

Содержание

Введение.....	7
1. Ресоциализация зависимых от наркотиков и алкоголя.....	11
2. Постреабилитационный этап освобождения от зависимости.....	17
3. Ресоциализирующие сообщества.....	21
3.1. Терапевтические сообщества.....	21
3.2. Реабилитирующие сообщества.....	23
3.3. Сообщества развития.....	24
3.3.1. Производственные, сельскохозяйственные сообщества	24
3.3.2. Образовательные сообщества	27
3.3.3. Религиозные общины	28
3.3.4. Досуговые, спортивные учреждения и сообщества	28
4. Виды ресоциализирующего воздействия и постреабилитационного сопровождения.....	31
4.1. Сверхреабилитация, реализация полной реабилитации и ресоциализации на этапе стационарной реабилитации.....	31
4.2. Развивающая пересоциализация.....	34
4.3. Созидательно-трудовая ресоциализация	41
4.4. Инклюзивная ресоциализация	42
4.5. Включение реабилитантов в последующую ресоциализацию в качестве сотрудников реабилитационных центров, формирование кадровых ресурсов реабилитации	45
4.6. Дом на полпути	47
4.7. Постреабилитационные службы сопровождения (afterscare services)	50
4.8. Система кейс-менеджмента.....	59
4.9. Группы поддержки	60
4.10. Постреабилитация несовершеннолетних потребителей психоактивных веществ.....	63
5. Опыт организации реабилитации и ресоциализации в общинах в дореволюционной России и СССР	75
5.1. Школа В. П. Кащенко	75
5.2. Трудовые коммуны А. С. Макаренко.....	76
5.3. Болшевская коммуна.....	79
5.4. Реабилитация и ресоциализация в трудовом коллективе. Опыт СССР: 1970-е, 1980-е годы	80

5.5. Принудительное лечение и реабилитация. Лечебно-трудоустройство (ЛТП) в СССР	82
6. Опыт реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков в современной России	84
6.1. Амбулаторные программы реабилитации потребителей наркотиков	84
6.1.1. Программа амбулаторной социально-психологической реабилитации «Возрождение», реализуемая на базе отделения социальной адаптации КЦСОН «Виктория» г. Лангепас.....	85
6.1.2. Программа амбулаторной комплексной реабилитации «Точка трезвости»	88
6.1.3. Амбулаторная программа православной реабилитации «Лестница трезвения»	92
6.2. Стационарные программы и модели реабилитации.....	94
6.2.1. Конфессиональные общины реабилитации и ресоциализации. Общины под эгидой Русской Православной церкви	94
6.2.2. Программа православной реабилитации «Обитель исцеления».....	95
6.2.3. Программа социальной реабилитации лиц, страдающих наркотической и алкогольной зависимостью региональной общественной организации «Здоровое Ставрополье».....	101
6.2.4. Программа реабилитации потребителей наркотиков БФ «Диакония»	109
6.2.5. Программа православного центра реабилитации в п. Малые Маячки, г. Белгород	112
6.2.6. Мусульманская конфессиональная община реабилитации.....	114
6.2.7. Неопротестантские конфессиональные общины	114
6.3. Реабилитация в здоровых общинах. Центр общинной педагогике «Спас»	116
6.4. Внеконфессиональные модели реабилитации.....	118
6.4.1. Миннесотская модель, 12 шагов.....	118
6.4.2. Программа реабилитации зависимых от алкоголя «Дом надежды на горе».....	121
6.5. Модель реабилитации «Монар»	123
6.6. Программа реабилитации «Фамилия»	138
6.7. Профессиональные сообщества и модели реабилитации	141

