISBN 5-225-03329-6.

9. **Фридман Л. С.** Наркология. М. : Бином; СПб. : Невский Диалект, 2000. 319 с. ISBN 5-7989-0176-9 (БИНОМ). ISBN 5-7940-0052-X (Нев. Диалект). ISBN 0-683-03364-6 (англ.)

10. **Шабанов П. Д.** Наркология. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 832 с. ISBN 978-5-9704-2245-8.

7. **Procenko E. N.** Drugs and addiction: hope in trouble. St. Petersburg, *Triada*, 2007. 240 p. ISBN 5-86181-296-9.

8. **Pjatnickaja I. N.** General and private drug and alcohol abuse : a guide for physicians. Moscow, *Medicina*, 2008. 640 p. ISBN 5-225-03329-6.

9. **Fridman L. S.** Drug Addiction. Moscow, *Binom*; St. Petersburg, *Nevskij Dialekt*, 2000. 319 p. ISBN 5-7989-0176-9 (*BINOM*). ISBN 5-7940-0052-X (*Nev. Dialekt*). ISBN 0-683-03364-6 (English).

10. **Shabanov P. D.** Drug Addiction. Moscow, *GEOTAR-Media*, 2012. 832 p. ISBN 978-5-9704-2245-8.

СЛЕНГОВЫЕ СЛОВА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ НАРКОМАНАМИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИМИ САМОДЕЛЬНЫЕ ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ:

1. Первитин:

болт, варево, вареный, винт, карбид (наркотик очень низкого качества), кроссвордный, масло, сила, скорость, стимул, умный, шуруп.

2. Эфедрон:

бодяга, болтушка, джеф, жидкий порошок, кристалл, курица, марца, марцифаль, мулька.

3. Сленговые слова, используемые для описания процесса приготовления самодельных психостимуляторов:

апер - любой наркотический психостимулятор;

аптекарь - изготовитель наркотика или медицинский работник, через которого можно достать наркотики или психоактивные лекарства;

бодяга, недовар - некачественный раствор наркотика;

варщик, химик, делец, банкир - изготовитель самодельного наркотика;

вешалка - аптечные весы для взвешивания порошка;

выбрать - набрать раствор в шприц;

вторяк - растительное сырье из которого уже экстрагировали наркотические вещества;

загасить винт - закончить процесс изготовления первитина;

компанюха, дефицит, товар - общее название компонентов, используемых для приготовления наркотиков (характерные обороты – «съездить на столицу за компанюхой», «бросить тело в центр за компанюхой»);

корка - сухой остаток вещества после экстракции;

краснуха, кислота, кислый, черный, желтый – названия компонентов наркотика, нужных для реакции;

кухня - место и набор приспособлений для изготовления наркотика;

отбить - выделить наркотик из лекарственного сырья;

отгон - испаритель.