

Министерство образования и науки Российской Федерации
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Факультет социальных наук

ПРОФИЛАКТИКА В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ

Учебно-методическое пособие

Благовещенск
2004

Еремеева Т.С. (автор-составитель)

Профилактика в социальной работе с различными группами населения: Учебно-методическое пособие для студентов специальности «Социальная работа». Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2004.

Пособие подготовлено на основании государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования. Содержит тематику указанного курса, примерные контрольные вопросы, тематику контрольных работ для студентов заочной формы обучения, список учебно-методической и справочной литературы.

Рецензенты: А.В. Лейфа А.В., канд. пед. наук, доц.;

Г.В. Кувшинов, консультант отдела правовой работы с законодательными органами и органами местного самоуправления государственного правового управления аппарата губернатора Амурской области

©Амурский государственный университет, 2004

ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемое учебно-методическое пособие имеет своей целью помочь студентам, обучающимся по специальности «Социальная работа», в самостоятельном освоении курса «Профилактика в социальной работе с различными группами населения».

В ходе изучения курса студент должен:

- 1) изучить основные понятия курса и уметь ими оперировать;
- 2) получить представление об основных направлениях профилактической работы;
- 3) познакомиться с основными методами и технологиями, используемыми в социально-профилактической работе;
- 4) научиться ориентироваться в ситуации, овладеть основными методиками снятия социальной напряженности;
- 5) уметь использовать полученные знания и навыки в практике социальной работы.

Проверить качество освоения материала по данной дисциплине помогут предлагаемые тестовые задания.

Для студентов заочной формы обучения предлагается выполнение контрольной работы. Цель ее – в более детальном рассмотрении содержания курса, освоение основных его положений. Студенты должны самостоятельно проанализировать литературу, необходимую для написания контрольной работы.

Для освоения главных аспектов курса необходимо также изучение следующих дисциплин: социология, социальная психология, теория социальной работы, технология социальной работы, организация социальной работы с различными группами населения, методика исследований в социальной работе и др.

Тема 1. Введение в предмет «Профилактика в социальной работе с различными группами населения»

Социальная работа как общественное явление представляет собой своеобразную модель социальной помощи, которую общество реализует в конкретный исторический период, в соответствии с особенностями национально-культурного, социально-политического развития и социальной политики государства.

В задачи социальной работы входит оказание различного вида помощи, защиты и поддержки практически всех категорий населения, в том числе осуществление социальной профилактики.

Профилактика, будучи важным средством предотвращения развития каких-либо негативных процессов и явлений, позволяет с меньшими функциональными затратами снять остроту проблемы и повернуть процесс в более благоприятное русло.

Для того чтобы иметь возможность успешно достичь цели профилактического воздействия, необходимы соответствующие знания и навыки, приобретенные в рамках изучения курса «Профилактика в социальной работе с различными группами населения».

Программа дисциплины «Профилактика в соц. работе» предусматривает не только изучение теоретических основ организации и осуществления профилактики (понятие, виды, принципы, социально-профилактические теории и т.д.), но знакомство с опытом решения целого комплекса проблем, связанных с профилактической работой в социальной сфере, таких как:

- преступность и суицидальное поведение;
- девиантное поведение детей и подростков;
- зависимость от психоактивных веществ;
- стрессовые состояния граждан;
- конфликтные ситуации в обществе и др.

Задачи курса:

рассмотрение различных теоретических аспектов и особенностей профилактики как метода социальной работы и как социальной технологии;

ознакомление студентов с проблемами профилактики в социальной работе в современных условиях;

изучение методики профилактической работы в различных сферах общественной жизни;

организация самостоятельного изучения студентами проблем профилактики в социальной работе.

Профилактика — от греч. *Prophylaktikos* = *предохранительный* — система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней.

Обычно под **профилактикой** понимают научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на:

предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска;

сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей;

содействие им в достижении поставленных целей и раскрытии их внутреннего потенциала.

Социальная профилактика — это научно обоснованное и своевременно предпринимаемое воздействие на социальный объект с целью сохранения его функционального состояния и предотвращения возможных негативных процессов в его жизнедеятельности.

Социальная профилактика создает предпосылки для процесса нормальной социализации личности, основывающегося на приоритете принципов законности и морали. Этим самым закладывается фундамент благополучия в семьях и социальной стабильности общества в целом. В этой связи нельзя не согласиться с точкой зрения авторов «Российского энциклопедического словаря по социальной работе», что в профилактике нуждается все население. Однако есть и приоритетные направления ее применения, имеются категории населения, нуж-

дающиеся в ней в большей мере. К таким социальным группам можно отнести детей, подростков, инвалидов, пожилых, лиц, отличающихся антисоциальным образом жизни, а также испытывающих временные трудности, и др. С учетом социального положения, статуса данных категорий населения, потребностей общества в предотвращении многих социальных проблем и строится профилактическая работа.

Есть общая и специальная профилактика социальных отклонений:

1) **общесоциальное предупреждение** — это комплекс социально-политических, экономических, правовых, идеологических, организационных мероприятий, направленных на развитие экономического потенциала, повышение материального уровня жизни населения, культуры жизни граждан;

2) **специальная профилактика** — это предупреждение конкретных актов социально-отклоняющегося поведения (преступлений, алкоголизма, наркомании и т. п.).

К числу важнейших видов профилактики, используемых в социальной работе, можно отнести:

- профилактику девиантного поведения;
- профилактику безнадзорности и беспризорности;
- профилактику семейного неблагополучия и насилия;
- профилактику безработицы и др.

Таким образом, видно, что профилактическая деятельность в основном направлена на предупреждение различных девиаций или минимизации их негативных последствий для социальных субъектов.

Наряду с профилактикой преступности, алкоголизма, наркомании, токсикомании, проституции, суицида, аморальных поступков, являющихся основными компонентами социальных девиаций, особую актуальность в современном российском обществе приобретает проблема профилактики безнадзорности и беспризорности. За последние 10 лет наблюдается значительный рост числа таких детей и подростков. И это неудивительно, так как данная тенденция характерна для периода социальных смут, смен общественных систем и гражданских

конфликтов. До сих пор в нашей стране нет вполне достоверной статистики о численности беспризорных и безнадзорных. В прессе в последнее время разные авторы называют цифры от 2 до 5 млн. человек. Если же отбросить журналистское устремление несколько преувеличить остроту ситуации и проанализировать сугубо научные публикации, то можно говорить о численности беспризорных и безнадзорных от 1 до 2 млн. человек. Даже эта цифра свидетельствует о крайней тревожности ситуации и глубине проблемы. Ведь безнадзорность сейчас становится одним из основных факторов роста численности правонарушений. До недавнего времени беспризорников, как правило, доставляли в спецприемники, где они приравнивались к правонарушителям, оказываясь в режимном учреждении. В соответствии с законом «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (1999 г.) ситуация меняется. Теперь основным местом размещения таких детей стали специализированные реабилитационные учреждения для несовершеннолетних.

Важный принцип социальной работы состоит в том, что помощь должна оказываться, исходя из их социального и физического состояния. На этом принципе должна строиться и профилактика.

Практика профилактической работы находится в постоянном развитии, и тем не менее можно выделить некоторые основные моменты, касающиеся ее содержательной части.

1. Любое важное событие в жизни человека, касающееся его семьи, друзей, соседей, места жительства, работы или учебы и т.д., представляется существенным для понимания происходящего сегодня и того, что, возможно, произойдет завтра.

Повседневная жизнь изобилует стрессовыми факторами, но, поскольку они, незаметно накапливаясь, обладают так называемым кумулятивным эффектом, ни один из них в отдельности не может считаться причиной той или иной сложной социальной проблемы. Поэтому методы профилактики имеют системный характер, т.е. они направлены на искоренение источников стресса как в самом человеке, так и в социальной и природной среде и одновременно на созда-

ние условий для приобретения необходимого опыта решения возникающих проблем.

2. Службы профилактики стремятся не столько реагировать на эти проблемы, сколько предотвратить их появление. Они обращены к здоровым гражданам, еще не вступившим в полосу предсказуемого жизненного кризиса или предсказуемых проблем, возникающих в результате неожиданных событий.

3. Методы профилактики обычно включают обучение людей новым навыкам, которые помогают им достичь поставленных целей и сохранить здоровье. В то же время работа соответствующих служб нацелена на такие изменения социальной среды, чтобы она поддерживала и стимулировала нормальную жизнедеятельность человека.

4. Профилактика предусматривает решение еще не возникших проблем. Поэтому одни профилактические меры принимаются задолго до их возникновения, а другие — непосредственно перед возникновением проблемы.

5. И, наконец, службы профилактики призваны находить оптимальные решения как для достижения поставленных целей, так и для предотвращения предсказуемых проблем, — в этом и состоит ценность и значение профилактики.

При планировании социальной профилактики необходимо руководствоваться следующими **принципами**:

а) директивности, состоящего в обязательности и своевременности исполнения в полном объеме мероприятий, предусмотренных комплексным планом социальной профилактики;

б) системности, означающего как всесторонность воздействия взаимосвязанного комплекса экономических, социально-культурных, демографических и иных мер, обуславливающих различного рода деяния, так и согласованность деятельности субъектов профилактики в процессе разработки и реализации комплексного плана социальной профилактики;

в) корректности, требующего включения в комплексный план социальной профилактики определенных, четко и ясно сформулированных мероприятий,

сроков выполнения и органов, организаций и лиц, ответственных за их реализацию;

г) реальности, предполагающего включение в комплексный план социальной профилактики таких мероприятий, для реализации которых имеются необходимые материальные, технические, финансовые, кадровые и иные ресурсы;

д) законченности, обязывающего включить в комплексный план социальной профилактики такие мероприятия, а также пути и средства их осуществления, которые полностью соответствуют требованиям действующего законодательства.

Мероприятия по предупреждению и ликвидации различных социальных отклонений, социальных пороков и т.д. базируются на комплексных гигиенических, биологических, психологических, социальных исследованиях уровня и условий жизни населения.

Идеи профилактической работы в России имеют давнюю историю. Первоначально профилактика осуществлялась в рамках борьбы с болезнями и преступностью.

М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, А.А. Остроумов, А.П. Доброславин, Ф.Ф. Эрисман, Д.Н. Жбанков и другие передовые деятели отечественной медицины указывали на необходимость осуществления предупредительных санитарных мер для повышения уровня здоровья людей и защиты населения от болезней, в первую очередь — от инфекционных заболеваний.

Выработанные принципы профилактической работы, развитые и дополненные Д.К. Заболотным, Н.А. Семашко, З.П. Соловьевым, способствовали тому, что в России после гражданской войны были достигнуты впечатляющие успехи в борьбе со многими инфекционными заболеваниями.

База знаний в области профилактики стала чрезвычайно быстро расти начиная с середины 70-х гг. XX в.

Во всем мире было создано всего несколько журналов, специально посвященных профилактике (в США в основном): «Первичная профилактика»,

«Профилактика в социальной работе», «Профилактика в психиатрии», «Журнал здравоохранения в общинах», «Американское государственное здравоохранение» и др. Однако до недавнего времени в литературе по социальной работе статьи, посвященные проблемам профилактики, были редкостью.

Толчком к развитию исследований и специализированных программ, а также появлению соответствующей литературы, послужили Вермонтские конференции по проблемам профилактики в сфере психопатологии, где затрагивались не только вопросы достижения психического здоровья людей, но и проблемы взаимодействия различных социальных факторов, которые в сумме могут привести к развитию психических отклонений. Соответственно, достаточно внимания уделялось и вопросам предотвращения негативного воздействия этих факторов на здоровье и благополучие населения.

Контрольные вопросы

1. Назовите основные цели и задачи учебного курса «Профилактика в социальной работе».
2. Раскройте основные подходы и содержание понятия «профилактика».
3. Охарактеризуйте особенности и принципы социальной профилактики.
4. Опишите эволюцию идей о профилактике социальных патологий и девиаций.

Литература

1. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. М.: Редакционно-издательский центр Консорциума «Социальное здоровье России», 1993.
2. Введение в социальную работу: Теоретические и прикладные аспекты /Под общей ред. Н.Г.Стойко. Красноярск, 1998.
3. Основы социальной работы /Отв. ред. П.Д. Павленок. ИНФРА-М., 1997.
4. Психотехнологии в социальной работе /Под ред. Козлова В.В. Ярославль, 1997.

5. Российская энциклопедия социальной работы. В 2 т. Т. 2. М., 1997.
6. Социальная психология личности в вопросах и ответах /Под ред. В.А. Лубанской. М.: Гардарики, 1999.
7. Социальная психология. /Под ред. А.В. Петровского. М.: Просвещение, 1987.
8. Социальная работа: Словарь-справочник /Под ред. В.И. Филоненко. М.: Контур, 1998.
9. Теория и практика социальной работы: отечественный и зарубежный опыт. В 2 т. /Под ред. Т.Ф. Яркина и В.Г. Бочарова. Тула, 1993.
10. Энциклопедия социальной работы. В 3 т. М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993-1994.
11. Юридический энциклопедический словарь /Гл. ред. А.Я. Сухарев. М.: Советская энциклопедия, 1987.

Тема 2. Девиантное поведение как предмет профилактики

Под **нормой** (от лат. *norma*) понимают правило, точное предписание, установленную меру.

Выражение «**социальная норма**» характеризует официально установленные или сложившиеся нормы и правила общественного поведения и проявления человека на том или ином этапе развития общества. Данный критерий используется для официальной и неофициальной оценки поведения, действий и поступков человека. Официальная оценка человеку, как правило, дается в образовательных, медицинских, социальных и административных органах, неофициальная — в межличностной обстановке взаимодействия людей в среде их жизнедеятельности.

Отклоняющееся поведение — социологический термин, описывающий поведение, не соответствующее принятым в обществе нормам и ролевым предназначениям. Термин «отклоняющееся» поведение часто заменяют девиантным

(от лат. *deviatio* — отклонение), или делинквентным (от лат. *delinquens* - правонарушитель).

Девииантное поведение вообще — нестандартное, отклоняющееся от нормы поведение. Под **девиантным поведением человека** понимается система поступков или отдельные поступки человека в зависимости от его возраста, носящие характер отклонения от принятых в обществе норм. Чаще всего под девиантным поведением понимают отрицательное (негативное) отклонение в поведении человека, противоречащее принятым в обществе правовым и нравственным нормам.

Н.Ф. Маслова приводит следующую классификацию отклоняющегося поведения:

по уровню и масштабам отклоняющегося поведения (индивидуальный характер, массовый характер);

по элементам внутренней структуры отклоняющегося поведения (социально-групповая принадлежность, половозрастная);

по ориентированности отклоняющегося поведения: экстравертированные — с направленностью на внешнюю среду (насильственные преступления, семейные ссоры и т.п.); интровертированные — с направленностью преимущественно на себя (пьянство, наркомания, самоубийства и т.д.); др.

Чтобы эффективно решать вопросы организации социальной работы с лицами социально-негативного (девиантного) поведения, необходимо выявить **основные факторы, обуславливающие их формирование**. По данным разных исследователей девиантного поведения человека, таких факторов достаточно много. Этим обусловлено стремление авторов группировать факторы по различным основаниям. Такой подход позволяет наиболее полно представить всю сложность проблемы анализа причин формирования отклоняющегося поведения человека на отдельных этапах его возрастного развития.

К таким группам факторов и их составляющих следует отнести:

I. Отклонения в психическом и физиологическом развитии:

а) низкий уровень интеллектуального развития от рождения или как результат черепно-мозговой травмы;

б) эмоционально обусловленные и (или) отклонения активно-волевой сферы, способствующие формированию повышенной возбудимости аффектов, импульсивности в действиях и поступках, жажде наслаждений, злорадства и издевательств над окружающими, деспотизм, бродяжничества и пр.;

в) незавершенность процесса формирования личности, приводящая к сложностям во взаимоотношениях со сверстниками;

г) кризисные явления, характеризующие психофизиологическое развитие в подростковом возрасте:

ускоренное и неравномерное развитие организма в период полового созревания;

неразвитость сердечно-сосудистой системы, влияющая на физическое и психическое самочувствие подростка;

«гармональная буря» эндокринной системы в период полового созревания и проявляющаяся в повышенной возбудимости, эмоциональной неустойчивости;

обострения взаимоотношений со взрослыми, родителями, учителями, проявляющиеся в «конфликте» моралей старших и младших, чувстве взрослости и неприятии требований к себе, повышенной критичности по оценочным суждениям поведения взрослых и пр.;

изменения в характере взаимоотношений со сверстниками, потребности к общению, стремление к самоутверждению, приводящие порой к негативным формам и др.

II. Негативные факторы среды формирования личности:

а) безнравственная обстановка в семье: пьянство, ссоры, драки, грубость во взаимоотношениях, нечестность и пр., что создает негативный пример для подражания, формирует соответствующее мировоззрение;

б) проблемы семьи: неполные семьи, семьи с одним ребенком, многодетные семьи, дистантные семьи и др., что ведет к недостатку педагогического

влияния на ребенка, формированию его личности со стороны только одного из родителей, либо к чрезмерному вниманию и попустительству в процессе воспитания;

в) негативные факторы средового взаимодействия человека в процессе его развития (негативные увлечения в домашней обстановке, факторы улицы, непедагогическое использование возможностей игры в развитии ребенка и пр.);

г) отрицательное влияние ближайшего окружения и прежде всего антипедагогическое поведение старших, родителей, негативное поведение сверстников и пр;

д) негативное влияние средств массовой информации, особенно телевидения, другие факторы.

III. Недостатки в воспитании:

а) ошибки семейного воспитания;

б) ошибки и упущения в процессе обучения и воспитания в образовательном учреждении, особенно в детском саду и школе;

в) негативные нравственные ориентиры воспитания;

г) приобщение ребенка, подростка к спиртным напиткам, наркотикам, курению, азартным играм;

д) отсутствие единства и согласованности в воспитательной деятельности родителей в семье, во взаимодействии семьи и школы, школы и административных органов по работе с детьми и подростками и пр.;

е) недостатки системы перевоспитания, исправления правонарушителей и последующей адаптации их в повседневной жизни.

IV. Негативная личностная позиция самого индивида:

а) отклонения в самооценке:

завышенная ведет к возникновению чрезмерной самомобилизации, которая в сочетании с аморальной способностью самовыражения приводит к правонарушениям;

заниженная рождает неуверенность, поведенческий дуализм, раздвоенность личности, что создает проблемы для такой личности в коллективе, сдерживает самовыражение.

б) отклонения в личностных притязаниях подростков, которые, как правило, вытекают из отклонений в самооценке; притязания определяют личную позицию подростка и активность в достижении целей;

в) безразличие к нравственному самосовершенствованию;

г) негативно реализуемая потребность в самоутверждении у подростков с отклонением в поведении, нездоровое соперничество;

д) сложность формирования у ребенка, подростка потребности и активного желания в самоисправлении.

Основным **видами** девиантного поведения являются: 1) преступность и 2) уголовно ненаказуемые случаи аморального поведения, которые тоже представляют определенную общественную опасность.

Связь преступности и аморального поведения состоит в том, что совершению преступления предшествует, как правило, какая-то разновидность девиантного поведения в форме пьянства, наркомании, распущенности в сфере сексуальных отношений и пр.

Девиантное поведение разделяется на две группы:

1) поведение, отклоняющееся от норм психического здоровья, т.е. наличие у человека явной или скрытой психопатологии.

Эту группу, во-первых, составляют лица, которых условно можно отнести к третьей зоне характеров, т.е. это астеники, шизоиды, эпилептоиды и другие психически ненормальные люди.

Во-вторых, к этой группе примыкают лица с акцентуированными характеристиками, которые тоже страдают психическими отклонениями, но в пределах нормы.

2) поведение, отклоняющееся от морально-нравственных норм человеческого общежития и проявляющееся в различных формах социальной патологии (пьянстве, наркомании, проституции и т.п.).

Этот вид девиантного поведения выражается в форме проступков или преступлений. Если эти проступки незначительны и не приносят большого вреда общественным отношениям, то лица, совершившие их, подвергаются наказанию по нормам трудового или административного права.

Правоохранительные органы в лице милиции и судебных органов применяют к девиантам меры принудительного характера (административный арест, штраф и пр.), а социальные и медицинские службы проводят с ними комплекс мер по социальной и психической адаптации.

Если девиант совершает преступление, то такое деяние квалифицируется по нормам уголовного законодательства. Поэтому преступность как вид девиантного поведения в основном изучается юриспруденцией, а аморальное поведение изучается социологией, психологией, психиатрией и другими науками.

К субъектам девиантного поведения можно отнести лиц, страдающих определенными формами психической патологии и склонных на этой основе к аморальному поведению, попыткам самоубийства и т.п.

К социальной патологии можно отнести наркоманию, бытовое пьянство и алкоголизм, проституцию, бродяжничество и другие правонарушения.

Контрольные вопросы

1. Раскройте содержание понятий: социальная норма, социальное отклонение, девиация.
2. Опишите виды девиантного поведения.
3. Охарактеризуйте основные причины девиантного поведения.
4. Кто является субъектом девиантного поведения?

Литература

1. Социальная работа /Под ред. В.И. Курбатова. Ростов н/Д: Феникс, 2000.

2. Основы социальной работы /Отв. ред. П.Д. Павленок. М.: ИНФРА-М, 2000.
3. *Фирсов М.В., Студенова Е.Г.* Теория социальной работы. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000.
4. *Беличева С.А.* Социально-психологические основы предупреждения десоциализации несовершеннолетних. М.: Союз, 1989.
5. Девиантное поведение в современных условиях //СПЖ. 1995. № 2.
6. *Димов В.М.* Проблемы девиантного поведения молодежи //Вестник МГУ. 1997. № 3.
7. *Иванов В.И.* Девиантное поведение: причины и масштабы //Социально-политический журнал. 1995. № 2.
8. *Кудрявцев Г.С.* Девиантное поведение несовершеннолетних //Ученые записки. 1997. № 2.
9. *Ланцева Л.Н., Шурупова М.Ф.* Социологическая теория девиантного поведения //Социально-политический журнал. 1995. № 2.
10. *Самойлова С.В.* Социально - психологическая коррекция личности девиантного подростка в условиях летнего стационара //Медико - социальная экспертиза и реабилитация. 1999. № 1.
11. Социальная работа: Словарь-справочник /Под ред. В.И. Филоненко. М.: Контур, 1998.
12. *Тетерский С.В.* Введение в социальную работу. М.: Академический проект, 2000.
13. Федеральная программа «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» //Российская газета. 1996. 10 августа.

Тема 3. Профилактика преступлений и правонарушений

Под **преступностью** понимается устойчивое социальное явление, достигшее степени общественной опасности, определяемое законодательно.

Противоправное поведение — поведение, отклоняющееся от морально-нравственных и законодательных норм общества и проявляющееся в социальных патологиях.

Выделяют следующие **формы преступного поведения**.

Правонарушение — виновное противоправное деяние, посягающее на государственный или общественный строй или порядок, собственность государственную, общественную или частную, права и свободы граждан, на установленный порядок управления, за которое законом предусмотрена определенная ответственность, совершенное вменяемым человеком, достигшим установленного законом возраста.

Правонарушения, в свою очередь, делятся на 2 вида: **преступления и проступки**. Их различие заключается в степени общественной опасности - угрозе для целостности и существования государства, структуры общества.

Преступность — один из основных видов девиантного поведения, наряду с уголовно ненаказуемыми случаями аморального поведения, которые представляют собой общественную опасность.

Связь преступности и аморального поведения уже в том, что совершению преступления предшествует какая-либо разновидность девиантного поведения (пьянство, наркомания и т.п.).

Общие причины преступности:

1) социально-экономические:

социальная дифференциация общества, социальное неравенство;

низкий уровень жизни определенной части населения и в первую очередь молодежи;

расслоение общества на бедных и богатых;

ограничение приемлемых способов получения высокого заработка;

современные процессы в занятости (безработица);

социальная напряженность в обществе;

2) морально-этический фактор преступности, выражающийся в низком морально-нравственном уровне общества, бездуховности, отчуждения личности из «социальной сети»;

3) окружающая среда, часто нейтрально относящаяся к различным формам девиации, обусловивших возникновение преступности.