6.7.1. Программа реабилитации, реализуемая на базе Городской наркологической больницы г. Санкт-Петербурга	141
6.7.2. Программа реабилитации, реализуемая клиникой ФГБУ Национального научного центра наркологии Минздрава России	149
6.7.3. Программа реабилитации НФ «Нет алкоголизму и наркомании».....	150
6.7.4. Программа реабилитации «Вершина»	153
6.8. Реабилитация несовершеннолетних, допускающих немедицинское потребление наркотиков	155
6.8.1. Амбулаторные программы для несовершеннолетних потребителей наркотиков, которые находятся на стадии эксперимента	156
6.8.2. Стационарные формы реабилитации несовершеннолетних потребителей наркотиков	157
6.9. Модели организации реабилитации и постреабилитации и ресоциализации в Мировом сообществе	167
6.9.1. Опыт Израиля. Организация реабилитации и постабилитации в кибуцах	167
6.9.2. Опыт Китая. Реабилитационная община Ю Лу.....	172
6.9.3. Опыт Италии. Реабилитационная коммуна в Сан-Патриньяно.....	175
7. Риски, связанные с организацией реабилитации. Оценка качества реабилитации	179
8. Механизмы функционирования реабилитационных и постреабилитационных сообществ.....	182
9. Проектная организация реабилитирующих и ресоциализирующих сообществ как основа их жизнеспособности и эффективности	184
9.1. Содержание проектов развития.....	190
9.2. Типология проектов развития, перспективных для ресоциализации	192
10. Основные формы поддержки со стороны государства и общества эффективных постреабилитационных сообществ.....	195
10.1. Формы государственной поддержки	195
10.2. Предложения по дальнейшей модернизации системы государственной поддержки	196
10.3. Инфраструктура государственной поддержки центров и сообществ социальной реабилитации и ресоциализации.....	197

10.4. Основные формы и задачи общественной поддержки программ постреабилитации	200
11. Разработка принципов включения выпускников реабилитационных программ в сообщества ресоциализации на основе персонального патроната.....	203
12. Разработка системы взаимодействия государства, общества и бизнеса по формированию и устойчивому функционированию сообществ ресоциализации	204
13. Концептуальная основа взаимодействия государства и общества в плане противодействия распространению наркомании	206
14. Основные методы стимулирования и вовлечения общественных организаций и бизнеса в программы ресоциализации.....	208
15. Инновационная деятельность в организации реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков. Центр Индивидуальных программ реабилитации НП Национальной Ассоциации реабилитационных центров.....	209
Выводы	222
Список литературы.....	227
<i>Приложение 1.</i> Индивидуальная карта клиента.....	263
<i>Приложение 2.</i> Записи специалиста.....	269
<i>Приложение 3</i>	270
<i>Приложение 4</i>	274
<i>Приложение 5</i>	278
<i>Приложение 6</i>	286
<i>Приложение 7</i>	292
<i>Приложение 8.</i> Анкета для определения созависимости.....	294
<i>Приложение 9.</i> Формирование мотивации к трезвости на ранних стадиях наркотизации среди несовершеннолетних подростков, впервые выявленных в потреблении ПАВ	296
<i>Приложение 10.</i> Методичка для помощи в работе по «Дневнику чувств»	307
<i>Приложение 11.</i> Базовые задания	310

Введение

В процессе преодоления наркотической и иной зависимости успех во многом зависит от ресоциализации реабилитируемого, формирования его нового социального статуса, стиля и образа жизни, трудоустройства, включения в созидательную деятельность, здоровые сообщества, улучшение отношений с близкими людьми, создания собственной семьи.

Постреабилитационная ресоциализация является основным двигателем комплексной реабилитации, поскольку от конечного результата ресоциализации в постреабилитационный период во многом зависит эффективность затрат и действий на всех предыдущих этапах.

Ресоциализация подразумевает комплексные изменения, которые должны происходить в личности зависимого человека и затрагивают изменение его ценностей и установок. В случае длительной ремиссии ценности зависимых людей, успешно окончивших курс реабилитации, значительно отличаются от ценностей активных потребителей наркотиков. Те, кто длительное время находится в ремиссии, сравнительно с наркопотребителями, в большей степени ориентированы на ценности семьи, традиционные ценности, и в меньшей степени на ценности получения удовольствия. Основные изменения личности зависимого человека, как показали исследования, происходят в процессе реабилитации, и впоследствии меняются незначительно (Кутянова И. П., 2007).

