УДК 316

СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

© 2020 г.

С.М. Тихомиров

Тихомиров Сергей Михайлович, эксперт Экспертно-правового центра «Куаттро», Санкт-Петербург
tikhomirovspb@mail.ru

Статья поступила в редакцию 11.02.2020
Статья принята к публикации 16.10.2020

Анализируются возможности и качество оказываемой социальной помощи наркозависимым лицам, проходящим реабилитацию в условиях изоляции в местах лишения свободы. Социальная адаптированность реабилитантов низкая: социальные связи нарушены, равно как и семейные отношения, уровень образования не соответствует запросам рынка труда, мотивация на получение образования слабая, установка на трудовую деятельность характеризуется как нейтральная, реальных планов на будущее с позитивной социальной ориентацией не имеется, у части из них наркотическая зависимость сочетается с инфицированностью ВИЧ-инфекцией. Квалиметрическая оценка факторов, препятствующих рецидиву наркозависимости, показала отсутствие большинства из них. Выяснено, что ресурсов для адекватной социальной помощи недостаточно: не хватает помещений для организации реабилитационного центра, имеющиеся социальные работники загружены деятельностью с пенсионерами и инвалидами, не проходили обучения по работе с наркозависимыми лицами. Взаимодействие с территориальными социальными службами отсутствует. По результатам проведённого исследования предложен комплекс социальных мероприятий, необходимых для начального этапа интеграции реабилитантов после освобождения из мест заключения: восстановление социальных связей, профориентация и трудовое обучение, ориентирование на помощь муниципальных социальных служб в регионе проживания.

Ключевые слова: социальное сопровождение осужденных, наркотическая зависимость, дезадаптация, социальная реабилитация, эксклюзия, инклюзия.

Введение

Данные отчёта Государственного антинаркотического комитета РФ (ГАК) за 2018 г. демонстрируют стабильную напряжённость наркоситуации в государстве, несмотря на принимаемые государственными структурами и общественными организациями меры противодействия наркотизму [1]. Ведомственным аудитом качества и состояния деятельности медицинских учреждений по профилю «Психиатрия-наркология», проведенным в 2018 г. по распоряжению Министерства здравоохранения РФ (МЗ), выявлен рост показателей общей заболеваемости наркоманией в Еврейской АО (+96.5%), Ярославской (+61.9%), Владимирской (+46.5%), Рязанской (+30.1%), Брянской (+17%), Курганской (+11.8%), Калужской (+8.9%), Тульской (+7.2%), Орловской (+6.2%), Костромской (+5.9%), Челябинской (+5.8%), Воронежской (+5.0%), Московской (+4.3%), Сахалинской (+0.7%) областях; Камчатском крае (+37.8%), Республике Хакасия (+19.6%), Республике Бурятия (+12.1%). Отмечена низкая обеспеченность кадрами: психиатрами-наркологами, психотерапевтами, специалистами по социальной работе, социальными работниками, она составляет не более 81–83%, коэффициент совместительства в среде врачей достигает 1.6–1.7 [2]. Доклад Генерального прокурора РФ Совету Федерации содержит сведения по итогам проверок ведомства в 2018 г. – выявлено 5600 нарушений в сфере профилактики наркомании. Принимаемые в регионах меры властями всех уровней недостаточны для улучшения наркоситуации [3]. Эксперты также отражают в своих исследованиях рост потребления наркотиков группы психостимуляторов, наиболее выраженный в среде подростков и молодёжи. Потребителями наркотиков в РФ за 2018 г. стали 1.7% населения, или 2.4 млн человек [4]. Сведения о потреблении наркотиков, публикуемые в открытых источниках информации, разными ведомствами (МВД, МЗ, ГАК), антинаркотическими комиссиями регионов, экспертами, существенно различаются в количественной оценке наркоситуации, т.е. не являются соответствующими реальной действительности. Это препятствует её достоверной, объективной оценке, без которой невозможно планирование и обеспечение эффективного противодействия наркотизму. Перечисленные факты показывают, что в стране сформировалась и масштабируется контркультура нездоровья, которая своим функционированием понижает структурирование социума, ведёт к социальной энтропии, к эволю-

Таблица 1

Социально-демографические данные выборки

Социально-демографические данные	Заключенные (*n*=77)
Средний возраст	38.17±8.42 лет
Семейное положение	Женаты: 14 чел.
	Холосты: 53 чел.
	Разведены: 5 чел.
	Сожительство: 2 чел.
	Вдовцы: 3 чел.
Образование	Высшее: 4 чел.
	Неоконченное высшее: 2 чел.
	Среднеспециальное: 29 чел.
	Среднее: 32 чел.
	Неоконченное среднее:10 чел.