Социальная профилактика противоправного поведения — выявление и устранение причин и условий, способствовавших устранению преступлений; это развитие правосознания граждан, повышение их политической культуры, нравственной и правовой культуры, а также применение санкций.

Рассмотрим некоторые из основных положений общей теории предупреждения преступлений (профилактики противоправного поведения).

Прежде всего предупреждение состоит из **трех уровней**:

социальная профилактика — профилактическое воздействие на качественно-количественные характеристики преступности в целом;

собственно криминологическая профилактика — предупреждение видов и форм преступного поведения (например, воинских преступлений и пр.), предупреждение преступлений отдельными социальными группами лиц (например, военнослужащими ФПС РФ — офицерами, в/с по призыву или контракту и т.п.);

индивидуальная криминологическая профилактика — предупреждение преступлений отдельными лицами.

Необходимо иметь в виду, что решение задач первого уровня выходит за рамки компетенции социального работника, т.к. является частью общественной практики вообще. Но при этом социальная работа — часть общественной практики.

Решение задач второго и третьего уровня — это одна из основных функциональных обязанностей социальных работников (как государственных служащих, выполняющих специальные функции, и как представителей соответствующих структур, инспекторов, воспитателей, работающих с подчиненными).

То есть специалист по работе является субъектом предупреждения преступлений по следующим группам:

субъектом непосредственной профилактики преступлений (в семьях, коллективах и пр.);

субъектом, осуществляющим профилактику при выполнении правоохранительных функций;

субъектом, осуществляющим профилактику преступлений при выполнении функции контроля;

субъектом, осуществляющим руководство профилактикой преступлений.

Предметом профилактики правонарушений и преступлений является деятельность различных социальных институтов по выявлению и устранению (нейтрализации) причин и условий правонарушений, а также по оказанию корректирующего воздействия на лиц, склонных к их совершению.

Профилактическая деятельность общества и государства по предупреждению противоправного поведения базируется на принципах законности и научной обоснованности, комплексности, экономической и социальной целесообразности.

В свою очередь **криминологическая характеристика преступника** — это совокупность трех групп признаков:

1) субъективные (т.е. криминологически значимые признаки преступления) — свойства личности преступника, мотив и цель преступления и свойства личности потерпевшего;

2) объективные (т.е. данные, раскрывающие криминологическую ситуацию) — статистика преступлений; сведения о социальных условиях /обстановка/ преступления /социально-политическая, социально-экономическая; время, география; социальная среда и т.п./;

3) комплексные (признаки, определяющие специфику деятельности по предупреждению преступлений) — причины преступлений, последствия преступлений, механизм преступления и обстоятельства, способствующие преступлениям.

Методы, которыми необходимо пользоваться для осуществления криминологической профилактики:

анализ статистических данных;

анкетный метод (недостаток и одновременно преимущество — субъективная оценка опрашиваемых; анкеты должны быть правильно составлены; лучше всего проводить закрытое анкетирование);

интервью (беседа, один участник задает вопросы, другой — отвечает; свободное — неформальное, стандартизированное — формальное; индивидуальное или групповое);

тестирование (здесь требуется профессиональный психолог);

социометрии (отслеживаются криминологические особенности взаимоотношений в группе — наличие группировок, лидерства, конфликтов и пр.); проводится с помощью анкетирования и интервью;

анализ документов (изучение официальной и неофициальной информации);

наблюдение (визуальное восприятие обстановки, имеющей криминологическое значение; непосредственное (пассивное); включенное (исследователь становится активным участником изучаемого процесса);

эксперимент (научно поставленный опыт);

экспертная оценка (мнение специалистов);

криминологическая экспертиза (анализ нормативной базы и разных проектов — социально-экономической, организационно-хозяйственной и иной направленности).

В результате анализа перечисленных выше признаков субъект профилактики (в зависимости от стоящих перед ним задач) с помощью специальных знаний, полученных при изучении ряда общественных и юридических дисциплин (в том числе и криминологии) разрабатывает и реализует меры профилактики.

Этапу разработки профилактических мер после анализа качественно-количественных характеристик обязательно предшествует **криминологическое**

прогнозирование, представляющее собой процесс получения, обработки и анализа необходимой для прогноза информации.

Криминологический прогноз преступности — это вероятностное суждение о будущем состоянии (уровне, структуре) преступности, ее детерминант и возможностей профилактики через определенный период времени, включающее качественную и количественную оценки предполагаемых изменений и указание их примерных сроков.

Криминологическое прогнозирование является:

разновидностью социального предвидения;

отраслью юридического прогнозирования;

самостоятельным видом прогнозирования.

Процесс криминологического прогнозирования по своей сути должен быть непрерывным, требующим постоянного систематического уточнения по мере накопления новых данных. Т.е. стремление к законченным, не нуждающимся в уточнении прогнозам может привести к ненадежным результатам или даже к ложным выводам.

Также необходимо знать, что существующая «проблема неопределенности» позволяет прогнозу быть только приблизительным, а не абсолютно точным. В слове «прогноз» уже заложена невозможность точного «прогнозирования». Но важно помнить в этом случае, что «даже плохой прогноз лучше хорошей неопределенности».

Источниками прогноза являются не только данные, отмеченные как качественно-количественные характеристики преступности, но и, так называемая, «опережающая информация». Например, отслеживание будущего изменения уголовного законодательства обязательно внесет коррективы в прогноз преступности и соответственно в систему ее предупреждения.

Цели криминологического прогнозирования формулируются следующим образом.

Общая цель — установление наиболее общих показателей, характеризующих развитие (изменение) преступности в перспективе, выявление на этой ос-

нове нежелательных тенденций и закономерностей и отыскание способов изменения этих тенденций и закономерностей в нужном направлении.

Общая цель предопределяет основные цели следующего уровня:

обеспечение всех обстоятельств, имеющих существенное значение для разработки перспективных планов;

принятие длящихся управленческих решений;

выработку общей концепции борьбы с преступностью;

выбор оптимального пути совершенствования деятельности органов, ведущих борьбу с преступностью;

установление возможных изменений в состоянии, уровне, структуре и динамике преступности в будущем;

определение возможностей появления новых видов преступлений и «отмирания» имеющихся в настоящем, а также причин и условий, способных повлиять на это;

установление возможного появления новых категорий преступников.

Перечисленные цели криминологических прогнозов являются основными. Другие цели соответствуют названным, вытекают из них и соотносятся с ними как частное с общим. Все они (цели) должны постоянно уточняться, конкретизироваться, обновляться в связи с непрерывностью самого процесса прогнозирования.

В зависимости от целей прогнозирования, объекта исследования и сроков прогнозирования определяются и задачи прогнозирования.

Основными задачами являются:

получение информации об изучаемом будущем;

соответствующая обработка этой информации;

обобщение всех показателей “будущей” преступности;

определение на основе выявленных показателей в прогнозируемом периоде наиболее важные и эффективные пути (средства и меры) борьбы с преступностью.

Криминологическое прогнозирование в широком смысле классифицируется на два вида:

прогнозирование науки криминологии (прогнозирование криминологических исследований, определение перспектив развития, конкретных направлений науки);

прогнозирование преступности (первичной и рецидивной).

Применительно к рассматриваемой теме могут осуществляться два вида прогнозов:

прогноз преступности (в целом по ФПС, округу, отряду, заставе, взводу, отделению или отдельных ее составляющих);

прогнозов индивидуального преступного поведения.

Эти виды криминологических прогнозов существенно между собой различаются (как общее и частное).

В каждом из направлений (первичном и рецидивном) выделяются **прогнозирование:**

структуры преступности (различных категорий обследуемых: по контракту или призыву, офицеров, прапорщиков; мужчин или женщин);

отдельных видов и групп преступлений;

преступности в разных регионах (в масштабах ФПС, округа, отряда, заставы, отделения).

Самостоятельным видом прогнозирования является **прогнозирование индивидуального антиобщественного (преступного) поведения** (индивидуальное прогнозирование).

Объединение информации всех (или части) перечисленных прогнозов составляет совокупный криминологический прогноз.

В криминологическом прогнозировании используются общенаучные, **частнонаучные и специальные методы познания.**

Наибольший интерес представляют последние, т.е. специальные методы криминологического прогнозирования, которые могут быть сгруппированы в три основные группы:

методы экстраполяции;
методы моделирования;
методы экспертных оценок.

Методы экстраполяции лежат в основе всякого прогноза. Сущность этого метода состоит в изучении прогнозируемого объекта и перенесении закономерностей его развития в прошлом и настоящем на будущее. На основе исходных данных формируются статистические ряды, которые распространяются на будущее. Степень точности прогнозов зависит от времени упреждения и стабильности криминологической ситуации.

Следующий метод — **моделирования**, т.е. разработка математических моделей (на основе программирования), конечно, в практике пограничной заставы не применим. Может быть использован на уровне округов и ФПС, но с привлечением специалистов. Основная задача при его использовании - получение достоверной информации.

Метод экспертной оценки — выяснение мнения научных и практических работников, отобранных по ряду признаков (стаж работы, квалификация, сфера научных интересов и пр.).

Наиболее удобный для будущей деятельности — метод экстраполирования.

Более подробно следует остановиться на индивидуальном прогнозировании преступного поведения.

Его принципами должны быть:

системность (субъект является частью системы);
преемственность;
вероятностность (вероятностные прогнозы относительно поведения человека называются пропабилистическими /от лат. *probabilis* — вероятный/);
относительность;
многозначительность.

Следующий этап — **разработка профилактических мер по профилактике правонарушений.**

Профилактика преступлений и правонарушений носит разнообразный характер и включает в себя самые разные **мероприятия**:

- экономические;
- идеологические;
- культурно-воспитательные;
- правовые;
- организационно-управленческие;
- медицинские;
- технические;
- оперативно-розыскные и т.п.

Профилактика преступлений и правонарушений реализуется по следующим **направлениям**:

- в отношении лиц, состоящих на учете в ОВД (индивидуальная профилактика, в частности, в отношении несовершеннолетних и ранее судимых);

- выявление и ограничение криминогенного воздействия факторов, способствующих совершению преступлений и правонарушений (общая профилактика);

- оказание профилактической помощи потенциальным жертвам правонарушений (виктимологическая профилактика) и др.

К **мерам индивидуальной профилактики** относятся:

- профилактическая беседа:

- направление информации о причинах и условиях противоправного поведения;

- постановка на профилактический учет;

- установление наблюдения за ходом социальной реабилитации лиц, освобожденных из мест лишения свободы;

- оказание социальной помощи и поддержки профилактируемым лицам.

Меры общей профилактики:

- выявление и устранение причин противоправного поведения и условий, способствующих их совершению;

правовое воспитание и обучение населения;
профилактическая паспортизация (сертификация) предприятий, учреждений, организаций;
профилактическое предписание.

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие, виды и причины противоправного поведения.
2. Охарактеризуйте основные положения криминологической профилактики (профилактики противоправного поведения), ее этапы и виды.

Литература.

1. Социальная работа /Под ред. В.И. Курбатова. Ростов н/Д: Феникс, 2000.
2. Основы социальной работы /Отв. ред. П.Д. Павленок. М.: ИНФРА-М, 2000.
3. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000.
4. Беличева С.А. Социально-психологические основы предупреждения десоциализации несовершеннолетних. М.: Союз, 1989.
5. Девиантное поведение в современных условиях //СПЖ. 1995. № 2.
6. Социальная работа: Словарь-справочник /Под ред. В.И. Филоненко. М.: Контур, 1998.
7. Энциклопедия социальной работы: В 3 т. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993-1994.

Тема 4. Сущность зависимого (аддиктивного) поведения.

Аддикция (аддиктивное поведение) — от англ. *Addiction* — пагубная привычка, пристрастие, пагубная склонность к чему-либо — одна из форм деструктивного поведения, злоупотребление различными веществами, изменяющими

психическое состояние, включая алкоголь, курение табака, до того, как от них сформировалась физическая зависимость.

Можно сказать, что аддиктивное поведение и патологическое пристрастие – синонимы.

Аддиктивное поведение представляет собой попытку бегства от реальности при помощи изменения своего психического состояния, обеспечивающего мнимую безопасность и эмоциональный комфорт.

Эта псевдожизнь постепенно начинает доминировать над реальной, вытесняя ее. Воля человека ослабевает и перестает быть тормозом на пути к получению простейшего удовольствия.

Для зависимого человека, с одной, – характерна низкая переносимость напряжения и стрессовых ситуаций, с другой, – он может сутками выносить любое напряжение и стресс, если они необходимы для реализации зависимого поведения.

Человек все время балансирует между стремлением к доминированию в силу жёсткости отстаивания своих интересов и непризнанностью со стороны окружающих, что приводит к конфликтам.

Уход в «другие миры» используется человеком в качестве иллюзорного способа решения конфликтов, с которыми ему приходится сталкиваться в реальной жизни.

Зависимая личность предпочитает избегание проблем, как главный способ их преодоления, по принципу «с глаз долой – из сердца вон».

Человек не может существовать без своего пристрастия, оно заменяет ему все – друзей, реальные эмоции, становится центром его существования.

Пристрастие поглощает личность целиком, занимает все мысли, время, силы, энергию и эмоции до такой степени, что он уже не может адаптироваться к жизни и заниматься чем-то другим, получать удовольствие каким-либо иным способом. Мир реальной жизни оказывается для него закрытым.

Зависимость проявляется определенной узостью и избирательностью сознания, поскольку все, что с ней не связано, просто не попадает в поле зрения

человека, отторгается как ничего не значащая и эмоционально нейтральная информация.

В ходе развития зависимости у личности возникает определенный эмоциональный дефект. Сфера чувств любых, даже близких людей и их эмоции разбиваются о глухую стену непонимания и обиды в ответ на постоянные попытки прервать состояние зависимости.

Исчезает возможность анализа ситуации и самоанализа. Они заменяются попыткой самообмана.

Зависимые выбирают компанию себе подобных, но действуют не вместе, а рядом, как 2-3-летние дети в процессе игры. Возникает возрастная регрессия.

Критерии зависимости:

- 1) игнорирование значимых ранее событий и действий как результат зависимого поведения;
- 2) распад прежних отношений и связей, смена значимого окружения;
- 3) враждебное отношение и непонимание со стороны значимых для зависимого человека людей,
- 4) скрытность или раздражительность, когда окружающие критикуют его поведение;
- 5) чувство вины или беспокойства относительно собственной зависимости;
- 6) безуспешные попытки сокращать зависимое поведение.

Зависимость делает человека более поверхностным в оценках и суждениях. Он начинает оценивать внешние признаки состояния окружающих, а не их внутреннюю суть. Оценка формы поведения начинает превалировать над оценкой содержания и реальным анализом общения.

Акцент общения смещается с самого процесса на результат: отстоять свое право на зависимое поведение. Человек как бы надевает специальные фильтрующие очки, которые сужают поля зрения и позволяют ему видеть в людях лишь то, что важно для обслуживания его зависимости.

Формы аддиктивного поведения:

- 1) употребление спиртного, наркотиков и других субстанций, изменяющих психическое состояние, вплоть до грибов-галлюциногенов;
- 2) участие в азартных играх (гэмблинг);
- 3) сексуальное аддиктивное поведение (промискуитет);
- 4) аддиктивное голодание и переедание;
- 5) работоголизм;
- 6) длительное прослушивание музыки (в том числе очень громкой);
- 7) компьютерные игры.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение аддикции (аддиктивного поведения).
2. Каким образом вызываются патологические зависимости?
3. Назовите основные критерии патологической зависимости.
4. Назовите формы аддиктивного поведения.

Литература

1. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. М.: Редакционно-издательский центр консорциума «Социальное здоровье России», 1993.
2. Введение в социальную работу: Теоретические и прикладные аспекты /Под общей ред. Н.Г.Стойко. Красноярск, 1998.
3. Основы социальной работы /Отв. ред. П.Д. Павленок. М.: ИНФРА–М, 1997.
4. Психотехнологии в социальной работе /Под ред. Козлова В.В. Ярославль, 1997.
5. Социальная психология личности в вопросах и ответах /Под ред. В.А. Лубанской. М.: Гардарики, 1999.
6. Социальная работа: Словарь-справочник /Под ред. В.И. Филоненко. М.: Контур, 1998.

Тема 5. Профилактика наркомании

Количество наркоманов растет день ото дня в геометрической прогрессии: 10% амурских школьников, от 26 до 50% учащихся профтехучилищ области употребляют наркотики. (по данным 2000 г.). В расчете на 100 тыс. населения число больных наркоманией и токсикоманией в Амурской области в 2 раза больше, чем в среднем по России.

Глобальный рост наркотизации в Российской Федерации, в том числе в Амурской области, говорит о неспособности существующих форм борьбы противостоять этой беде. Заболеваемость наркоманией имеет резко выраженную, устойчивую тенденцию к росту. Наиболее остро эта проблема стоит в подростковой среде. Российская Федерация вошла в XXI в. с многомиллионной армией молодежи, злоупотребляющей наркотическими веществами. Число потребителей наркотиков достигло такого уровня, что в молодежной среде это становится обычным явлением.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) количество россиян, употребляющих различные наркотические вещества, уже превысило 5 миллионов человек. Среди наркоманов 40% составляют подростки и молодежь в возрасте от 12 до 20 лет.

За пять лет (с 1998 по 2002 гг.) число детей, больных наркоманией, увеличилось в 19,3 раза. Как следует из большинства социологических исследований и научных публикаций, в нашей стране 8% молодежи периодически употребляют наркотические вещества. Стремительный рост наркомании за последнее время свидетельствует не только о социальном неблагополучии, но и о том, что общество и государство оказались неспособными противостоять этому явлению. В настоящее время существует явно недостаточное количество институтов, вплотную занимающихся организацией досуга и решением специфических для молодежной среды задач. Подростки чаще всего предоставлены сами себе, процесс их воспитания в семье и школе зачастую оказывается неэффективным. В результате чего молодые люди ищут способы самореализации в

уличных компаниях, непременным атрибутом которых является алкоголь и наркотики.

Все изложенное выше свидетельствует о необходимости проведения профилактических мероприятий с целью резкого изменения ситуации.

Беда всех теорий профилактики наркоманией в их рано или поздно обнаруживающейся несостоятельности. Эта несостоятельность связана с постоянно изменяющимися социально-психологическими явлениями и процессами в обществе. Хотелось бы подчеркнуть, что профилактика — это не только доступная и грамотная информация, которая может быть воспринята разными слоями населения и общества в целом. Профилактика — это развитие здорового поведения и ресурсов личности и духа человеческого, препятствующих риску употребления наркотиков и других психоактивных веществ. Это значит, что человек должен иметь возможность развиваться как здоровая эффективная личность, способная справляться с проблемами и стрессами повседневной жизни, самостоятельно принимать решения, касающиеся собственного здоровья, быть ответственным за свою жизнь. Знать, что наркотики — это плохо недостаточно. Знать — это не значит уметь. Это даже не значит — понимать. В вопросе употребления любых психоактивных веществ и зависимости от них — это всего лишь недооценивать. Людям свойственно не признавать того, чего они не хотят признавать. Поэтому в профилактике зависимости от наркотиков главная задача сделать так, чтобы наши дети и взрослые хотели, умели и могли жить здоровой жизнью.

И все же существуют позиции, которые являются универсальными. Их прежде всего следует учитывать в организации профилактических действий. Эти позиции касаются понимания того, что человек будет защищен от употребления наркотиков и различных видов зависимости от психоактивных веществ в том случае, если будут развиты его духовные, личностные, средовые ресурсы. Это значит, что профилактика — это, прежде всего, предоставление возможности человеку формировать здоровое поведение на основе развития духовного, фи-

зического, психического и социального благополучия, а личности — развивать психологические, социальные и духовные начала.

Рассмотрим некоторые позиции, касающиеся возможности профессионального развития психологических и духовных ресурсов личности.

С психологической точки зрения к наиважнейшим ресурсам личности относится **представление человека о себе, его Я-концепции**. Это очень серьезные и важные вопросы, которые человеку необходимо решать на протяжении всей жизни. "Кто я? Кто ты? Что во мне и тебе есть? Какие чувства я испытываю, когда и почему? Как мы идентифицируем свои чувства? Как мы умеем отделять свои чувства от поведения? Умеем ли мы осознавать, что с нами происходит, анализировать свое состояние? Каковы ценности моей и твоей личности? Является ли наше здоровье такой ценностью? Как мы общаемся? Умеем ли мы понимать окружающих, оказывать им поддержку или искать ее? У кого и как мы можем искать помощь и какую? Кто мы, с точки зрения духовной, психической и физической? Каков наш организм и по каким законам он работает? Кто мы как социальные существа? Как нам справляться с социальными стрессами? Какие духовные основы в нас есть и какие следует развивать, чтобы жить здоровой и эффективной жизнью? Как действительно действуют на человека наркотики и другие психоактивные вещества? Как он становится зависимым от них?

Перечень этих вопросов можно продолжать до бесконечности. Они всегда возникают, на каждом этапе жизни человека, и их всегда надо ставить. Человек не может получить ответы на них раз и навсегда. Каждый раз ему требуется более глубокие, более сложные ответы на каждый из этих вопросов. Усложнение это бесконечно и неисчерпаемо. Однако человеку недостаточно просто получить ответ. Ему необходимо самому осознать себя в физическом, психическом, социальном и духовном пространствах, подобрать там себе место. Помощь человеку, блуждающему в пространствах своего Я, — это настоящая профилактика зависимости от наркотиков. В результате такой помощи человек становится более состоятельной личностью, более ресурсной.

Еще один важный вопрос, который постоянно необходимо решать человеку, — это вопрос об ответственности за свою жизнь и свой выбор. Важнейшая экзистенциальная дилемма свободы и ответственности решается человеком бесконечно, пока он живет. К ресурсам человека относятся и такие вехи личности и духовной зрелости как своя собственная позиция по отношению к жизни и смерти, любви, одиночеству, вере, духовности и духовным ценностям.

Ведение человека по лабиринтам его души от одного осознанного ответа до другого, от одного выбора до другого, от одного модуса поведения до его осознанного изменения в более гуманистическом, нравственном, духовном и эффективном направлении и есть профилактика, и есть путь к выздоровлению зависимой личности.

Делать это можно по-разному. Есть для этого воспитательные, психологические, психотерапевтические и духовные технологии, методы и подходы. Чем их больше — тем лучше. Главное на этом пути — понимание ценности человеческого прозрения, человеческой личности и ее выбора, осторожность, профессионализм и уважение.

Многие существующие программы профилактики подростковой наркомании являются хорошим примером применения системного подхода в области работы с наркоманией. Однако очевидно, что возможности системного подхода снижаются вследствие несогласования форм, методов, стратегий и границ профилактической работы, проводимой представителями разных отделов центров социально-психологической помощи. Имеются в виду социальные работники, социальные педагоги и психологи.

Каждый из этих специалистов относительно реализует определенные функции или системы функций. Некоторые функции в работе социального работника, социального педагога и психолога могут совпадать. Например, такие функции как диагностическая, аналитическая, профилактическая и т.д. Нечеткость распределения функций зачастую снижает качество их реализации: решение задачи либо дублируется специалистами, либо вместе с ответственностью за результат делегируется коллеге.

Таким образом, проблема профилактики наркомании как социального явления возникает, прежде всего, на организационном уровне, где необходимо решить ряд следующих **задач**:

определить границы компетенции и содержание работы социального работника, социального педагога, психолога;

определить сферы и методы взаимодействия социального работника, социального педагога и психолога;

установить формы организации деятельности социального работника, социального педагога и психолога.

В своей работе **социальный работник (СР), социальный педагог (СП) и психолог (П)** выполняют несколько основных взаимодополняющих **функций**:

диагностика;

сбор информации, анализ информации;

информирование;

обучение;

содействие в решение социальных и психологических проблем;

контроль (текущий, поэтапный).

Диагностика. Любая работа должна начинаться с определения ее целей и задач. Роль определителя играет диагностика. Естественно, каждый из специалистов социально-психологической структуры имеет границы своей деятельности и методы диагностики. Например, СР ориентирован в основном на определение уровня социального благополучия человека, в то время как П необходимо диагностировать основные конфликты и их причины в структуре его личности.