Однако для человека, который прошел реабилитацию и изменил свои установки, необходимо вернуться к полноценному функционированию в обществе. В настоящее время в отечественной практике существует три позиции в отношении возможности преодоления зависимости:

Первая позиция состоит в том, что наркотики и алкоголь представляют своего рода способы очистки общества от нежелательных элементов, которые не могут приспособиться к реалиям общества. Наиболее крайнее выражение

этой позиции представлено расхожей фразой: «Пусть поскорее умрут и освободят место для здоровых и нормальных людей!».

Вторая позиция, которую представляет, в том числе профессиональное медицинское сообщество, говорит о том, что наркомания, как наиболее тяжелая форма зависимости, является хроническим, рецидивирующим, неизлечимым заболеванием, которое можно облегчить медикаментозно. Представители этой точки зрения считают, что наркологическая служба справляется с лечением зависимых от наркотиков и алкоголя и дает 5–10 % уровень ремиссий, который считается приемлемым, и большего добиться невозможно. Сторонниками этой точки зрения указывается отсутствие необходимости строительства новых реабилитационных центров, поскольку уже имеется печальный опыт лечебно-трудовых профилакториев, которые не доказали свою эффективность.

Действительно, с одной стороны, можно отметить существенные недоработки в методической и программной организации лечебно-трудовых профилакториев, которые не имели практических компонентов реабилитационных программ. Однако в этом аргументе не учитывается уровень эффективности организации и работы современных государственных и негосударственных реабилитационных центров в России и за рубежом, которые имеют целью возвращать в общество зависимых людей. В настоящее время во всем мире действуют эффективные программы реабилитации, которые имеют высокие положительные результаты реабилитации — до 30 % и более успешных ремиссий.

Только медицинский подход также не учитывает, что зависимость является не только клинической проблемой, но имеет комплексную био-психо-социальную природу. Автор данного подхода Джордж Энжел писал: «Клиницисту необходимо учитывать не только биологические, но и психологические, и социальные аспекты болезни — только тогда он сумеет правильно понять причину страданий

больного, предложить адекватное лечение и завоевать доверие пациента» (Engel G., 1977).

Также, необходимо отметить, что современные системы, ориентированные на медицинский подход к зависимости, как правило, предназначены для управления болезнью, а не содействуют выздоровлению. The idea was thus to build a policy that would consider how to reformulate a system so that it be recovery oriented, with a good understanding of what recovery stages are, and where individuals have what they need to move to the next stage of their own recovery. Поэтому необходимо выстроить систему таким образом, чтобы она была ориентирована на выздоровление, восстановление и развитие, при понимании всех этапов реабилитации с тем, чтобы зависимые люди понимали, что им необходимо, чтобы перейти к следующему этапу своего развития и восстановления. С этой целью Дж. де Леоном было введено понятие «менеджмента реабилитации и ресоциализации» (recovery management). Выздоровление в этой парадигме понимается как изменение в жизненном стиле и идентичности, развитие просоциального поведения и ценностей (де Леон, 2009).

Таким образом, **третья позиция**, состоит в том, что наркомания, равно как и алкоголизм, являются био-психосоцио-духовным заболеванием и неизлечимы только медицинскими средствами. Вместе с тем, они могут быть успешно преодолены при выстраивании комплексного подхода в реабилитации и ресоциализации зависимых от наркотиков и алкоголя.

Реабилитированные потребители наркотиков, в случае, если к ним предъявляются высокие требования и предоставляются соответствующие возможности, становятся активными позитивными социальными строителями и способны преодолевать не только собственную физическую и психическую зависимость от наркотика или алкоголя, но и создавать среду восстановления и развития, как для себя, так и для других зависимых людей. Предлагаемая позиция исходит из того, что человек может преодолеть зависимость, восстановив свою личность от разрушенного

состояния, осложненного органическим поражением, до сверхкомпетента со сверхстатусом.