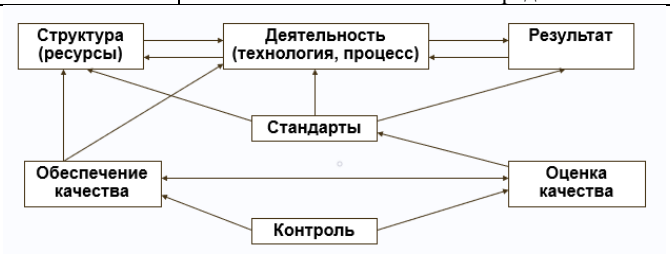

Рис. 1. Схема оценки качества услуг (триада А. Донабедиана)

ционному регрессу общества. Основная задействованная модель помощи наркозависимым в настоящее время в России – медицинская. Она не обладает возможностями обеспечения выздоровления лиц, имеющих наркотическую зависимость, и их инклюзии в общество и восстановления социального статуса. Преодоление наркотизма требует использования подхода с позиций социальных детерминант, который предусматривает вовлечение всех институтов государства и общества.

Цель настоящего исследования – выявление факторов, положительно и отрицательно влияющих на принудительную реабилитацию и ресоциализацию наркозависимых лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы, определение возможностей улучшения качества их ресоциализации.

Методы и материалы исследования

Респондентами проведённого научного исследования явились лица, имеющие выраженные негативные социальные, правовые, медицинские, психологические последствия потребления наркотиков. Группу исследованных составляли 77 лиц мужского пола, осужденных за совершение преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков и отбывающих наказание в виде лишения свободы в исправительной колонии, проходивших в период своего заключения назначенное судом принудительное лечение и медико-социальную реабилитацию от наркотической зависимости.

Основу исследования составили общенаучные методы: аналитический, квалиметрический, статистический, системно-структурный, сравнительный, моделирование, метод социологического исследования. Основным методом исследования явился социологический опрос, проведённый в форме анонимного добровольного анкетирования, включавшего в свое содержание демографический блок (см. табл. 1).

Дополнительно были исследованы нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность социальных работников с лицами, проходящими принудительное лечение в исправительных колониях в связи с наркотической зависимостью согласно судебному решению. Также была изучена правовая документация о деятельности уголовно-исполнительной инспекции (УИИ), обеспечивающая соблюдение прохождения принудительного лечения от наркозависимости лицами, не лишёнными свободы и продолжающими такого рода лечение, если оно не было закончено в период отбывания наказания в виде лишения свободы.

Анализ различных методик, оценивающих качество эффективности и результативности процессов, показывает, что наиболее приемлемой к теме настоящего исследования является схема, предложенная А. Донабедианом (A. Donabedian) [5], которая основывается на триаде индикаторов оценки качества (см. рис. 1).

Обеспечение эффективности при осуществлении каждого рода деятельности включает в себя анализ, оценку и контроль качества. Триада А. Донабедиана по своему смысловому со-

держанию предполагает интегральную оценку качества оказанной услуги в виде оценки структуры (ресурсов), технологии (процесса) и результатов (исхода) в сопоставлении с действующими стандартами качества этих трёх параметров. Она позволяет сформулировать объективную оценку качества оказания социальных услуг в сочетании с процессом их стандартизации и выделения критериев качества услуг такого рода.

Оценку структуры (ресурсов) возможно провести как по отношению к организации (учреждению), обеспечивающей выполнение услуг (материально-техническая база, кадровое обеспечение, организация работы, сервисные условия), так и по отношению к каждому работнику в отдельности с оценкой его профессиональных качеств и уровня подготовки.

Оценка технологии (процесса реализации мероприятий, направленных на инклюзию в общество, восстановление социального статуса) должна включать анализ: соблюдения действующих в социальной сфере федеральных и региональных законов, программ, стандартов и ведомственных нормативно-правовых актов, регламентов, инструкций; доступности современных технологий социальной реабилитации, полноты использования методов психосоциальной реабилитации при оказании специализированной социальной помощи, в конкретном случае – для наркозависимых лиц.