В работе по профилактике наркомании среди подростков СР должен диагностировать (т.е. определять наличие и уровень развития) следующие факторы риска: объективные условия жизни (экономическое состояние семьи, жилищные условия и т.д.), здоровье членов семьи (алкоголизм, наркомания, инвалидность и т.д.), состав семьи, образование ребенка и т.д.

Роль СП заключается в диагностике уровня умственного развития ребенка, его социального интеллекта (уровень включенности и степень эффективности в системе общественных отношений), а также основных индивидуально-психологических характеристик таких, как темперамент, характер, способности, направленности и т.д. Кроме того, СП, как специалист, имеющий возможность наблюдать взаимодействие членов семьи в их реальных условиях (на дому), может сделать выводы о методах и качестве воспитания ребенка.

Роль П заключается в диагностике основных глубинных противоречий внутри личности клиента, семейных и других систем отношений, которые могут выступать факторами наркотизации подростка. Более того, если П имеет дело с клиентом, имеющим опыт в употреблении наркотиков, его основная диагностическая задача состоит в определении уровня личностных расстройств, связанных с употреблением наркотиков.

Сбор информации, анализ информации. Одним из направлений деятельности центров социально-психологической помощи является не только анализ информации по конкретному случаю, но и прогнозирование основных тенденций развития наркомании как социально-психологического явления. Это возможно с помощью сбора и анализа информации, на основе которого строятся предположения о влиянии разного рода факторов на распространение наркомании.

Специалистам необходимо ответить на ряд вопросов: "Что происходит?", "Где происходит?", "Почему происходит?", "Что нужно делать?", "Что будет дальше, если ...?"

Естественно, каждый специалист будет отвечать на эти вопросы по своему: СР уделит внимание внешним условиям, СП рассмотрит связь внешних факторов с внутренними, П проанализирует ситуацию и сделает прогноз.

Пример. В процессе подведения итогов за квартал обнаружилось, что на учете наркологического отдела состоит в 2 раза больше детей, проживающих в доме (А), чем в доме (Б). СР фиксирует этот факт и сообщает о нем в правоохранительные органы и другим специалистам. СП анализирует ситуацию, непо-

средственно отвечая на поставленные выше вопросы, оперируя, например, такими фактами как количество разводов семей, проживающих в этом доме. П анализирует ситуацию, опираясь на собственные данные о семьях и клиентах. Затем работает сводная комиссия, включающая также медика и сотрудника милиции, целью которой является нахождение во всех случаях сходных черт. Такими чертами могут быть:

- число осужденных несовершеннолетних;
- число семей, доход которых составляет ниже прожиточного минимума;
- назначение дома (общежитие, гостиничный тип или отдельные квартиры);
- проживание в домах известных и влиятельных людей и т.д.

Информирование. Информирование составляет неотъемлемую часть профилактики наркомании. Суть информирования состоит в повышении информационной грамотности населения по вопросам:

- факторы наркотизации подростков;
- особенности визуальной диагностики наркомании (поведения, внешнего вида и т.д.);
- места обращения за помощью;
- особенности поведения родителей с подростками и т.д;
- как не стать наркоманом.

В процессе информирования важно не запугать подростка и его родителей голой статистикой и ужасными фильмами и рассказами о наркомании, а также не пробудить у него интерес к наркотикам.

Роль СР состоит в организации информационных мероприятий, определении частоты и мест их проведения (школы, семьи, учреждения дополнительного образования), а также в непосредственном распространении информации о местах обращения по проблеме наркомании. СП обеспечивает содержание таких мероприятий, их тематику, приглашает различных специалистов (инспектора ОППН, медицинских работников, юристов, психологов). П обеспечивает коррекционный эффект информационных мероприятий, т.е. может организо-

вать условия диалога (групповые дискуссии, обсуждения, мозговой штурм и т.д.), в процессе которого выясняются многие аспекты проблемы наркомании.

Обучение. Профилактические задачи могут решаться с помощью обучения. Как известно, обучение — это процесс организации формирования знаний, умений, навыков. Очевидно, что в контексте профилактики наркомании обучение сводится к развитию социального интеллекта, т.е. обучению подростков социальным знаниям, умениям, навыкам.

СР обеспечивает формальную сторону процесса обучения. В зависимости от особенностей клиента СР организует условия, адекватные для обучения и развития ребенка (по необходимости рекомендует поместить ребенка в спецшколы, интернаты, стационары и т.д.). СП может проводить различного рода обучающие игры, тренинги, целью которых является развитие одного или нескольких социальных навыков. П выступает организатором обучающего процесса, т.е. определяет его задачи, средства и особенности обучения для конкретного ребенка. Кроме того, он проводит тренинги, группы личностного роста, другие мероприятия, в результате которых происходит развитие рефлексии у подростков, повышение уровня социальной адаптации.

Решение социальных и психологических проблем. Работа с социальными проблемами — это компетенция социального отдела, т.е. СР и СП. Однако роль психолога в этом случае нельзя не учитывать, т.к. многие социальные проблемы являются следствием внутренних, психологических проблем. Например, безработица связана с неуверенностью, неадекватной самооценкой, а также недостаточным развитием способности к самоменеджменту. Известно также, что многие социальные проблемы становятся причиной психологических проблем, например, депрессии, внутриличностных конфликтов и т.д.

Однако существует ряд проблем как социальных, так и психологических, решение которых находится в компетенции только одного специалиста.

Роли СР и СП в решении социальных проблем примерно одинаковы: их деятельность ограничивается социальным патронажем, включающим непосредственную помощь в решении каких-либо проблем (контактирование с органами

социальной защиты, ОППН, судами, биржами труда, администрациями) и контроль за выполнением решения.

П в данном случае выполняет роль консультанта, помогая подростку пережить напряжение путем коррекции самоотношения. Таким образом, социальный отдел здесь играет главную роль.

В решении психологических проблем, наоборот, главная роль отдана психологу, а социальный отдел может создавать социальный фон для решения психологических проблем, направлять своих подопечных к психологу.

Контроль. Реализация указанных функций невозможна без контроля, который, в свою очередь, является отдельной функцией. Контроль может быть как текущим, так и поэтапным.

Контроль как функция СР и СП сводится к фиксации изменений, происходящих с клиентом и его социальной сферой. Примером таких изменений может быть поступление ребенка в школу, на работу, изменение жилищных условий семьи или ребенка, жизнь ребенка в новых условиях (интернате, детском доме и т.д.). Со стороны П контроль осуществляется с помощью плановых консультаций (например, 1 раз в месяц), групп поддержки.

Работа с семьей является важной составляющей системы профилактики молодежной наркомании. Она может осуществляться социальными службами в нескольких **формах**:

- индивидуальная работа с членами проблемных семей;
- работа с семьей в целом;
- специальные родительские группы;
- работа с массовой родительской аудиторией.

Указанные формы профилактической работы с семьей существенно различаются организационно, методически и содержательно. Вместе с тем необходимо отметить некоторые **общие принципы**.

1. Обеспечение приращения нового бытийного опыта членов семьи. Независимо от реализуемой формы усилия специалистов, занимающихся семейной проблематикой, должны быть направлены на расширение возможностей

семьи в понимании ситуации, взаимоотношений, причин нарушений и их последствий.

2. Взаимодействие в условиях неопределенности. Исследования показывают, что даже «полный набор» факторов наркориска не приводит к наркотизации подростка, а иногда достаточно лишь ситуативного проявления одного из них. Решая задачу профилактики наркомании, специалист может столкнуться с любой сколь угодно сложной семейной проблематикой. С другой стороны, создание и поддержание специалистом ситуации неопределенности способствует тому, что в процессе взаимодействия с родителями (или семьей в целом) актуализируется наиболее значимый аспект семейной проблемы. Таким образом, работа с семьей по профилактике наркомании — это деятельность в условиях неопределенности. Очевидно, в этом случае важнейшими факторами эффективности специалиста становится не его «методическая оснащенность», а его готовность поступать свободно и ответственно.

3. Ответственность. Важно, чтобы в процессе работы члены семьи осознали и приняли меру своей ответственности за то, что происходит с ними. Принятие ими авторства собственной судьбы является важнейшей предпосылкой позитивной семейной динамики.

4. Открытость и незавершенность работы. Решая задачу профилактики наркомании, специалист, тем не менее, не может дать гарантии того, что в семье не появится наркоман. В связи с этим одним из важнейших результатов профилактической работы с семьями должна быть принципиальная готовность родителей к получению специальной профессиональной помощи и мотивация на сотрудничество с социальными центрами.

5. Реальность ожиданий. Необходимо, чтобы с самого начала и социальные работники (психологи, педагоги и др.), и члены семей, вовлеченные в профилактическую работу, понимали, что каждый из них вносит свой посильный вклад в успех и что перед работниками социальных служб не стоит задача обеспечить беспроblemное существование семьи. Задача социальных работников заключается в том, чтобы помочь семье преодолеть «зацикленность» и

обеспечить минимальную динамику. Вопрос дальнейшей работы — это вопрос инициативы семьи.

6. Плюрализм форм и методов работы с семьей. Мы говорим о том, что факторы наркотизации семейной природы могут иметь различный характер. Поэтому трудно представить существование какого-либо единственного, эффективного метода профилактической работы с семьей.

7. Включенность/вненаходимость. В соответствии с этим принципом специалист, реализующий ту или иную форму работы с семьей, должен находиться в непрерывном контакте с людьми, с которыми он работает. Таким образом, он обеспечивает им насыщенную и адекватную обратную связь и при этом находится за пределами семейных отношений, сохраняя и свою профессиональную и личностную независимость, и суверенитет и самостоятельность семьи.

8. Принцип «здесь и теперь». В соответствии с этим принципом специалист, работающий с семьей, должен обращать внимание, прежде всего на то, что реально происходит в ситуации «здесь и теперь». Сущность данного принципа можно передать с помощью афоризма: «Не важно, о чем говорят члены семьи, важно то, что реально происходит».

Мы полагаем, что перечисленные принципы могут быть реализованы независимо от того, в какой форме проводится профилактическая работа. Суммируя, можно сказать, что их реализация направлена на повышение возможностей саморазвития семьи и живущих в ней людей.

Индивидуальная работа с членами проблемных семей часто является единственно доступной формой профилактической работы с семьей. Как правило, привлечь к такой работе удастся субъективно наиболее заинтересованного члена семьи. В подавляющем большинстве случаев (65%) — это женщины. Однако по мере развития консультативно-терапевтического процесса к нему в значительной части случаев удастся привлечь и других членов семьи. В этом случае работа может продолжаться в режиме общесемейных встреч (подростки, как правило, чрезвычайно неохотно принимают участие в таких встречах), индивидуальных встреч с членами семьи либо в обеих формах сразу. Результатом

индивидуальной работы также может быть готовность взрослых членов семьи посещать родительские группы. Подчеркнем, что здесь важен не столько какой-то конкретный результат, сколько готовность и желание продолжать работу и сотрудничество со специалистами социального центра.

Приоритетными формами профилактической работы с семьей мы считаем **общесемейные встречи**. Практика показывает, что собрать вместе всю проблемную семью удастся крайне редко. Однако это не означает, что такая работа не может быть начата в неполном численном составе. Важным здесь является не столько полнота представленности семьи на терапевтической сессии, сколько ориентация на работу с общесемейной проблемой, носителем которой является семья «как целое». Последовательная реализация этого принципа сопряжена со значительными сложностями, преодоление которых создает благоприятные условия для терапии семьи и, с другой стороны, служит своеобразным индикатором семейной динамики.

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие «наркотическая зависимость», виды и причины наркомании.
2. Охарактеризуйте основные формы, методы профилактики наркомании.
3. Проиллюстрируйте системный характер профилактики наркотической зависимости через совместные действия психологов, социальных педагогов и социальных работников.

Литература

1. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В. Наркомания у подростков. Киев, 1989.
2. Материалы междунаро. научн.-практич. конф. «Школа без наркотиков». Благовещенск, 1999.

3. Наркомания: методические рекомендации по преодолению наркозависимости /Под ред. Гаранского А.Н. М.: Лаборатория базовых знаний, 2000.
4. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. М.: Академия, 2001.
5. Основы социальной работы /Отв. ред. П.Д. Павленок. М.: ИНФРА-М, 2000.
6. *Романова Л.И.* Наркотики: преступление, ответственность. Владивосток: Изд. Дальневосточ. ун-та, 2000.
7. Социальная работа /Под ред. В.И. Курбатова. Ростов н/Д: Феникс, 2000.
8. Социальная работа: Словарь-справочник /Под ред. В.И. Филоненко. М.: Контур, 1998.
9. *Фирсов М.В., Студенова Е.Г.* Теория социальной работы. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000.
10. Энциклопедия социальной работы: В 3 т. М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993-1994.

Тема 6. Профилактика пьянства и алкоголизма

На фоне быстрого за последние годы распространения наркомании в стране несколько ослабло внимание государство к другой, не менее острой проблеме — проблеме массовой алкоголизации населения, ее размеров и совокупности отрицательных последствий. Между тем пьянство к началу XX века приобрело особенно болезненный для общества характер. Практически по всем своим параметрам — уровню потребления алкоголя, заболеваемости, смертности, преступности на почве злоупотребления спиртными изделиями, степени подверженности алкоголизации подростковой и женской части населения — оно достигло уровня, серьезно подрывающего социально-экономические, духовно-нравственные основы жизнедеятельности общества.

Обратимся к статистическим материалам, характеризующим нынешнюю

алкогольную ситуацию. Так, главный показатель алкоголизации – потребление алкоголя в расчете на душу населения – увеличился за минувшее столетие в 3,8 раза и достиг 13 литров абсолютного алкоголя (чистого спирта), что в 1,6 раза выше того уровня, который Всемирная организация здравоохранения признала особо опасным для здоровья людей. За это время значительно возросла и заболеваемость алкоголизмом. Кроме того, за последнее время наблюдается тенденция более активного приобщения к алкоголю подростков и женщин, что значительно увеличивает риск алкогольных заболеваний, размеры неблагополучия в семьях, степень негативного воздействия на воспитание подрастающего поколения. Анализ данных опроса, проводимого врачами-наркологами в г. Благовещенске среди учащихся начальной школы показал, что 67,7% мальчиков и 79,4% девочек впервые попробовали алкогольные изделия еще до поступления в школу, в кругу семьи. Кроме того, первое знакомство с алкоголем у некоторых состоялось в возрасте до 7 лет (таковых примерно 25,5%). Большинство (54,7%) впервые попробовали спиртные изделия в возрасте 15 лет, 17,7% – в 14 лет.

Эти данные свидетельствуют о том, что формирование отрицательной установки в отношении употребления алкоголя у подростков целесообразно начинать еще в школе с начальных классов.

Распространенность алкоголизма среди женщин резко возросла. Так, в наркологическом диспансере Благовещенска на 1 января 2002 г. на учете состояло 3889 человек, из них 1029 человек – женщины, тогда как в 2001 г. их насчитывалось 926 человек.

Данная картина будет далеко не полной без учета одного фактора, определяющего потребление алкоголя – отношение к возможности алкоголизации. По данным опроса, проведенного среди больных алкоголизмом, состоящих на учете в наркологическом диспансере Благовещенска, 62% считали употребление спиртных напитков пагубной привычкой. Причем 19% опрошенных употребляли спиртные изделия не реже одного раза в неделю, 16% – один-три раза в месяц и 65% - реже одного раза в месяц.

Эти данные свидетельствуют о том, что данная проблема требует особого внимания общества и государства.

Алкоголизм (с 1979 года по международной классификации болезней «**синдром алкогольной зависимости**») — заболевание, проявляющееся в виде физической и психической зависимости от алкоголя и приводящее к социальной, психической и физической деградации личности, а также к алкогольным психозам.

Пагубное пристрастие к алкоголю проявляется в виде двух влечений — навязчивого (психического) и неудержимого (физического, соматического). Сначала вызываемое алкоголем состояние эйфории становится ведущей психической потребностью. Человек прибегает к алкоголю как к некоему спасительному, облегчающему жизнь средству при любых затруднениях, при любом психическом напряжении, независимо от радостного или печального повода. Параллельно с этим все более и более снижается психологическая устойчивость человека, его способность противостоять жизненным трудностям. Одновременно, будучи субъективно облегчающим средством, алкоголь приносит такому человеку все больше и больше неприятностей: чем больше он пьет, тем больше неприятностей испытывает он в повседневной жизни и тем больше его стремление отключиться от этих неприятностей, снять стресс с помощью алкоголя, что приводит к новым неприятностям.

Навязчивое влечение к алкоголю проявляется как постоянная мысль о спиртном, в ситуациях, связанных с его употреблением, которые расцениваются положительно или отрицательно в зависимости от того, насколько они способствуют выпивке. Все остальное становится менее интересным и менее важным, и если внешне некоторые прежние интересы и сохраняются, они становятся все более неустойчивыми и поверхностными, превращаясь из мотива к определенному действию в предмет разговора на эту тему. Мысль о спиртном постоянно отвлекает алкоголика от дела, он становится рассеянным, суетливым. Таким образом, эйфоризирующие свойства алкоголя, его образ в виде бу-

тылки или стакана спиртного делаются центром, вокруг которого вращается вся психическая жизнь индивида.

На стадии сформировавшегося навязчивого влечения к алкоголю окончательно закрепляются алкогольные стереотипы и ритуалы, начавшие складываться на стадии пьянства: открывание бутылки, разливание вина, чоканье, выпивание, закусывание – все это приобретает самостоятельное значение и существенно дополняет основную операцию – собственно выпивание спиртного.

Физическое влечение человека к алкоголю, выражающее физическую зависимость от него, проявляется различными реакциями, важнейшая среди которых – так называемый похмельный синдром (синдром – совокупность отдельных симптомов, имеющих общее происхождение и типично сочетающихся между собой).

Похмельный синдром отражает и токсическое влияние алкоголя на организм, и формирование физической (соматической) зависимости от него: организм человека настолько привыкает к алкоголю, обмен веществ настолько сдвигается на алкогольные рельсы, что алкоголик испытывает органическую потребность в алкоголе, как в жизненно необходимом веществе. Похмельный синдром как проявление зависимости человека от алкоголя еще более ее закрепляет.

Зависимость человека от спиртного проявляется в его поведении. Возникает нетерпеливость при виде спиртного, которое можно выпить.

В результате систематического злоупотребления алкоголем постепенно усиливается расстройство всей психической деятельности человека, захватывая всю сферу потребностей, воли, эмоций. При этом черты, которые сначала проявлялись лишь в состоянии опьянения, постепенно становятся постоянными. Некоторые черты полностью исчезают, другие все более отчетливо выявляются и выступают на передний план, оттесняя и подавляя то, что ранее окружающим представлялось в характере алкоголика ведущим.

Таким образом, развитие алкоголизма можно представить следующей схемой: употребление алкоголя – вредная привычка (стадия пьянства – эпизодического и хронического); употребление алкоголя – пагубное пристрастие:

- 1) фаза психической зависимости;
- 2) фаза физической зависимости;
- 3) фаза алкогольных осложнений – алкогольные психозы, деградация личности, нарушения состояния различных органов и систем, вызываемые алкоголем.

В ходе развития алкоголизма происходит ряд деформаций психики и поведения.

В нашей стране с целью решения проблем алкоголизма и пьянства развиваются различные формы профилактической, реабилитационной и медико-социальной работы с больными алкоголизмом, находящимися в состоянии ремиссии. Одной из таких форм является создание обществ и клубов. Членом клуба может стать каждый желающий бросить пить, а также любой человек после или во время противоалкогольного лечения. Члены клуба активно участвуют в беседах, вечерах вопросов и ответов, выступают с публичными самоотчетами.

Различные формы и направления работы клубов подразумевают привлечение больных алкоголизмом к добровольному лечению, патронажную работу среди больных алкоголизмом, и в первую очередь, – среди членов клуба, имевших срывы или рецидивы заболевания, помощь в трудоустройстве, организацию культурно-массовых мероприятий, совместное проведение государственных и семейных торжеств и юбилеев, поддержание деловых взаимосвязей с административными отделами внутренних дел и местными комиссиями по борьбе с пьянством и алкоголизмом, противоалкогольную пропаганду и агитацию за трезвый образ жизни среди местного населения. Члены клуба наряду с внутриклубной работой по организации психо- и социотерапевтической взаимопомощи осуществляют и большую общественно-полезную работу. Это способствует качественно новому их самоутверждению и заполняет тот вакуум,

который образуется у них после отказа от спиртных напитков.

Клубный метод работы расширяет и дополняет существующие методы лечения. Он удачно сочетает в себе условия, необходимые для успешного лечения алкоголизма: психотерапию, продолжительный тесный контакт больного с врачом, который поддерживается и в последующее время, влияя на длительность ремиссии, непременно участие семьи и общественности.

Таким образом, в комплексе лечения антиалкогольные клубы являются одной из самых эффективных форм противорецидивной работы.

Заслуживающей внимания формой реабилитационных и социальных мероприятий является создание устойчивых психотерапевтических коллективов больных алкоголизмом при наркологических кабинетах диспансеров и отделений, психоневрологических диспансеров и других лечебных учреждений.

Психотерапевтические коллективы отличаются от антиалкогольных клубов тем, что в первых основное место отводится лечебной работе, остальные формы деятельности коллектива подчинены ей. Большое значение в деятельности таких коллективов придается воспитательной работе, в основу которой положены педагогические принципы А.С. Макаренко: воспитание через коллектив путем создания в нем выборных органов самоуправления и взаимоконтроля, определения конкретной цели, стоящей перед коллективом и каждым его членом, индивидуальной и коллективной ответственности за выполнение поставленных задач; воспитание сознательной дисциплины, чувства долга и ответственности путем поручения отдельных заданий членам коллектива; воспитание в процессе труда высоких моральных качеств.

Психотерапевтические коллективы формируются на добровольных началах из числа больных алкоголизмом как впервые обратившихся в наркологический диспансер, так и из состоящих в нем на учете, в том числе лечившихся ранее амбулаторно, стационарно. Предварительно подбираются группы из 18–20 человек. Сюда не следует включать лиц с признаками выраженной алкогольной деградации и психически больных. На первом организационном собрании каждый из будущих членов терапевтического коллектива кратко сообщает о се-

бе. По рекомендации врача избираются староста коллектива, заместитель, староста группы. Коллектив формируется в течение 2–3 месяцев. Происходят естественный отсев и пополнение группы, уточняются обязанности каждого члена, избираются контрольная комиссия из 3 человек, редколлегия, культкомиссия, спорткомиссия, совет родственников (из 3–5 человек). Группа собирается один раз в неделю. Кроме решения организационных вопросов, с самого начала по специально составленному плану с членами группы проводятся терапевтические мероприятия (самоотчеты больных, рациональная психотерапия, индивидуальные лечебные назначения и др.). По истечении трехмесячного испытательного срока окончательно формируется психотерапевтический коллектив. Прием в него должен происходить в торжественной обстановке, в присутствии родственников. На собрании вновь избираются органы самоуправления и утверждается план работы на три года. Первые полгода занятия проводятся один раз в неделю, а в дальнейшем один-два раза в месяц.

Дальнейшее развитие формы и методы работы психотерапевтических сообществ, представляющих собой неформальную организацию, способствующую приобщению всех ее членов к трезвенническому образу жизни. Сообщество включает не только больных алкоголизмом и членов их семей, но и людей, сознательно не употребляющих спиртное и готовых выполнить выработанные сообществом правила. К числу последних относится и медицинский персонал наркологических учреждений.

Важное место в системе реабилитации больных алкоголизмом занимает ситуационно-психологический тренинг, способствующий преодолению патологического влечения к алкоголю, обучению пациентов способам борьбы с ним. Тем самым тренинговая методика является основой для профилактики рецидивов заболевания. Ситуационно-психологический тренинг больных алкоголизмом направлен на решение следующих задач: повышение степени осознания больными у себя психологического влечения к алкоголю и выявление конкретных признаков его алкоголизации; выявление типичных индивидуальных факторов алкоголизации патологического влечения к алкоголю и обучение мето-

дам противодействия им; выработка аутогенной релаксации и использование ее для борьбы с патологическим влечением к алкоголю. Продолжительность курса составляет три недели, продолжительность одного занятия 1,5-2 часа.