Условием личностного роста зависимых людей является необходимость принятия ответственности на себя за свою жизнь, развитием честности и творческого созидания (А. Май-Маевский, 2012).

Опыт показывает, что зависимые люди, сумевшие преодолеть пристрастие к наркотикам, зачастую становятся успешными в социуме и выстраивают новые сообщества, свободные от наркопотребления, — выстраивая свой бизнес, производство, организуя сельскохозяйственную деятельность, либо находя свое призвание в оказании помощи другим зависимым людям, социально уязвимым категориям граждан (бездомным, пожилым и т. п.).

В связи с этим, третья позиция строится на том, что после прохождения реабилитации в целях закрепления устойчивой ремиссии человек должен выходить на принципиально новый социальный статус — социальной мобилизации и активности. Достижение таких результатов возможно через постепенное добровольное вовлечение тех, кто прекратил потребление наркотиков и алкоголя в социально-значимую деятельность: волонтерские, общественные проекты, наставническую деятельность, развитие здоровых сообществ в профессиональной и досуговой сферах. Таким образом, выход из зависимости возможен при переходе на принципиально новый уровень социального функционирования.

1. Ресоциализация зависимых от наркотиков и алкоголя

Ресоциализация зависимых от наркотиков и алкоголя — это процесс, который запускается в реабилитационной программе и продолжается еще длительное время после ее окончания. В процессе ресоциализации происходит изменение социально-психологических установок личности, усвоение новых ценностей, ролей, навыков вместо прежних, недостаточно усвоенных, устаревших или дезадаптивных. Следствием этого процесса является организация полноценной жизни в обществе без потребления психоактивных веществ.

Основной целью ресоциализации является достижение успешной, полноценной здоровой жизни, включенной в здоровые сообщества, которые играют центральную роль в процессе стабилизации и закрепления ремиссии. От деятельности постреабилитационных сообществ зависит, какой процент из прошедших реабилитацию людей останется трезвыми после окончания программы реабилитации.

Необходимо отметить, что сам термин «ресоциализация» не означает, что зависимый возвращается в социальный статус, который у него был до наркотизации, это невозможно, поскольку меняются как социальные условия, так и сам зависимый, который решает прекратить потребление наркотиков, либо алкоголя.

В отличие от социализации обычных людей, которая начинается с рождением человека и продолжается всю жизнь, ресоциализация наркозависимых имеет несколько **особенностей**:

1. Ресоциализация зависимых людей является следствием неудачной социализации более ранних этапов и предполагает наложение актуальных задач социализации, которые соответствуют возрасту зависимых, на ресоциализацию предыдущих стадий.

2. Выраженная этапность процесса ресоциализации. Если социализация здоровых людей происходит постепенно — от более простых социальных отношений — к более сложным, то ресоциализация зависимых от наркотиков проходит неравномерно, зигзагами. Потребитель наркотиков из наркосреды попадает в безопасное пространство реабилитационных программ, в котором может частично или полностью уйти от проблем реальной жизни. После прохождения реабилитационной программы происходит возврат в окружающую среду, в которой находится среда наркозависимых, представляющая серьезную угрозу для дальнейшего успешного протекания ремиссии. Это состояние зачастую сопровождается адаптационным шоком и повышенным риском рецидивов у лиц, вернувшихся домой после реабилитации.

В качестве другого варианта ресоциализации человек после прохождения реабилитации может остаться в центре реабилитации, создавая и развивая здоровые сообщества, свободные от потребления наркотиков и алкоголя, либо меняя место жительства с целью избежания контактов с прежней наркотической средой. При наличии неблагополучия в семье (родители или близкие являются зависимыми) или окружающем социуме, выпускнику реабилитационных программ предпочтительно менять место жительства.

В процессе ресоциализации зависимых от наркотиков можно выделить несколько **этапов**.