Оценка результатов оказания социальных услуг предполагает сопоставление фактически достигнутых и запланированных показателей деятельности по восстановлению социального статуса лиц, страдающих наркотической зависимостью. К значимым критериям, позволяющим оценить результативность и эффективность функционирования системы оказания социальных услуг, относятся: показатель рецидивов потребления наркотиков, в том числе после прохождения реабилитантами курса медико-социальной реабилитации, а также длительность периода, в течение которого у них происходили срывы и рецидивы потребления наркотиков после окончания принудительного лечения. Логичным представляется, что чем меньше указанный интервал, тем больше необходимо подвергнуть анализу качество исполнения предшествующих мер по восстановлению социальной адаптации и реабилитации, объём лечебно-реабилитационной работы, адекватность и надёжность методов оценки риска потенциальной опасности срывов и рецидивов потребления наркотических веществ, обоснованность принятия решения об окончании принудительного лечения. Важными для оценки качества социальной реабилитации и реинтеграции реабилитантов в общество являются также их мнения о деятельности службы социальной помощи, их удовлетворённость оказываемой помощью, качество их жизни, приверженность к соблюдению требований, предъявляемых в процессе реабилитации.

Социальный прогноз реабилитанта определяется преимущественно психосоциальными параметрами процесса реинтеграции потребителей наркотиков в общество, уровнем его социально-трудового приспособления. Построение социального маршрута к инклюзии в общество требует информации о социальных факторах, которые определяют уровень адаптации реабилитанта, его функционирования в среде жизнедеятельности.

Факторы-протекторы, предсказывающие возможность срыва, рецидива, возврата к потреблению наркотиков, более изучены к настоящему времени. Протективным фактором можно считать любую характеристику человека, его окружающей среды или ситуации, которая снижает риск рецидива. Изучение этих факторов производилось квалиметрическим методом. Пункты таблицы 2 кодировались по 3-балльной шкале, основанной на степени выраженности протективного фактора: 0 – сдерживающего фактора нет, 1 – фактор может присутствовать, но его присутствию нет убедительных доказательств, или фактор присутствует, 2 – сдерживающий фактор безусловно (явно) присутствует [6].

Результаты и их обсуждение

Оказание социальных услуг лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя, в нашем государстве осуществляется на основе положений Национальных стандартов РФ в области социальной помощи: ГОСТ Р 52885-2007 и ГОСТ Р 54990-2012. Содержание стандартов охватывает практически весь спектр услуг, оказание которых необходимо лицам с наркотической зависимостью и их семьям, в том числе социально-бытовых, социально-правовых и др. Планируется, что оказываемые социальные услуги должны быть высококачественными, с чётко определённой целью. В основе их лежит инклюзивность и ориентированность на личность и её социальный статус; они методологически обоснованы и предоставляются на основе современных методик и технологий.

Сравнение полученных данных с результатами других исследований выявляет серьёзную отягощенность социальными проблемами обследо-

Таблица 2

Социальные протективные факторы

Социальные факторы	Наличие/отсутствие протективного фактора
Социально-экономический статус	
Социальная стратификация	0 – 1
Работа	0 – 1
Управление финансами	0 – 1
Характеристика социальной поддержки	
Отношение в детстве	0 – 1
Эмоциональная поддержка	0 – 1
Инструментальная поддержка	1
Собственные семейные отношения	1
Внесемейное окружение	
Формальные отношения	1
Неформальные отношения (социальные сети)	0 – 1
Досуговая активность	1
Социальные институты	1
Внешний контроль	1 – 2

ванных лиц. Значимым фактором такой отягощенности является одиночество как результат разрушения потребляемыми наркотиками социальных и родственных коммуникативных связей, социоэмоциональных групповых сетей, отсутствие других социально значимых лиц, «атомизация» человека, разрушение его социальной вселенной [7]. Только 20.8% из них состоят в семейно-брачных отношениях. Такая ситуация актуализирует необходимость возобновления у них и/или создания новых источников социальных коммуникаций с имеющимися родственниками, другими социально значимыми лицами. Необходимо учитывать, что семья неполная, неблагополучная, имеющая в своём составе потребителей алкоголя, наркотиков, может свести на нет все усилия по выработке установки наркозависимого лица на трезвость и правопослушание, затраченные социальными работниками, врачами, психологами и самим реабилитантом.

Сотрудник группы социальной помощи исправительного учреждения, составляющий социальную карту осужденного-реабилитанта, должен тщательно собрать информацию об обстоятельствах и событиях жизни, актуальной социальной ситуации получателя социальных услуг: семейно-бытовом положении, родных, близких и других социально значимых для него лицах, о наличии и характере контактов с ними в настоящее время (обрыв, формальный контакт, содержательное общение по телефону, путём переписки и т. д.), степени близости, родства с реабилитантом. На этом направлении и при восстановлении контактов потребуется помощь. Нахождение длительное время в замкнутом пространстве в условиях принудительного режима существования приводит к редукции самостоятельности, дополнительно усиливает дезориентировку, ориентирует на сиюминутность исполнения желаний потребления алкоголя и наркотиков. Содействие в восстановлении самостоятельного мышления у реабилитантов, навыка принятия решений – задача социальной службы. Социальная неустроенность осужденных после выхода их на свободу в конечном итоге становится катализатором (и триггером) противоправного поведения, приводящего к рецидиву преступной деятельности и возобновлению приёма наркотических веществ.

Обращает на себя внимание отягощенность у 31.2% лиц в исследованной группе наркотической зависимости ВИЧ-инфицированием. Этот факт существенно сужает временную перспективу, затрудняет планирование будущего, делает его неопределённым. Ранее проведённые исследования по измерению реабилитационного потенциала при различных видах хронической патологии обнаружили, что реабилитационные возможности и способности у ВИЧ-инфицированных наркозависимых лиц слабее, чем у онкологических больных. Их потенциал ресоциализироваться достоверно минимален, круг интересов сужен, меньше выражена активность в разных жизненных сферах (учебной, профессиональной, бытовой, лечебно-восстановительной), занижена самооценка, сложнее осуществляется межличностное общение, меньше используется социальная поддержка, имеется фиксация на мнении, что ВИЧ – это болезнь, которая «не лечится» [8]. Специалисты, оказывающие помощь ВИЧ-инфицированным наркозависимым, должны отчётливо представлять, что без прекращения потребления ими наркотиков терапия ВИЧ-инфекции не даёт никаких результатов, и сфокусировать их внимание на ведении трезвого образа жизни.

Весьма важной для эффективности реабилитационного процесса является информация о трудовой деятельности наркозависимого в про-

шлом – наличие специальности, профессиональной занятости, его занятости в неквалифицированном труде, отношение к труду в целом. Занятость осужденных в колониях в настоящее время немного превышает 1/3 от их числа. Возможности трудового обучения представлены более широко. Имеется возможность получить полное среднее образование и даже среднее профессиональное образование. При наличии финансовых средств возможно получить путём дистанционного обучения достаточно хорошо оплачиваемую специальность. Сознательная регулярная трудовая занятость является надежным ингибитором асоциальных импульсов, фактором профилактики социальной несостоятельности, развивающейся у осужденных при пребывании в исправительной колонии.

Результативность трудоустройства заключенных, освобождающихся из мест лишения свободы, показал комплекс мер, принятых центром занятости населения Уфы, сотрудники которого проявили практическую инициативу в этом направлении [9]. Созданное ими направление работы явилось своеобразной школой освобождающихся. Сотрудники центра один раз в 6 месяцев встречались с готовящимися к освобождению осужденными на территории колонии. Им сообщали информацию об услугах центра занятости, рассказывали о профессиях, востребованных в регионе, ситуации, сложившейся на рынке труда, призывали приобщаться к трудовой деятельности. Выяснилось, что заключённые дезориентированны, незнакомы с ситуацией на трудовом рынке и нуждаются в профориентации, трудовом обучении и трудоустройстве. Человек, длительное время находящийся в колонии, утрачивает не только социальные связи, но и навыки социального коммуницирования, отсюда дезадаптация и выраженное снижение уровня социальной компетентности. В период пребывания в колонии у людей формируются иждивенческие настроения, утрачивается способность принимать самостоятельные решения. Служба занятости может способствовать прохождению осужденными трудового обучения востребованным профессиям. В центре занятости есть юристы, которые могут проконсультировать по правовым вопросам, например как устроиться в центр временного пребывания тем, кому негде жить. Чтобы попасть в центр временного пребывания, необходимо пройти медицинское обследование. Отдельную трудность представляет само трудоустройство. На те должности, где предусмотрена материальная ответственность, бывшего осужденного не возьмут. Центр занятости располагает банком вакансий, имеется административный регламент содействия в поиске подходящей работы. Сегодня предусмотрено квотирование рабочих мест для граждан предпенсионного и пенсионного возраста, для инвалидов, но квот для освободившихся заключённых нет. Некоторые работодатели – чаще те, кто в прошлом сам отбывал наказание в виде лишения свободы, – не обращают внимания на наличие судимости.

Образовательный уровень более чем у половины обследованных не соответствует требованиям современного производства, что делает востребованными и актуальными их профессиональную ориентацию, трудовое обучение. Работа в этом направлении должна учитывать наличие и действие правовых актов, ограничивающих возможности трудоустройства лиц, имеющих наркотическую зависимость. Трудовая занятость, тем более на регулярной основе, улучшает условия жизнедеятельности реабилитанта, расширяет его возможности обеспечивать свои жизненные потребности путём мобилизации собственных сил, физических, психических и социальных ресурсов. Трудовое обучение и трудовая деятельность реабилитантов должны постоянно находиться в центре внимания социальных сотрудников ИК, иначе антисоциальное давление контркультур наркотизма и преступности приведёт у них к формированию представления о жизни, возможной за счёт реализации криминогенного потенциала.

В демографическом блоке сбора информации о реабилитанте необходимо учитывать особенность социального статуса наркозависимого и его психосоциальные проблемы, а также имеющиеся ресурсы поддержек (семья и внесемейное окружение). Эти данные определяют объёмы и особенности социотерапевтических мероприятий. Крайне желательной была бы бригадная форма реализации реабилитационного процесса, так как целостная оценка состояния пациента позволит специалистам разного профиля точнее сформулировать цели и задачи, стоящие перед конкретным реабилитантом.

Ресурсы социальной сферы связаны с системой социальной поддержки (окружение, в котором живет реабилитант, – семья, общество) и социально-поддерживающим процессом (умение находить и самому принимать решения, самому оказывать социальную поддержку).

Начиная работу по социальной реабилитации с осужденным в колонии, необходимо понимать, что социальная ситуация у него изменена, пребывание в пенитенциарном учреждении провоцирует развитие личностного кризиса, трансформацию жизненного пути, приводит к развитию состояния беспомощности.

Первоочередная задача – сосредоточение усилий социальных работников в направлении отсутствующих и слабо выраженных навыков реабилитанта.

Кроме того, необходимо обращать внимание на межличностные социальные коммуникации и направления компенсаторных усилий лица, способствующие сохранению адекватной социальной активности или искажающие её.

Исследование законодательных и нормативно-правовых документов, касающихся социальной работы с потребителями наркотиков, выявило отсутствие законодательного регламентирования социальной реабилитации наркозависимых, в отличие от медицинской, предусмотренной соответствующим приказом Министерства здравоохранения РФ. Государственный заказ на такой вид реабилитации отсутствует. Средства ФОМС на реабилитацию наркологических больных не выделяются. Сеть государственных учреждений реабилитационного профиля в достаточном количестве отсутствует. Деятельность многочисленных платных негосударственных центров осуществляется вне рамок закона: они не имеют лицензию на данный вид деятельности, государственный контроль и социальная поддержка их деятельности не осуществляется.

Целью всей социальной работы с реабилитантом является профилактика его возвращения к существованию в наркогенном социуме и инклюзия его в жизнь общества. Понимание факторов-предикторов будет полезным для организации реабилитационного процесса, дальнейшей траектории реабилитационного потенциала реабилитанта – его мотивации в формулировании достижения цели – возвращения к трезвой, законопослушной жизни в обществе.

Заключение

Осужденные, у которых установлен диагноз наркотической зависимости и которым назначены принудительные меры медицинского характера в виде проведения недобровольного наркологического лечения и медико-социальной реабилитации, безусловно нуждаются в социальном сопровождении до устойчивой интеграции, инклюзии в социум. Начало этого процесса может быть проведено в исправительной колонии.

Этап социальной адаптации подразумевает реализацию системы мер, направленных на приспособление лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам, нормам поведения, окружающей среде жизнедеятельности. В исправительных учреждениях имеются отделения социальной помощи, предусмотрены центры трудовой адаптации, психологическая лаборатория. Все сотрудники этих подразделений испытывают повышенную нагрузку, наблюдается дефицит кадров, включая врачей-наркологов, нехватку которых ощущает и вся профильная служба страны [2], поэтому они не способны сосредоточить свои усилия только на помощи лицам, проходящим принудительное наркологическое лечение, так как в колониях имеются нуждающиеся в их помощи психически больные, инвалиды, пенсионеры. Необходимо увеличение штатов сотрудников для обеспечения минимума социальной поддержки осужденных наркозависимых. Продолжение адаптационного этапа необходимо проводить после освобождения, совместно с УИИ. В наркологические учреждения системы минздрава по месту освобождения наркозависимых необходимо отправлять не только копию медицинских сведений, но и копию социальной карты осужденного для укрепления контактов с семьями и социальными службами по месту его пребывания после освобождения. Нужно проводить медицинское обследование тех освобождающихся, которые не имеют места жительства и будут обращаться в социальные службы, общественные организации в поисках места для ночлега.

Этап собственно реабилитации включает в себя систему мер, направленных на восстановление утраченных гражданских прав, связей, социального статуса. Предполагается его осуществление также после освобождения, что требует отдельного исследования. Прекращение мероприятий по реинтеграции наркозависимого в общество приведёт к обрыву перестройки его поведенческого профиля, чего допускать нельзя до окончания инклюзивного процесса.

Практика показывает возможность организации, создания и деятельности в исправительной колонии наркологического реабилитационного центра, функционально подчинённого медико-санитарной части учреждения [10].

Список литературы

1. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2018 году. М.: Государственный антинаркотический комитет, 2019. 49 с.

2. Клименко Т.В., Козлов А.А. Состояние наркологической помощи на постмодернизационном этапе: актуальные проблемы и способы их преодоления по данным организованного в 2018 г. аудита наркологической службы в 45 субъектах Российской Федерации // Вопросы наркологии. 2019. № 2. С. 5–16.

3. Генпрокуратура назвала регионы с высоким уровнем подростковой наркомании 09 апреля 2019 [Электронный ресурс]. URL: https:tass.ru/obschestvo/6311195. (дата обращения: 10.02.2020).

4. Гордеев А.Ю. Современное состояние, тенденции наркотизма в России и система мер по его про-

тиводействию // Вопросы российского и международного права. 2018. Т. 8. № 7А. С. 115–127.

5. Donabedian A. The seven pillars of quality // Arch. Pathol. Lab. Med. 1990. Vol. 114 (11). P. 115–118.

6. Казаковцев Б.А., Булыгина В.Г., Макурина А.П. и др. Методика оценки протективных факторов при лечении и реабилитации психически больных. Методические рекомендации. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2013. 27 с.

7. Moreno J.L. Sociometry, experimental and the science of society. An approach to a new political orientation. Beacon (N.Y.): Beacon House, 1951. 152 p.

8. Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11. № 1. С. 50–60.

9. Богатырёва Л. Есть ли жизнь после тюрьмы? О трудоустройстве бывших заключённых в Башкирии. 12 июля 2017. ProUfu [Электронный ресурс]. Доступ свободный (дата обращения: 09.02.2020).

10. Дядичко А.Н. О возможности создания наркологических реабилитационных центров в местах лишения свободы // Наркология. 2011. № 5. С. 97–99.

SOCIAL SUPPORT FOR REHABILITATION OF PERSONS WITH DRUG ADDICTION

S.M. Tikhomirov

The expert-legal center «Quattro», St. Petersburg

The possibilities and quality of social assistance provided to drug addicts who are being rehabilitated in isolation in prisons are analysed. Social adaptation of rehabilitators is low: social ties are disrupted, as are family relations, the level of education does not correspond to the requirements of the labour market, motivation for education is weak, the setting for work is characterized as neutral, there are no real plans for the future with a positive social orientation, some of them have drug dependence combined with HIV infection. Qualimetrical assessment of factors, interfering a recurrence of drug addiction showed lack of most of them. It has been found that resources for adequate social assistance are insufficient: there are not enough premises for the organization of a rehabilitation centre, available social workers are loaded with activities with pensioners and disabled people and have not been trained to work with drug addicts. Interaction with territorial social services is absent. Based on the results of the study, a set of social measures is proposed for the initial stage of integration of rehabilitators after release from places of detention: restoration of social ties, vocational guidance and labour training, orientation to the assistance of municipal social services in the region of residence.

Keywords: social support of convicts, drug addiction, disadaptation, social rehabilitation, exclusion, inclusion.