Основными составляющими ситуационно-психологический тренинга стали: групповые дискуссии, ролевое воспроизведение основных ситуаций и состояний, способствующих социализации патологического влечения к алкоголю, аутогенная тренировка.

Применение ситуационно-психологического тренинга позволяет повысить эффективность терапевтических и реабилитационных мероприятий, своевременно купировать обострения патологического влечения к алкоголю и предупреждать рецидивы алкоголизма.

В последнее время в лечебно-реабилитационной работе с больными алкоголизмом все более рельефно выступает тенденция расширения использования немедикоментозных методов и, в частности, различных вариантов лечебной физкультуры и спортивных игр. Показанием к применению спортивных программ является и обнаруживаемое у 50-60 % больных алкоголизмом трудоспособного возраста снижение физической работоспособности. Причинами снижения работоспособности, по-видимому, являются функциональная неполноценность миокарда с нарушением метаболических процессов, снижение его сократительных функций под влиянием действия алкоголя, а также нарушения адаптационных механизмов, замедление приспособительной реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку.

Лечебная физкультура — один из способов целенаправленного управления резистентностью организма, неспецифической коррекции и реабилитации больных алкоголизмом за счет создания и поддержания адаптационных реакций.

Следует отметить, что в России широко используется музыка- и танцетерапия. В клубах трезвости бывшие больные алкоголизмом не только прослушивают музыкальные записи, организуют концерты, но и поют, танцуют, сочиняют музыку, проводят различные спортивные соревнования и так далее. Отдель-

ные клубы обмениваются программами, ездят друг к другу с концертами и встречаются в спортивных матчах.

Контрольные вопросы

1. Раскройте содержание понятия «алкогольная зависимость».
2. Охарактеризуйте социальные последствия пьянства и алкоголизма.
3. Опишите основные этапы и методы работы по профилактике пьянства и алкоголизма.
4. Раскройте содержание работы по реабилитации бывших алкоголиков.

Литература

1. *Байдужий А.* «Веселие Руси есть пити»: Проблема борьбы с пьянством и алкоголизмом в России //Новое время. 1994. № 48.
2. *Бестужев-Лада И.* Программа отрезвления. Какой ей быть? //Трезвость и культура. 1990. № 1.
3. *Бестужев-Лада И.* Пьем!.. Каким будет похмелье?: (О социальных проблемах, связанных с употреблением спиртного) //Труд. 1996. 21-27 июня.
4. Борьба за трезвость: заочные курсы трезвости. Как самому излечиться от алкоголизма //Трезвость и культура. 1994. № 3.
5. *Гузиков Б.М., Мейроян А.А.* Что губит нас...: О проблемах алкоголизма, наркомании и табакокурения. Л.: Лениздат, 1990.
6. *Еникеева Д.Д.* Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. М.: Академия, 1999.
7. *Зубов М.* Пьяные дети: проблема детского алкоголизма //Труд. 1995. 30 июня.
8. *Никитин Ю.И.* Профилактика и лечение алкоголизма. Киев: Здоровье, 1990.
9. *Никифоров И.А.* Профилактика раннего алкоголизма и наркомании //Здравоохранение РФ. 1990. № 10.

10. *Сборщикова К.* Развитие ребенка в алкогольной семье: возможности психокоррекции и реабилитации // Народное образование. 1999. № 10.

11. *Свинцов А.А., Скороходова Н.Б. и др.* Антиалкогольная пропаганда среди трудоспособного населения // Советское здравоохранение. 1990. № 8.

12. *Тростанецкая Г., Вителис С.* Профилактика ранней алкоголизации и наркомании // Народное образование. 1998. № 9-10.

Тема 7. Зарубежный опыт социальной работы с людьми, страдающими наркотической и алкогольной зависимостью

Интересный опыт работы с наркоманами накоплен в г. Гетеборге (Швеция). Швеция располагает успешно функционирующей системой борьбы с наркоманией.

Ее юридическая основа — комплекс законодательных актов и законов, регулирующий все аспекты торговли, производства, экспорта, импорта, использования наркотических средств, а также наказания за преступные действия в данной сфере. Комплекс юридических актов формировался в 60-е гг. XX в. и продолжает совершенствоваться до настоящего времени.

В Швеции сильная система самоуправления, что позволило отказаться от создания общенациональных государственных структур, которые занимались бы руководством этой деятельностью.

В стране есть заметная организация — Центральный Союз по антиалкогольному и антинаркотическому просвещению. Для проведения массовых мероприятий периодически создаются временные рабочие группы при министерствах и ведомствах, а также общественных организациях.

Основная работа по борьбе с наркоманией ведется на уровне губерний и коммун. В коммуне к подобной деятельности привлечены учреждения социальной службы, здравоохранения, народного образования, полиции, исправительных колоний, общественных организаций и частные лица, научные институты. Главное звено в этой схеме — социальные комиссии коммунального

управления, в составе которых находятся специальные подразделения по противодействию распространению наркомании.

Непосредственная помощь наркоманам осуществляется через межрайонные группы, под опекой которых находится 5-6 городских районов. В Гетеборге таких групп 4, в штате каждой группы по 8-10 человек, в том числе медсестра, социальные работники и психологи, при необходимости и учителя.

Обязанности групп: 1) выявление лиц, имеющих проблемы с наркотиками, в т.ч. употребляющие наркотические средства; 2) проведение с ними психотерапевтических мероприятий; 3) распространение антинаркотической пропаганды.

Группа работает с социальными работниками, которые находятся в штате полиции и исправительных учреждений (социальный работник информирует коллег о выявленных наркоманах).

За рубежом созданы «наркопатрули», которые пытаются побудить наркоманов обратиться за помощью к врачу. При направлении в медицинское учреждение соблюдается принцип добровольности.

Межрайонные группы проводят систему мероприятий по социальной реабилитации наркоманов, прошедших курс лечения и тех, кто не готов к этому. Им оказывается помощь в адаптации к жизни, помощь в трудоустройстве, в решении жилищных вопросов и т.п.

А также для профилактики наркомании применяются меры:

распространение литературы, пропагандирующей жизнь против наркотиков (за счет коммуны);

в отношении молодежи ведется лекционно-разъяснительная работа в школах, гимназиях, высших учебных заведениях.

Алкоголизм, как правило, приводит к социальной изоляции больного алкоголизмом, нарушаются семейные, трудовые и другие общественные отношения, что приводит к укреплению нежелательных контактов больных между собой, основой которых служит совместное пьянство. В связи с этим в таких странах как США и Франция предпринимаются попытки создания особых уч-

реждений, именуемых переходными домами, общежитиями. Такие учреждения создаются для того, чтобы обеспечить переход от круглосуточного наблюдения за алкоголиками в специальных больницах к их самостоятельной жизни в обществе. Переходные дома существуют отчасти за счет пожертвований, денежных средств работающих алкоголиков (лица, находящиеся в этих домах, обязаны с помощью администрации в течении первых же 10 дней трудоустроиться и оплачивать ежедневно комнату и питание). Точное количество переходных домов в США и Франции определить невозможно, поскольку многие из них быстро закрываются, другие только начинают функционировать.

Еще одна разновидность социальной реабилитации – психотерапевтическое сообщество под названием «поворотный пункт». Оно было создано с целью оказания лечебно-реабилитационной помощи больным алкоголизмом. По уставу сообщества проводимые медико-социальные мероприятия преследуют цель вернуть больных к нормальной и полноценной жизни путем изменения в первую очередь их патологических поведенческих стереотипов. В число применяемых психотерапевтических методик включалась и терапия искусством (рисование) с последующим обсуждением созданных больными произведений. Терапия искусством позволяет облегчить контакт врача с пациентами, что в конечном счете способствует их реадaptации в обществе и нормализации «жизненной ситуации», провоцировавшей алкоголизм.

Распространенной формой социальной адаптации больных алкоголизмом является организация колоний. Ряд больных, желающих излечиться, объединили в 1968 г. свои денежные средства и создали в Санта-Монике (штат Калифорния) первую колонию, в которой в 1972 г. насчитывалось около 700 человек. В 1972 г. в США функционировало 7 таких колоний, у которых есть собственные школы, лечебницы, клубы, различные производственные мастерские и т.д.

Колонии, как правило, расположены в пригородах, имеют большие подсобные хозяйства – животноводческие фермы, парники, цветочные оранжереи и т.д.

Обитатели колоний живут в отдельных квартирах гостиничного типа, пи-

таются в общих столовых. Многие из них имеют семьи. Два условия ставятся перед теми, кто желает жить в колонии: полный отказ от употребления алкоголя и обязательная трудовая деятельность.

Основной девиз – никаких привилегий и различий, каждый обязан трудиться, не получая никакого вознаграждения. Все работы по обслуживанию выполняются самими колонистами (уборка помещений, приготовление пищи, стирка белья и т.д.). Многие колонисты, имеющие специальности врачей, педагогов, музыкантов и т.п., работают вне колонии, но отдают часть заработка в ее фонд. Однако они также обязаны определенные часы отработать в колонии по своей специальности. Всей деятельностью колонии управляет выборный орган – совет колонистов.

Правила жизни в колонии не предусматривают никаких ограничений в поведении колонистов. Они могут свободно покидать колонию в любое время суток. Но за употребление алкоголя совет обязан предложить колонисту покинуть колонию.

Учитывая то обстоятельство, что особенно сложно отвыкнуть от принятия алкоголя в первые месяцы воздержания, совет колонистов ввел вступающим в колонию полугодовой испытательный срок. В этот период устанавливается усиленный контроль со стороны «собратьев по несчастью», алкоголик привлекается к усиленному физическому труду. Ему в течение 90 дней запрещаются свидания с родными и друзьями, территорию колонии он может покинуть только по специальному разрешению совета колонистов.

Основным методом лечения в колонии является психологическая прием – игра в откровенность всех участников собрания. По мнению соперников этого метода лечения, одна из причин распространения алкоголизма – душевная опустошенность и разобщенность людей в современном мире. Никаких обычных медицинских средств лечения от алкоголизма не применяется. Вечерами в колонии проводятся различные мероприятия: лекции, показ кинофильмов, групповые занятия музыкой или рисованием и т.п.

Наиболее полно и последовательно преимущества психотерапии и пове-

денческой терапии раскрываются в деятельности клубов трезвости, обществ анонимных алкоголиков, группах «Al-anon» (АА) и других, социотерапевтический климат которых на 50-60% повышает результаты лечения и реабилитации.

Осенью 1935 г. в Нью-Йорке первую группу АА образовали два бывших алкоголика – бизнесмен и врач-хирург, прошедшие все круги ада. Через 4 года подобные группы, уже объединенные в общество анонимных алкоголиков, опубликовали книгу под названием «Большая книга», имевшую общий тираж около 5 млн. экземпляров. Метод АА широко применяется для избавления от наркомании, курения, переедания и т.п. Он признан Ассоциацией американских медиков и Национальным советом США по алкоголизму самым эффективным методом. Государство не тратит на АА ни одного цента, метод практически не стоит ничего и тем, кто им пользуется. Для американцев это крайне важно, так как курс терапии в клинике стоит от 5 до 15 тыс. долларов. В целом же по стране на лечение от алкоголизма расходуется около 1 млрд. долларов.

Согласно уставу общества, оформленному в виде 12 традиций, оно не может быть связано ни организационно, ни финансово, ни с какой политической партией, общественной организацией или религиозной группой. Наиболее важными традициями являются: полная безымянность, анонимность членов любой группы; добровольность вступления и выхода в любой момент; стремление к трезвому образу жизни как единственное условие вступления; полное самообеспечение, отказ от помощи государства, организаций и учреждений; полное самоуправление; отсутствие какой-либо иерархической структуры как внутри групп, так и внутри АА в целом.

С точки зрения АА, медики должны заниматься физиологической дезинтоксикацией, а сообщество и сам человек осуществляют психологическую дезинтоксикацию и социально-психологическую реконструкцию личности. Программа реконструкции включает несколько шагов. Первый шаг состоит в признании бессилия над недугом. Второй выражает потребность в поиске духовной психологической опоры. Третий шаг означает решимость довериться чувству уверенности в возможности помощи. Суть четвертого – восьмого шагов – само-

анализ, исповедальность, беспощадная самокритичность, отказ от эгоистических поступков, духовное очищение. Шаги девятый и десятый воспитывают умение переносить стрессовые ситуации, ранее приводившие к срывам, что укрепляет самоконтроль. Одиннадцатый шаг ориентирует на постоянную рефлекссию и сознательный контроль за своими поступками, заставляет соотносить их с принятыми моральными принципами. Двенадцатый шаг требует практической реализации всех принципов и традиций АА и главного среди них: помогая другому, ты помогаешь себе даже больше, чем ему.

За последние десятилетия движение самопомощи анонимных «соратников» стало естественным союзником службы здравоохранения многих стран. И наоборот – служба здравоохранения, используя опыт этих обществ, стала создавать программы помощи людям, страдающим алкоголизмом.

Особенностью венгерского противоалкогольного движения является широкое распространение антиалкогольных клубов. Первые клубы возникли 20 лет назад, в настоящее время их насчитывается уже более 40. Организационные принципы, задачи и материальные условия создания и работы клубов закреплены в документах Министерства здравоохранения республики. Курируют работу клуба представители медицинского учреждения (врач, психолог), материальную помощь предоставляет районный совет, организует работу выборный совет членов клуба во главе с секретарем. Под контролем государственной противоалкогольной комиссии и научно-методического центра по алкоголизму ежегодно проводятся встречи секретарей клубов с целью повышения их знаний и обмена опытом работы. Антиалкогольные клубы имеют свой печатный орган «Известия клубов». Естественно, что не все зарегистрированные клубы успешно справляются со своей работой, да и эффективность успешно работающих пока не подвергалась объективной оценке. Однако необходимость клубного движения в реабилитации больных алкоголизмом уже ни у кого не вызывает сомнения.

Реализуя профилактический потенциал реабилитации, в последнее время появляются программы, направленные на комплексную работу с уязвимым, с

точки зрения алкоголизации, контингентом. Так, во Франции для лечения лиц, имеющих риск развития зависимости от алкоголя или начальные стадии заболевания, создаются специальные центры пищевой гигиены и алкологии. Одни из них имеют минимальный штат (врач, социальный ассистент и секретарь), в других работают группы врачей (терапевты, психологи, социальные работники, диетологи, специалисты по трудовой терапии), а также юристы, воспитатели, привлекаются к работе добровольцы из числа лиц, ранее злоупотреблявших алкоголем, но бросивших пить.

Главная задача центров – выявление лиц, имеющих риск развития зависимости от алкоголя, и их лечение до развития таковой. При необходимости уже имеющих зависимость от алкоголя госпитализируют. Критериями госпитализации являются невозможность самому больному прекратить употребление алкоголя, наличие соответствующей мотивации, возраст, риск осложнений. При госпитализации проводится психологическое обследование больных для выявления типа личности, после чего назначаются лекарственные средства для развития отвращения к алкоголю. Кроме того, врач должен внушить пациенту, что главным в лечении является не прием медикаментов, а его (пациента) воля, чтобы прекратить любое употребление алкоголя. В этих целях проводится также психотерапия (индивидуальная или групповая). Важным в достижении благоприятных отдаленных результатов было воздействие среды (в частности таких организаций как ассоциации лиц, бросивших пить).

Словацкие наркологи проводят с больными групповые психотерапевтические занятия в форме психодиагностики. Во время сеансов, начинающихся с обычным приемом аутотренинга, больные пантомимически проигрывают различные значимые для них ситуации. Например, «запретного плода» с воображаемой бутылкой со спиртным. В целом выделяют следующие формы социотерапевтической работы в реабилитации больных алкоголизмом: 1) организация терапевтического сообщества как одной из общения больных и персонала, при которой больные являются полноправными членами; 2) организация большой социотерапевтической группы, в которой больные по-

лучают благоприятные возможности для пересмотра своих жизненных установок; 3) организация малой социотерапевтической группы, в которой больные получают возможность для более объективной оценки собственных личных проблем; 4) организация терапии в социальном сообществе с вовлечением максимального количества социальных факторов (данный вид социотерапии может быть легко осуществлен в естественных условиях жизни больного); 5) организация социотерапевтической групповой работы, которая проводится с относительно здоровой частью населения для улучшения социальной активности отдельных индивидуумов в группе; 6) организация совместной работы, при которой происходит лучшее понимание определенных проблем и более эффективное регулирование реальных ситуаций; 7) организация социотерапевтического клуба как разновидности большой социотерапевтической группы, в котором достигается взаимное приспособление отдельных ее членов.

Таким образом, из изложенного выше следует, что за рубежом ведется активная работа по оказанию помощи больным алкоголизмом и наркоманией.

Контрольные вопросы

5. Приведите примеры успешной работы по профилактике наркомании и алкоголизма за рубежом.
6. Подумайте, что из зарубежного опыта работы по профилактике наркомании и алкоголизма может быть использовано в отечественной практике? Что уже используется?

Литература

1. Основы социальной работы /Отв. ред. П.Д. Павленок. ИНФРА М, 1997.
2. Социальная работа: Словарь-справочник /Под ред. В.И. Филоненко. М.: Контур, 1998.
3. Теория и практика социальной работы: отечественный и зарубежный опыт. В 2 т. /Под ред. Т.Ф. Яркина и В.Г. Бочарова. Тула, 1993.

4. Энциклопедия социальной работы. В 3 т. М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993-1994.

Тема 8. Профилактика проституции как социальной патологии

В последние годы активно обсуждаются аспекты такого общественного явления как проституция.

Известно, что проблема проституции имеет глубокие культурные, политические, социально-экономические корни, поэтому для разработки наиболее эффективного механизма «борьбы» с данным явлением необходимо знать историю этой проблемы.

Юридический смысл этого слова сегодня охватывает как женщин и мужчин, занимающихся проституцией, так покупателей и продавцов сексуальных услуг. Согласно действующему отечественному законодательству, само занятие проституцией не запрещается, однако содержание притонов, сводничество в корыстных целях, вовлечение несовершеннолетних в занятие проституцией и т.п. является административно- и уголовно-правовым нарушением, предусматривающим соответствующую ответственность.

Термин «**проституция**» происходит от латинского глагола *prostatuere* – выставить на продажу, поставить вперед и *prostatuo* – позорю, бесчещу. Однако если с происхождением термина соглашались все, то в определении проституции были значительные расхождения:

1) одна часть исследователей столь широко трактовали понятие, что последнее выступало **синонимом любых сексуальных внебрачных отношений, если они совершались по обоюдному согласию партнеров**; в старину это называли «непотребством» (блудом или похотью), а позднее развратом;

2) смещение акцентов в определении проституции на «**продажу тела как вещи**» опять же не проводило резкой границы между разными явлениями, ибо донор может продавать свою кровь, кожу, костный мозг и кое-какие органы иным лицам; уточнение – «**продажа тела для удовлетворения половой по-**

требности другого человека» - при всей своей, казалось бы, очевидности и важности нуждалось в оговорках и дополнениях, ибо «продажа» — многозначительное слово, подразумевающее подарки, подношения, содержание и т.п.; но и влюбленные, находясь в сексуальной связи, могут дарить друг другу подарки, мужчина, потеряв остатки влюбленности, материально содержит жену и детей, и, наконец, есть браки по расчету, представляющие собой «недвусмысленную корыстную сделку»; вероятно, правильнее было бы говорить не о продаже тела проституткой, а об оказании ею секс-услуг, большая часть которых связана с продажей тела;

3) далее попытались внести новое количественное уточнение в определении понятия **«частота и множественность» сексуальных партнеров**; Однако содержанка могла иметь долгое время только одного покровителя, оставаясь при этом проституткой, а что делать с фактами полиандрии —неизвестно;

4) постепенно исследователи стали приходить к общему пониманию вариативности сексуальных актов как форм социальных отношений и особого места проституции, как **отчужденного, эмоционально индифферентного, внебрачного секса** среди них; возникло логичное требование перечисленные выше признаки рассматривать в их сочленении и интеграции, а не в отдельности и противопоставлении;

5) таким образом, возникло рабочее определение, весьма близкое к современным трактовкам: под проституцией стали понимать **регулярную продажу собственного тела или услуг разным потребителям для удовлетворения их сексуальных потребностей, что ставит проститутку в исключительное, «изолированное положение и делает паразитом того же общества, которое выделило» ее и отделило от интересов общей жизни**; к заслугам Р. Киплинга можно отнести широкое распространение мысли о том, что проституция является «древнейшей профессией на земле», выводы социологов и историков таковы: это и не профессия и не древнейшая;

6) при этом, с социологической точки зрения, **проституция как общественное явление — это не просто совокупность проституток и их поведения,**

а также способы и агенты организации их деятельности (например, бандерши, содержательницы притонов, альфонсы всех мастей и т.п.) **и постоянные потребители проституции, спрос со стороны которых ее воспроизводит.**

Виды проституции: мужская и женская; взрослая и детская.

Формы проституции: официально признанная («поднадзорная», «комиссионная», «разрядная») и тайная, неофициальная («гражданская»)

К проблеме выявления причин проституции обращаются как отечественные, так и зарубежные ученые: медики, психологи, юристы, социологи и др.

Проанализировав отечественный опыт, можно выделить несколько основных причин проституции:

генетические (физиологические);
психологические;
социальные.

При разработке региональных комплексных планов социальной профилактики проституции следует учитывать, что специфическими особенностями, в частности, обладают регионы: промышленные, промышленно-аграрные, быстро развивающиеся и относительно стабильные центры; сверхкрупные, крупные, средние и малые города; новостройки, портовые, курортные, сельские районы.

Профилактическая деятельность, как правило, строится на комплексной основе и обеспечивается совместными усилиями воспитателей, учителей, психологов, медиков, сотрудников правоохранительных органов и, конечно, социальных работников. Однако, несмотря на все усилия и затраты, именно профилактика – наиболее уязвимое место.

На государственном уровне ни одна, даже самая благополучная в экономическом отношении страна не финансирует весь спектр деятельности по борьбе с проституцией и другими социальными проблемами.

Выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику проституции.

Первичная профилактика проституции опирается в своей основе на долгосрочную общегосударственную политику, благодаря которой можно будет надеяться, что противостояние проституции станет действительно общенациональным действием и включит усилия как на правительственном уровне, так и по линии неправительственных структур и движений.

Цели первичной профилактики: изменение целостного отношения детей и молодежи к проституции, формирование личной ответственности за свое поведение, пропаганда здорового образа жизни; формирование антиалкогольных и антинаркотических установок.

Современная концепция первичного, раннего предупреждения проституции среди детей и подростков основана на том, что в центре ее должны находиться личность несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых осуществляется его жизнедеятельность, — семья, образовательное учреждение, досуг, включая связанное с ними микросоциальное окружение.

Стратегия первичной профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий направленных на:

а) формирование личностных качеств, обеспечивающих развитие у детей и молодежи социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни;

б) формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию у детей и подростков законопослушного, успешного и ответственного поведения, а также ресурсов семьи, обеспечивающих поддержку ребенку, начавшему употреблять алкоголь и наркотики, сдерживающих его разрыв с семьей и помогающих ему на стадии социально-медицинской реабилитации;

в) развитие социально-поддерживающей инфраструктуры, включающей семью и микросоциальное окружение ребенка «группы риска».

Важными факторами первичной профилактики являются:

1) повышение жизненного уровня народа и сглаживания социального неравенства;

2) половое воспитание. Конечно, сейчас много пишут о культуре сексуальных отношений, но в большинстве публикаций преобладает акцент на «техническую оснащенность» полового акта: «половой сценарий», позы и пр.

Половое воспитание должно включать медицинский, психологический, социальный, педагогический, правовой и этический аспекты. Нужны лаборатории и центры полового воспитания. Необходимость усиления полового воспитания определяется нарастанием социализации, которая сопровождается усилением конфликтов между родителями и детьми, алкоголизмом, наркоманией и другими отклонениями, которые являются «фоном», способствующим проституции.

Вторичная профилактика касается лиц, которые уже страдают каким-либо видом патологии, но не проявляют признаков болезни. Ее цель – ограничить степень вреда, наносимого проституцией, как самой проститутке, так и окружающим ее людям и семье, предотвратить хронические заболевания (в том числе венерические заболевания и ВИЧ-инфекцию). Комплекс мероприятий вторичной профилактики направлен на восстановление личностного и социального статуса.

Профилактика, лечение и реабилитация – это взаимосвязанный процесс. Мероприятия, направленные на предотвращение срывов и рецидивов, относятся к третичной профилактике. Собственно, это и есть реабилитация, которая представляет собой комплексное использование медицинских, психологических, социальных образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне.

Задачи вторичной и третичной профилактики проституции могут быть решены в специализированных центрах реабилитации детей и молодежи. Помимо специализированных центров может и должна активно использоваться уже существующая сеть учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медицинской помощи. Спектр деятельности таких центров должен быть многогранным и многофункциональным:

- 1) оказание консультативно-диагностической, медико-социальной и правовой помощи детям и молодежи, страдающим какой-либо формой девиантного поведения;
- 2) оказание консультативной помощи и правовой поддержки родителям по вопросам девиантного поведения молодежи;
- 3) организация общеобразовательного и профессионального обучения и с этой целью создание учебных классов, студий, спортивных секций, трудовых мастерских и других социальных структур для обеспечения духовного и творческого роста реабилитируемых;
- 4) оказание организационно-методической и консультативной помощи специалистам образовательных учреждений по вопросам профилактики девиантного поведения;
- 5) взаимодействие с заинтересованными ведомствами и организациями по вопросам реадaptации и реабилитации молодежи;
- 6) разработка программ профилактики рецидивов у детей и молодежи, прошедших лечение и реабилитацию.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение проституции, ее видам и формам.
2. Поясните причины проституции.
3. Приведите примеры работы по предупреждению проституции.
4. Раскройте особенности работы с лицами, занимающимися проституцией.

Литература

1. Антонян Ю. Проститутка глазами психолога //Общественные науки и современность. 1993. № 2.
2. Борзунова С. Девочек наших увозят в Китай //Комсомольская правда в Приамурье. 2002. 31 октября.

3. *Голосенко И.А., Голод С.И.* Социологические исследования проституции в России (история и современное состояние вопроса). Санкт–Петербург, ТОО ТК Петрополис, 1998.

4. *Ерохина Л.Д.* Дальневосточные правоохранительные и административные органы в решении проблемы нелегального вывоза женщин за рубеж. Интернет: <http://www.crime.vl.ru/docs/stats/ovivoz.htm>.

5. О концепции антинаркотической профилактики //Народное образование. 2000. № 7.

6. Российская энциклопедия социальной работы: В 2 т. Т. 2. /Под ред. А.И. Панова, Е.и. Холостовой. М., 1997.

7. *Соковня-Семенова И.* Древнейшая профессия: история и проблемы //Основы безопасности жизни. 1997. № 1.

8. Восточно-Сибирская Правда. Стоит ли сражаться с «ветряными мельницами», или о правовых средствах борьбы с проституцией. Интернет: <http://www.vsp.ru/23619/254-2-7.HTM>.

9. *Джус М.* Приглашаются девушки с привлекательной внешностью... //Амурская правда. 2003. 12 апреля.

10. *Светлова А.* Бабочки с потрепанными крыльями //Амурская правда. 2003. 5 июня.

11. Социальная энциклопедия /Под ред. А.П. Горкина, Е.Д. Кареловой. М.: Большая Российская энциклопедия, 2000.

Тема 9. ВИЧ-инфекция и СПИД как социальная проблема: понятие, эпидемиология, профилактика

Нет необходимости убеждать кого-либо в том, что в настоящее время распространение ВИЧ-инфекции и СПИДа стало одной из серьезнейших проблем XXI в. Эпидемия приобрела глобальный характер, превратившись в пандемию, и стала представлять реальную угрозу социально-экономическому развитию для всех стран мира.

Многие люди в мире столкнулись с серьезнейшей проблемой, связанной с быстрым распространением ВИЧ-инфекции и с индивидуальными и социальными последствиями конечной стадии ВИЧ-инфицирования – СПИДом.

История распространения ВИЧ-инфекции (заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека) не столь уж коротка. Некоторые специалисты утверждают, что вирус, похожий на ВИЧ, был найден еще у древнеегипетских фараонов. Но вплоть до начала 80-х гг. XX в. он не доставлял человечеству каких-либо существенных неприятностей.

Первой временной отметкой в противостоянии вируса и человека стало сообщение американских врачей в 1981 г. о странных случаях рака кожи и одновременно иммунодефицита у молодых мужчин-гомосексуалистов. Известие облетело мир. Предполагали, что виной всему анально-генитальная сексуальная практика, что это кара Божья и так далее.

В 1983 г. одновременно в США и Франции было выяснено, что является причиной столь необычного поражения иммунитета. Причина оказалась столь мала, что увидеть ее можно было только при помощи мощнейших электронных микроскопов – вирус, промежуточная форма между живой и неживой материей. Позднее его называли **ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека. К тому времени новое заболевание было выявлено уже в нескольких странах и спада в распространении болезни не наблюдалось. Скорее наоборот: страшное последствие заражения ВИЧ-инфекцией – синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – унес к тому времени уже многие сотни жизней.

СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита, AIDS – Acquired Immunity Deficit Sindrom) – патологическое состояние, при котором в результате поражения иммунной системы ослабляются защитные силы организма. Это приобретенное, а не наследственное заболевание иммунной системы организма. Организм, лишенный обычной защиты, постепенно попадает во власть микробов и канцерогенных клеток и ничем не может им противостоять.

СПИД – это инфекционное, венерическое заболевание, возбудителем которого является вирус или, точнее, ретровирус. Течение и последствия ВИЧ-

инфекции, если сравнивать ее с другими инфекционными заболеваниями, в некотором отношении уникальны. ВИЧ чрезвычайно лабилен, он распространяется от клетки к клетке, однако может очень долго находиться в инфицированной клетке, ничем не выдавая своего присутствия. Он атакует и разрушает иммунную систему. Для ВИЧ-инфекции характерен продолжительный инкубационный период, во время которого не наблюдается никаких симптомов инфицирования. В результате возникает цепочка невыявленных лиц, которые, сами того не зная, заражают других. Течение ВИЧ-инфекции непредсказуемо. Одни инфицированные люди долго живут без каких-либо симптомов, у других симптомы различной степени тяжести начинают проявляться вскоре после инфицирования.

Скорость прогрессии от момента инфицирования до начала собственно заболевания также непредсказуема, однако последовательность событий установлена четко. Первые симптомы ВИЧ-инфицирования появляются через 1-3 недели после заражения и сохраняются в течение 1-2 недель, к ним относят недомогание, лихорадку и головную боль. В течение периода от одной недели до трех месяцев в ответ на вторжение ВИЧ иммунная система организма начинает вырабатывать антитела. После появления антител в крови заболевания еще какое-то время протекает бессимптомно и варьируется от 10 до 11 лет. Затем появляются те или иные симптомы, и развиваются сопутствующие, сопровождающие инфекции. Наконец, наступает кульминационная фаза, когда полностью разрушается иммунная система, в результате чего наступает смерть.

По экспертным оценкам ВОЗ, в мире в настоящее время насчитывается более 36 млн. ВИЧ-инфицированных, из которых 11,5 млн. человек (более 30 %) заразились ВИЧ только за последние 2 года. В настоящее время в РФ зарегистрировано 231 тыс. ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Серьезную тревогу вызывает тот факт, что около 90% ВИЧ-инфицированных составляют потребители наркотических средств, а 76% из них – лица в возрасте от 16 до 30 лет.

За последние 16 лет уровень ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом увеличился и по прогнозам будет увеличиваться и в дальнейшем. Причин для этого много. Главными являются: экономический кризис; резкие социальные перемены; распространение нищеты и безработицы; отсутствие условий и культуры здорового образа жизни; сексуальная непросвещенность и неграмотность, то есть незнание способов и путей передачи венерических заболеваний и ВИЧ-инфекции, отсутствие навыков безопасного сексуального поведения и другие причины.

Несмотря на то, что масштабы ВИЧ-инфекции и СПИДа нарастают, до сих пор не создана система целенаправленного информирования населения через социальную рекламу, средства массовой информации, в полной мере не издается санитарно-просветительский материал о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа. Не отвечает современным требованиям материально-техническое состояние многих лабораторий, осуществляющих диагностику ВИЧ-инфекции и СПИДа. Не создана единая компьютерная информационная сеть, обеспечивающая закрытые информационные потоки по проблеме ВИЧ-инфекции и СПИДа, гарантирующая преемственность в диагностике и лечении больных. Все это, еще более осложняется дорогостоящим лечением и тяжелыми социально-экономическими последствиями заболевания.

Но все-таки в последнее время наметилась тенденция к улучшению состояния профилактических мероприятий, направленных на снижение распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа. Этому способствовал ряд обстоятельств. К ним относится совершенствование нормативно-правовой базы в области борьбы и профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа. Это, прежде всего, принятый в 1995 г. федеральный закон – «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», два федеральных закона – дополнения «О расширении функций территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом» от 18.04.96 г. и «Об усилении работы по профилактике ВИЧ-инфекции в РФ», две федеральных целевых программы «Анти-ВИЧ/СПИД на 1998-2000 гг.» и

«Неотложные меры государств – участников СНГ по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции и СПИДа на 2002-2005 гг.»

На сегодняшний день основные усилия науки сосредоточены на поисках эффективных медицинских средств борьбы со СПИДом. Оказывается, на разных стадиях разработки и испытаний сейчас находятся около 30 таких вакцин. Но пока только одна вакцина, созданная американской фирмой «Ваксжен» (VAXGEN), дошла до стадии широких испытаний на добровольцах из «групп повышенного риска» в Таиланде и США. На подходе к этому этапу, которому предшествует проверка экспериментальных вакцин на безопасность и общую способность укреплять иммунную систему, находится еще один препарат.

Всего в борьбе против СПИДа сейчас используется 64 лекарственных препарата, разрабатываются еще 103. Однако внедряются в практику они достаточно медленно, примерно по 2 новых лекарства в год. В соответствии с принятыми методиками больным приходится ежедневно за 2-3 приема поглощать «коктейли» как минимум из 8-9, а порой и до 17 таблеток. Это не только очень дорого (например, стоимость подобных лекарственных препаратов в США превышает 10 тыс. дол. в год на одного пациента), но и неудобно. Поэтому одна из насущных задач – разработать методики, основанные на однотаблеточном приеме лекарств, причем – что также немаловажно для развивающихся стран – не только на полный, но и на пустой желудок.

Большинство врачей убеждены, что одно только наличие лекарств, пусть даже бесплатных, само по себе проблемы этой болезни не решит.

Например, в той же Африке проблема, как правило, заключается не в патентной защите чужой интеллектуальной собственности – у большинства стран Черного континента вообще нет патентного законодательства, а в склонности правящих режимов тратить деньги на оружие, а не на медицину.

К числу регионов, вызывающих наибольшие опасения, относятся Африка и Азия, включая Китай, где существуют деревни, поголовно населенные ВИЧ-инфицированными, а общее число зараженных – до 1,5-2 млн. человек.

Под угрозой и республики бывшего СССР, включая Россию, где болезнь

особенно быстро распространяется среди наркоманов. Кстати, на Западе считается уже аксиомой, что бесплатная раздача одноразовых шприцев не ведет к росту наркомании, зато помогает бороться со СПИДом.

И все же есть и примеры успешного противостояния современной «чуме», в том числе в развивающихся странах. Важнее всего для успеха государственной политики в этой сфере – это твердая политическая воля. Именно поэтому в США правительство объявило СПИД угрозой для национальной безопасности, а в Таиланде ежечасно по радио и телевидению транслируют правительственные предостережения, а также проводят пропаганду 100% использования презервативов в организациях, оказывающих сексуальные услуги. В ходе этой программы «работники секса» и владельцы предприятий сексуальных услуг были информированы о решении стимулировать 100% применение презервативов. Неподчинение грозило наказанием в виде штрафов и закрытия заведения. Успех этого проекта зависел от высокой степени организованности коммерческой отрасли сексуальных услуг в Таиланде, а также сильной правительственной инфраструктуры на районном, областном и национальном уровнях.

В Нигерии была проведена программа предупреждения СПИДа среди женщин, оказывающих коммерческие сексуальные услуги, и их клиентов. Тремя компонентами программы было:

- санитарное просвещение как для женщин, оказывающих коммерческие сексуальные услуги, так и для их клиентов путем демонстрации фильмов, буклетов;

- распространение презервативов;

- оказание помощи при заболеваниях, передающихся половым путем.

Другой пример. Компания по СПИДу в средствах массовой информации Австралии использовала «Старуху с косой», традиционный символ смерти. Смысл кампании был в том, что эпидемия ВИЧ-инфекции неотвратимо наступает, что все имеют потенциальный риск заражения, и что профилактика является единственным спасением. Таким образом, кампания «Старуха с косой» использовала страх смерти для создания личной осведомленности о СПИДе. Эта

стратегия смогла выдвинуть проблему СПИДа на национальный уровень и стимулировала обсуждение вопросов, связанных с эпидемией.

Еще одним примером для подражания является программа обмена игл в Неаполе. Программа включала обмен игл для потребителей инъекционных форм наркотиков на местах и обучение для лиц, занимающихся профессиональным сексом. В стране, где программы, связанные с наркотиками, не дают возможности потребителям инъекционных форм наркотиков получить помощь в случае заражения ВИЧ, подобная программа обмена игл может быть наилучшей защитой этого контингента от передачи ВИЧ-инфекции.

А в Бразилии около пяти лет назад власти страны взяли на себя обеспечение нуждающихся ВИЧ-инфицированных лекарствами – пусть и по упрощенной схеме – и одновременно снизили стоимость их годового пакета до 800-3000 дол. И в результате заболеваемость снизилась чуть ли не наполовину.

Разноречивые оценки вызвал опыт Индии, где очень большое число ВИЧ-инфицированных (около 2 млн.) и где развитая фармацевтическая промышленность производит сравнительно дешевые аналоги западных лекарств. Это привело к значительному снижению затрат на лечение ВИЧ-инфицированных.

Эти и другие примеры показывают, что борьба с ВИЧ-инфекцией возможна и необходима, так как ВИЧ-инфекция поражает прежде всего людей в репродуктивном и наиболее трудоспособном возрасте. Эта болезнь из-за отсутствия эффективных лекарственных препаратов и вакцин обрекает ВИЧ-инфицированных на неизбежный летальный исход. Семьи, общины и целые страны уже сегодня несут невосполнимые потери. Эти потери в самых ценных людских ресурсах – потери родителей и рабочих кадров. Во многих странах мира они уже в ближайшее время могут привести к упадку экономики и социальной нестабильности. Без преувеличения можно сказать, что СПИД является трагедией всего человечества и, как видим, принимает катастрофические масштабы, в данный момент представляет собой опасность для национальной безопасности многих стран мира.

В России проблема медикаментов, естественно, тоже стоит остро. Боль-

ницы не имеют постоянного снабжения лекарствами. Как правило, отделения «кормятся» разовыми акциями коммерческих фирм, приносящих в дар те или иные медикаменты. Есть и общемировые проблемы – детские препараты для лечения ВИЧ-инфекции еще не разработаны.

Все это является следствием серьезных недостатков и нерешенных вопросов в области борьбы с ВИЧ-инфекцией и прежде всего недостаточной профилактической работы среди молодежи и групп высокого риска заражения.

На фоне столь безрадостной картины все же нельзя сказать, что ничего не делается и все тихо ждут конца или надеются только на иностранную помощь. Да, в государственном бюджете почти нет денег, но это не мешает специалистам НИИМ им. Н.Ф. Гамаи РАМН (Москва), Институту органической химии УНЦ РАН (Уфа) и НПО «Вектор» (Новосибирск) продолжать разработку отечественных эффективных анти-ВИЧ препаратов. В настоящее время, благодаря научным исследованиям, проводившимся в институтах Министерства здравоохранения и социального развития РФ, РАМН и РАН, разрабатываются лекарственные препараты для лечения ВИЧ-инфекции. Это значительно более дешевый по сравнению с зарубежными аналогами азидотимидин и оригинальный препарат фософазид, запатентованный во всех развитых странах. Создано более 30 видов тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции, большинство из которых не уступает импортным аналогам. Детально изучен эпидемиологический процесс при ВИЧ-инфекции в системе эпиднадзора. Впервые стали использовать методы молекулярной эпидемиологии. Сейчас целым рядом научно-исследовательских учреждений России проводятся работы по изучению генетического разнообразия вируса иммунодефицита человека, а также по изучению показателей иммунитета против ВИЧ и созданию иммуногенных субстанций. Эти работы являются первыми этапами в создании в России вакцины против СПИДа.

Также в целях повышения уровня информированности населения о путях заражения ВИЧ-инфекцией и ее тяжелых последствиях для здоровья только за 2002 г. было выпущено 7 видеоклипов, транслировавшихся по четырем феде-

ральным и региональным телевизионным каналам, а также свыше 500 плакатов, буклетов и других наглядных пособий.

Министерством здравоохранения РФ установлены контакты с рядом международных и российских неправительственных организаций с целью координации мероприятий по противодействию распространения эпидемии и рациональному использованию привлекаемых на эти цели ассигнований. Создан ряд ассоциаций государственных и общественных организаций, работающих в этой области. В 18 субъектах РФ осуществляются пилотные проекты по профилактике ВИЧ-инфекции среди лиц, входящих в «группу риска».

Таким образом, профилактика ВИЧ-инфекции, СПИДа и заболеваний, передающихся половым путем, включает следующие основные направления:

- нормативное обеспечение мероприятий по профилактике и ВИЧ-инфекции и борьбы с нею;

- совершенствование эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции и государственного контроля за проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- развитие системы информирования населения о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции, СПИДа и ЗППП;

- совершенствование диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, СПИДа и ЗППП;

- обеспечение безопасности медицинских манипуляций, донорской крови, медицинских иммунобиологических препаратов, биологических жидкостей, органов и тканей.

Широкое распространение информации о путях передачи и способах профилактики этого заболевания крайне важно, но в то же время трудно осуществимо. Способы передачи СПИДа часто затрагивают вопросы «пола и крови». Между тем в общении можно наблюдать резко отрицательное отношение к открытому обсуждению вопросов пола, сексуальности и других интимных проблем. Предупреждение же ВИЧ-инфицирования требует открытого обсуждения многих щекотливых вопросов, о которых в одних культурах обычно не принято

говорить, а в других культурах или религиозных системах попытки внедрения профилактических мер могут вызвать осуждение или даже наказание.

Большой проблемой для профилактики этой болезни является психосоциальная реакция на ВИЧ-инфекцию, которая зависит от физиологического состояния зараженного вирусом индивида и от того, как протекает заболевание. Первое время возможны хорошее самочувствие и способность контролировать свои переживания. Но затем эпизодически возникают тяжелые депрессивные состояния. Неопределенность в отношении продолжительности и варианта течения инфекции вызывает беспокойство, особенно при высоком риске быть отвергнутым семьей и обществом, невозможности получить адекватную медицинскую помощь и недоступности психосоциальной поддержки посредством индивидуального, семейного консультирования и занятий в группах поддержки.

Основная психосоциальная проблема для ВИЧ-инфицированного человека состоит в том, что наличие у него вируса выявляет и особенности его поведения, которые он хотел бы скрыть, например, гомосексуальность, внебрачные половые связи, применение психоактивных препаратов. Необходимо справиться не только со страхом, который вызывает сам фактор инфицирования ВИЧ, но и со страхом утраты привычного образа жизни. Поскольку ВИЧ чаще всего поражает молодых, постольку обычный порядок их жизни в буквальном смысле слова переворачивается с ног на голову – появляются мысли о смерти, тяжелом предсмертном периоде, оставленных маленьких детях и так далее.

Еще одной проблемой для ВИЧ-инфицированных, больных СПИДом и их семей является необоснованные слухи, искаженные и ложные сведения, а также мифы о СПИДе, которые приводят к тому, что общество клеймит позором этих людей.

У ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в результате специального лечения нередко появляются различные психологические проблемы – тревога, депрессия, возбуждение, чувство беспомощности, отчаяние, бессилие и безнадежность.

Проблема духовного самосознания – одна из важнейших проблем, связанных с угрожающим жизни заболеванием. Человек, оказавшийся перед лицом угрожающего его жизни заболевания, часто рассматривает процесс умирания и смерть с позиции страха. ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом необходимо научить принимать факт их смертности как норму, а саму смерть как один из ряда других духовных феноменов. В случаях неспособности человека сформировать приемлемое для него видение смерти возможны серьезные психологические срывы. Более высокий уровень духовности способствует созданию приемлемой концепции смерти. ВИЧ-инфицированные, справившиеся с этой задачей, обычно избавляют себя и своих близких от сильного психологического дистресса.

Единственный надежный способ профилактики передачи ВИЧ-инфекции половым путем – это ведение размеренного в сексуальном плане образа жизни. иными словами, воздержание от случайных половых связей. Но поскольку такое воздержание не принимается некоторыми людьми и не поддерживается общественным мнением (морально-этическими традициями некоторых стран), постольку оно и не рассматривается большинством населения как лучший, наиболее приемлемый способ профилактики СПИДа.

Следующая «линия обороны» против СПИДа – «относительно безопасный секс». Этот способ предполагает использование презерватива с самого начала и до окончания вагинального, орального или анального полового акта. Термин «относительно безопасный секс» свидетельствует о том, что даже использование презервативов не дает стопроцентной гарантии безопасности, вследствие либо их плохого качества, либо незнания того, как им правильно пользоваться. Во многих странах этот способ профилактики достаточно широко пропагандируется и с успехом применяется. Однако против него возражают некоторые религиозные течения, а также часть мужчин, утверждающих, что использование презервативов снижает получаемое сексуальное удовлетворение.

Предотвращение передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку включает принятие весьма сложного и ответственного решения, часто в огромной степени зависящего от культурных традиций видов на будущее. Может показаться, что все ВИЧ-инфицированные женщины должны оберегаться беременности. Однако это не так. Не у каждой инфицированной матери рождается инфицированный ребенок, поэтому женщина может решить пойти на риск и забеременеть. Сильное давление на женщину традиций, предписывающих им рожать детей, а мужчинам быть отцами большого семейства, создают огромные препятствия в деле предотвращения вертикальной передачи вируса от матери ребенку. Отсутствие предварительных знаний о методах контрацепции и об интервалах между рождением детей также может влиять на решение о беременности ВИЧ-инфицированной матери.

Профилактика требует комплексного подхода, который призван привести в действие системы и структуры, способные предотвратить или решить поставленные задачи.

Профилактика должна проводиться в форме запланированных действий, нацеленных, главным образом, на достижение желаемого результата и в то же время на предотвращение возможной проблемы.

Таким образом, важно не допустить возможных отклонений в действиях или поведении социального объекта, чем потом бороться с уже наступившими негативными последствиями.

Кроме работы по предупреждению заболевания ВИЧ и СПИДом, проводятся Дни памяти погибших от этого заболевания. Впервые Международный день памяти умерших от ВИЧ-инфекции и СПИДа был проведен в Сан-Франциско (США) в 1983 г., когда причина СПИДа была еще неизвестна, и число погибших от этой болезни составляло несколько тысяч человек. Организаторы стремились почтить память погибших от СПИДа и продемонстрировать поддержку больным. Сегодня эти задачи остаются основными для этого Дня. Международный день памяти проводится ежегодно, в

первое воскресенье мая. Дата может меняться. Окончательно дату проведения Дня определяет в начале года Международный координационный совет Дня.

Международный день памяти умерших от ВИЧ-инфекции и СПИДа является поддержкой для тех, кто живет с ВИЧ/СПИДом. Все акции, проводимые в этот День, подчиняются следующим принципам:

СПИД не является наказанием за сексуальную жизнь, гомосексуализм, наркоманию;

люди, живущие со СПИДом, имеют равные гражданские права, включая право на работу и жилище, свободу передвижения;

все люди должны иметь информацию о том, как избежать заражения ВИЧ и СПИДом;

правительство должно гарантировать своим ВИЧ-инфицированным гражданам получение адекватной медицинской помощи.

В предисловии к «Международной декларации» (1997 г.) по поводу Дня памяти было сказано: «Мы уверены, что День памяти умерших от СПИДа служит возможностью повысить уровень информированности о ВИЧ/СПИДе в вашем обществе».

Еще один способ проведения информационно-просветительских акций – установление Дня борьбы со СПИДом.

Всемирный день борьбы со СПИДом впервые отмечался 1 декабря 1988 г. после того, как на встрече в ООН министров здравоохранения всех стран прозвучал призыв к социальной терпимости и расширению обмена информацией по ВИЧ/СПИДу. Ежегодно отмечаемый 1 декабря Всемирный день служит делу укрепления организованных усилий по борьбе с пандемией ВИЧ-инфекции и СПИДа, распространяющейся по всем регионам мира. Организованные усилия направлены на укрепление общественной поддержки программ профилактики распространения ВИЧ и СПИДа, на организацию обучения и предоставления информации по всем аспектам ВИЧ/СПИД.

Всемирный день борьбы со СПИДом дает серьезную возможность для усиления общественного осознания проблемы ВИЧ и СПИДа, распространения

профилактической информации в общественных группах, улучшения качества помощи, предоставляемой лицам, зараженным ВИЧ, и для борьбы с отрицанием существующей проблемы и дискриминацией. Это возможность для проявления солидарности с более чем 33 млн. людей, которые сегодня живут с ВИЧ и СПИДом, и для того, чтобы вспомнить миллионы людей, которые уже умерли. Проведение Всемирного дня борьбы со СПИДом может также помочь в привлечении денежных средств для программ по ВИЧ/СПИДу. Некоторыми **видами мероприятий**, традиционно организуемыми во время Всемирного Дня борьбы со СПИДом, являются:

- манифестации и шествия со свечами;
- театральные представления, включая постановки передвижных театров;
- поэтические чтения;
- общественные дискуссии;
- художественные выставки;
- марафонские забеги, велосипедные гонки;
- конкурсы плакатов;
- профилактические кампании в печати;
- брифинги и семинары для средств массовой информации;
- концерты с участием звезд культуры;
- спортивные соревнования среди выдающихся спортсменов.

Контрольные вопросы

1. Дайте характеристику эпидемиологической ситуации по СПИДу и ВИЧ инфекции в России и за рубежом.
2. Опишите социальные последствия распространения СПИД и ВИЧ.
3. Раскройте основные направления работы по предупреждению распространения СПИД и ВИЧ инфекции.

Литература

1. Анисимов А.Л. Проблемы борьбы с распространением ВИЧ-инфекции,

СПИДа. //ОБЖ. 1999. № 3.

2. *Апластов А.Г.* Борьба с распространением ВИЧ-инфекции //Наука и жизнь. 1998. № 1.

3. *Береснев А.Г.* Борьба со СПИДом: мифы и реальность. //Эхо планеты. 2001. № 41.

4. *Дмитриевский А.Л.* Легенды о СПИДе. //Совершенно секретно. 2000. № 12.

5. *Калашиников М.Д.* Дети и СПИД: На что мы надеемся? //Красный крест России. 2000. № 4.

6. *Клименков С.Л.* СПИД – угроза социальной катастрофы //Социс. 1998. № 9.

7. *Кохно В.П.* СПИД не спит, и он уже рядом: СПИД в Амурской области //Амурская правда. 2000. 20 января.

8. *Медведева Л.Ю.* Станет ли Россия страной, победившей СПИД? //Медицинская газета. 2000. 10 января.

9. Основы социально-медицинской работы /Под ред. Сивнезна Е.А. – М.: РАРОГЪ, 1998.

10. *Черносвитов Е.В.* Социальная медицина. М.: ВЛАДОС, 2000.

11. *Чумаков Ю.И.* СПИД – болезнь бедных //Семья и школа. 1998. № 8.

12. *Ящерец К.В., Мурашев Г.Л.* ВИЧ-инфекция. Минск: Знание, 1989.

Тема 10. Суицидальное поведение: понятие, теории, профилактика

Самоубийство (suicide = суицид) – свободное и намеренное прекращение своей жизни, намеренный акт покончить с собственной жизнью, предмет рассмотрения самых разных наук и дисциплин, имеющих отношение к изучению ценностей, благополучия и морали общества.

Время от времени многим практикующим социальным работникам приходится иметь дело с клиентом, который пытается совершить самоубийство.

Так уж получается, что работающие с клиентами, озабоченными своими многочисленными или хроническими проблемами, сталкиваются с попыткой самоубийства чаще других. Самоубийства и попытки самоубийства являются крайними формами девиантного поведения и представляют собой проблему социально и психически здорового общества, имеющую значительные последствия для социальной политики и системы служб помощи населению, а также для семей и отдельных индивидуумов.

Природа самоубийства и суицидальных попыток недостаточно изучена и требует дальнейших исследований. Главным препятствием для сбора необходимых статистических и научных данных и развития теоретического знания о природе и причинах самоубийств является отсутствие общепринятого определения понятия "самоубийство".

Согласно классическому определению, сформулированному Э. Дюркгеймом, под **самоубийством** понимают всякий случай смерти, при котором жертва прямо или косвенно, позитивно или негативно действует в пользу лишения себя жизни ("каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самими пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах").

Таким образом, Дюркгейм предлагает достаточно широкую дефиницию (определение) самоубийства, включающую события, связанные как с собственными действиями жертвы, так и с действиями других людей, приводящими к смерти жертвы. Под данное определение подпадает также отказ от действий по спасению собственной жизни.

Используя самые разные статистические данные, Дюркгейм установил связь между самоубийством и такими факторами как национальность, религиозная принадлежность, пол, возраст и даже время года. Он доказал, что количество самоубийств изменяется обратно пропорционально социальной интеграции индивида в социальную группу, общность или общество в целом. Другими

словами, самоубийство представляет собой нечто большее, чем просто индивидуальный поступок субъекта.

Для обозначения степени склонности индивида к совершению самоубийства Дюркгейм использовал термин **коэффициент аггравации**. Величина коэффициента определяется степенью вовлеченности индивида в интегрирующий социальный контекст (большую или малую соц. группу, общность, общество). Так, уход ребенка из дома или мужа из семьи повышает коэффициент аггравации у замужней женщины, поскольку при этом теряется интеграционный контекст ее существования в семье.

Чтобы обозначить действующие в обществе силы, так или иначе подталкивающие людей к самоубийству, Дюркгеймом использовался другой термин — **суицидальные импульсы**. Кроме степени интеграции в общество, суицидальные импульсы могут быть обусловлены и объемами общественных предписаний. По мнению Дюркгейма, социальные силы не являются чем-то абстрактным, но вполне реальны и связаны с основополагающей природой того или иного общества. Именно ими определяются присущие различным обществам показатели самоубийства.

Вообще **показатель самоубийства** — количество зарегистрированных самоубийств на миллион или 100 тыс. представителей общества.

В России очень высокий показатель самоубийств — 19 случаев на 100 тыс. (для сравнения: в США - 13 случаев самоубийств на 100 тыс., это 15 показатель в мире).

Такое понятие как **реальный уровень самоубийств** обозначает действительное число самоубийств в обществе, а не одни лишь случаи самоубийств, фигурирующие в официальных статистических сводках.

Учитывая, что невозможно знать наверняка, действительно ли человек собирался свести счеты с жизнью или нет, реальный уровень самоубийств неизвестен. Поэтому и используется первый показатель. По сравнению с общим числом самоубийств, **показатель самоубийств особенно ценен для исследователей по следующим двум причинам:**

1) он позволяет сравнивать степень суицидальности различных обществ, в результате возможно выявлять страны и регионы с высоким и низким уровнями суицидальности;

2) он позволяет производить сравнение распространенности самоубийств в рамках одной страны во временной перспективе, выявлять динамику суицидов.

Кроме того, возможно производить сравнение по различным группам, различным типам самоубийств.

Э. Дюркгейм выделял следующие **типы самоубийств**: фаталистическое, альтруистическое, аномистическое и эгоистическое.

Фаталистическое самоубийство — лишение себя жизни в результате подавления личности со стороны группы, организации, общества. Классическим примером является самоубийство узника концлагеря, предпочитающего броситься на находящуюся под напряжением колючую проволоку, но не страдать более от тотального контроля со стороны лагерной администрации.

Эгоистическое самоубийство — самоубийство, являющееся следствием отсутствия в обществе интегрирующих социальных связей. Дюркгейм утверждал, что для того чтобы ощущать стабильность своего положения, индивиды нуждаются в объединении в группы. Такому объединению служат социальные контексты семьи и религии. Когда человек выпадает из этих контекстов, вероятность самоубийства возрастает. Именно эгоистическим типом самоубийства Дюркгейм объясняет, в частности, наблюдающуюся разницу между низким уровнем самоубийств среди католиков и высоким среди протестантов.

Альтруистическое самоубийство — добровольное принятие смерти в условиях, когда интегрирующие силы общества настолько сильны, что способны возобладавать над инстинктом самосохранения. Данная форма самоубийства обычно связана с представлениями о чести и репутации, предполагая сверхидентификацию индивида с обществом. К альтруистическому типу самоубийства могут прибегать солдаты, ведущие арьергардные бои, не оставляющие надежды на спасение.

Другие примеры альтруистического самоубийства — харакири (ритуальное вспарывание живота, бытующая среди японцев форма самоубийства; это акт чести, смыывающий с человека печать позора), сати (обычай самосожжения вдовы вместе с трупом мужа, практикуемый в Индии, считается делом чести любой женщины; остаться живой вдовой после смерти мужа — позор, падающий на всю семью).

Аномистическое самоубийство — самоубийство, обусловленное отсутствием в обществе социального регулирования. Оно связано с формированием в обществе обстановки безнормативности, например, во времена кризисов или, напротив, процветания. В каждом из этих случаев наблюдается утрата социальной идентичности и общественного контроля, что выливается в высокие показатели самоубийств, вызываемых отчаянием индивидов от невозможности реализовать собственные ожидания.

Эпидемиология суицидального поведения — изучает частоту и степень распространенности самоубийств среди населения.

Основные факторы суицидального поведения:

- 1) недостаток социальной поддержки в жизни потенциального самоубийцы;
- 2) стрессовые негативные события в окружающем мире;
- 3) предыдущий опыт суицидального поведения как самого индивида, так и окружающих;
- 4) ожидаемые результаты суицидального поведения (например, изменение отношения к себе окружающих может повлечь в дальнейшем манипулирование и шантаж со стороны самоубийцы);
- 5) действие психологических факторов (депрессия, апатия, индифферентность к лечению, безнадежность как доминирующее настроение, слабое здоровье, невозможность терпеть боль и др.);
- 6) коммуникативные барьеры;
- 7) приверженность к различным видам девиаций (алкоголизм, криминальное поведение, безработица, деструктивные культы и др.)

После публикации работы Дюркгейма было еще много попыток описать мотивы и намерения самоубийства, создать классификационную систему. В сущности, все определения суицидального поведения включают:

зарождение мысли о самоубийстве;

намерение или мотивацию;

знание желаемых последствий.

Современные теории, объясняющие причины самоубийства, основаны на социологических, психодинамических, биологических, познавательных и приобретенных (через научение) ориентациях человеческого поведения.

Знание причин суицидального поведения — если, разумеется, имеющаяся информация непротиворечива — должно иметь практическое значение для разработки политики, программ и практики социальной работы. Хотя усилия по сбору информации продолжают, наблюдаемый прогресс незначителен. Дж. Зубин (1974) отмечает: «Самоубийство — это конечный результат процесса, а не сам процесс. В большинстве поведенческих отклонений мы имеем возможность для изучения по крайней мере части этого процесса. В самоубийстве мы имеем обычно конечный результат, к которому приходят различными путями. Выяснить причину свершившегося факта почти невозможно».

Правила оказания помощи в случае общения с потенциальным самоубийцей:

будьте уверены, что вы в состоянии помочь;

набирайтесь опыта от тех, кто уже был в такой ситуации;

будьте терпеливы;

не старайтесь шокировать или угрожать человеку, говоря: «Пойди и сделай это», если считаете, что он может послушаться;

не анализируйте вслух его поведенческие мотивы, говоря: «Вы так чувствуете себя, потому что...»;

не спорьте и не старайтесь образумить человека, говоря: «Вы не сможете убить себя, потому что...»;

делайте все возможное, но не берите на себя персональную ответствен-

ность за чужую жизнь.

Центральной частью преодоления кризисного состояния человека и определения путей его выхода из трудных ситуаций является индивидуальная профилактическая беседа с суицидентом. Разумеется, она имеет свою **специфику**, которая выражается в следующем:

ни в коем случае нельзя приглашать человека на беседу через третьих лиц, приглашение необходимо сделать обязательно лично (лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, чтобы был повод для встречи);

при выборе места беседы главное — отсутствие посторонних лиц (никто не должен прерывать разговора, сколько бы он не продолжался);

желательно спланировать беседу не в рабочее время, когда каждый занят своими делами;

в процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы, и, тем более, не выполнять какие-либо «попутные» дела, надо всем своим видом показать суициденту, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет;

профилактическая беседа, как правило, должна включать в себя 4 **этапа**:

1 — начальный этап. Установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнера». На этом этапе беседы рекомендуется использовать такие психологические приемы, как «сопереживание», «эмпатическое выслушивание». Здесь важно выслушать суицидента терпеливо и сочувственно, без критики, даже если вы с чем-то и не согласны (т.е. необходимо дать человеку возможность выговориться). В результате вы будете восприниматься как человек чуткий, заслуживающий доверия.

2 — второй этап. Главное:

- а) установить последовательность событий, которые привели к кризису;
- б) снять ощущение безысходности ситуации. Для достижения этой цели логично применение следующих приемов: «преодоление исключительности ситуация», «поддержка успехами» и др.

3 - третий этап. Совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Здесь желательно использовать такие приемы, как «планирование», т. е. побуждение суицидента к словесному оформлению планов предстоящей деятельности; «удержание паузы» — целенаправленное молчание, чтобы дать ему возможность проявить инициативу в планировании своей деятельности.

4 - завершающий этап. Его главная задача: окончательное формулирование плана деятельности, активная психологическая поддержка суицидента. В этих условиях целесообразно использовать такие психологические приемы, как «логическая аргументация», «рациональное внушение уверенности».

Если ходе беседы человек активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно направить в ближайшее лечебное заведение, где ему смогут оказать психиатрическую, а при необходимости — и медицинскую помощь.

Этические вопросы, возникающие в связи с самоубийством, предотвращением суицида, являются предметом серьезного обсуждения. Уважение к личной свободе и ответственность противоречат ценностям и усилиям, направленным на улучшение благосостояния клиентов. "Право на самоубийство" приходит в противоречие с утверждением об осмысленности и ценности существования. Расхождение во мнениях очень велико — от традиционного аналитического утверждения, что ни один человек на самом деле не хочет умирать и что врач и социальный работник должны поэтому решительно вмешиваться в ситуацию, до уверенности в том, что вмешательство и попытка предотвращения самоубийства не имеют никакого оправдания.

Бурное обсуждение проблемы, является ли самоубийство «рациональным» актом, привело к созданию этической модели рационального суицида. В последние годы многие группы самоубийц, организованные в национальном масштабе, выступают в защиту «смерти с достоинством». Группы в США, такие, как «Забота о смерти», Общество права на смерть и другие, распространяют литературу, лоббируют с целью принятия законодательства о «естественной

смерти» и помогают индивидам обрести право отказаться от лечения, которое продлевает мучительную жизнь. Общество за право умереть с достоинством, базирующееся в Великобритании, публикует и распространяет книги о методах самоубийства для безнадежно больных, действует аналогичная группа и во Франции. Добровольные общества эфтаназии (легкой смерти) существуют в Южной Африке, Австралии, Канаде, Колумбии, Дании, Франции, Германии, Голландии, Индии, Японии, Новой Зеландии, Швеции и Швейцарии. В центре их деятельности — самоубийство как разумно выбранное средство избежать невыносимых болей при неизлечимой болезни. Вообще говоря, неизлечимая болезнь — единственная ситуация, при которой эти общества одобряют акт самоубийства.

Понятие рационального суицида включает многое, однако главное — это идея о «свободных автономных человеческих существах, ум которых стремится к практической реализации принципов логики и ценностей» (К. Клемента и др., 1983). Этическая проблема налицо в тех случаях, если неизлечимая болезнь сопровождается депрессией, тревогой или даже открытой психопатологией. Добровольные общества эфтаназии признают, что различие между «рациональным» и другими видами самоубийства не совсем очевидно. Даже если суицид вполне рационален с логической точки зрения и как способ решения проблемы, то, как утверждает Р. Марис (1982), это все же не самое лучшее решение, поскольку жизнь, как таковая, представляет собой благо. Практики обычно имеют дело с людьми, испытывающими преходящие импульсы убить себя. Эти импульсы являются реакцией на утрату, межличностные конфликты и другие депрессирующие события; они могут быть также вторичными симптомами депрессии или психоза. Немногие из таких людей свободны или автономны. Как было отмечено выше, повторяющиеся попытки самоубийства могут стать долговременным методом «разрешения» проблем. С этой точки зрения рационального самоубийства не существует и «бессмысленно придавать ценность выбору самоубийства, поскольку в действительности самоубийство есть отказ от основы основ всех ценностей» (К. Клемента и др., 1983).

Поскольку социальные работники обычно решают проблемы людей в конкретных ситуациях, именно они более других способны разработать программы и политику для решения целого комплекса проблем, связанных с самоубийством и попытками самоубийства. Склонные к самоубийству люди, которым оказывают помощь службы здравоохранения и психического здоровья, очень похожи на клиентов, обремененных множеством проблем и часто посещающих социальные агентства и психиатрические центры.

Если взять все уровни социального обслуживания, то социальные работники, вероятно, имеют более широкие и тесные контакты с потенциальными самоубийцами и их семьями, чем большинство других специалистов. Социальные работники часто координируют деятельность центров предотвращения самоубийств и управляют ими. Их задачей является распространение знаний о самоубийствах. Действуя в кризисных и чрезвычайных ситуациях, социальные работники часто первыми встречаются с попытками и жертвами суицида. Поскольку же социальные работники имеют дело с пострадавшими и их семьями, начиная с первой встречи и до их возвращения в общество, их контакт с такими лицами является самым длительным.

Приоритетным местом социальных работников в обеспечении обслуживания объясняется та активная роль, какую они должны играть в научных исследованиях и развитии моделей вмешательства в суицидальное поведение. Отметим здесь два научных исследования, авторы которых — Дж. Гиббоне и другие (1978), а также А. Иваноф (1984).

Исследование первичных мер предотвращения самоубийств показывает, что до настоящего времени усилия по снижению уровня самоубийств не имели успеха. Публикация К. Уондри (1985), выявляющая характерные особенности женщин, покушавшихся на самоубийство и затем повторивших свои попытки, явилась важным шагом вперед. Попытки вмешиваться в суицидальное поведение людей, которые уже пытались покончить с жизнью, можно расценить как более успешные. Однако не ясно, что здесь является определяющим и как повысить эффективность первичных мер предотвращения. Социальные работники

могут развивать и проверять модели вмешательства, систематически описывая и оценивая разные ее компоненты.

Задача установить приоритеты в научных исследованиях самоубийства не проста, поскольку недостает подходов на уровне политики, программ и практики. Конечной целью исследований является снижение уровня самоубийств и покушений на них для улучшения положения дел и извлечения максимума пользы из дорогостоящей системы государственного здравоохранения.

Из обзора литературы можно сделать следующий вывод: природа самоубийства и суицидных попыток недостаточно исследована и требует дальнейших уточнений. Определение проблемы и связанных с нею факторов является важным шагом в развитии теорий суицидального поведения. Эту задачу еще предстоит решать.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятиям «самоубийство» (суицид), «суицидальные наклонности», «суицидальный импульс».
 2. Раскройте основные причины самоубийств в современном мире.
 3. Охарактеризуйте основные теоретические концепции, лежащие в основе работы с потенциальными суицидентами.
 4. Опишите содержание работы по предупреждению самоубийства.
 5. Какие этические проблемы возникают при работе с самоубийцами?
- Раскройте понятие «эвтаназия» и связанные с ней проблемы.

Литература

1. Социальная работа /Под ред. В.И. Курбатова. Ростов н/Д: Феникс, 2000.
2. Основы социальной работы /Отв. ред. П.Д. Павленок. М.: ИНФРА-М, 2000.
3. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000.

4. *Беличева С.А.* Социально-психологические основы предупреждения десоциализации несовершеннолетних. М.: Союз, 1989.
5. Девиантное поведение в современных условиях //СПЖ.1995. № 2.
6. *Димов В.М.* Проблемы девиантного поведения молодежи //Вестник МГУ. 1997. № 3.
7. *Иванов В.И.* Девиантное поведение: причины и масштабы //Социально-политический журнал. 1995. № 2.
8. *Кудрявцев Г.С.* Девиантное поведение несовершеннолетних //Ученые записки. 1997. № 2.
9. *Ланцева Л.Н., Шурупова М.Ф.* Социологическая теория девиантного поведения //Социально-политический журнал. 1995. № 2.
10. Социальная работа: Словарь-справочник /Под ред. В.И. Филоненко. М.: Контур, 1998.
11. *Тетерский С.В.* Введение в социальную работу. М.: Академический проект, 2000.
12. Энциклопедия социальной работы: В 3 т. М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993-1994.

Тема 11. Социальное сиротство как социальная проблема и пути ее предотвращения

Одной из актуальных социальных проблем, приобретших особую остроту в последние десятилетия, является проблема широкого распространения фактов социального сиротства детей и подростков.

Вообще **сиротство** - это понятие, отражающее положение детей-сирот, т.е. лиц в возрасте до 18 лет, которые по причине смерти обоих или единственного родителя лишены семейного окружения (прямые сироты) или в собственных интересах не могут оставаться в таком окружении (дети, оставшиеся без попечения родителей), и которые в связи с этим имеют право на особую защиту и помощь, предоставляемую государством. Закон не приводит принципиально-

го различия между этими категориями детей с точки зрения общности принципов, содержания и мер оказания им государственной и иной поддержки.

Сиротство как социальная проблема существует столько же, сколько существует человеческое общество, и является неотъемлемым элементом цивилизации. Войны, эпидемии, стихийные бедствия, другие причины приводили к гибели родителей, вследствие чего дети становились сиротами.

Социальное сиротство — явление устранения или неучастия большого круга лиц в выполнении ими родительских обязанностей (искажение родительского поведения). Соответственно, **социальные сироты** — это особая группа детей, лишившихся попечения родителей по социально-экономическим причинам, т.е. это сироты при живых родителях.

Социальное сиротство обычно рассматривается как конечный результат, показатель социального неблагополучия отдельных семей или всего общества. Для правильной оценки этого явления более оправданным оказывается динамический подход к проблеме социального сиротства и представление о нем как об элементе системы «порочных кругов».

Первый из этих «порочных кругов» касается семьи. Родители, оставляющие своих детей без попечения или культивирующие у них асоциальные установки, как правило, сами являются социально неблагополучными. Их дети с неустойчивой психикой, без достаточных духовных ценностей, без достаточно сформированных положительных социально-нравственных установок и навыков интеллектуального или физического труда оказываются открытыми для любых отрицательных влияний. При этом будучи социально и педагогически запущены, они в будущем зачастую обнаруживают устойчивую неспособность к созданию полноценной семьи, легко становятся источником социального сиротства для собственных детей.

Второй «порочный круг» образуется очень часто в закрытых учебных заведениях и социальных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в которых численность прямых сирот составляет не более 9,4% от общего числа воспитанников. Мало разбирающиеся в психологии

воспитанников, не знакомые с методами психотерапии и психокоррекции, а в ряде случаев — будучи сами подвержены личностным деформациям, некоторые педагоги и воспитатели таких учреждений своими действиями (или бездействием) способствуют углублению ранее приобретенных отрицательных психологических и поведенческих особенностей своих воспитанников.

Третий «порочный круг» возникает в среде самих сирот, завершая становление девиантных личностей. Рост числа таких детей и подростков ведет к дальнейшему возрастанию подросткового бродяжничества и преступности, распространению наркомании, венерических заболеваний, резкому ухудшению состояния физического и нравственного здоровья подрастающего поколения.

Несмотря на падение рождаемости, с каждым годом отмечается увеличение числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (социальных сирот). Если говорить о том, насколько серьезно в Амурской области стоит вопрос о социальном сиротстве, то достаточно привести следующие данные. По информации Облкомстата, в настоящее время в Амурской области насчитывается 7228 детей-сирот или оставшихся без попечения родителей; из них под опекой и попечительством находятся 3188 детей. Численность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в 2003 г. сравнительно больше, чем в предыдущие годы. Около тысячи детей нуждаются в устройстве в детские дома, дома ребенка, социальные приюты.

Но и эти цифры дают лишь приблизительное представление о состоянии этой проблемы в нашем регионе, поскольку в последние годы в России все громче заявляет о себе так называемое «скрытое» социальное сиротство. Снижение уровня и качества жизни, увеличение числа социально неблагополучных семей, падение нравственных устоев привели к тому, что дети зачастую «вытесняются» на улицу, следствием чего является невиданный с послевоенного времени рост беспризорности. В силу несовершенства системы учета, высокой динамики роста числа детей, утративших попечение родителей, точное количество детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в нашей стране назвать вряд ли возможно.

Основные причины современного сиротства:

во-первых — добровольный отказ родителей от своего ребенка, как правило, вскоре после его рождения в легальной или нелегальной форме (детиподкидыши, дети, «забытые» в клиниках или проданные другим лицам);

во-вторых — лишение родительских прав;

в-третьих — потеря родителями ребенка, вследствие социальных потрясений или стихийных бедствий, которые вынуждают население к миграции.

В свою очередь, основными причинами, способствующими распространению социального сиротства, считаются:

социальная дезорганизация семей;

материальные и жилищные трудности родителей;

нездоровые отношения между родителями;

слабость нравственных устоев и неостребованность многих семейных ценностей;

высокий удельный вес незамужних матерей (в том числе несовершеннолетних);

распространенность негативных явлений, связанных с деградацией личности взрослого и ребенка (алкоголизм, наркомания, злостное уклонение от обязанностей по воспитанию ребенка и др.).

Государство вынуждено брать на себя заботу о детях, оставшихся без попечения родителей, затрачивать немалые средства на их содержание, однако главной проблемой в данном случае является социализация детей как вне семьи, так и в новых семьях (опекунских, приемных — т.е. в тех, где отсутствует генетическая связь между детьми и родителями). Основное содержание социальной работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей, заключается в защите их прав, устройстве, контроле за условиями их содержания, социальной реабилитации и адаптации, помощи в трудоустройстве и обеспечении жильем.

Защита прав детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, возлагается на органы опеки и попечительства, которыми являются органы ме-

стного самоуправления. В частности, к обязанностям работников органов опеки и попечительства относятся выявление, учет и выбор оптимальной формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей, а также контроль за условиями их содержания, воспитания и образования. Они обязаны в трехдневный срок со дня получения сообщения о факте безнадзорности или беспризорности детей провести обследование условий жизни ребенка и обеспечить защиту его прав и законных интересов, а также принять решение об устройстве его дальнейшей судьбы.

Дети, оставшиеся без попечения родителей, подлежат передаче на воспитание в семью, а при отсутствии такой возможности в соответствующие учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Законодательство, таким образом, отдает приоритет именно семейным формам устройства детей как наиболее отвечающим потребностям ребенка и создающим оптимальные условия для его воспитания и развития.

Различают следующие схемы оказания услуг: схема первичной профилактики, вторичной профилактики, а также схема размещения услуг.

В создании системы семейной и индивидуальной защиты детства на муниципальном уровне главную роль играют **системы первичной профилактики**. Главным объектом работы по защите детства по данной схеме являются женские консультации, родильные дома, психолого-медико-педагогические центры (консультации), ДОУ, школы. Большая часть профилактической работы входит в круг основных мероприятий по охране ребенка и производится на «территории ребенка» (детские сады, школы и т.д.). Такой профилактикой занимаются медицинские работники, учителя, воспитатели. В схеме первичной профилактики ребенок не является клиентом специалистов Уполномоченной службы по защите детства.

Если к мероприятиям по первичной профилактике приступили достаточно оперативно и грамотно, то можно избежать многих проблем в развитии ребенка. Своевременная поддержка, консультация родителей, а также постоянно

действующие школы для родителей — важное направление в работе по защите детства.

Главным принципом вторичной профилактики является то, что помощь ребенку и его семье оказывается при условии, когда ребенок находится под опекой биологических родителей.

За последние 40 лет государство пытается справиться с нарастающей волной сиротства, в основном развивая три модели опеки и попечительства: опекунов, усыновление и сиротские учреждения, причем последняя модель является доминирующей, в том числе на Дальнем Востоке.

Так, в настоящее время на территории Амурской области функционирует 27 учреждений интернатного типа, в которых постоянно проживают и воспитываются 3800 детей в возрасте от 3 до 18 лет. Администрация Амурской области прилагает много усилий, чтобы обеспечить нормальную жизнедеятельность детей в таких учреждениях.

Кроме учреждений интернатного типа, подведомственных комитету по образованию, на территории области действуют 8 социальных приютов по линии социальной защиты. В настоящее время в них проживают около 300 детей. Это дети, которые остались без попечения родителей, дети, самовольно оставившие семью, дети, не имеющие определенного места жительства и средств к существованию. Примечательным является то, что во всех приютах открыты отделения для круглосуточного приема детей, рассчитанные на 4-5 мест.

Анализ категории детей, прошедших реабилитацию в социальных приютах, показывает, что из них:

- 73% — это социальные сироты;
- 11% — дети-сироты;
- 7% — дети из малообеспеченных семей;
- 3% — заблудившиеся дети;
- 3% — самовольно оставившие семьи,
- 3% — оказавшиеся в иной трудной ситуации.

За все годы существования в области социальных приютов реабилитацию в них прошли свыше двух тысяч детей и подростков. Из них 47% в дальнейшем были определены в семьи, 49% - устроены в учреждения интернатного типа, остальные либо трудоустроены (1,5%), либо определены на обучение в учреждения образования (2,5%).

По линии комитета по здравоохранению в области действует специализированный дом ребенка. В нем содержатся дети с рождения до 3 лет, лишившиеся попечения родителей. Это дети, от которых родители отказались сразу после их рождения. Учреждение этого типа — единственное в Амурской области. На 1 января 2004 г. в нем проживало 120 воспитанников.

Обострение проблемы социального сиротства привело к необходимости открытия на базе муниципальных детских образовательных учреждений так называемых социальных групп. В области их 28. Хотя они не имеют официального статуса, их роль в решении проблемы социального сиротства достаточно велика. На сегодняшний день в них воспитываются 457 детей.

В ряде территорий области на базе центральных районных больниц создаются медико-социальные палаты (уже открыто 9 палат), в которых в общей сложности находится 90 детей в возрасте до 16 лет. В социальных палатах не только осуществляется лечение ребенка медикаментозными средствами, но и дается возможность временного пребывания (проживания, питания и т.п.) до принятия решения о дальнейшей судьбе подопечного ребенка.

Нельзя не сказать и о том, что в Амурской области с прошлого года начата работа по созданию служб социально-психологической помощи детям, в том числе детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей. Так, с мая 1998 г. при комитете по образованию функционирует Центр социально-психологической помощи молодежи. Центр постинтернатной адаптации на 12 мест работает на базе школы-интерната №12 Свободного. В Зее создан центр психолого-педагогической и медико-социальной поддержки семьи и детям. С сентября 2000 г. действует центр психолого-медико-социальной адаптации и коррекции детей в Шимановске. Основные направления работы таких центров

разнообразны и способствуют коррекции поведения воспитанников и эффективной интеграции их в социум.

Областной специализированный дом ребенка работает в режиме постоянной перегруженности. Из-за хронической переуплотненности дома ребенка дети, которые брошены родителями сразу после их рождения, длительное время находятся в социальных палатах центральных и районных больниц. На 1 января 2004 г. в ожидании устройства своей дальнейшей судьбы в таких палатах находились свыше 50 детей до 1 года. Причем в социальных палатах не хватает мебели, медицинского оборудования, детских игрушек. Медицинский персонал больниц лишь ухаживает за такими детьми, а их воспитанием и развитием целенаправленно никто не занимается.

В решении проблемы социального сиротства важную роль играют органы социальной защиты населения, выполняющие сложные задачи как по предупреждению фактов социального сиротства, так и социальной реабилитации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Выполняя поставленные задачи, органы социальной защиты формируют банк данных о семьях с детьми, осуществляют социальный патронаж семей, попавших в трудную жизненную ситуацию, оказывают им материальную и иную социальную помощь. Эту работу проводят специалисты областного Департамента, управлений и отделов социальной защиты населения городов и районов, а также специалисты центра социальной помощи семье и детям в Благовещенске, центров социальной помощи в Белогорске и Свободном, социальных приютов для детей и подростков.

Проведенный анализ численности специалистов, занимающихся проблемами семьи и детей, показывает, что в управлениях и отделах социальной защиты населения области работает 23 специалиста с нагрузкой 62000 семей на одного специалиста. Вместе с тем, исходя из средних показателей других регионов России, а также с учетом сложившейся социальной практики, расчетный норматив нагрузки на одного специалиста составляет 5 тысяч семей в городской и 2,5 тысячи в сельской местности. Простейший расчет показывает, что

на местах дополнительно требуется 16 специалистов для работы с семьями и детьми.

Наличие специалистов, сформированный банк данных позволят организовать и проводить патронат семей группы «социального риска», в которых воспитываются дети, вести с ними профилактическую работу. Причем эффективность этой работы значительно повышается, если она проводится по месту жительства:

в городах — при территориальном общественном самоуправлении (ТОС);

в районах — при сельских, поселковых администрациях.

Для того чтобы на практике реализовать этот принцип территориальной доступности социальной помощи и поддержки семьям с детьми и несовершеннолетним, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, создаются социально-консультативные пункты и социальные агентства по месту жительства. В зависимости от возможностей органов местного самоуправления, в штатное расписание этих пунктов и агентств включают не только социальных работников, но и юристов, медиков, специалистов по социально-трудовой реабилитации и социокультурной деятельности, которые на подведомственной территории в рамках своих должностных полномочий выявляют семьи группы риска, беспризорников, иных граждан, в т.ч. несовершеннолетних, которые нуждаются в социальной помощи и поддержке.

Кроме того, решению проблем социальных сирот будет способствовать формирующаяся система межведомственного взаимодействия различных органов и учреждений — медицинских, воспитательных, социальных и иных. Успех достигается за счет того, что устанавливаются определенные связи между деятельностью специалистов разного профиля, ориентированной на одного и того же ребенка. Формы этих связей в практике различны:

взаимная информация о состоянии ребенка, его поведении, общении со взрослыми и детьми, использование ее в работе;

согласование (методов влияния на ребенка и его окружение, содержания работы);

совместная деятельность (каждый специалист своими методами со своих позиций участвует вместе с другими в решении той или иной задачи социальной реабилитации ребенка);

взаимопомощь (в рамках межведомственного взаимодействия и обмена опытом);

запрос одного специалиста к другому.

Такое взаимодействие усиливает позицию каждого специалиста, позволяет обеспечить внутреннее единство, целостность реабилитационного процесса, придает ему большую эффективность и целеустремленность. Оно имеет глубоко гуманистический характер и предназначено для того чтобы ребенок получил максимально благоприятные условия для реабилитации и реадaptации.

Контрольные вопросы

1. Дайте определения понятиям: сиротство; социальное сиротство.
2. Раскройте основные причины социального сиротства.
3. Опишите деятельность социальных служб и учреждений по профилактике социального сиротства. Приведите примеры.

Литература.

1. Амурская область в цифрах /Амуроблкомстат: Благовещенск, 2003 г.
2. Бочкарев Г.В. Педагогика социальной работы. – М.: Гуманит,1995.
3. Зубкова Т.С., Тимошина Н.В. Организация и содержание социальной работы по социальной защите женщин, детей и семьи. М.: Издательский центр «Академия», 2003.
4. Комиссаров В.А. Деятельность отдела социальной защиты населения – приоритетное направление местного самоуправления //Работник социальной службы. 2000. № 4.

5. Основы социальной работы /Отв. ред. П.Д. Павленок. М.: ИНФРА-М, 2000.
6. Социальная работа /Под ред. В.И. Курбатова. Ростов н/Д: Феникс, 2000.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ КУРСА

АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ФОРМЫ: 1) употребление спиртного, наркотиков и других субстанций, изменяющих психическое состояние, вплоть до грибов-галлюциногенов; 2) участие в азартных играх (гэмблинг); 3) сексуальное аддиктивное поведение (промискуитет, проституция); 4) аддиктивное голодание и переедание; 5) работооголизм (трудооголизм); 6) длительное прослушивание музыки (в том числе очень громкой); 7) компьютерные игры.

АДДИКЦИЯ (аддиктивное поведение) — от англ. *Addiction* — *пагубная привычка, пристрастие, пагубная склонность к чему-либо* — одна из форм деструктивного поведения, злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь, курение, до того, как от них сформировалась физическая зависимость.

АЗАРТ — от арабского (*az-*) *zahr* — *игральная кость* — крайнее возбуждение, запальчивость, горячность, излишняя отвага в опасных случаях; горячность и риск в игре.

АЗАРТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ (гэмблинг) — часто (периодически) повторяемый азарт, который преобладает в жизни человека, в ущерб общественным, профессиональным, материальным и семейным ценностям и обязанностям.

АЛКОГОЛИЗМ — от арабского *Al-kuhl* — *тонкий порошок* — хроническое заболевание, развивающееся в результате систематического употребления спиртных напитков, проявляющееся в физической и психической зависимости от алкоголя, ведущее к социальной и психологической деградации личности.

АНОМИЯ — от греч. *А* — *отрицательная частица* и *Nomos* — *закон* — термин, обозначающий различные виды нарушений в ценностно-нормативной системе общества, такие как: 1) ценностно-нормативный «вакуум», своего рода «отсутствие» норм; 2) низкая степень воздействия социальных норм на индивидов, неэффективность их влияния в качестве средства социальной регуляции поведения; 3) неустойчивость, расплывчатость и противоречивость норматив-

ных предписаний; 4) противоречие между нормами, определяющими цели деятельности, и нормами, регулирующими средства их достижения; и др.; состояние общества, когда старые нормы и ценности уже не соответствуют реальным общественным отношениям, а новые еще не утвердились.

БЕДНОСТЬ — состояние, вызванное недостатком материальных ресурсов для ведения нормального образа жизни, который является привычным и характерным для значительной части данного общества.

БЕДНОСТЬ АБСОЛЮТНАЯ — состояние, при котором индивид или социальная группа (в т.ч. семья) испытывает нехватку ресурсов для поддержания здорового состояния.

БЕДНОСТЬ ГЛОБАЛЬНАЯ — отсутствие у индивидов (семей) таких важнейших компонентов благосостояния, как собственность, недвижимость и т.п.

БЕДНОСТЬ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ — состояние, при котором индивид или социальная группа (в т.ч. семья) испытывает нехватку ресурсов для достижения уровня жизни, который рассматривается в данном конкретном обществе как приемлемый.

БЕДНОСТЬ ТЕКУЩАЯ — бедность индивидов и семей, находящихся в данный момент в тяжелом материальном положении.

БЕЗНАДЗОРНЫЙ — несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или законных представителей либо должностных лиц.

БЕСПРИЗОРНЫЙ — безнадзорный, не имеющий место жительства и (или) место пребывания.

БУНТ — резкое отрицание, неприятие целей и социально-одобряемых способов их достижения, сопровождающееся активным поиском альтернативы и желанием заменить «старое» на «новое» (создать новую идеологию).

ВИКТИМОЛОГИЯ — от лат. *victima* — жертва — особый раздел криминологии, учение о жертве преступления; изучает личность жертвы, отношения

между преступником и жертвой в целях предупреждения преступности. На основе полученных данных разрабатываются теории, прогнозирующие вероятность стать жертвой преступления, методы работы с жертвой и способы защиты потенциальных жертв.

ГРУППА РИСКА — любая группа, которая на основе объективных и субъективных данных, собранных исследователем (-ями) обнаруживает более высокую склонность к проявлению определенных тенденций, форм поведения и способов развития, чем общая популяция.

ГРУППЫ ВЗАИМНОЙ ПОМОЩИ (группы взаимопомощи) — объединения людей, перед которыми стоят общие проблемы или задачи, для взаимной поддержки и конструктивных действий в решении этих проблем (характерные черты — гибкая структура, определяющая их мобильность в оказании помощи, связь между теми, кто получает помощь, и теми, кто ее оказывает; как правило, небольшое число участников; добровольность участия в работе группы; неформальность отношений; гибкость правил в зависимости от конкретной ситуации и т.п.).

ДЕВИАНТНАЯ КАРЬЕРА — личное самоопределение через добровольное усвоение внешних социальных ярлыков и совершение идентифицирующих действий.

ДЕВИАНТНОСТЬ (девиация, девиантное поведение) — от лат. *Deviatio* — *отклонение* — поведение, идущее вразрез с основными нормами, принятыми в конкретном обществе или группе, в рамках которых такое поведение проявляется.

ДЕТИ, ОСТАВШИЕСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ЛИЦ, ИХ ЗАМЕНЯЮЩИХ — дети, ставшие сиротами (социальными сиротами) в случаях смерти родителей, лишения их родительских прав, ограничения в родительских правах, признания родителей недееспособными, их болезни, длительного отсутствия, уклонения от воспитания или от защиты прав и интересов детей (в т.ч. при отказе родителей взять своих детей из воспитательного, лечеб-

ного или иного учреждения, социальной службы и т.п.), а также в других случаях отсутствия родительского попечения.

ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ДЕТЕЙ (детский дом) — в России — государственное воспитательное учреждение, заменяющее семейное воспитание детей, лишившихся родителей, а также детей, безусловно нуждающихся в помощи и защите государства (большинство находится в ведении Министерства образования и науки РФ, дома-интернаты для детей-инвалидов - в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ).

ИГРЫ СО СМЕРТЬЮ — термин, который использовался социологом Тейлором с намерением подчеркнуть мысль о том, что суицидные акты по большей части двулики, будучи одновременно ориентированными и на смерть, и на жизнь. Тейлор считал, что существует континуум суицидных актов от незначительных до смертельно опасных. Большинство из них представлены своего рода игрой со смертью, в ходе которой деятель создает ситуации, оставляющие шанс для обнаружения и предотвращения суицидного акта. Чем меньше вероятность обнаружения, тем серьезнее попытка покончить жизнь самоубийством.

ИНДЕКС НИЩЕТЫ НАСЕЛЕНИЯ — комплексный показатель, отражающий меру лишений, испытываемых населением той или иной страны и отражающихся на развитии человека (это характеристика нищеты не по доходам, а по социальным последствиям).

ИНДЕКС ОБЕЗДОЛЕННОСТИ — перечень факторов материальной и социальной жизни, нехватка которых использовалась Таунсендом в качестве индикатора нуждаемости (недостаток материальных благ, бытовых удобств, форм проведения досуга, питания).

ИНДЕКС УРОВНЯ ЖИЗНИ — индекс, характеризующий изменение уровня реальных доходов населения, его определенных групп, определяемых с учетом изменения как денежных доходов населения, так и цен на потребительские товары и услуги для населения.

ИНДЕКСАЦИЯ — метод сохранения реальной величины денежных требований и различных доходов в условиях инфляции.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА — деятельность по своевременному выявлению несовершеннолетних и семей, находящихся в социально-опасном положении (ТЖС), а также по их социально-педагогической реабилитации и (или) предупреждению совершения ими правонарушений и антиобщественных действий.

ИННОВАЦИИ — принятие целей данной культуры, данного общества, но при этом предполагает поиск новых способов их достижения, отрицая социально-неодобряемые способы (рэкет, шантаж и т.п.).

КОМПЕНСАЦИЯ — возмещение потерь, понесенных убытков, расходов, возврат долга, вознаграждение за особые заслуги.

КОМПУЛЬСИВНОСТЬ — принудительное девиантное поведение из-за нарушения механизмов социальной адаптации, форма своеобразной защиты от «чужого» мира.

КОНФЛИКТ — столкновение противоположно направленных, исключаящих друг друга тенденций, высшая стадия развития противоречий в системе отношений людей, социальных групп, общества в целом.

КОНФЛИКТ СОЦИАЛЬНЫЙ — столкновение, противодействие двух или большего числа социальных субъектов (социальных групп, общностей, институтов и т.п.), предметом которого являются социальные проблемы и противоречия.

КОНФЛИКТОГЕННОСТЬ — потенциальная опасность ситуации, заключающаяся в возникновении конфликтной ситуации (конфликта); склонность субъекта к конфликту.

КОНФЛИКТОГЕН — фактор, вызывающий конфликт (конфликтную напряженность).

КОНФОРМИЗМ — от лат. *Conformis* — *подобный, схожий* — поведение социального субъекта, характеризующееся приспособлением, уступчивостью,

податливостью «давлению» группы, мнению большинства (не является девиантным поведением).

КОЭФФИЦИЕНТ АГГРАВАЦИИ — англ. *coefficient of aggravation* — коэффициент, предложенный Э. Дюркгеймом для обозначения степени склонности индивида к совершению самоубийства; величина коэффициента определяется степенью вовлеченности индивида в интегрирующий социальный контекст (большую или малую социальную группу, общность, общество).

КРИЗИС — 1) внутреннее переживание, эмоциональные сдвиги и душевные страдания; 2) социальные события, при которых катастрофические происшествия нарушают некоторые важные функции существующих социальных институтов.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ — учреждение здравоохранения по месту жительства или по месту работы, которое обеспечивает гражданам квалифицированную медицинскую и медико-социальную помощь.

ЛОВУШКА БЕДНОСТИ — положение, характеризующееся сочетанием ряда факторов, которые не позволяют индивиду или семье вырваться из бедности.

МАЛООБЕСПЕЧЕННОСТЬ — состояние, когда доходы индивида (семьи) превышают уровень прожиточного минимума, но не достигают размера минимального потребительского бюджета.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА (медико-социальная работа саногенетической направленности) — форма осуществления медико-социальной работы, которая включает мероприятия по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формирование здорового образа жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целенаправленных программ и медико-социальной политики на различных уровнях, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и другое.

НАРКОМАНИЯ — от греч. *Narke* — *оцепенение* и *mania* — *безумие, восторженность, страсть* - это болезнь, которая проявляется влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием синдрома лишения — абстиненции — в случае прекращения их приема.

НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ — сильное, непреодолимое влечение к состоянию наркотического одурманивания, возникающее после нескольких приемов наркотических веществ.

НАРКОТИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА (наркотики) — каждое вещество растительного или синтетического происхождения, которое при введении его в организм может изменить одну или несколько его функций и вследствие многократного употребления может привести к возникновению психической или физической зависимости (в настоящее время известно более 500 наркотических средств, из них 100 наркотиков и более 50 психотропных препаратов, обладающих наркотическими свойствами).

НАСИЛИЕ — принуждение, которое осуществляет субъект, группа для достижения поставленных целей.

НАСИЛИЯ ФОРМЫ — физическое, эмоциональное, психологическое, экономическое, сексуальное.

НИЩЕТА — состояние, когда доходы индивида (семьи) не обеспечивают стоимость продуктовой части прожиточного минимума.

НОРМА — от лат. *Norma* — *руководящее начало, правило, образец* — требования, предписания, пожелания, ожидания соответствующего поведения или действия.

НОРМА СОЦИАЛЬНАЯ — средство социальной регуляции поведения социальных субъектов (индивидов и групп); правила поведения, ожидания и стандарты, регулирующие поведение людей, общественную жизнь соответствии с ценностями определенной культуры и укрепляющие стабильность и единство общества; исторически сложившаяся в конкретном обществе мера до-

пустимого поведения отдельного человека, социальной группы или организации и воплощающаяся в юридических законах, морали, этикете и пр.

НУЖДАЕМОСТЬ — уровень доходов индивида (семьи), приблизительно равный размеру прожиточного минимума.

ОПЕКА — одна из форм охраны личных и имущественных прав и законных интересов недееспособных граждан.

ПАРАСУИЦИД (попытка самоубийства) — синоним покушения на самоубийство и умышленного нанесения себе вреда (см. **ПОКУШЕНИЕ НА САМОУБИЙСТВО**).

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ — см. **АДДИКЦИЯ**

ПОВЕДЕНИЕ АНТИОБЩЕСТВЕННОЕ — поведение, которое находится в противоречии с общепринятыми нормами нравственности и гуманизма.

ПОВЕДЕНИЕ ПРОТИВОПРАВНОЕ — поведение, отклоняющееся от морально-нравственных и законодательных норм общества и проявляющееся в социальных патологиях.

ПОКАЗАТЕЛЬ САМОУБИЙСТВА — количество зарегистрированных самоубийств на миллион представителей общества.

ПОКУШЕНИЕ НА САМОУБИЙСТВО — умышленный, но не фатальный акт самоуничтожения, при котором индивид намеревался умереть, но потерпел в том неудачу.

ПОПЕЧИТЕЛЬСТВО — одна из правовых форм защиты личных и имущественных прав и законных интересов несовершеннолетних граждан и граждан, ограниченных судом в дееспособности.

ПОПЫТКА САМОУБИЙСТВА — неудавшийся акт самоуничтожения.

ПРАВОНАРУШЕНИЕ (делинквентное поведение) — виновное противоправное деяние, посягающее на государственный или общественный строй или порядок, собственность государственную, общественную или частную, права и свободы граждан, на установленный порядок управления, за которое законом предусмотрена определенная ответственность, совершенное вменяемым человеком, достигшим установленного законом возраста.

ПРЕВЕНТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ — психологическая дисциплина, которая изучает природу и генезис отклоняющегося поведения с позиции междисциплинарного системного подхода, включая личностные, социальные, а также социально-психологические, психолого-педагогические и психологические факторы, обуславливающие социопатогенез.

ПРЕВЕНТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ ПРЕДМЕТ — психологические аспекты превентивной практики, осуществляемой учреждениями и социальными службами различных ведомств по предупреждению девиантного поведения и оказанию социально-психологической, медико-социальной и психолого-педагогической помощи представителям различных групп риска.

ПРЕДМЕТ ПРОФИЛАКТИКИ ПРАВОНАРУШЕНИЙ И ПРЕСТУПЛЕНИЙ — деятельность различных социальных институтов по выявлению и устранению (нейтрализации) причин и условий правонарушений, а также по оказанию корректирующего воздействия на лиц, склонных к их совершению.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ КОНФЛИКТОВ — осознанная деятельность субъектов социальных отношений по оптимизации скрытых (латентных) конфликтов, предупреждению появления причин открытых конфликтов или устранению (нейтрализации) предмета конфликта с целью недопущения развертывания конфликтной ситуации.

ПРЕСТУПЛЕНИЕ — уголовное правонарушение, представляющее для общества наибольшую опасность.

ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К ДЕЛИНКВЕНТНОЙ КУЛЬТУРЕ — принятие норм, эффективных и осуществляемых в изолированной социальной группе, но отличающихся от господствующих в обществе культурных и моральных норм.

ПРОСТИТУЦИИ ВИДЫ — мужская и женская, взрослая и детская.

ПРОСТИТУЦИЯ — сфера обезличенных эмоционально, внебрачных, беспорядочных, осуществляемых за плату половых отношений.

ПРОФИЛАКТИКА — от греч. *Prophylaktikos* = *предохранительный* — система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, на-

правленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней; это научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на: 1) предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; 2) сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей; 3) содействие им в достижении поставленных целей и раскрытии их внутреннего потенциала.

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНАЯ — система социальных, медицинских, гигиенических, воспитательных и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, предупреждение рецидивов, прогрессирования болезненного процесса и возможных его осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНАЯ — система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний либо иных отклонений, устранение действия факторов риска путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма и психики к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды.

РЕТРИТИЗМ (*бегство от действительности*) — одновременное отвержение, неприятие и целей, и социально-одобряемых способов их достижения, сопровождающееся пассивным существованием, «не-борьбой» (пример — бродяги, наркоманы, панки и т.п.).

РИТУАЛИЗМ — отрицание целей данной культуры, но согласие использовать социально-одобряемые средства, принятые в данном обществе (например, соблюдение "внешних приличий").

САМОУБИЙСТВО — англ. *Suicide* — *суицид* — свободное и намеренное прекращение своей жизни, намеренный акт покончить с собственной жизнью, - это предмет рассмотрения самых разных наук и дисциплин, имеющих отношение к изучению ценностей, благополучия и морали общества; всякий случай смерти, при котором жертва прямо или косвенно, позитивно или негативно действует в пользу лишения себя жизни («каждый смертный случай, который

непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самими пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах»).

САМОУБИЙСТВО ФАТАЛИСТИЧЕСКОЕ — англ. *fatalistic suicide* — лишение себя жизни в результате подавления личности со стороны группы, организации, общества (пример — самоубийство узника концлагеря, предпочитающего броситься на находящуюся под напряжением колючую проволоку, но не страдать более от тотального контроля со стороны лагерной администрации).

САМОУБИЙСТВО АЛЬТРУИСТИЧЕСКОЕ — англ. *altruistic suicide* — добровольное принятие смерти в условиях, когда интегрирующие силы общества настолько сильны, что способны возобладать над инстинктом самосохранения (данная форма самоубийства обычно связана с представлениями о чести и репутации, предполагая сверхидентификацию индивида с обществом; к альтруистическому типу самоубийства могут прибегать солдаты, ведущие арьергардные бои, не оставляющие надежды на спасение; другие примеры: харакири, сати).

САМОУБИЙСТВО АНОМИСТИЧЕСКОЕ — англ. *anomic suicide* — самоубийство, обусловленное отсутствием в обществе социального регулирования (оно связано с формированием в обществе обстановки безнормативности, например, во времена кризисов или, напротив, процветания. В каждом из этих случаев наблюдается утрата социальной идентичности и общественного контроля, что выливается в высокие показатели самоубийств, вызываемых отчаянием индивидов от невозможности реализовать собственные ожидания).

САМОУБИЙСТВО ЭГОИСТИЧЕСКОЕ — англ. *egoistic suicide* — самоубийство, являющееся следствием отсутствия в обществе интегрирующих социальных связей. (Дюркгейм утверждал, что для того чтобы ощущать стабильность своего положения, индивиды нуждаются в объединении в группы. Такому объединению служат социальные контексты семьи и религии. Когда человек выпадает из этих контекстов, вероятность самоубийства возрастает.).

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ — англ. «*Burn-out*» — психологическое состояние здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи (термин введен в 1974 г. Х. Дж. Фрейденбергером).

СИРОТСТВО — это социальное понятие, отражающее положение **детей-сирот**, т.е. детей, которые временно или постоянно лишены семейного окружения, или которые в их собственных интересах не могут оставаться в таком окружении и имеют право на особую защиту и помощь, предоставляемую государством.

СИРОТСТВО СОЦИАЛЬНОЕ — явление устранения или неучастия большого круга лиц в выполнении ими родительских обязанностей (искажение родительского поведения).

СИРОТЫ СОЦИАЛЬНЫЕ - особая группа детей в возрасте до 18 лет, лишившихся попечения родителей по социально-экономическим причинам, т.е. это сироты при живых родителях.

СКРЫТЫЙ ДЕВИАНТ — индивид, проявляющий антисоциальное поведение, но не воспринимаемый как таковой и не ставший объектом стигматизации («навешивания ярлыков»), но не потому, что его не «поймали за руку», а поскольку подходящий «ярлык» отсутствует или не принят в данном обществе (группе).

СОЗАВИСИМОСТЬ — болезненная зависимость от спонтанных, неуправляемых форм поведения и от одобрения другими в поисках безопасности и значимости своего «Я», сопровождающаяся характерными симптомами: отрицание, компульсивное (неуправляемое) поведение, «замороженные» чувства.

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ — понятие, отрицающее процесс и результат активного приспособления индивида к условиям новой социальной среды; ограниченные возможности индивида освоить относительно стабильные

условия новой социальной среды, стремление отвергнуть общепринятые нормы и ценности этой среды.

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ — совокупность различных видов дисфункциональных отклонений в обществе, нарушающих социальный порядок (массовые беспорядки, революции, гражданские войны, т.п.).

СОЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА — совокупность целенаправленных исследований, способов и мер для определения состояния конкретного социального явления, объекта или процесса.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА — часть внутренней политики государства, деятельность государства и его институтов, органов местного самоуправления, отечественных и зарубежных предприятий, учреждений всех форм собственности, их объединений и ассоциаций, отечественных и зарубежных общественных и частных фондов, общественных и религиозных организаций, граждан по развитию и управлению социальной сферой общества.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА — от греч. *problema* — *задача* — социальное противоречие, осознаваемое субъектами (индивидами, группами и т.д.) как значимое для них несоответствие между существующим и должным, между целями и результатами деятельности, возникающее из-за отсутствия или недостаточности средств для достижения целей, препятствий на этом пути, борьбы вокруг целей между различными субъектами деятельности, что ведет к неудовлетворению социальных потребностей.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА — это научно обоснованное и своевременно предпринимаемое воздействие на социальный объект с целью сохранения его функционального состояния и предотвращения возможных негативных процессов в его жизнедеятельности.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОБЩАЯ (общее социальное предупреждение) — это комплекс социально-политических, экономических, правовых, идеологических, организационных мероприятий, направленных на развитие экономического потенциала, повышение материального уровня жизни населения, культуры жизни граждан.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРАВОНАРУШЕНИЙ И ПРЕСТУПЛЕНИЙ (криминологическая профилактика) — как выявление и устранение причин и условий, способствовавших устранению преступлений; это развитие правосознания граждан, повышение их политической культуры, нравственной и правовой культуры, а также применение санкций.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СПЕЦИАЛЬНАЯ (специальное социальное предупреждение) — это предупреждение конкретных актов социально — отклоняющегося поведения (преступлений, алкоголизма, наркомании и т. п.).

СОЦИАЛЬНАЯ СФЕРА — область жизнедеятельности человеческого общества, в которой реализуется социальная политика человечества путем распределения материальных и духовных благ, обеспечения прогресса всех сторон общественной жизни, улучшения положения человека; социальная сфера охватывает систему социальных, социально-экономических, социально-этнических отношений, связи общества и личности, а также совокупность социальных факторов жизнедеятельности общественных, социальных и иных групп и личностей, условия их развития. Структура социальной сферы включает несколько компонентов: 1 — социальная структура общества; 2 — социальная инфраструктура; 3 — социальные отношения в целом, включающие наличие и возможности доступа к ценностям, благам, услугам и т.д.

СОЦИАЛЬНОГО РИСКА ГРУППА — любая группа, которая на основе эпидемиологических данных обнаруживает более высокую вероятность развития социальных отклонений, чем общая популяция.

СОЦИАЛЬНОГО РИСКА СЕМЬЯ — семья, имеющая трудноразрешимые проблемы, ограничивающие ее возможности в создании благоприятных условий для жизни и полноценного развития всех ее членов, в первую очередь — детей.

СОЦИАЛЬНОГО РИСКА СИТУАЦИЯ — ситуация, которая объективно или субъективно предполагает наличие некой опасности (экономического, экологического, психологического, социального и иного характера) или потен-

циальной вероятности проявления определенного явления, наступление которого содержит возможность потери или ограничение экономической самостоятельности и социального благополучия; учет и регулирование социальных факторов и последствий, которые нежелательны, социально неприемлемы, угрожают жизни и здоровью людей

СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИНЦИПЫ (т.е. основополагающие положения теории):

а) принцип директивности, состоящий в обязательности и своевременности исполнения в полном объеме мероприятий, предусмотренных комплексным планом социальной профилактики;

б) принцип системности, означающий как всесторонность воздействия взаимосвязанного комплекса экономических, социально-культурных, демографических и иных мер на всю жизнь систему факторов, обуславливающих различного рода деяния, так и согласованность деятельности субъектов профилактики в процессе разработки и реализации комплексного плана социальной профилактики;

в) принцип корректности, требующий включения в комплексный план социальной профилактики определенных, четко и ясно сформулированных мероприятий, сроков выполнения и органов, организаций и лиц, ответственных за их реализацию;

г) принцип реальности, предполагающий включение в комплексный план социальной профилактики таких мероприятий, для реализации которых имеются необходимые материальные, технические, финансовые, кадровые и иные ресурсы;

д) принцип законченности, обязывающий включить в комплексный план социальной профилактики такие мероприятия, а также пути и средства их осуществления, которые полностью соответствуют требованиям действующего законодательства.

СОЦИАЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ (показатели) — система показателей, характеризующих состояние социальных явлений и процессов, а также отдельные свойства и характеристики социальных объектов.

СОЦИАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ — совокупность государственных и негосударственных структур и учреждений, оказывающих населению социальную помощь и различные социальные услуги.

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ — целенаправленное влияние общества на поведение индивида в целях обеспечения «здорового» социального порядка и предотвращение социальных девиаций.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПАНКОНФОРМИЗМ — тип девиантного поведения, характеризующийся следованием нормам социальных групп, отклоняющимся от взглядов и убеждений людей, обладающих престижем и властью, или социально-принятых норм и эталонов.

СОЦИАЛЬНЫЙ РИСК — мера ожидаемого последствия определенного явления, наступление которого содержит вероятность потери или ограничение экономической самостоятельности и социального благополучия; учет и регулирование социальных факторов и последствий, которые нежелательны, социально неприемлемы, угрожают жизни и здоровью людей.

СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита. Источник инфекции — носитель вируса ВИЧ. Заражение: главным образом при половых контактах (особенно часто — при гомосексуальных); от матери плоду во время беременности и родов; от матери ребенку и от ребенка матери при кормлении грудью; при переливании крови, инъекциях и т.п.

СПИРАЛЬ УСИЛЕНИЯ ДЕВИАНТНОСТИ — графическое изображение действия принципа усиления девиантности.

СТРЕСС — обширный круг состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия (термин введен Г. Селье).

СТРЕСС СОЦИАЛЬНЫЙ — стресс, вызванный социальными причинами либо иными, но имеющими социальные последствия: из-за технологических катастроф (аварии, крушения и т.п.), социальных потрясений (революции, вой-

ны, вооруженные конфликты и пр.), природных катастроф (землетрясения, наводнения, извержения вулканов, штормы и др.).

СТРЕССОГЕННОСТЬ — экстремальность, потенциальная опасность ситуации, вызывающая стрессовые состояния; склонность субъекта к стрессам.

СТРЕССОР — фактор, вызывающий стресс (первичный — война, катастрофа, или вторичный — паника, возникающая в результате землетрясения или аварии).

СУИЦИДАЛЬНОЕ НАМЕРЕНИЕ — серьезное или интенсивное, регулярное желание индивида покончить со своей жизнью.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИМПУЛЬСЫ — англ. *suicidogenic impulses* — термин, используемый Э. Дюркгеймом для обозначения действующих в обществе силы, так или иначе подталкивающих людей к самоубийству.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАКЛОННОСТИ — без ярко выраженного намерения определяется как нефатальное действие, совершая которое индивид умышленно наносит себе вред или значительно превышает дозу лекарств, необходимую для терапевтических целей.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ ЖЕСТ — акт самоубийства с незначительной вероятностью летального исхода, т.е. поведение индивида, который не собирается умирать.

СУИЦИДНЫЙ АКТ — термин, под которым подразумевается разнообразие обстоятельств, при которых индивид может предпринять попытку покончить с жизнью.

ТАБАКОКУРЕНИЕ (никотинизм, никотиномания) — вредная привычка, разновидность токсикомании, характеризующаяся развитием физической и психической зависимости от никотина.

ТОКСИКОМАНИЯ — одурманивание, привыкание и болезненное пристрастие к (некоторые лекарственные препараты, средства бытовой химии и т.д.).

ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ (ТЖС) — положение, объективно нарушающее жизнедеятельность гражданина, которое он не может преодолеть самостоятельно, в связи с чем ему необходима поддержка и помощь социальных служб.

УСИЛЕНИЕ ДЕВИАНТНОСТИ — утверждение, что СМИ своими материалами способны искусственно активизировать деятельность, которая большинством населения определяется как девиантная и осуждается.

УСЫНОВЛЕНИЕ (УДОЧЕРЕНИЕ) — юридический акт, направленный на передачу родительских прав приемным родителям для охраны и защиты личных и имущественных прав и законных интересов детей и подростков.

ФАКТОРЫ РИСКА — условия, обстоятельства, конкретные причины, более других ответственные за возникновение и развитие патологий, отклонений, заболеваний и т.п.

ЦИКЛ БЕДНОСТИ — объяснение механизма наследования бедности от поколения к поколению при предположении, что один аспект бедности влечет за собой другой с повторением цикла в последующем поколении.

ЧЕРТА БЕДНОСТИ — уровень доходов, отсутствие которого у индивида или семьи позволяет отнести их к категории бедных.

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Контрольная работа выполняется студентом после изучения учебного материала, а также ознакомления с литературой, рекомендуемой при изучении данной дисциплины.

Номер варианта контрольной работы соответствует последней цифре номера зачетной книжки студента. Если последняя цифра номера зачетной книжки "0", то студент выполняет 10-й вариант.

Контрольные работы, выполненные не по своему варианту, не проверяются и не рецензируются.

Контрольная работа выполняется в соответствии с разработанным студентом планом, которого необходимо придерживаться. В тексте следует указывать наименование раздела работы в соответствии с планом.

После текста контрольной работы приводится список использованной литературы (в алфавитном порядке). Контрольная работа должна содержать переработанную информацию не менее чем из трех источников.

При написании контрольной работы необходимо делать ссылки на использованный источник информации, указывая его номер в общей нумерации в списке литературы и страницу, на которой находится цитируемая информация, например,— (4, с. 17).

Работа может быть выполнена в рукописном варианте (в школьной тетради объемом 18 листов) или в машинописном (компьютерном) исполнении (на бумаге формата А4; шрифт 14 Times New Roman; интервал 1,5; поля: левое — 30 мм, верхнее, нижнее — 20 мм, правое — 10 мм). Работа, выполненная в рукописном варианте, должна быть написана аккуратно, четким, разборчивым почерком. Объем работы — не больше объема школьной тетради или 10-15 страниц формата А4. Страницы обязательно должны быть пронумерованы.

Преподаватель имеет право зачесть или не зачесть выполненную студентом работу.

Контрольная работа засчитывается, если: учебный материал усвоен в полном объеме, изложен логично, выводы и обобщения точны и взаимосвязаны, подкрепляются примерами из практической социальной работы, в том числе личного опыта, соответствуют факторам и закономерностям социальной жизни; отсутствует плагиат; используется новейшая литература, в том числе материалы Интернета; допускаются незначительные недочеты.

Контрольная работа не засчитывается, если: в усвоении материала имеются пробелы, тема раскрыта не полностью, материал излагается несистематизированно; выводы и обобщения аргументированы слабо или ошибочны, либо отсутствуют; в работе используется плагиат, цитаты не обозначаются; отсутствует связь с социальной практикой.

После проверки контрольной работы преподаватель пишет на нее краткую рецензию, указывая положительные и отрицательные стороны работы. Незачтенная контрольная работа дорабатывается студентом и сдается на повторную проверку. При сдаче зачета (экзамена) студент должен представить преподавателю зачтенную контрольную работу. Студент, не сдавший вовремя контрольную работу, или чья контрольная работа была не зачтена и не доработана, не допускается к сдаче зачета (экзамена).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ

Вариант 1.

1. Профилактика: понятие, задачи, классификация видов.
2. Особенности профилактики различных видов патологических зависимостей (на конкретном примере).

Вариант 2.

1. Социальная профилактика: содержание понятия, особенности, виды.
2. СПИД и ВИЧ-инфекции: эпидемиологические особенности и профилактическая работа.

Вариант 3.

1. Основные принципы организации профилактической работы с различными группами населения.
2. Работа с семьей по профилактике патологических зависимостей: содержание, организационные формы и методы.

Вариант 4.

1. Девиантное поведение как предмет социально-профилактической работы.
2. Социальное сиротство: основные направления его профилактики.

Вариант 5.

1. Аддикция: понятие, виды.
2. Особенности и содержание социальной профилактики противоправного поведения различных половозрастных групп населения.

Вариант 6.

1. Стрессы и конфликты: понятие, социально-негативные последствия.
2. Основные формы и методы предупреждения суицидальных проявлений

Вариант 7.

1. Бедность как предмет профилактической работы (понятие, виды, показатели).

2. Химические зависимости и аддиктивное поведение: основные подходы к организации профилактики.

Вариант 8.

1. Основные подходы к понятию «девиация».
2. Основные механизмы реализации государственной социальной политики по предупреждению бедности населения.

Вариант 9.

1. Медико-социальная профилактика: понятие, направления.
2. Профилактика конфликтов и правила бесконфликтного поведения.

Вариант 10.

1. Социальный контроль и социальная диагностика и возможности их использования в профилактической работе.
2. Основные проблемы профилактической работы в различных сферах и формах деятельности.

ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ (ЗАЧЕТУ)

1. Профилактика: понятие, задачи, классификация.
2. Социальная профилактика: содержание понятия, особенности, виды.
3. Основные принципы организации профилактической работы с различными группами населения.
4. Девиантное поведение как предмет социально-профилактической работы.
5. Особенности и содержание социальной профилактики противоправного поведения различных половозрастных групп населения.
6. Основные формы и методы предупреждения суицидальных проявлений.
7. Химические зависимости и аддиктивное поведение: основные подходы к организации профилактики.
8. Особенности профилактики различных видов патологических зависимостей (на конкретном примере).
9. Работа с семьей по профилактике патологических зависимостей: содержание, организационные формы и методы.
10. СПИД и ВИЧ-инфекции: эпидемиологические особенности и профилактическая работа.
11. Социальное сиротство как социальная проблема и основные направления его профилактики.
12. Основные механизмы реализации государственной социальной политики по предупреждению бедности населения.
13. Основные направления, формы и методы медико-социальной профилактики.
14. Социально-психологические аспекты профилактической работы с различными группами населения.
15. Профилактика конфликтов и правила бесконфликтного поведения.

16. Управление стрессами и нагрузкой как составная часть профилактической работы.

17. Социальный контроль и социальная диагностика и возможности их использования в профилактической работе.

18. Социальные риски и возможности их предупреждения в практике социальной работы.

19. Основные проблемы профилактической работы в различных сферах и формах деятельности.

20. Особенности использования различных методов и организационных форм профилактики в социальной работе.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Тема 1. Введение в предмет «Профилактика в социальной работе с различными группами населения»	4
Тема 2. Девиантное поведение как предмет профилактики	11
Тема 3. Профилактика преступлений и правонарушений	17
Тема 4. Сущность зависимого (аддиктивного) поведения	27
Тема 5. Профилактика наркомании	31
Тема 6. Профилактика пьянства и алкоголизма	43
Тема 7. Зарубежный опыт социальной работы с людьми, страдающими наркотической и алкогольной зависимостью	52
Тема 8. Профилактика проституции как социальной патологии	60
Тема 9. ВИЧ-инфекция и СПИД как социальная проблема: понятие, эпидемиология, профилактика	66
Тема 10. Суицидальное поведение: понятие, теории, профилактика	80
Тема 11. Социальное сиротство как социальная проблема и пути ее предотвращения	91
Основные понятия курса	102
Порядок выполнения контрольной работы	120
Задания для контрольных работ	122
Примерные вопросы к зачету (экзамену)	124