Первый — **реабилитационный**. На данном этапе зависимый от наркотиков находится в безопасных условиях, в которых он может осознать свои внутренние конфликты и принять осознанное решение о прекращении употребления наркотиков, закрепить это решение при поддержке персонала, а также других участников программы. Этот этап можно назвать этапом **первичной ресоциализации**.

На этой стадии зависимый от наркотиков и алкоголя осознает разницу между здоровой жизнью и жизнью «под кайфом». Основной целью реабилитационных программ

становится приобретение позитивных жизненных установок посредством организации занятости, формирования интересов и предпочтений, организации досуга и т. д. Наиболее значимыми на этом этапе становятся модели здорового адекватного поведения, которые демонстрируются персоналом реабилитационных программ. Центр реабилитации на время становится домом и моделью здоровой семьи для зависимого человека.

На каждой стадии ресоциализации могут возникать кризисы, реабилитации и ресоциализации лиц, имеющих разные формы зависимости. Исследования, проведенные в ходе добровольной сертификации реабилитационных центров в составе группы экспертов НИЦ ФСКН в 2011 г., выявили наличие закономерных кризисов в процессе реабилитации и ресоциализации, которые были схожими у участников различных программ реабилитации. В частности, исследовались программы «терапевтическое сообщество» («МОНАР») и «12-шаговая» программа в реабилитационных центрах «Калининградский центр ресоциализации наркозависимых», «Орехово» (г. Калининград), «Ступени» (г. Уфа).

Проведенный опрос реабилитантов выявил резкое ухудшение результатов по тесту «Смысл жизненных ориентаций» у зависимых от наркотиков, проходящих курс реабилитации по различным программам после третьего месяца прохождения реабилитации. После резкого спада, если участник оставался в программе, преодолев желание покинуть программу реабилитации, происходило улучшение результатов теста (тест смысложизненных ориентаций). Эта тенденция наблюдалась в реабилитационных центрах, которые работают по разным программам реабилитации («МОНАР» и «12-шаговая»).

Также был отмечен еще один кризис реабилитации, на четвертом-пятом месяце реабилитации, после которого проявилась тенденция к плавному устойчивому улучшению показателей теста смысложизненных ориентаций до окончания курса реабилитации.

Зависимость результатов тестов от сроков пребывания в реабилитационных центрах можно интерпретировать тем, что, приходя в реабилитационную программу, находясь на самых первых стадиях реабилитации, зависимый находится под влиянием изменений в своей жизни, решения пройти реабилитацию, перед ним открываются жизненные перспективы, он надеется на скорое выздоровление. Однако процесс реабилитации достаточно сложен, необходимы постоянные усилия над собой, личностное развитие, труд, борьба с постоянным желанием употребить наркотики и наркотиков. Поэтому возникают критические моменты, когда у зависимого человека возникает желание досрочно покинуть программу реабилитации. Однако после преодоления «кризисов реабилитации» начинается устойчивое, последовательное восстановление, развитие личностных характеристик, способствующих долговременной ремиссии зависимых.

После прохождения реабилитации начинается второй этап ресоциализации — **переходный**. На этой стадии, если выпускник реабилитационной программы возвращается в здоровую среду, то его психологическое состояние (как отмечают впоследствии многие респонденты в ремиссии) характеризуется «адаптационным шоком», поскольку на вчерашнего «реабилитанта» наваливается одновременно множество различных проблем. Это могут быть негативные ожидания, недоверие со стороны семьи, необходимость дальнейшего обучения, трудоустройства, социальная изоляция. Семья, особенно если она не принимала участия в процессе выздоровления, зачастую оказывается неспособной оказать адекватную поддержку зависимому члену семьи в его стремлении к здоровой жизни. Поэтому постреабилитант в этот момент остро нуждается в референтной группе, которая частично или полностью выполняла бы задачи здоровой функциональной семьи: поддержки, принятия, доверия. В качестве такой поддержки может выступить клуб общения или группа самопомощи людей, преодолевающих зависи-

мость, а также в этой роли может выступить специалист, знакомый со спецификой зависимости.

Если зависимый не находит такой группы поддержки или специалистов, то вероятна перспектива рецидива, поскольку из-за отсутствия позитивных связей в здоровой среде, он обращается к привычной для него группе зависимых людей. Значимость референтной группы на данном этапе подтверждается исследованием социальных предпочтений, социальной идентичности (методика «социальный атом») (Кутянова И. П., 2007). Участники исследования с непродолжительным сроком ремиссии (не более года) чаще называли в качестве своих близких людей друзей и членов групп взаимопомощи, чем респонденты, имеющие более длительный срок воздержания от употребления психоактивных веществ. Опрошенные индивиды в ремиссии со сроком воздержания от употребления психоактивных веществ более 2 лет чаще называли в качестве своих близких людей семью и родственников, чем друзей и группы взаимопомощи. Таким образом по результатам исследования, на первом этапе после реабилитации наиболее значимыми для человека, который вернулся из центра реабилитации, для поддержания его ремиссии, являются группы поддержки, специалисты центров реабилитации, чем его семья.

Третьей стадией ресоциализации можно считать **первичную адаптацию** лиц в ремиссии, при которой происходит трудоустройство, восстановление образовательного процесса, и выпускники реабилитационных программ приобретают новый положительный социальный статус. Это положительно сказывается на повышении их самооценки, поскольку, кроме появления нового статуса, растет доверие со стороны членов семьи. Значимость референтной группы, хотя и ослабевает, все же остается довольно существенной.

Четвертой стадией ресоциализации можно считать **переходную адаптацию**, которая сопровождается улучшением взаимоотношений в семье, ростом самостоятельности.

Парадоксальным в этой стадии является наличие скрытой опасности рецидива. Это происходит вследствие роста самооценки лица в ремиссии, а также вследствие роста финансовой независимости и появления свободных денежных средств (при успешном трудоустройстве). Человек, преодолевающий зависимость, начинает считать себя выздоровевшим, и готовым на новые «подвиги». Поэтому данный период также может быть критическим для сохранения трезвости.

Пятой стадией ресоциализации можно считать **устойчивую адаптацию** лица в ремиссии к здоровой среде, формирование положительных отношений в семье, вовлечение в трудовую деятельность. В целом процесс ресоциализации зависимых от наркотиков и алкоголя начинается в реабилитационный период и продолжается еще длительное время (до полутора, двух лет) на постреабилитационном этапе.

2. Постреабилитационный этап освобождения от зависимости

Основной целью реабилитации и постреабилитационного периода является реализация процесса изменения личности зависимого человека, его ресоциализации.

Возвращение реабилитированного в прежнюю социальную среду, которая способствовала формированию зависимости, как правило, имеет крайне тяжелые последствия и может привести к рецидивам. В связи с этим важнейшей задачей является организация системы социально-психологической поддержки, постреабилитационного патронажа зависимых людей, прошедших курс реабилитации.

Постреабилитационный этап — это период, который начинается после прохождения курса амбулаторной либо стационарной реабилитации и завершается в тот момент, когда зависимый может самостоятельно решать все возникающие проблемы.

Постреабилитационный социальный патронаж — это оказание содействия зависимому человеку в реализации программы постреабилитационного периода, направленного на полноценную социальную реинтеграцию, формирование устойчивых личностных и социальных связей, возвращение к полноценной жизни, включая систематическое наблюдение для своевременного выявления степени социальной дезадаптации, а также оказания, при необходимости, социальной и психологической помощи.

Постреабилитация важна для стабилизации терапевтических эффектов реабилитации, поскольку зависимость является мультимодальным явлением, включающим эмоциональные, когнитивные и поведенческие расстройства личности. Постреабилитационное сопровождение с использованием социальных и общественных ресурсов облегчает продолжение процесса изменений в ходе реабилитации зависимых от наркотиков и алкоголя (Дж. де Леон, 2009).

В этой связи необходимо преобразовывать культуру имеющихся сообществ и формировать новые здоровые сообщества, которые смогли бы принять и продолжить процесс ресоциализации тех, кто прошел программу реабилитации и находится в ремиссии. Предоставление возможности жилья, даже временного, занятости, образования, организация досуга являются элементами целостной системы поддержки здоровья лиц, успешно завершивших реабилитацию в постреабилитационный период.

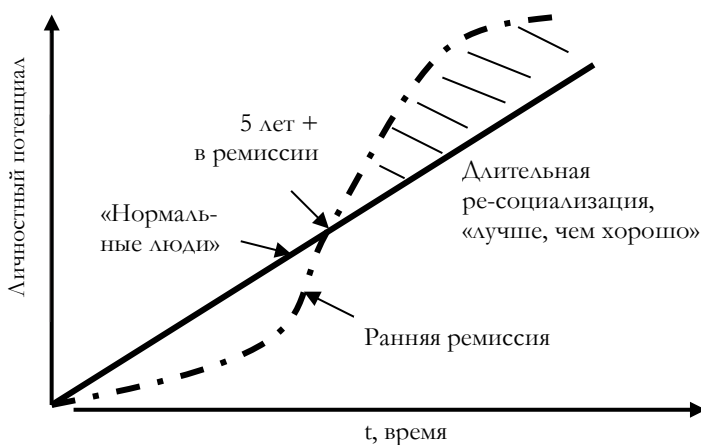
Фрэнк С. (2008) подразумевает под понятием «постреабилитация» усилия для предоставления зависимым от наркотиков и алкоголя, прошедшим курс реабилитации, возможности попасть в здоровые сообщества, свободные от потребления наркотиков и алкоголя. С одной стороны это часть прежнего мира, которая не несет опасности, а с другой — место, заполненное новыми людьми, новыми друзьями, новой деятельностью.

В настоящее время, в ситуации потери ценностей, наркомания и алкоголизм проникают во все виды сообществ, поэтому необходимо проводить мероприятия по оздоровлению и развитию здоровых сообществ, а также организовывать и развивать новые сообщества, свободные от потребления психоактивных веществ и алкоголя.

Сторонники «менеджмента выздоровления» (Recovery oriented integrated sistem) утверждают, что лечение зависимости, посредством профессионализации и коммерциализации теряет связи с более длительным и растянутым во времени процессом ресоциализации, лечение зависимости становится изолированным от локальных сообществ. Поддерживающая ресоциализация должна включать ключевые элементы, такие как отсутствие потребления наркотиков, поддержку и неформальное консультирование, реинтеграцию в здоровые семьи, взаимодействие с медицинскими и социальными службами (Дж. де Леон, 2007).

Для того чтобы сохранять трезвость, зависимому человеку недостаточно просто быть таким, как здоровые люди,

а также недостаточно только воздерживаться от употребления наркотиков — необходимы кардинальные личностные изменения, реконструкция мировоззрения, когда происходит развитие, компенсация и гиперкомпенсация социально-психологических функций, которые были нарушены в период употребления наркотиков. Результат исследования изменения потенциала личности, который происходит в процессе успешной реабилитации и ресоциализации зависимых людей, представлен на *диаграмме 1* (Дж. де Леон, 2006).



Диагр. 1. Изменение личностного потенциала зависимых от наркотиков при прекращении потребления наркотиков

С течением ремиссии личностный потенциал зависимых людей становится иногда более развитым, чем у «здоровых людей». Такой тип ресоциализации получил название «лучше, чем просто хорошо» (Дж. де Леон, 2010). Этот феномен связан с гиперкомпенсацией психологических и личностных качеств зависимых от наркотиков и алкоголя, которые выходят в состояние устойчивой ремиссии. Для успешной реабилитации и ресоциализации зависимым людям необходимо не только принимать помощь со стороны социальных служб, медиков и т. п.,

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru