

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

серия основана в 1996 г.



**П.Д. ПАВЛЕНOK**  
**М.Я. РУДНЕВА**

# **ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ**

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**

*Рекомендовано  
Учебно-методическим объединением по образованию  
в области социальной работы в качестве учебного пособия  
для студентов высших учебных заведений,  
обучающихся по направлению и специальности  
«Социальная работа»*

Москва  
ИНФРА-М  
2009

**УДК 364(075.8)**  
**ББК 65.272я73**  
**П12**

*Авторы:*

Павленок П.Д.— введение, гл. 1, 16, 18; Руднева М.Я.— гл. 2–15, 17.

*Рецензенты:*

д-р филос. наук, профессор Московского гуманитарного университета *Б.Ф. Усманов*;  
канд. психол. наук, доцент, зав. кафедрой Московского городского педагогического  
университета *Д.А. Донцов*

**Павленок П.Д., Руднева М.Я.**

**П12** Технологии социальной работы с различными группами населения: Учебное пособие / Под ред. проф. П.Д. Павленка.— М.: ИНФРА-М, 2009. — 272 с. — (Высшее образование).

ISBN 978-5-16-003292-4

В учебном пособии рассматриваются теоретико-методологические основы и практический опыт социальной работы с различными группами населения: представлены характеристика отдельных групп и слоев, испытывающих трудности социального и другого характера, а также различные технологии оказания им необходимой помощи.

Для студентов, аспирантов, преподавателей, научных сотрудников, практических социальных работников, а также всех, кто интересуется проблемами социальной работы.

ББК 65.272я73

ISBN 978-5-16-003292-4

© Павленок П.Д., Руднева М.Я., 2009

---

Оригинал-макет подготовлен в Издательском Доме «ИНФРА-М»

Подписано в печать 25.05.2008.

Формат 60x90/16. Бумага офсетная. Гарнитура Newton.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 17,0. Уч.-изд. л. 16,72.

Тираж 2000 экз. Заказ №

Издательский Дом «ИНФРА-М»

127282, Москва, ул. Полярная, д. 31в

Тел.: (495) 380-05-40, 380-05-43. Факс: (495) 363-92-12

E-mail: books@infra-m.ru <http://www.infra-m.ru>

# ВВЕДЕНИЕ

В разделе нового Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования (квалификация — «Специалист по социальной работе») «Общепрофессиональные дисциплины» (федеральный компонент) курсу «Технология социальной работы» отведено наибольшее число часов по сравнению с другими, также очень важными профессиональными дисциплинами. И это не случайно.

Данный курс является одним из ведущих, фундаментальных в подготовке социологов, особенно специалистов в области социальной работы. Все другие профессиональные дисциплины, значение которых, естественно, нельзя недооценивать, служат как бы предтечей, основой для реализации технологии социальной работы. Это тем более важно отметить в связи с тем, что социальная работа включает не только практическую деятельность по оказанию помощи, поддержки, социальной защите населения, но и теорию, и образовательный процесс в области социальной работы. Каждый из этих трех компонентов включает в себя и знания, и умения, и способы систематизации знаний и умений, их передачу и усвоение с целью решения возникающих социальных проблем у индивидов, групп, слоев, общностей. Иначе говоря, имманентной составной каждого из названных компонентов и социальной работы в целом являются технологии.

Само название общего курса, введенного Госстандартом, требует пояснения. Предусматривая анализ технологий социальной работы во всем их многообразии, название курса содержит слово «Технология» в единственном числе — «Технология социальной работы». Это объясняется двумя обстоятельствами: во-первых, тем, что речь идет об учебном предмете, а во-вторых, соотношением его с другими учебными дисциплинами, обозначенными в единственном числе.

Утвержденная в 2001 г. Министерством образования РФ примерная программа служит ориентиром в реализации курса «Технология социальной работы» во всех высших учебных заведениях страны. Ее основу составляет разработка, представленная доктором философских наук, профессором РГСУ Л.И. Кононовой, в обсуждении которой на заседании Совета УМО вузов России по образованию в области социальной работы 24 ноября 2000 г. приняли участие представители РГСУ, РГУ туризма и сервиса, Тверского,

Белгородского, Башкирского, Нижегородского, Южно-Российского государственных университетов, Архангельского государственного медицинского университета.

В данном учебном пособии содержательно рассматривается вторая группа технологий<sup>1</sup> — технологии социальной работы с различными группами населения, оказавшимися в сложной жизненной ситуации. В связи с этим возникает вопрос, какие это группы и сколько их? Исходя из законодательных и других нормативных документов РФ число таких групп достигает 40 и более. С точки зрения научного подхода целесообразно использовать для разделения на группы базовые основания, которые и определяют трудности социального положения отдельных личностей, семей, слоев и общностей людей:

- **состояние здоровья**, не позволяющее людям самостоятельно решать свои жизненные проблемы. К этой группе относятся инвалиды; лица, подвергшиеся радиационному воздействию; семьи, в которых имеются дети-инвалиды; взрослые и дети, имеющие психологические затруднения, испытывающие психологические стрессы, склонные к суицидальным попыткам;
- **служба и труд в экстремальных социальных условиях**. К этой группе лиц относятся участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица, труженики тыла во время ВОВ (жизненная ситуация которых усугубляется преклонным возрастом и состоянием здоровья); вдовы и матери военнослужащих, погибших во время ВОВ и в мирное время, бывшие несовершеннолетние узники фашистских концлагерей;
- **пожилой, пенсионный возраст людей**: одинокие пожилые люди и семьи, состоящие из пенсионеров (по возрасту, инвалидности и прочим основаниям);
- **девиантное поведение в его различных формах и видах**: дети и подростки девиантного поведения; дети, испытывающие жестокое обращение и насилие; оказавшиеся в условиях, угрожающих здоровью и развитию; лица, вернувшиеся из мест лишения свободы, специальных учебно-воспитательных учреждений; семьи, в которых имеются лица, злоупотребляющие алкоголем, употребляющие наркотики;

---

<sup>1</sup> Первая группа — общие и частные технологии; третья группа — технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности.— *Прим. авт.*

- **трудное, неблагоприятное положение различных категорий семей:** семей, имеющих детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; семей с низким уровнем доходов; многодетных семей; неполных семей; семей, в которых родители не достигли совершеннолетия; молодых семей; разводящихся семей; семей с неблагоприятным психологическим микроклиматом, конфликтными отношениями, педагогической несостоятельностью родителей;
- **особое положение детей** (сиротство, бродяжничество и т.д.): самостоятельно проживающие выпускники детских домов и школ-интернатов (до достижения ими материальной независимости и социальной зрелости); осиротевшие или оставшиеся без попечения родителей дети; безнадзорные дети и подростки;
- **бродяжничество, бездомность:** лица без определенного места жительства, зарегистрированные беженцы, вынужденные переселенцы;
- **предродовое и послеродовое состояние:** беременные женщины и кормящие матери, а также группы матерей, находящихся в отпуске по уходу за ребенком;
- **правовое (и в связи с этим социальное)** положение лиц, подвергшихся политическим репрессиям и впоследствии реабилитированных.

Определение таких групп населения в качестве объекта социальной работы подразумевает ее понимание в узком смысле. В широком же смысле слова социальная работа имеет своим объектом как все население, так и различные конкретные сферы жизнедеятельности социального характера, а также социальную сферу общества в целом.

Все население (не только отдельной страны, но и целых континентов, всего мира) может быть (и уже является) объектом социальной работы в силу двух основных причин. Во-первых, потому что в трудных, сложных условиях может оказаться любой человек с точки зрения полного удовлетворения своих потребностей и интересов. Во-вторых, потому что в современных условиях в социальной защите нуждается все население в связи с возникновением и необходимостью решения глобальных проблем современности: обеспечение прочного мира, социальной безопасности людей (в том числе в связи с терроризмом), недопущение термоядерной войны, сохранение природной среды, гарантированное обеспечение жителей Земли продовольствием, энергетическими ресурсами и т.д.

# Глава I

## ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ (ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД)

### § 1. Понятие технологизации

Современное человеческое общество как никогда ранее нуждается в управлении, причем не в стихийном, а преимущественно в сознательном.

**Управление** — это осознанное, систематическое, специально организованное воздействие на общество с целью упорядочить и усовершенствовать его социально-деятельностную структуру.

**Воздействие** — это способы, формы, приемы решения как глобальных, так и конкретных общественных проблем.

Цель воздействия — оптимизировать функционирование объектов, субъектов, явлений, социальных процессов.

Следовательно, вольно или невольно мы сталкиваемся с необходимостью **технологизации** социальных процессов, которая сводится к:

- разграничению, разделению, расчленению процесса на внутренние взаимосвязанные этапы, фазы, операции;
- координации и поэтапности действий, направленных на достижение искомого результата;
- однозначности выполнения включенных в технологию процедур и операций<sup>1</sup>.

Технологизация — это процесс, т.е. устойчивая, повторяющаяся, последовательная по времени смена содержания деятельности с единым замыслом.

Понятие «процесс» рассматривается так же, как синоним понятий «изменение», «развитие», «переход объектов из одного состояния в другое».

Важно подчеркнуть отличие социальных процессов от экономических, политических и других общественных процессов. Оно состоит в том, что субъектом движения здесь является социальное

---

<sup>1</sup> См.: Основы социальной работы: Учебник. 3-е изд., испр. и доп. / Под ред. П.Д. Павленка.— М.: ИНФРА-М, 2006.— С. 115.

качество человека и общества. Своеобразие социальных процессов состоит в том, что они пронизывают все процессы общественной жизни, так как изменение личности, семьи, класса, других социальных групп (с точки зрения их социального положения, реализации потребностей и интересов) затрагивает все стороны их жизнедеятельности.

Можно констатировать тесную взаимосвязь между социальным и технологическим процессами и в то же время — отсутствие тождества: если в социальном процессе важнейшим показателем является *изменение*, то в технологическом — *воздействие*.

Основу технологического процесса составляют три компонента: 1) *алгоритм* действий (операций), т.е. точное предписание относительно последовательности операций, которые преобразуют объект (в том числе объект социальной работы) и переводят его в искомое состояние; 2) *операции* как простейшие действия, направленные на достижение конкретной цели; совокупность операций, объединенных общей целью, составляют *процедуру* технологического процесса; 3) *инструментарий* как арсенал средств, обеспечивающих достижение цели воздействия на личность, социальную группу, общность.

Для технологического процесса характерны следующие основные процедурные этапы: 1) формулирование цели воздействия на основе сбора информации и определения проблемы; 2) выработка и выбор способов воздействия; 3) организация воздействия; 4) оценка и анализ результатов воздействия.

Социальная технологизация является одним из важнейших видов технологизации. Она базируется на социальных технологиях.

**Социальные технологии** можно трактовать двояко: во-первых, как способы применения теоретических выводов той или иной науки в решении практических задач; во-вторых, как совокупность приемов, методов и воздействий, которые применяются для достижения поставленных целей в процессе социального развития, решения тех или иных социальных проблем.

Выделяют два компонента социальных технологий: 1) программы, содержащие процедуры и операции (как способы и средства деятельности); 2) сама деятельность, построенная в соответствии с этими программами.

Социальные технологии можно рассматривать как конкретизацию, своеобразное следствие технологизации в социальной сфере. В этом случае их можно интерпретировать как *способы осуществления деятельности на основе ее рационального расчленения на проце-*

дуры и операции с их последующей координацией и синхронизацией и выбора оптимальных средств, методов их выполнения<sup>1</sup>.

Смысл, содержание, специфика социальной технологии определяются проблемной ситуацией, в целях разрешения которой разрабатывается и внедряется технология, способная обеспечить достижение соответствующего состояния социального объекта.

В этом плане очень важным представляется понимание *социального пространства* как основополагающей категории социальной технологизации.

В широком смысле к социальному пространству можно отнести все, что непосредственно обеспечивает защиту социальных интересов человека, реализацию социальных потребностей граждан, мотивирует или блокирует раскрытие сущностных сил человека, социума.

В узком смысле социальное пространство означает сущностную характеристику условий и возможностей социального развития индивидов, групп, общностей.

Следует отметить тесную взаимосвязь между социальными технологиями и социальным управлением, особенно с такими его компонентами, как техника и технология управления.

Особую значимость для понимания и реализации социальных технологий имеют социологические знания, разработка программы социологического исследования социальной проблематики, в том числе социальной работы<sup>2</sup>.

## **§ 2. Методы и технологии**

Социальная работа как наука характеризуется определенными признаками, среди которых одним из важных является метод. Совокупность методов (включая приемы, способы и т.д.) образует более широкое понятие — технологию.

**Метод** (от греч. *methodos* — путь исследования или познания, теория, учение) — способ достижения какой-либо цели, решения конкретной задачи; совокупность приемов или операций практического или теоретического освоения (познания) деятельности.

---

<sup>1</sup> См.: Указ. соч.

<sup>2</sup> См. подробнее: Основы социальной работы: Учебник / Под ред. П.Д. Павленка. — М.: ИНФРА-М, 2001. — С. 115–116; Социология: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. — М.: Издательско-книготорговый центр «Маркетинг», 2002. — С. 395–398; Павленок П.Д. Социологические методы и техника изучения проблем социальной работы. — М.: ГАСБУ, 1995.

В связи с тем, что действительность исключительно разнообразна (она является объектом изучения многочисленных наук), то и методы изучения и преобразования ее также многообразны. Классификация этих методов возможна по разным основаниям. Мы воспользуемся двумя из них (которые, естественно, в определенной мере пересекаются). Первое основание классификации методов связано с дифференциацией научных направлений, наук. Для нашей задачи уместны, во-первых, их деление на три крупных блока: естественные, технические и гуманитарные (общественные, социальные) науки; во-вторых, уточнение, детализация наук в каждом блоке. Как известно, социальная работа как наука является междисциплинарным направлением в составе преимущественно третьего блока. В связи с этим необходима классификация методов на философские, общенаучные и специальные методы конкретных наук.

Второе основание классификации связано с выделением методов теоретических и эмпирических исследований. При этом важнейшей задачей данной главы является показ специфики методов теории социальной работы как междисциплинарной науки.

### **§ 3. Содержательная характеристика научных методов и их применение в социальной работе**

Принято считать общим методом науки **диалектику** (от греч. *dialektikê (technê)* — искусство вести беседу, спор). Это теория и метод познания явлений действительности в их развитии и самодвижении, учение о наиболее общих законах развития природы, общества и мышления. Важнейшие категории диалектики — противоречие, качество и количество, случайность и необходимость, возможность и действительность и др. Конечно, эти процессы (характеристики состояния и развития) так или иначе проявляются во всех сферах, в том числе и в обществе, и, естественно, в процессе социальной работы. Например, количество и качество оказываемых социальных услуг, находящие свои конкретные выражения в социальной поддержке, помощи, защите людей.

Разнообразны методы как теоретических, так и эмпирических исследований.

Рассмотрим методы **теоретических исследований** — методы абстрагирования, идеализации и формализации, восхождения от абстрактного к конкретному, исторический и логический и др.

**Абстрагирование** (абстракция) — форма познания, основанная на мысленном выделении существенных свойств и связей предмета и отвлечении их от других, частных его свойств и связей. Примером может служить выделение такой формы социальной работы, как благотворительность без учета особенностей ее на разных этапах как нашей страны, так и других стран.

Производными от него методами абстрагирования являются методы **идеализации** и **формализации**. Первая означает замещение реального эмпирического явления идеализированной схемой, вторая — обобщение формы различных по своему содержанию процессов, абстрагирование их формы от содержания с целью выработки общих приемов оперирования с ней. Это своего рода идеал, идеальный тип, порой не имеющий ничего общего с реальностью. В то же время это своеобразный «слепок» с действительности (может быть, еще не вполне состоявшейся), объективно исследуемой и субъективно правильно (с научных позиций) интерпретируемой. Примером может служить характеристика, приводимая в некоторых документах и исследованиях, современного российского государства как социального, не подтвержденная (во всяком случае в полном объеме) в реальности.

Важным является **метод восхождения от абстрактного к конкретному**. Суть его — переход от абстрактного и одностороннего знания об объекте исследования ко все более конкретному его воспроизведению в теоретическом мышлении — как системы научных определений. Это всеобщий закон развития человеческого познания, проявляющийся во всех научных направлениях. Например, начало изучения проблематики социальной работы с курса «Введение в профессию “Социальная работа”», когда общие и не совсем ясные, не совсем усваиваемые положения в последующем, с изучением на старших курсах определенных дисциплин наполняются более конкретным и реальным содержанием не только в теоретическом, но и в практическом плане.

**Исторический** и **логический** методы, как правило, рассматриваются в единстве и известны в философской литературе под названием «историческое и логическое» или «логическое и историческое». Они выражают соотношение между реальным процессом развития действительности (объекта) и логическим развитием мысли о ней (о нем). С точки зрения взаимосвязи и различия между историческим и логическим можно рассматривать изучение общества (с учетом деталей, хронологии и т.д.) историей и социологией (которая в этом смысле выступает логикой истории, абстрагируясь

от деталей исторических процессов — войн, восстаний и т.д.). Если исторический метод применяется главным образом, к примеру, в курсе истории социальной работы, то логический — преимущественно в курсе теории и методологии социальной работы.

Кроме того, исторический метод тесно связан со *сравнительным методом*, а разновидность исторического метода (*сравнительно-исторический*) позволяет выявлять общее и особенное в социальных объектах и субъектах, в процессе становления и развития социальной работы как феномена общественной жизни в стране и за рубежом.

В научных исследованиях очень важным является процесс *обобщения* как мысленный переход 1) от отдельных фактов к мысленному их обобщению; 2) от одного понятия, суждения (одной мысли) к другому более общему понятию, суждению (другой мысли). Обобщение влечет за собой появление новых научных понятий, законов, теорий.

Так, идея М. Ричмонд о необходимости использования косвенного метода (воздействие на окружающую среду) привела исследователей к обобщающим выводам о сферах жизнедеятельности как объектах социальной работы<sup>1</sup>. Обобщение опыта разных стран позволило расширительно толковать субъекты и объекты социальной работы, рассматривать глобальные процессы как социальные проблемы и в конечном счете обусловить необходимость выхода за рамки национально-государственных образований, включая процесс управления (международные и региональные организации социальной направленности и т.д.).

Процесс обобщения связан с процессами абстракции, анализа, синтеза, сравнения, с различными индуктивными процедурами.

*Анализ* — это мысленное или реальное расчленение объекта на составные части (например, выделение в социальной работе ее элементов, компонентов).

*Синтез* — напротив, мысленное или реальное соединение различных элементов объекта в единое целое (к примеру, рассмотрение социальной работы как системы).

*Индукция* в науке означает логический вывод, умозаключение в процессе мышления как переход от частного к общему, а *дедукция* — логическое умозаключение как переход от общего к частно-

---

<sup>1</sup> См.: Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности / Отв. ред. П.Д. Павленок. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Дашков и К, 2006.

му. В качестве примера может служить интерпретация социальной работы как феномена общественной жизни с разных позиций — переход, к примеру, от синтеза социальной помощи, поддержки, защиты к понятию «социальная работа» или, наоборот, выделение в социальной работе ее основных трех компонентов — науки, учебной и практической деятельности.

Одним из научных методов, играющих важнейшее значение в современных условиях, является *моделирование* — познание объектов (в том числе социальных) путем отображения их основных характеристик, особенностей на специально созданных с этой целью моделях. При этом модель рассматривается в широком смысле — как любой образ (мысленный или условный — изображение, описание, схема, чертеж, график, план, карта и т.п.) какого-либо объекта, процесса или явления («оригинала» данной модели), используемый в качестве его «заместителя», «представителя».

Наряду с общим понятием «моделирование» используется также понятие «*социальное моделирование*», которое трактуется и в широком смысле (моделирование общественных процессов), и в более узком (изучение собственно социальных процессов, что имеет самое непосредственное отношение к проблематике социальной работы). Например, моделирование деятельности социальной службы того или иного уровня или направления на основе изучения социальных служб и возможных более эффективных их форм как образцов. Именно поэтому моделирование является одним из важнейших методов прогнозирования, развития социальной работы и социальной деятельности в целом.

Из сказанного следует вывод о том, что общенаучные методы исследований широко могут и применяются в социальной работе. При этом специфика их применения состоит в учете особенностей объектов, субъектов и других компонентов социальной работы как системы.

В различных научных направлениях широко применяются и **методы эмпирических исследований**: наблюдение, эксперимент, опрос, тестирование, деловые игры и др.

**Наблюдение** — это метод сбора информации об изучаемом объекте путем непосредственной регистрации фактов (событий и условий), значимых с точки зрения целей исследования. Наблюдение может быть использовано на всех этапах разработки проблемы: в ходе уточнения объекта и предмета исследования, при выдвижении и проверке гипотезы, для корректировки выводов исследовательской работы. Оно может сочетаться с другими

методами исследования. Особенности наблюдения — связь наблюдателя с объектом наблюдения, эмоциональность восприятия и сложность повторного наблюдения.

Выделяют несколько видов наблюдения по разным основаниям: а) *по степени формализации процедуры* — нестандартное, неконтролируемое, частично стандартизированное, стандартизированное или структурированное, контролируемое; б) *по положению (позиции) наблюдателя* — включенное (участвующее) и невключенное (неучаствующее); в) *по месту проведения и условиям организации* — полевые, лабораторно-полевые и лабораторные, г) *по регламентированности (регулярности) времени* — систематическое, эпизодическое и случайное.

Виды наблюдения в целом и в социальной работе в частности зависят прежде всего от объекта и предмета исследования. В социальной работе наблюдение особенно важно при изучении специфических явлений и объектов, к которым можно отнести, в частности, проституцию, бродяжничество, наркоманию и т.д.

**Эксперимент** — это способ получения информации о количественном и качественном изменении показателей объекта в результате воздействия на него некоторых управляемых и контролируемых факторов (переменных). Специфика эксперимента в социальных науках (в том числе в социальной работе) заключается в особенностях объекта исследования и более сложной причинной зависимости явлений. Именно поэтому число переменных (факторов) в социальном эксперименте намного превосходит число переменных в естественно-научном эксперименте.

Объектом социального эксперимента являются социальные группы, коллективы, индивидуумы.

Обычно в эксперименте сопоставляются два вида объектов (единиц эксперимента) — контрольные и экспериментальные группы. В последнем случае в деятельности, положении объекта изменяются условия функционирования (к примеру, повышение заработной платы). В связи с этим выявляется изменение поведения и сознания экспериментируемых. Следовательно, предметом эксперимента являются отношения и связи между свойствами изучаемого объекта и системой факторов, которые обуславливают его социальную деятельность и поведение.

Социальные эксперименты различаются по ряду оснований: а) *по характеру исследуемых объектов* — социологические, экономические, психологические, педагогические, правовые, этические, эстетические, исторические; б) *по специфике поставленной цели* —

научно-исследовательские и практические или научно-практические; в) *по логической структуре доказательств* — параллельные (сравниваются контрольная и экспериментальная группы в одно и то же время) и последовательные (сравниваются состояния одного и того же исследуемого объекта в разное время; например, прогнозируемый выбор учащимися профессии и реальная их деятельность после окончания школы); г) *по условиям проведения* — полевые (осуществляются в естественных для объекта условиях) и лабораторные (осуществляются в искусственных условиях).

В области социальной работы допустимы различные виды экспериментов. Однако их использование не должно негативным образом отражаться на состоянии клиентов.

**Опрос** — метод сбора социальной информации об изучаемом объекте в ходе опосредованного (анкетирование) или непосредственного (интервью) социально-психологического общения исследователя и опрашиваемого (респондента) путем регистрации ответов на вопросы, соответствующие целям и задачам исследования. Основное назначение опроса — получить социальную информацию о состоянии общественного, группового, коллективного, индивидуального мнения, а также информацию, отраженную в сознании опрашиваемых о фактах, событиях, и оценку их жизнедеятельности. Особенно важен опрос при исследовании социальных явлений и процессов, малодоступных непосредственному наблюдению, а также в случаях, когда социальная сфера (в том числе проблематика социальной работы) слабо обеспечена документальной информацией.

Получение качественных данных в ходе опроса зависит от наличия надежного инструментария, прогнозирования поведения респондентов при ответе на вопросы, подготовки интервьюеров, места и обстановки проведения опроса (дома, на улице, на рабочем месте и т.д.).

Виды опроса различны. Кроме упомянутых анкетирования и интервью он бывает групповым, индивидуальным, почтовым, социометрическим. Последний вид опроса является разновидностью **социально-психологических методов** исследования наряду с групповой дискуссией, включенным наблюдением и т.д. В отличие от других видов опроса социометрический опрос предполагает количественное измерение и анализ структуры межличностных отношений в малых группах и коллективах (в том числе в социальных службах) путем фиксации связей предпочтения, выявленных среди их членов в ситуации выбора.

Одним из методов эмпирических исследований является **тестирование** — способ изучения и измерения сложных свойств и качеств личности, которые не поддаются непосредственному наблюдению. В области социальной работы тестирование применяется довольно часто, в том числе в службах занятости при переподготовке кадров в целях получения той или иной специальности (профессии).

В решении проблем социальной работы используется и **деловая игра** — поиск управленческих решений в различных проблемных ситуациях посредством игры по заданным правилам. Она проводится как в групповом режиме, так и в режиме «человек — машина». Деловая игра как метод интенсивной работы позволяет включать в активное творчество всех участников (например, руководителей или специалистов социальных служб области, района и т.д.), способствует развитию сотрудничества, выработке навыков принятия решений.

Существуют организационно-деятельностные, инновационные, практические и другие деловые игры.

Все они, как правило, предусматривают четыре этапа: 1) ознакомление участников с целями, задачами и условиями игры (исходные данные); 2) инструктаж о порядке проведения игры (сроки, режим работы, отдыха и пр.); 3) формирование подгрупп, каждая из которых «проигрывает» свою программу, заданную роль; 4) анализ, оценка течения и результатов игры, разбор ошибок и недостатков, достижений и успехов.

Краткий анализ двух групп методов исследований — теоретических и эмпирических — показывает, с одной стороны, их взаимосвязь, взаимодействие, а с другой — определенные их различия.

Первая группа методов ориентирована на решение преимущественно научных проблем, формирование социального знания, концептуального аппарата науки, способов исследования.

Вторая группа методов больше связана с прикладным направлением в науке, ориентирована на решение актуальных (в том числе социальных) проблем. Отвечая на вопрос, «как и для чего познается» (например, проблема сиротства в стране, миграция, налоговая система и т.д.), они призваны выполнять в первую очередь управленческую функцию, решать практические задачи.

В то же время такое различие между группами методов является в определенной мере условным. В содержание обеих групп методов включается решение как научных, так и практических проблем, только соотношение этих проблем в них разное.

## **§ 4. Технологии социальной работы**

Отмеченные особенности и взаимосвязи двух групп методов характерны и для технологий. В то же время надо учитывать структурное содержание технологий как совокупности методов, способов, приемов решения тех или иных задач.

Технологии в целом, и социальные технологии в частности, нужно трактовать двояко: во-первых, как способы применения теоретических выводов той или иной науки в решении практических задач; во-вторых, как совокупность приемов, методов и воздействий, которые применяются для достижения поставленных целей в процессе социального развития, решения тех или иных социальных проблем.

С точки зрения социальной работы как науки важным является толкование технологий как теоретических выводов, ориентированных на практику.

В литературе чаще всего рассматриваются «практические» технологии социальной работы, т.е. технологии, применяемые к практике социальной работы. Это касается в том числе учебной деятельности и технологий учебного процесса. Однако надо иметь в виду, что эти технологии (практические и учебные) основываются на накопленном опыте, систематизации знаний в этой области.

В соответствии с таким подходом можно классифицировать технологии, применяемые в социальной работе. При этом имеются в виду три аспекта социальной работы, в которых технологии выступают преимущественно в форме знаний (наука), знаний и умений (обучение), а также знаний, умений, опыта и практики (практическая деятельность).

Технологии социальной работы можно разделить на три большие группы (что нашло свое отражение в соответствующей Программе и стандартах):

1) общие и частные технологии (нередко называемые в литературе функциями, направлениями социальной работы). Это социальный диагноз, социальная терапия, социальная реабилитация, социальная профилактика, социальный контроль, социальное страхование, социальное обслуживание в сфере быта, социальное посредничество, социальное попечительство. Каждая из них включает как научный (теория), так и практический и учебный компоненты. Нас здесь интересуют в первую очередь интерпретация и операционализация указанных технологий как системы знаний

(более подробно они изложены с учетом практической и учебной деятельности в отдельных главах);

2) технологии социальной работы с разными группами, слоями, общностями, а также с отдельной личностью. Теоретическое их содержание сводится к выявлению особенностей применения технологий первой группы с учетом знания специфики данной группы объектов социальной работы;

3) технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности, которые представляют собой систему знаний применения общих и частных технологий с учетом особенностей каждой сферы жизнедеятельности социальной направленности (образования, здравоохранения и др.) и структуры этих сфер.

Существует классификация технологий с учетом уровней социальной работы: индивидуально-личностный, социально-групповой и социетальный (местный, региональный, федеральный, а также континентальный и мировой). Несомненно, что теоретическая компонента в каждой из них различна.

По-разному определяются технологии социальной работы в профессиональной и непрофессиональной деятельности. Интересующий нас компонент — теория — здесь представлен, естественно, прежде всего в профессиональной работе. В непрофессиональной деятельности (хотя здесь и имеются определенные теоретические знания) преобладают умения, традиции, обычаи, обыденное знание.

Технологии социальной работы (с учетом всех трех ее компонентов) классифицируются в зависимости от преобладания тех или иных сторон. Так, в социально-экономических, социально-правовых, социально-педагогических, социально-психологических, социально-медицинских технологиях имеет место сочетание теоретических знаний социальной работы в целом и знаний в области экономики, права, педагогики, психологии и медицины.

В заключение отметим, что технологии социальной работы и ее теоретический компонент самым органическим способом связаны с социальными технологиями в целом: глобальными (знание глобальных проблем современности и «выход» технологий за рамки национально-государственных образований); инновационными и рутинными (знание новых и старых методов решения проблем); историческими (знание решения социальных проблем на разных этапах истории своей страны и других стран) и др. Теоретический компонент технологий в социальной работе особенно наглядно представлен и выражен в информационных социальных техноло-

гиях. Это объясняется значимостью информации в современном обществе, получившем название информационного.

### **Вопросы и задания**

1. Что такое технологизация?
2. Что такое метод в науке?
3. Раскройте содержание научных методов.
4. Покажите их применение в социальной работе.
5. Покажите взаимосвязь методов и технологий.
6. Дайте характеристику технологий социальной работы как науки.

### **Литература**

1. Иванов В.Н., Патрушев В.И. Социальные технологии: Учебное пособие для студентов.— М., 1999.
2. Основы социальной работы: Учебник / Под ред. П.Д. Павленка.— 3-е изд., испр. и доп.— М.: ИНФРА-М, 2006.
3. Павленок П.Д. Теория, история и методика социальной работы: Учебное пособие.— М.: Дашков и К, 2007.
4. Российская энциклопедия социальной работы / Под ред. А.М. Панова, Е.И. Холостовой: В 2 т.— М.: Институт социальной работы, 1997.
5. Социальная работа: теория и практика: Учебное пособие / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина.— М.: ИНФРА-М, 2001.
6. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: Учебное пособие / Под ред. П.Д. Павленка.— 3-е изд., перераб. и доп.— М.: Дашков и К, 2007.
7. Технологии социальной работы: Учебник / Под общей ред. Е.И. Холостовой.— М.: ИНФРА-М, 2002.
8. Топчий Л.В. Методика оценки эффективности социальных услуг и других видов социальной поддержки населения.— Нижний Новгород, 2006.
9. Холостова Е.И. Социальная работа: Учебное пособие.— М.: Дашков и К, 2006.
10. Энциклопедия социальной работы: В 3 т.: Пер. с англ.— М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1994.

## **Глава 2**

# **СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С БЕЗНАДЗОРНЫМИ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ**

### **§ 1. Положение беспризорных детей и подростков в Российской Федерации**

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24.06.99 № 120-ФЗ «безнадзорным признается 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».

Безнадзорность является благоприятной почвой для беспризорности. Безнадзорность — это отсутствие надзора за ребенком, подростком, при этом не имеет значения, в силу каких обстоятельств — объективного или субъективного свойства — этот надзор отсутствует. Безнадзорный ребенок, в отличие от беспризорного, как правило, живет вместе с родителями, сохраняет связи с семьей, у него еще есть эмоциональная привязанность к кому-либо из членов семьи, но связи эти хрупки и находятся под угрозой разрушения. Предоставленные сами себе дети забрасывают учебу, проводят свободное время на улице, предпочитая бесцельное времяпрепровождение. Безнадзорность детей нередко является первым шагом к беспризорности, социальной дезадаптации, нарушению нормального процесса социализации ребенка.

В Федеральной целевой программе «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»<sup>1</sup>, а затем и в Федеральном законе РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» обращается внимание на увеличение количества безнадзорных детей и приводится перечень групп детей, относящихся к этой категории: дети,

---

<sup>1</sup> См.: *Алексеева Л.С.* Состояние, технологии социальной работы по профилактике безнадзорности несовершеннолетних в учреждениях социального обслуживания семьи и детей. — М.: Гос. науч.-исслед. институт семьи и воспитания, 2001. — С. 198.

потерявшие семейные и родственные связи; брошенные родителями или самостоятельно ушедшие из семей, не обеспечивших ребенку минимально необходимых условий для жизнедеятельности и полноценного развития, допуская жестокое обращение с ними; убежавшие из интернатных учреждений, оказавшиеся без работы и средств к существованию; занимающиеся бродяжничеством; занимающиеся попрошайничеством; совершающие мелкое воровство; употребляющие спиртные напитки, токсичные и наркотические вещества; получившие отсрочку отбывания наказания; являющиеся жертвами сексуальных преступлений; вовлеченные в противоправную деятельность; осужденные условно и др.

Проблема современной безнадзорности пока слабо осознается обществом как катастрофа, хотя в России из школ-интернатов ежегодно убегают 20 тыс., а из дома — около 50 тыс. детей и примерно 10% из них погибают<sup>1</sup>.

Ежегодно органами милиции принимаются меры по розыску 28–30 тыс. без вести пропавших несовершеннолетних. В 2002 г. в центры временной изоляции для несовершеннолетних были доставлены более 78 тыс. детей, что на 7,8% больше, чем в 1999 г.

Резко снижается образовательный уровень подростков, состоящих на учете в ОВД. В 2002 г. почти каждый третий подросток имел лишь начальное образование, а около 10 тыс. не имели никакого образования. Количество подростков в возрасте 14–15 лет, покинувших по разным причинам учреждения общего и профессионального образования и не начавших трудиться, составляет более 2 млн человек.

Серьезные нарушения психического и физического здоровья лишают детей способности сопротивляться насилию со стороны окружения, поэтому большинство из них становятся жертвами сексуальных посягательств, оказываются втянутыми в преступные группировки.

Наряду с этим просматривается тенденция повышения криминальной активности детей младшего возраста<sup>2</sup>.

Безнадзорные дети и подростки имеют сложный социальный, медицинский и психолого-педагогический статус, поскольку условия, в которых они жили и живут, тормозят их социальное, физическое и умственное развитие.

---

<sup>1</sup> См.: Деметян В.З. Принципы и специфика формирования кадров государственной службы на опыте исполнительной власти РФ. — М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2002. — С. 58.

<sup>2</sup> Там же. С. 74.

Проживание в подвальных и чердачных помещениях, в антисанитарных условиях, без медицинской помощи, регулярного питания подрывает состояние здоровья детей, ведет к их социальной дезадаптации, разрушает познавательную деятельность, без которой невозможна их дальнейшая социализация. В социальные приюты дети поступают в состоянии истощения, отягощенного рядом серьезных заболеваний. Социальное и психическое развитие безнадзорных детей деформировано, для них характерны низкая степень социальной нормативности, искаженность ценностных ориентаций, мотивов поведения, низкий уровень знаний.

У безнадзорных детей в отличие от детей, растущих в нормальной семье или благоустроенном детском учреждении, очень развит инстинкт самосохранения. Условия безнадзорной среды формируют ряд социально-биологических качеств: хорошая физическая закалка организма, реализм и точность восприятия окружающего мира, жизненная гибкость и активность. Безнадзорным детям неизвестны настоящая дружба и любовь, которые являются важнейшей потребностью обычных детей и подростков.

В силу своих физиологических и психологических склонностей безнадзорники особенно уязвимы при столкновении с любой опасностью, которая подстерегает их на улице. Убежав из дома по причине притеснений и жестокости родителей, ребенок часто подвержен риску стать жертвой насилия, ограбления, оскорбления, унижения и т.д.

Таким образом, жертвами виктимогенных обстоятельств являются наиболее уязвимые группы людей, и прежде всего несовершеннолетние, относящиеся к группе повышенного риска.

## **§ 2. Причины распространения безнадзорности в детской и подростковой среде**

К сожалению, беспризорным может стать ребенок из любого социального слоя. Многие уверены, что большинство социально проблемных детей не способны вернуться к нормальной жизни. Однако это не так. Чтобы помочь этим детям социализироваться, необходимо знать причины возникновения безнадзорности несовершеннолетних.

Специалисты выделяют три основные группы таких причин: социально-экономические, социально-психологические и психологические.

К *социально-экономическим* причинам относятся факторы, в течение длительного времени нарушающие трудовой уклад жизни и

деформирующие быт людей: это экономический кризис, безработица, голод, эпидемии, интенсивные миграционные процессы в связи с военными конфликтами или природными катаклизмами.

Социальные потрясения повсеместно сопровождаются ростом числа безнадзорных детей. В частности, в России социальная и политическая ситуация характеризуется нестабильностью, низкими доходами большинства семей, спадом производства, ухудшением качества питания.

В годы перестройки по мере ухудшения экономического положения страны, обострения национальных конфликтов и нарастания продовольственного кризиса число детей, оставшихся без присмотра родителей, стало расти. Среди них все больше насчитывается хронических больных вследствие врожденной патологии или плохого ухода за детьми в неблагополучных семьях, где родители ведут аморальный образ жизни и т.д.<sup>1</sup>

Причиной увеличения числа безнадзорных детей является и рост числа родителей, лишившихся работы вследствие свертывания производства, отсутствия программ создания новых рабочих мест, должного финансирования социальных программ и контроля со стороны правоохранительных органов за соблюдением законодательства в области охраны интересов детей.

Определенное влияние на развитие безнадзорности оказывают также свертывание инфраструктуры, обслуживающей отдых детей, коммерциализация сферы образования и культуры и др.

К **социально-психологическим** причинам относятся кризис семьи, разводы, утеря одного из родителей, грубое обращение с детьми, сексуальное, физическое и эмоциональное насилие со стороны взрослых.

Тяжелое материальное положение большинства населения, рост алкоголизма и наркомании, маргинализация общества создают серьезные перегрузки для семьи. Растет число неблагополучных семей, в которых дети становятся бомжами, попрошайками.

Нравственно-психологическая атмосфера неблагополучных семей порождает «трудных» детей. До 90% детей из этих семей имеют отклонения в поведении от нормы<sup>2</sup>. Для этих семей характерны психологическая несовместимость членов семьи, излишняя эмоциональность общения, конфликтность, которая нередко стано-

<sup>1</sup> См.: *Маршак А.Л.* Детская беспризорность и безнадзорность: состояние и проблемы. — Хабаровск, 2003. — С. 41.

<sup>2</sup> См.: *Мустаева Ф.А.* Основы социальной педагогики: Учебник для студентов высших педагогич. уч. заведений. — М., 2001. — С. 115.

вится стилем жизни и принимает хронический характер. Именно семейное неблагополучие является предпосылкой деформаций процесса социализации личности ребенка, что становится в конечном счете причиной безнадзорности.

Ухудшается психологический климат и в устойчивых семьях. Главная причина этого — отсутствие средств к нормальному существованию, угроза безработицы, неполноценное питание, рост цен. Отсутствие в семьях заботы, психическая депривация, физическое и нравственное насилие толкают детей к побегам из дома.

Более 74% детей, совершивших побег из дома, находятся в возрасте 10–15 лет; более 80% бездомных детей — жители городов<sup>1</sup>.

Семейное неблагополучие — основная, но не единственная причина безнадзорности детей. Дополнительными факторами риска безнадзорности становятся безработица родителей и миграционные процессы, обострившиеся национальные конфликты, нарушение прав детей в области образования, профессионального обучения, неоперативное решение органами опеки и попечительства вопросов жизнеустройства детей, оставшихся без попечения родителей.

Отрицательную роль сыграло также и ослабление воспитательной работы с детьми как по месту жительства, так и в образовательных учреждениях.

Коммерциализация культурной, образовательной, спортивно-оздоровительной сфер закрыла детям и подросткам из небогатых семей доступ к развивающим занятиям, досугу и отдыху. Необходимость поиска дополнительного заработка, усиливающаяся алкоголизация и наркотизация многих семей сократили возможности общения родителей с детьми, увеличивая тем самым опасность попадания детей в уличные компании с асоциальным поведением.

По данным Государственной Думы, 18 млн из 37 млн детей в настоящее время находятся в зоне социального риска; 160 тыс. несовершеннолетних, преступивших закон, пребывают в колониях.

По данным МВД, в России на учете в органах милиции находятся свыше 620 тыс. подростков-правонарушителей и 113 тыс. родителей, отрицательно влияющих на своих детей<sup>2</sup>.

Согласно исследованию, проведенному Международным детским фондом ЮНИСЕФ, каждое пятое преступление в России совершают подростки; дети входят в состав 85% преступных групп

---

<sup>1</sup> См.: *Мирсагатова Н.И.* Детская беспризорность как социальное явление в РНР// Социальная работа. — 1999. — № 1. — С. 24.

<sup>2</sup> См.: *Основы социальной работы: Учебник.* — С. 154.

пировок и банд. В России каждый четвертый безнадзорный подросток совершил уголовно наказуемое преступление<sup>1</sup>.

*Психологические причины* безнадзорности связывают с увеличением числа детей, имеющих выраженные аномалии, черты асоциального поведения.

В реальной жизни социально-экономические, социально-психологические и психологические причины безнадзорности тесно связаны между собой и дополняют друг друга.

Таким образом, причинами безнадзорности детей и подростков являются и кризисные трансформационные процессы в семье, и социальная напряженность в обществе, и трансформация функций образовательных учреждений, и широкий криминогенный фон общественной жизни.

Безнадзорные дети и подростки утрачивают связи с семьей, оказываются на улице, приобретают негативный социальный опыт, попадают в преступные группировки. Все это деформирует психическое, физическое, личностное развитие детей и подростков, искажает процесс их социализации.

### **§ 3. Нормативно-правовая база социальной работы с безнадзорными детьми и подростками**

В последние годы в нашей стране происходят определенные изменения на политическом, законодательном, программно-целевом и организационно-управленческом уровнях, направленные на реализацию требований Конвенции о правах ребенка.

Данная Конвенция, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989 г., признает ребенком каждое человеческое существо до достижения им 18-летнего возраста, рассматривает детей как особую социально-демографическую группу населения, нуждающуюся в специальной системе защиты, считает необходимым создание благоприятных условий для выживания, здорового и гармоничного развития каждого ребенка как личности, воспринимая его самостоятельным субъектом права. Конвенция не только подчеркивает приоритет интересов ребенка над интересами общества, но и специально выделяет необходимость особой заботы и государства,

---

<sup>1</sup> Нормативно-правовые основы профилактики беспризорности и безнадзорности детей: Сборник нормативных актов РФ. Федеральное Правительство и правительство социального развития РФ. Департамент по делам детей, женщин и семьи РФ. — М., 2003. — С. 87.

и общества о социально депривированных группах детей — сиротах, инвалидах, беженцах, беспризорниках, правонарушителях.

В Российской Федерации в соответствии с требованиями Конвенции принят ряд законодательных актов, указов Президента и постановлений Правительства. В частности, Указом Президента РФ от 14.08.1996 г. № 942 был утвержден Национальный план действий в интересах детей (действующий до 2000 г.), который положил начало формированию государственной политики в этой области.

Упомянутый ранее Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» в соответствии с Конституцией РФ и общепризнанными нормами международного права устанавливает основы правового регулирования отношений, возникающих в связи с деятельностью по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Система профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних предусматривает деятельность следующих учреждений и органов: комиссий по делам несовершеннолетних и по защите их прав; образуемых в порядке, установленном законодательством РФ, органов управления социальной защитой населения; органов управления образованием; органов опеки и попечительства; органов по делам молодежи; органов управления здравоохранением; органов службы занятости; органов внутренних дел.

Деятельность специализированных социально-реабилитационных учреждений для несовершеннолетних отнесена к компетенции органов социальной защиты населения, что в дальнейшем было закреплено в Федеральном законе «О социальном обслуживании населения в Российской Федерации».

Правительством РФ принято постановление от 03.10.2002 г. № 732 «О федеральной целевой программе “Дети России”» на 2003–2006 гг., которая включает в себя подпрограммы «Здоровый ребенок», «Одаренные дети», «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», «Дети-сироты» и «Дети-инвалиды».

Основной задачей программы является формирование эффективной комплексной системы государственной поддержки детей, включающей в себя диагностические, профилактические и реабилитационные мероприятия, создание оптимальной среды для жизнедеятельности детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Целями подпрограммы «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» были укрепление системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних; создание условий для эффективной реабилитации и всестороннего развития детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Основные мероприятия — создание и внедрение электронной информационной системы выявления и учета детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; развитие новых технологий и форм профилактики безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних; укрепление материально-технической базы учреждений системы профилактики безнадзорности; организация и проведение мероприятий, способствующих всестороннему развитию детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В результате исполнения подпрограммы ожидалось значительное снижение численности беспризорных и безнадзорных детей, несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотическими средствами и психотропными веществами, алкоголем, сокращение числа правонарушений несовершеннолетних; укрепление материально-технической базы и расширение сети специализированных учреждений для детей, нуждающихся в социальной реабилитации (до 1225 ед.), и учреждений помощи детям и семьям (до 2026 ед.); увеличение количества несовершеннолетних, оказавшихся в трудной ситуации и получивших помощь от государства.

Постановление «О дополнительных мерах по усилению профилактики беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних» от 13.03.2002 г. № 154 утвердило План первоочередных мероприятий по усилению профилактики беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних.

В целях усиления мер по совершенствованию оказания медицинской помощи беспризорным и безнадзорным детям издан приказ Министерства здравоохранения РФ «О совершенствовании оказания медицинской помощи беспризорным и безнадзорным детям» от 7.02.2002 г. № 47.

На основе этого приказа Правительством РФ принято постановление «Об утверждении Положения об осуществлении и финансировании деятельности, связанной с перевозкой несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений».

Таким образом, можно констатировать наличие процесса становления правовой и нормативной базы социального обслуживания

ния безнадзорных детей и подростков, что позволит повысить уровень их социального благополучия и расширить перечень социальных и медицинских услуг.

Следует учесть, что нормативно-правовую базу социальной работы с данной категорией населения должны составлять и законы, призванные устранить причины возникновения безнадзорности, предупредить процесс деформации микросреды несовершеннолетнего, благоприятствующей его нормальному развитию, превращение ее в микросреду, способствующую безнадзорности.

#### **§ 4. Основные направления деятельности учреждений по социальному обслуживанию безнадзорных детей и подростков**

Как сказано в государственном докладе «О положении детей в России. 2003», создано основное звено системы профилактики безнадзорности и беспризорности — сеть учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации. На 01.01.2004 г. в РФ действовало 911 специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, 754 стационарных отделения для несовершеннолетних, 430 отделений профилактики безнадзорности детей в иных учреждениях социального обслуживания семьи и детей. Указанными учреждениями были предоставлены социальные услуги 340 тыс. несовершеннолетних. Приоритетным направлением деятельности подобных учреждений остается работа с семьей, направленная на ликвидацию трудной жизненной ситуации и возвращение в нее ребенка по окончании социально-медицинской реабилитации. Из 129,3 тыс. детей, находящихся в стационарных отделениях учреждений, 62% детей возвращены в семьи<sup>1</sup>.

В целом в учреждениях социального обслуживания семьи и детей всех видов и типов в 2003 г. прошли социальную реабилитацию и получили другие социальные услуги 3,6 млн несовершеннолетних. В системе образования профилактику социально-педагогической дезадаптации осуществляли более 550 центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям, 56 специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого типа, 14 специальных учебно-воспитательных учреждений открытого типа.

<sup>1</sup> См.: Рыбинский Е.М. Управление системой социальной защиты детства: Социально-правовые проблемы: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — М., 2004. — С. 36.

Истощение организма и нарушение психики отмечено у 70% безнадзорных детей, почти 15% имели опыт употребления наркотиков и психотропных веществ. Большинство таких детей начинают учиться читать, только попав в социально-реабилитационные учреждения<sup>1</sup>.

В настоящее время в Российской Федерации действуют несколько моделей социального обслуживания семьи и детей, которые можно разделить на государственные, смешанные и коммерческие службы.

Рассмотрим деятельность учреждений, которые относятся к системе социальной работы с безнадзорными несовершеннолетними.

**Органы управления социальной защитой населения** осуществляют меры по профилактике безнадзорности несовершеннолетних и организуют работу с безнадзорными детьми, их родителями или законными их представителями, не исполняющими свои обязанности по отношению к несовершеннолетним или отрицательно влияющим на них. Данные учреждения контролируют деятельность специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социально-медицинской реабилитации, и иных учреждений, предоставляющих социальные услуги несовершеннолетним; внедряют в деятельность различных служб, занимающихся работой с безнадзорными детьми, современные методики и технологии социальной реабилитации<sup>2</sup>.

**Учреждения социального обслуживания**, т.е. территориальные центры социально-медицинской помощи семье и детям, центры психолого-педагогической помощи, центры экстренной психологической помощи, предоставляют бесплатные социально-медицинские услуги несовершеннолетним, находящимся в социально опасном положении, выявляют несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, осуществляют их социальную реабилитацию и оказывают необходимую помощь: организуют досуг, развивают их творческие способности, организуют медицинское обслуживание, содействуют в оздоровлении и отдыхе.

**Специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации**, — это социальные приюты, социально-реабилитационные центры, центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей, предназначенные для временного содержания несовершеннолетних.

<sup>1</sup> См.: Рыбинский Е.М. Указ. соч.

<sup>2</sup> См.: Холостова Е.И. Социальная политика. — М., 2001. — С. 170.

*Социальный приют* — это учреждение временного пребывания детей и подростков от 3 до 18 лет, которое принимает детей по направлению Комитета по социальной защите из семей (если дети нуждаются в помощи, например, из-за болезни родителей), по направлению Комитета по образованию (если родители не занимаются воспитанием детей), по направлению милиции и Комиссии по делам несовершеннолетних (это дети из группы риска, занимающиеся бродяжничеством или находящиеся на учете в детской комнате милиции). Дети могут прийти в приют самостоятельно (из-за невыносимых условий проживания в семье) или по ходатайству соседей, учителей, воспитателей.

В социальных приютах осуществляется дифференцированный подход к каждому ребенку. Режим дня в них щадящий, но соблюдается строго. Сотрудники приютов стремятся к тому, чтобы все дети обучались, гармонично развивались, посещали различные кружки и спортивные секции. Но главной своей задачей специалисты данного учреждения считают возвращение ребенка в семью; если это не удастся, ребенка переводят в детский дом.

Социальные приюты финансируются из государственного бюджета, но также оказывается и значительная спонсорская помощь<sup>1</sup>.

*Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних* осуществляет меры по социальной реабилитации несовершеннолетних в возрасте от 7 до 18 лет с различными формами и степенью дезадаптации, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. В структуру данного центра обычно входят социальный приют и отделение дневного пребывания для несовершеннолетних.

Основными задачами центра являются профилактическая работа по предупреждению беспризорности детей и подростков, медицинская помощь несовершеннолетним, психолого-педагогическое обслуживание, направленное на установление степени дезадаптации и ее устранение, работа с семьей ребенка и содействие в возвращении ребенка в семью или передача в новую семью, а также обеспечение всестороннего развития ребенка.

*Органы опеки и попечительства* выявляют детей, оставшихся без попечения родителей, ведут учет таких детей и исходя из конкретных обстоятельств утраты попечения (смерть родителей, лишение их родительских прав, ограничение родительских прав, признание

<sup>1</sup> См.: *Левченко В. Т.* Социальные детские приюты: нужны ли они? // Владимирка. — 2002. — № 2.

родителей недееспособными, болезнь родителей, их длительное отсутствие, уклонение родителей от выполнения своих обязанностей) избирают формы устройства детей, а также осуществляют последующий контроль за условиями их содержания, воспитания и образования.

Должностные лица дошкольных, общеобразовательных, лечебных и других учреждений и иные граждане, располагающие сведениями о безнадзорных детях, обязаны сообщить эти сведения в органы опеки и попечительства по месту фактического нахождения детей.

Работники органов опеки и попечительства в течение трех дней после получения этих сведений должны обследовать условия жизни ребенка и при установлении факта отсутствия попечения над ним родителей или родственников обеспечить защиту его прав и интересов до решения вопроса об его устройстве.

Если родители живы, не лишены родительских прав и семья не является дисфункциональной или девиантной, с родителями проводится психолого-педагогическая работа (или при необходимости медицинское лечение), и в случае положительного результата дети возвращаются в семью. Если дети остались без попечения родителей, они подлежат передаче на воспитание в семью на основании опеки, попечительства или усыновления или в детские сиротские заведения<sup>1</sup>.

**Комиссии по делам несовершеннолетних и по защите их прав** обеспечивают осуществление мер по защите и восстановлению прав и законных интересов несовершеннолетних; выявляют и устраняют причины и условия, способствующие безнадзорности, правонарушениям и антиобщественным действиям несовершеннолетних; организуют контроль за условиями воспитания, обучения, содержания детей и подростков, а также за обращением с ними в учреждениях системы профилактики безнадзорности; оказывают помощь в быту и трудоустройстве несовершеннолетних, освобожденных из учреждений уголовно-исправительной системы либо вернувшихся из специальных учебно-воспитательных учреждений; содействуют в определении форм устройства несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства и др. Комиссии по делам несовершеннолетних применяют различные меры воздействия на

---

<sup>1</sup> См.: Мельникова Э.И. Профилактика безнадзорности детей и подростков. — М., 2002. — С. 36.

несовершеннолетних, их родителей или законных представителей в случаях и порядке, которые предусмотрены законом<sup>1</sup>.

**Органы управления образованием и образовательные учреждения** контролируют и развивают сеть специализированных учебно-воспитательных учреждений открытого и закрытого типа, детских домов и школ-интернатов; участвуют в организации летнего отдыха, досуга и занятий несовершеннолетних; ведут учет несовершеннолетних, не посещающих занятия в образовательных учреждениях. Специалисты данных учреждений разрабатывают программы и методики, направленные на формирование законопослушного поведения несовершеннолетних; создают психолого-педагогические комиссии, которые выявляют и проводят обследование несовершеннолетних, имеющих отклонения в развитии и поведении; оказывают психолого-педагогическую помощь несовершеннолетним, имеющим отклонения в развитии, поведении или проблемы в обучении. Так же, как комиссии по делам несовершеннолетних и органы по социальной защите населения, органы образования выявляют несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, и принимают меры по их воспитанию и получению ими общего образования, выявляют семьи, находящиеся в социально опасном положении и оказывают им помощь в воспитании и образовании детей.

**Органы по делам молодежи и учреждения органов по делам молодежи** в пределах своей компетенции участвуют в разработке и реализации целевых программ по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних; осуществляют организационно-методическое обеспечение и координируют деятельность подшефных им социальных и медицинских учреждений, клубов и других организаций; активно участвуют в организации отдыха, досуга и занятости несовершеннолетних; курируют молодежные биржи труда. В систему органов по делам молодежи входят социально-реабилитационные центры для подростков и молодежи; центры социально-психологической и социально-медицинской помощи; центры профессиональной ориентации и трудоустройства; молодежные клубы и др.

---

<sup>1</sup> См.: *Бызов Л. Т.* Молодежь новой России: Какая она? Чем живет? К чему стремится? // Аналитический доклад Российского независимого института социальных и национальных проблем по заказу Московского представительства Фонда им. Ф. Эберта // Internet, [www.bankreferatov.ru](http://www.bankreferatov.ru). — 2002.

Все эти организации предоставляют бесплатные социальные, медицинские, правовые и иные услуги несовершеннолетним, организуют досуг и занятость так называемым трудным подросткам, осуществляют информационно-просветительскую работу с молодежью.

**Подразделения по делам несовершеннолетних органов внутренних дел** включают в себя: 1) подразделения по делам несовершеннолетних органов внутренних дел; 2) центры временной изоляции для несовершеннолетних правонарушителей; 3) подразделения криминальной милиции.

Эти учреждения осуществляют: профилактическую работу с несовершеннолетними и их родителями или представителями, не выполняющими своих обязанностей; выявляют лиц, вовлекающих несовершеннолетних в совершение преступлений, предупреждают и пресекают противоправные действия несовершеннолетних; участвуют совместно с комиссиями по делам несовершеннолетних в подготовке материалов, необходимых для помещения несовершеннолетних в центры изоляции или специальные учебно-воспитательные учреждения; информируют комиссии по делам несовершеннолетних, органы социальной защиты населения и органы по делам молодежи о выявленных случаях безнадзорности.

**Органы управления здравоохранением** принимают несовершеннолетних, нуждающихся в обследовании, наблюдении или лечении в связи с их социально опасным положением — пережитым насилием или дискриминацией, бродяжничеством, криминальной деятельностью, употреблением алкоголя или наркотиков. В данных учреждениях оказывается бесплатная медицинская помощь всем обратившимся сюда детям и подросткам.

Все перечисленные органы тесно взаимодействуют между собой с целью предупреждения и выявления фактов безнадзорности несовершеннолетних, защиты их прав и интересов, воспитания и обучения полноценных членов общества.

Органы и учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в пределах своей компетенции обязаны обеспечивать соблюдение прав и законных интересов несовершеннолетних, осуществлять их защиту от всех форм дискриминации, насилия и т.д., выявлять несовершеннолетних и семьи, находящихся в социально опасном положении.

Таким образом, общество и семья должны решить главную задачу — воспитать из каждого ребенка гражданина и специалиста. Все государственные, общественные и частные структуры обязаны

осознать свою принадлежность к социальным институтам государства и общества, ответственным за детство и юность. В нашей стране пока не проведен глубокий и объективный анализ причин увеличения неблагополучных семей; не разработана перспективная стратегическая государственная политика, которая могла бы остановить тенденцию разрушения семей и, как следствие, распространение безнадзорности детей и подростков.

### **Вопросы и задания**

1. Безнадзорность детей и подростков как социальная проблема. Ее обострение в кризисные периоды состояния общества.
2. Сравните понятия «беспризорность» и «безнадзорность».
3. Каковы причины распространения безнадзорности в детской и подростковой среде?
4. Раскройте нормативно-правовую базу социальной работы с безнадзорными детьми и подростками.
5. Раскройте систему социальной работы с безнадзорными несовершеннолетними.

### **Литература**

1. Бланков А.С. Актуальные проблемы предупреждения безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. — М., 2002.
2. Думина Л.Т. Организация социальной реабилитации безнадзорных детей и подростков. — М., 2002.
3. Думина Л.Т., Маршак А.Л., Холостова Е.И. Детская безнадзорность: состояние и пути преодоления. — М., 2002.
4. Маршак А.Л. Детская непризорность и безнадзорность: состояние и проблемы. — Хабаровск, 2003.
5. Мельникова Э.Л. Профилактика безнадзорности детей и подростков. — М., 2002.
6. Нормативно-правовые основы профилактики непризорности и безнадзорности детей: Сборник нормативных актов Российской Федерации. — М., 2003.
7. Рыбинский Е.М. Современное положение российских детей — источник пополнения будущих преступников и нарушителей // Мировое сообщество против глобализации преступности и терроризма. — М., 2002.
8. Рыбинский Е.М. Управление системой социальной защиты детства: Социально-правовые проблемы: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — М., 2004.

9. Соколова М.А. Правовые аспекты социальной работы с детьми, оставшимися без попечения родителей: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — М.: ГОУ ВПО «МГУС», 2006.

10. Социальная защита населения: опыт организационно-административной работы: Учебное пособие / Под ред. В.С. Кукушина. — М.; Ростов н/Д: Март, 2005.

## **Глава 3**

# **СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОСИРОТЕВШИХ И ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ**

### **§ 1. Причины распространения сиротства как социальной проблемы российского общества**

Оказание помощи детям, по разным причинам оставшимся без попечения родителей, является важнейшим направлением социальной политики государства. Сиротство как социальное явление существует столько же, сколько и человеческое общество, являясь, к сожалению, неотъемлемым элементом цивилизации.

Корни современного сиротства в нашей стране уходят в ее историю. В наследство от царской России мы получили десятки тысяч детей-сирот и полусирот, близкие которых погибли на фронтах Первой мировой войны. Новые сотни тысяч осиротевших, обездоленных и беспризорных детей добавила кровопролитная Гражданская война, а после нее — многолетняя разруха в экономике, эпидемии и голод. Неслучайно массовое детское беспризорничество стало своеобразным символом 20-х гг. XX в.

В период восстановления разрушенного войной хозяйства, в годы коллективизации и индустриализации количество сирот и полусирот значительно возросло. В предвоенные годы в лагерях и колониях ГУЛАГа находились десятки тысяч несовершеннолетних детей. Великая Отечественная война лишила сотни тысяч детей крова, семьи и родителей. По утверждению А.М. Нечаевой «в конце войны в России насчитывалось 678 тысяч детей, оставшихся без попечения родителей: 400 тысяч из них воспитывались в детских домах, 278 тысяч находились на воспитании в семьях (патронат, усыновление, опека)...»<sup>1</sup>.

Но кроме названных причин сиротства были и есть другие объективные факторы: стихийные бедствия, аварии, катастрофы, несчастные случаи, болезни и преждевременная смерть родителей. Усугубляют ситуацию и прогрессирующая тенденция к разрушению нравственных устоев семьи, бездуховность, утрата жизненно

---

<sup>1</sup> См.: Рыбинский Е.М. Указ. соч. — С. 17.

важных человеческих ценностей. Число обездоленных детей продолжает пополняться и вследствие лишения родителей их родительских прав из-за аморального образа жизни, отказа матерей от содержания и воспитания своих детей, роста числа матерей-одиночек, несовершеннолетних матерей и др.

В последние годы сильно обострились социально-экономические причины, обуславливающие рост сиротства и социального сиротства. В городах, где остановилось основное производство, наблюдаются массовая безработица, голод, пьянство, снижение рождаемости, увеличение числа неполных семей; резко увеличилось количество семей, лишенных элементарных условий жизни, по причине вынужденной миграции, безработицы, невыплат зарплат, пособий, пенсий; выросло число семей, находящихся в предкризисном состоянии, а также количество детей, пострадавших от жестокого обращения, различных форм насилия со стороны родителей. В среднем в каждом регионе ежегодно выявляется от 2 до 4 тыс. детей, по различным причинам лишившихся родительского попечения, появляются социальные сироты<sup>1</sup>.

Существуют два основных типа сиротства: *сиротство обыкновенное* (вследствие гибели родителей) и *социальное сиротство* (лишение детей попечения родителей в силу их нежелания или невозможности осуществлять родительские обязанности). На протяжении веков преобладало сиротство обыкновенное. Однако с середины XX в. социальное сиротство стало приобретать угрожающие масштабы, причем рост числа детей, оказавшихся без попечения при живых родителях, наблюдается и в развитых странах. В России социальные сироты составляют абсолютное большинство детей, оставшихся без попечения родителей — 95%<sup>2</sup>.

В отечественном законодательстве выделяются категории «детсироты», у которых умерли оба родителя или единственный родитель, и «дети, оставшиеся без попечения родителей», — в связи с отсутствием родителей или лишением их родительских прав, признанием родителей безвестно отсутствующими или недееспособными (ограниченно дееспособными), нахождением их в лечебных учреждениях, в местах лишения свободы, в местах содержания под стражей, в связи с наличием родителей, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, уклоняющихся от воспитания детей или от защиты их прав и интересов, отказавшихся взять своих детей из воспитательных, лечебных учреждений, уч-

<sup>1</sup> См.: Рыбинский Е.М. Указ. соч.

<sup>2</sup> Основы социальной работы: Учебник. — С. 170.

реждений социальной защиты населения и других аналогичных учреждений и в иных случаях. Законодательство не проводит принципиального различия между этими категориями детей с точки зрения общих принципов, содержания и мер и их государственной поддержки.

Большинство современных воспитанников детских домов являются жертвами социального сиротства. Их родители вполне здоровы психически и физически, но являются социально депривированными личностями, т.е. людьми, в силу определенных неблагоприятных социально-психологических и социально-экономических факторов находящимися в состоянии апатии, безразличия к себе, к окружающему миру, утратившими чувство собственного достоинства, ответственности, озлобившимися на весь внешний мир.

Именно в России в последние годы все больше заявляет о себе еще одна разновидность сиротства — *скрытое социальное сиротство*. Падение уровня жизни, увеличение числа неблагополучных семей привело к тому, что дети зачастую «вытесняются» на улицу, следствием чего является невиданный с послевоенного времени рост безнадзорности. 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. По разным источникам оно колеблется от 1 до 3 млн человек<sup>1</sup>.

Социальное положение большинства детей очень тяжелое, они не имели возможности полноценно освоить социальную роль члена семьи. Значительная часть детей, находящихся в стационарных центрах, — социальные сироты. Примерно у каждого второго ребенка родители лишены родительских прав; по данным различных центров, в них находится только 6–8% детей, у которых родители умерли. Если проранжировать причины поступления детей в центры, то складывается следующая картина: 1-е место — лишение родительских прав; 2-е место — уклонение родителей от воспитания; 3-е место — пребывание родителей в местах заключения; 4-е место — неспособность опекуна справиться со своими обязанностями; 5-е место — смерть родителей<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: Зубкова Т.С., Тимошина Н.В. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи. — М.: Академия, 2003. — С. 169.

<sup>2</sup> См.: Иващенко Г.М. Общие принципы организации реабилитационной работы в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних. — М.: Проспект, 2000. — С. 34.

Основной причиной роста количества детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является разрушение государственной инфраструктуры социализации и общественного воспитания детей без формирования новой эффективной структуры социализации и досуга детей в условиях рыночных отношений.

Существенно сократилось число и снизилась доступность детских дошкольных учреждений, образовательных заведений, домов детского творчества, детских санаториев, домов культуры, спортивных учреждений, музеев, учреждений семейного отдыха и досуга и летнего отдыха детей, музыкальных и художественных школ. Негативную роль сыграла отмена обязательного среднего общего образования и коммерциализация профессионального образования.

Другой существенной причиной роста количества детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является кризис семей: рост бедности, ухудшение условий жизнедеятельности и разрушение нравственных ценностей и воспитательного потенциала семей. В результате роста смертности людей в молодом возрасте, разводов и внебрачной рождаемости увеличивается число неполных семей, имеющих меньшие возможности для содержания и воспитания детей. Ослаб воспитательный потенциал семьи, разрушаются ее нравственные устои, утрачиваются фундаментальные человеческие ценности. Увеличивается число детей, пострадавших от жестокости родителей, и число родителей, лишенных родительских прав.

Неблагоприятное влияние на социализацию детей зачастую оказывают средства массовой информации, ведущие открытую и скрытую пропаганду насилия, преступности, наркомании. В детской и молодежной среде часто культивируются худшие образцы заграничной морали и культуры.

Сформировалась новая система коммерческой и криминальной эксплуатации детской безнадзорности. Растет детская наркомания и алкоголизация, дети вовлекаются в криминальные сообщества. Дети и подростки могут свободно приобрести алкоголь и наркотики на дискотеках, в учебных заведениях, в том числе в школах. Приходится заключить, что негативному воздействию подвержены сегодня практически все дети, в том числе из благополучных семей.

Таким образом, количество детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, растет с каждым годом. Это свидетельствует о том, что детское сиротство является одной из самых острых социальных проблем современной России.

## **§ 2. Проблемы детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей**

Положение детей в обществе отражает моральное и нравственное здоровье общества.

Сотрудники социально-реабилитационных центров фиксируют рост социальной дезадаптации детей, который вызван, с одной стороны, дистанцированием школы от социальных, педагогических, психологических проблем неблагополучных семей и трудных детей, а с другой стороны — недостатками превентивной практики, т.е. поздним выявлением социально неблагополучных семей. У большинства детей отсутствует эмоциональная личностная принадлежность школе, семье как основным институтам социализации, что объясняется следствием социальной деформации основных факторов развития ребенка. Социальная дезадаптация проявляется в четырех основных формах: нарушения обучения, нарушения поведения, нарушения контактов и смешанные формы, включающие в себя сочетание указанных признаков.

Социальная дезадаптация в детском возрасте ведет к формированию людей малообразованных, не имеющих трудовых навыков, ориентации на создание полноценной семьи и т.д. Такие люди легко переходят границы любых моральных, нравственных и правовых норм, становясь угрозой всему обществу.

Все дети, проходящие через социально-реабилитационные центры, имеют сложный медицинский статус, что часто обусловлено их социальной запущенностью. Кроме этого, еще до своего рождения большинство детей подвергалось воздействию факторов, крайне негативно сказавшихся на их здоровье: злоупотребление беременной женщины курением, алкоголем или наркотиками, неправильный режимом ее питания, что приводит к нарушению внутриутробного развития плода.

Психические нарушения различной степени тяжести выявляются у большинства детей. У дошкольников и младших школьников более выражена задержка психического развития; у подростков преобладают остаточные явления раннего органического поражения мозга, которые выражаются в разнообразных психопатоподобных нарушениях поведения.

Большинство детей, поступающих в стационары центров социальной реабилитации, имеют эмоциональные расстройства различной степени выраженности, для них характерны невротические реакции, неврозоподобные состояния, различные фобии, тревож-

ность, нарушение сна, замкнутость, агрессивность, низкая самооценка, нарушение доверия к окружающим людям.

В силу неблагоприятных жизненных обстоятельств эти дети не приучены к учебной деятельности и умственной работе, однако в большинстве случаев для подростков характерно не нарушение функций самого интеллекта, а, как правило, неразвитость предпосылок его развития: познавательной активности, мотивации к получению знаний, интереса к приобретению нового опыта. Именно эти процессы не развиваются у ребенка в тех условиях, в которых он находился до поступления в центр.

Степень деформации социального развития ребенка может быть различной. Выделяют педагогическую запущенность и более глубокую ее степень — социальную запущенность<sup>1</sup>.

Для *педагогически запущенных* детей характерны прежде всего проявления отклонений поведенческого характера: сквернословие, дерзкие выходки, негативное отношение к учебной деятельности, сопротивление требованиям учителей, воспитателей. Одним из наиболее существенных дефектов в социальном развитии этих детей является полное отсутствие либо низкий уровень реальных, привлекательных для них жизненных перспектив.

Причинами педагогической запущенности детей могут быть недостаточность семейного воспитания, тяжелые бытовые условия, отсутствие единых требований к ребенку со стороны взрослых, плохая организация учебно-воспитательного процесса, отрицательное влияние улицы, безнадзорность. При педагогической запущенности происходит задержка не только умственного развития и познавательных интересов, но и формирования чувства долга, ответственности.

Главной причиной *социальной запущенности* детей — жестокое обращение с детьми в семье, физическое, психическое или сексуальное насилие. Такая семья оказывает на ребенка прямое десоциализирующее воздействие. Поэтому главным признаком социальной запущенности является глубокая деформация или разрушение социальных связей ребенка с ведущими институтами социализации — школой и семьей.

У подростков с асоциальным поведением отмечаются искаженные представления о реальной действительности. Неблагоприятные условия жизни обусловили наличие у них эмоциональных расстройств и невротоподобных состояний: подавленность, затор-

---

<sup>1</sup> См.: Маслов Н.Ф. Книга социального педагога. — Орел, 1994. — С. 35.

моженность или, наоборот, возбудимость, гиперактивность. Отсутствие заинтересованного внимания (эмпатии) к ребенку со стороны взрослых деформирует его представления о самом себе, формирует у него неадекватную самооценку, наличие жестокости в семье обуславливает недоверие к взрослым, чувство опасности, трудности в общении.

Длительное неудовлетворение основных психических потребностей ребенка в семье, школе, социальном окружении негативно влияет на его *психологический статус*. Задержка психического развития наблюдается примерно у 40% воспитанников центров социальной реабилитации<sup>1</sup> — у них отмечаются снижение познавательной активности, неумение выделять существенные признаки, недостаточная способность к обобщению, неразвитость абстрактно-логического мышления, ограниченность круга интересов повседневной жизнью, скудный запас знаний, слабость произвольной регуляции деятельности.

Таким образом, основными проблемами детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, являются их крайне тяжелое психосоциальное положение, вызванное как врожденными свойствами нервной системы, так и особенностями личности, осложненным неврологическим статусом, негативным жизненным опытом, педагогической и социальной запущенностью.

### **§ 3. Устройство детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в приемные семьи и учреждения семейного типа**

Семейное устройство детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, — это приоритетная форма устройства таких детей. Российское социальное законодательство предполагает следующие виды семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: усыновление, опека и попечительство, помещение ребенка в приемную семью, а также в детские дома семейного типа.

По статистике 77,8 тыс. детей, оставшихся без попечения родителей в течение 2003 г., или 60,8% от общего числа таких детей, были переданы под опеку (попечительство) или на усыновление.

---

<sup>1</sup> Методические рекомендации к планированию социально-реабилитационной воспитательной работы с несовершеннолетними в условиях социально-реабилитационного центра (с приютом) для несовершеннолетних. — Кемерово, 2001. — С. 43.

В последние годы растут как количество детей, переданных на воспитание в семьи граждан, так и их доля среди детей, лишившихся родительского попечительства (2001 г. — 60,3%, 2000 г. — 59,4%)<sup>1</sup>.

**Усыновление** (удочерение) является одной из приоритетных форм социального устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Это государственный акт, в связи с которым между усыновителем и усыновленным и всеми их родственниками возникают такие же права и обязанности, которые по закону существуют между биологическими родителями и детьми и другими родственниками. В подавляющем большинстве случаев усыновляются дети ранних возрастов; усыновление несовершеннолетних более старшего детского, а тем более подросткового и юношеского возрастов происходит крайне редко, что является актуальной проблемой для осуществления социальной работы в данном направлении.

Усыновление производится судом по заявлению лица или лиц, желающих усыновить ребенка, при обязательном участии органов опеки и попечительства. Усыновителями могут быть лица обоего пола, совершеннолетние, дееспособные, их возраст должен превышать возраст усыновляемых не менее чем на 16 лет.

Вопросы об усыновлении (удочерении) утверждены постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил передачи детей на усыновление (удочерение) и осуществление контроля за условиями их жизни и воспитания в семьях усыновителей на территории РФ» от 15.09.1995 г. с изм. от 29.03.2002 г. Закон гарантирует тайну усыновления, разглашение которой является уголовным преступлением (ст. 155 Уголовного кодекса РФ), и запрещает при усыновлении или удочерении разъединять братьев и сестер, кроме случаев, когда разъединение допустимо в интересах ребенка.

**Опека и попечительство** — наиболее распространенная форма семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в целях их содержания, воспитания и образования, а также защиты их естественных прав и интересов. Чаще всего опекунами и попечителями становятся родственники осиротевших детей. Опекун должен воспитывать ребенка, заботиться о его здоровье, получении им образования.

Согласно Гражданскому кодексу РФ, опека устанавливается над детьми до 14 лет, попечительство — над детьми с 14 до 18 лет.

---

<sup>1</sup> См.: Рыбинский Е.М. Указ. соч. — С. 22.

В целях своевременной охраны прав несовершеннолетних органы опеки и попечительства выявляют детей, оставшихся без попечения родителей, и детей, родители которых не обеспечивают надлежащих условий для их развития, и передают этих детей на воспитание в семьи (в порядке усыновления или опеки и попечительства) или в специализированные детские учреждения. Органы опеки и попечительства в трехдневный срок со дня получения сообщения о ребенке, нуждающегося в социальной защите, обязаны обследовать условия жизни ребенка и обеспечить его защиту и устройство. На них также возлагаются обязанности по учету и избранию указанных форм устройства детей и контролю за условиями их содержания, воспитания и образования.

Обязанности по опеке и попечительству совершаются безвозмездно, на содержание ребенка ежемесячно выплачиваются денежные средства, порядок и размеры которых устанавливает Правительство РФ. Государство осуществляет постоянный надзор за условиями жизни подопечного, выполнением опекуном своих обязательств. Закон предусматривает защиту ребенка от злоупотреблений опекунов, ограничивает их полномочия и самостоятельность при распоряжении имуществом подопечного.

**Помещение ребенка в приемную семью** является относительно новой формой устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, для современной России. Ее суть заключается в составлении договора между органами опеки и попечительства и приемными родителями (приемной семьей) о передаче ребенка (детей) на воспитание на срок, установленный договором. Согласно положению о приемной семье, утвержденному Правительством РФ в 1996 г., в такой семье должно быть не более восьми детей. Приемные родители выполняют функции воспитателей и получают оплату за свой труд. Государство и органы местного самоуправления выделяют денежные средства на содержание каждого приемного ребенка и предоставляют соответствующие льготы, установленные законодательством.

Органы опеки и попечительства обязаны оказывать приемной семье необходимую помощь, способствовать созданию нормальных условий для жизни и воспитания детей и вправе осуществлять контроль за выполнением возложенных на приемных родителей обязанностей по содержанию, воспитанию и образованию детей.

В последние годы стала получать распространение новая форма семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, — **передача в детские дома семейного типа**, т.е. в

особую форму семьи, где подбирается разновозрастный детский коллектив. Сравнительно небольшое число детей проживает с постоянными взрослыми, которые не обслуживают детей, как персонал, и не учат их специальным навыкам и умениям, как штатные преподаватели, а живут с ними общей жизнью и организуют эту жизнь. Поэтому воспитатели получают специальную психологическую, педагогическую и медицинскую подготовку.

Одной из перспективных форм семейного воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, являются *замещающие семьи*, или *семьи патронатных воспитателей*. Впервые опытная модель воспитания детей в таких семьях была введена в Детском доме № 19 Центрального округа Москвы<sup>1</sup>.

Таким образом, можно констатировать, что среди видов семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, наиболее эффективными оказываются те, которые предусматривают помещение ребенка в условия, наиболее близкие к нормальным условиям обычной семьи. Определить, какой из данных видов семейного устройства предпочтительнее, довольно сложно, поскольку главную роль играют субъективные факторы: характер и потребности людей, которые принимают ответственность за жизнь и воспитание детей-сирот, их устремления и желание оказать помощь, условия, которые они могут создать для проживания и воспитания приемных или усыновленных детей.

#### **§ 4. Деятельность учреждений по социальному обслуживанию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей**

Система обслуживания, воспитания и обучения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, испытывала различные трудности на протяжении всего периода своего существования. Детские государственные учреждения, равно как и многие семьи с приемными детьми, в настоящее время вынуждены искать пути выживания. Государство, в свою очередь, понимая значимость и необходимость таких учреждений, постоянно совершенствует законодательство, ищет пути поддержки детей-сирот, детских домов и учебных заведений.

В 2003 г. 28,2% детей, оставшихся без попечения родителей, были устроены в дома ребенка, детские дома и школы-интернаты

<sup>1</sup> См.: Брутман В.И. Причины социального сиротства. Аналитический взгляд на проблему // Социальная работа. — 2001. — № 2/5. — С. 53.

для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, учреждения социальной защиты населения и иные учреждения на полное государственное обеспечение. Доля таких детей сокращается: в 2002 г. она составила 29,4%, в 2001 г. — 30,7%. Несколько уменьшилась и абсолютная их численность: в 2003 г. — 36,1 тыс. человек против 36,2 тыс. человек в 2002 г. В это же время 1,7% детей, оставшихся без попечения родителей, были устроены в учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования и другие образовательные учреждения на полное государственное обеспечение.

Неустроенными в семьи или соответствующие учреждения остались в 2003 г. 13,1 тыс. детей (в 2002 г. — 11,7 тыс.), что связано с необходимостью сбора документов и подбором опекунов, приемных или патронатных родителей. Эти дети временно находятся в приютах, лечебно-профилактических учреждениях.

Если в 1980 г. число интернатных учреждений в России составляло 64,4% от общесоюзного числа, а число воспитанников в них — 46,3%, то через 20 лет доля российских интернатных учреждений по отношению к союзным составляла уже 88,1%, а число воспитанников в них — 56%<sup>1</sup>. Следовательно, по обоим показателям Россия сильно опережает союзные показатели, а стремительный рост социального сиротства в России, к сожалению, продолжается.

Основное содержание социальной работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей, заключается в защите их прав, учете и избрании форм устройства, контроле за условиями их содержания, социально-медицинской реабилитации и адаптации, образовании, помощи в трудоустройстве и обеспечении жильем.

Все большее значение в работе по профилактике и преодолению сложившейся ситуации наряду с традиционными образовательными учреждениями приобретает в настоящее время новый тип образовательного учреждения — *центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям*. Создание нового типа образовательного учреждения вызвано увеличением числа семей и детей группы риска и связано с формированием гуманного отношения общества и школы к детям, переходом от авторитарной, запретительной педагогики к педагогике сотрудничества, становлением системы комплексного индивидуального сопровождения развития личности ребенка.

---

<sup>1</sup> См.: Рыбинский Е.М. Указ. соч. — С. 23.

Организация детских домов, приютов и других органов, осуществляющих заботу и опеку над брошенными детьми, — является прямой социальной обязанностью государства. В России каждый 100-й ребенок живет и воспитывается в интернатной системе. Для 280 000 детей домом вынужденно является сиротское учреждение, сейчас в стране функционирует более 2000 учреждений, 1500 социальных учреждений и около 1400 специальных коррекционных школ-интернатов, где воспитываются дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей<sup>1</sup>.

Для этих детей государственное учреждение вынужденно становится единственным домом, защитой от жестокостей внешнего мира.

В России функционируют 272 дома ребенка, в которых воспитываются более 20 тыс. детей<sup>2</sup>. Дети старше 3 лет переводятся в детские дома дошкольного и школьного возраста — образовательные учреждения, учреждения социального обслуживания (детские дома-интернаты для детей-инвалидов, с умственной отсталостью и физическими недостатками, социально-реабилитационные центры, социальные приюты). Основой деятельности подобных учреждений являются профилактика и предупреждение психолого-педагогических и медико-социальных проблем, связанных со становлением подрастающего человека.

В системе образования Российской Федерации создано свыше 400 центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям и подросткам, где проблеме социальной работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей, уделяется особое внимание. Позитивные результаты их деятельности стали возможны благодаря созданию реабилитационно-воспитательной системы, основу которой составляют принципы гуманистической педагогики.

За достаточно короткий срок в большинстве субъектов Российской Федерации создана сеть таких учреждений. В 2003 г. в учреждениях социального обслуживания семьи и детей прошли социальную реабилитацию 3,6 млн несовершеннолетних, однако потребность в такого рода учреждениях удовлетворена лишь на 25% и неравномерна в различных субъектах Федерации<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Город Сирот 2006. [info@gorodsirot.ru](mailto:info@gorodsirot.ru)

<sup>2</sup> См.: *Зубкова Т.С., Тимошина Н.В.* Организация и содержание работы по социальной защите женщин, семьи и детей. — М., 2003. — С. 169.

<sup>3</sup> Там же. — С. 168.

Данные учреждения в своей деятельности руководствуются программой профилактики безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних, которая строится на основе Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений». Они предназначены для временного проживания и социальной реабилитации детей и подростков в возрасте от 3 до 18 лет, оставшихся без попечения родителей и нуждающихся в экстренной социальной помощи. Основное предназначение таких учреждений — коррекция, реабилитация, восстановление всех утраченных связей, отношений и функций, а также формирование личности ребенка с учетом его возрастных и психосоциальных особенностей.

Исходя из задач в социально-реабилитационных учреждениях работают следующие *отделения*:

- *приемное*, где ведется первичный прием детей с целью определения характера жалоб родителей или педагогов, предварительной оценки состояния ребенка и решения вопроса о необходимости его дальнейшего обследования в центре, определения уровня психического развития, соответствия последнего возрастной норме, сформированности основных психических функций и диагностике возможных отклонений психического развития и их характера;
- *социально-правовое* — осуществление законных прав и интересов несовершеннолетних, восстановление документов, работа с семьями, поиск путей дальнейшего жизнеустройства воспитанников;
- *отделение реализации программ социальной реабилитации* — поэтапное выполнение индивидуальных программ социальной реабилитации несовершеннолетних, обеспечение утраченных контактов с семьей и внутри семьи, оздоровление межличностных отношений несовершеннолетних, восстановление их социального статуса в коллективе и проч.;
- *трудоустройственной реабилитации подростков* — работа по профессиональной ориентации подростков, направленная на привитие навыков и умений по ряду профессий, которые могут быть использованы ими и на бытовом уровне, в семье;
- *дневное* — обучение детей, обеспечение их питанием, оказание психологической, социальной и материальной помощи, участие в культурных мероприятиях;
- *отделение психологической реабилитации* — организация деятельности по диагностике и коррекции нарушений у детей, испы-

- тывающих трудности школьной адаптации; оказание помощи педагогам и родителям в выборе адекватных методов обучения и воспитания; диагностика высших психических функций, познавательной деятельности, личностной сферы ребенка;
- *отделение педагогической реабилитации* — осуществление работы, направленной на повышение межличностной и социально-психологической компетенции детей и подростков, проведение различных консультаций с учителями, воспитателями и родителями ребенка; развитие у воспитанников навыков эффективного общения, что способствует построению образа будущего;
  - *медико-реабилитационное отделение* — диагностика психического здоровья школьников, профилактика и коррекция невротических, астенических и других болезненных состояний, включая обучение детей и родителей здоровому образу жизни. В отделении работают детский психоневролог, психотерапевт, массажист, нарколог.

Основными **функциями** социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних являются следующие:

1) *защитная* — обеспечение сохранности жизни детей, их безопасности от внешних угроз, правовая защита, противодействие разрушению физического, психического и нравственного здоровья детей;

2) *профилактическая* — работа в сотрудничестве с другими учреждениями и организациями по раннему выявлению неблагополучных семей, оказание своевременной помощи в разрешении внутрисемейных конфликтов, рекомендации по оздоровлению условий семейного воспитания, работа по предупреждению детской безпризорности;

3) *восстановительная* — восстановление социального статуса ребенка, укрепление его связей с основными институтами социализации, поддержка усилий семей, проявляющих готовность к преодолению своей функциональной несостоятельности;

4) *коррекционно-развивающая* — на основе комплексной диагностики определение системы мер медико-социальной, психолого-педагогической работы с детьми, ориентированной на коррекцию их психического, личностного развития, восстановление утраченного или формирование нового опыта, а также возрождение и развитие важнейших форм детской жизнедеятельности — игры, познания, труда и общения;

5) *оздоровительная* — при поступлении ребенка в социально-реабилитационный центр предоставление необходимой медицин-

ской помощи во взаимодействии с различными медицинскими учреждениями (поликлиниками, больницами, санаториями и др.), восстановление и укрепление адаптационных возможностей организма, осуществление профилактики различных заболеваний, текущего медицинского обслуживания;

б) *компенсаторная* — поиск замещения биологической семьи при утере ее ребенком или в случае если невозможно преодолеть отчуждение от нее ребенка, с тем чтобы ребенок мог получить опыт жизни в семье.

В коррекционной работе данного учреждения используются методики, способствующие компенсации дефектов психического развития, которые проводятся как индивидуально, так и в группах специалистами отдела (психологом, игротерапевтом, педагогом, дефектологом). На основании полученных данных проводится индивидуальная консультативная работа с родителями, учителями по вопросам возрастных особенностей ребенка, согласования типов обучения, преодоления школьной дезадаптации.

Вместе с тем наряду с положительными тенденциями развития и ощутимыми результатами работы центров имеют место проблемы, требующие своего решения. Особенно актуальными в настоящее время являются разработка и утверждение нормативно-правовой базы деятельности подобных центров. Нуждается в качественном улучшении и система их информационного обеспечения. Действующие нормативы труда для многих категорий работников центров вследствие давности сроков их принятия не всегда соответствуют сложности работы сотрудников в новом типе учреждения с учетом специфики контингента дезадаптированных детей и подростков.

Таким образом, учреждения по социальному обслуживанию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, обеспечивают минимально необходимый уровень социальной реабилитации и социального обслуживания всем детям, которые попали в сферу их деятельности. Однако вне зависимости от уровня и качества работы данных учреждений они не в состоянии заменить ребенку настоящую семью, поэтому ребенок-сирота или ребенок, оставшийся без попечения родителей, направляется в такие учреждения только после того, как исчерпаны все возможности его устройства в семью.

### **Вопросы и задания**

1. Охарактеризуйте сиротство как социальную проблему, его масштабы.

2. Каковы причины сиротства?
3. Раскройте проблемы социализации осиротевших или оставшихся без попечения родителей детей.
4. Формирование системы социального обслуживания детей-сирот или оставшихся без попечения родителей детей и ее эволюция в России
5. Каковы формы устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в приемные семьи и учреждения семейного типа?
6. Деятельность социальных учреждений по социальному обслуживанию осиротевших или оставшихся без попечения родителей детей в России.

### **Литература**

1. Бобыкин В.М. Инновационные образовательные учреждения для детей-сирот. — Вологда, 2003.
2. Бреева Е.Б. Дезадаптация детей и национальная безопасность России. — М.: Дашков и К, 2004.
3. Вырвидин В.А. Управление социальной защитой детства: Учебное пособие. — М., 2004.
4. Голик А.Н. Социальная психология сиротства. — М., 2004.
5. Дементьева И.Ф. Социальное сиротство: генезис и профилактика. — М., 2000.
6. Ключников С.В. Социальная адаптация детей, оставшихся без попечения родителей. — В. Новгород, 2002.
7. Лисина Л.И. Психическое развитие воспитанников детского дома. — М., 2000.
8. Основы социальной работы: Учебник. 3-е изд., испр. и доп. / Отв. ред. П.Д. Павленок. — М.: ИНФРА-М, 2006.
9. Соколова М.А. Правовые аспекты социальной работы с детьми, оставшимися без попечения родителей: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — М.: ГОУ ВПО «МГУС», 2006.
10. Социальный приют для детей и подростков: содержание и организация деятельности / Под ред. Г.М. Иващенко. — М., 1997.

## Глава 4

# АДАПТАЦИЯ ВЫПУСКНИКОВ ДЕТСКИХ ДОМОВ И ШКОЛ- ИНТЕРНАТОВ К ОКРУЖАЮЩЕМУ МИРУ

### § 1. Характерные особенности воспитанников детских домов

Формируя некий общий портрет ребенка, воспитывающегося в детском доме, мы решили выделить основные положения, раскрывающие наиболее важные личностные характеристики.

*Социальный статус* воспитанника интернатного учреждения определяется тем, что он «ничей» ребенок. Для детей первым и наиболее устойчивым образцом поведения является поведение родителей. Лишенные этого стержневого стандарта поведения, дети-сироты вынуждены ориентироваться на официально принятые нормативы, которые нередко носят условно-атрибутивный характер, категоричны или односторонни. Родители оказывают физическую, психологическую и эмоциональную поддержку и помощь детям. Дети, воспитывающиеся в интернатных учреждениях, такой поддержки лишены, что не может не сказываться отрицательно на их общем развитии.

*Здоровье воспитанников детских домов.* Большинство детей данной категории имеют отклонения в состоянии здоровья и психологическом развитии. Причинами этого, как правило, являются отягощенная наследственность, неблагоприятные биологические факторы. Наиболее часто встречающиеся отклонения — это задержка психического развития, нарушение интеллекта, психосоматическая и психоневрологическая патологии, задержка психоречевого развития, патологическое развитие личности. Почти у всех детей отмечаются признаки невротизации, у некоторых — признаки выраженного невроза.

Возможность перекрестного инфицирования обуславливает более высокий уровень заболеваемости воспитанников детских домов по сравнению с аналогичными показателями в семьях.

Для большинства воспитанников интернатных учреждений также характерны задержка физического развития, общее недоразвитие личности, неуравновешенное поведение, снижение памяти, невысокая социальная активность.

Отставание в физическом и интеллектуальном плане детей, оставшихся без попечения родителей, часто осложняется нарушениями в эмоционально-волевой сфере и поведении.

Этому способствует несовершенство системы воспитания детей в интернатных учреждениях — в частности многократные переводы из одного учреждения в другое, сопряженные с разлукой с педагогами и детским коллективом.

*Особенности психического развития.* Вследствие депривации потребности в родительской любви у воспитанников интернатных учреждений слабо развита способность сопереживать близким, окружающим его людям. Для этих детей характерна обостренная потребность во внимании и доброжелательности со стороны старших, в положительных эмоциональных контактах. Однако эта потребность зачастую остается неудовлетворенной, что лишает детей важного для их психологического благополучия ощущения своей нужности и ценности для других и одновременно ощущения ценности другого человека, глубокой привязанности к людям.

У воспитанников интернатных учреждений плохо сформированы навыки общения, умение контактировать с людьми как в формальных, так и в неформальных ситуациях. Если дети младшего возраста еще стремятся «вырваться» из детского дома, общаться со взрослыми и сверстниками вне него, то, становясь старше, они замыкаются в своем кругу, не стремятся к расширению контактов с внешним миром и даже боятся его.

*Особенности самосознания.* Воспитанники интернатных учреждений, как правило, не знают и не воспринимают себя как личность; у них формируются неадекватные социальные ожидания, чаще всего из-за ориентации на признание в своей среде при помощи физической силы, агрессии, асоциальных форм поведения (ложь, кражи, насилие); они лишены возможности идентифицироваться по полу по причине преобладания женщин среди персонала, в силу полной погруженности в среду интернатного учреждения, из-за группового «Мы»; дети-сироты живут как особая общность, по групповому нравственному нормативу, ориентируются на групповую совесть, поруку. Их личные права и обязанности не дифференцированы; они испытывают чувство ненужности, ощущая в то же время свою социальную исключительность (положение сироты). Сочетание этих факторов создает тенденцию к обвинению ими окружающей среды в своей неполноценности, неудачах<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: Анохина А.Н. Коррекционно-развивающая работа с детьми, оставшимися без попечения родителей: социально-эмоциональный аспект. — Тула: Изд-во ТО ИРО, 2000. — С. 46.

*Представление о будущем.* Свое представление о будущем воспитанники детских домов чаще, чем подростки, воспитывающиеся в семьях, связывают с формальными характеристиками — с достижением совершеннолетия, получением паспорта, т.е. с достижением ими определенного возраста. Символами «взрослой» жизни являются также приобретение профессии или устройство на постоянную работу, создание семьи (или рождение ребенка).

Становится очевидным, что у детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, зачастую наблюдаются глубокие личностные отклонения. Для них характерны не только задержка физического и психического развития, но и изоляция в социальной среде, сниженная коммуникабельность.

Таким образом, следует особо отметить тот факт, что ухудшение условий жизни, а также падение нравственных устоев, стало причиной изменения отношения к детям, вплоть до полного вытеснения их из семей. Следствием данного процесса явилось резкое увеличение масштабов социального сиротства: большинство детей, поступающих в государственные интернатные учреждения, имеют родителей, которые, однако, не осуществляют над ними необходимой опеки.

Отклонения в состоянии физического и психического здоровья воспитанников государственных учреждений опеки, обусловленные асоциальной жизнью детей, их окружением до поступления в государственное интернатное учреждение, нередко усугубляются вследствие невозможности найти полноценную замену важнейшему институту социализации — семье.

## **§ 2. Основные проблемы выпускников детских домов после выпуска их из специальных учреждений**

Причин и объяснений комплекса трудностей вхождения в жизнь выпускников детских домов много. Важно выделить существенные причины, определяющие успешную социализацию выпускников интернатных учреждений в будущем. Изъятие детей у родителей (как форма защиты детства) осуществляется сегодня недостаточно оперативно. Дети попадают под опеку государства зачастую уже с травмированной психикой и неразвитым интеллектом. Негативные впечатления и отсутствие положительных примеров приводят к эмоциональной заторможенности и замедленному интеллектуальному развитию. Проблема изъятия из семьи

весьма непроста: как показали многочисленные исследования, этот факт нельзя оценивать однозначно. С одной стороны, пребывание в социально неблагополучной среде создает почву для формирования у подростка криминогенных наклонностей, реально угрожает его здоровью, но, с другой стороны, дети часто сохраняют привязанность к родителям. Так, 35% опрошенных предпочли бы жить вместе с родителями, 33% — в детском доме, 23% — самостоятельно, 16% — у родственников. Желание вернуться в родительскую семью после выхода из детского дома выразили 21% опрошенных, 33% не испытывали такого желания. Как правило, жить с родителями хотят дети-сироты младшего возраста<sup>1</sup>.

Одна из проблем, которой выпускники детских домов не придают должного значения, — профилактика здоровья. Опрос показал, что дети получают в сиротских учреждениях хорошее медицинское обслуживание, о чем свидетельствует достаточно низкий уровень заболеваний. Однако, вступая в жизнь, они часто не получают даже элементарных знаний о гигиене, профилактике распространения заболеваний.

Другая важная проблема выпускников детских домов — жилищная. С наступлением совершеннолетия завершается срок пребывания детей в специальных учреждениях, однако многим из них приходится начинать эту самостоятельную жизнь, не имея крыши над головой.

Одной из причин, усугубляющих неблагополучное положение выпускников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, становится сокращение доли государственного строительства. Не соблюдаются нормы жилищного законодательства, предусматривающие сохранение жилплощади за детьми, помещенными на воспитание в государственные детские учреждения, к родственникам, опекунам. К сожалению, нередко органы опеки и попечительства, администрации интернатных учреждений не принимают должных мер к закреплению жилой площади за данной категорией граждан. Это позволяет лицам, лишенным родительских прав, другим членам семьи, опекунам, жилищным органам распоряжаться ею вопреки правам и законным интересам несовершеннолетних. После выхода из детского дома подросток, у которого есть родители, часто возвращается в их квартиру и вновь погружается в асоциальную среду неблагополучной родительской семьи.

---

<sup>1</sup> См.: *Назарова И.Б.* Адаптация и возможные модели мобильности сирот. — М.: МОНФ, 2005. — С. 46.

Еще одна проблема выпускников детских домов и школ-интернатов — их недостаточная профессиональная подготовка к труду. Число выпускников, желающих получить высшее образование, увеличивается, но в связи с переходом на платное высшее образование у них нет возможности поступления в высшие учебные заведения, а проблема трудоустройства граждан этой категории чрезвычайно остра. Около 1/3 выпускников устраиваются на работу не по собственному выбору, а по направлению руководителей учреждения, а 2/3 выпускников заняты неквалифицированным трудом. При сложившейся экономической ситуации распределение выпускников по направлению руководителя учреждения носит и положительный характер. Девочки направляются на обучение в педагогические, музыкальные, текстильные техникумы, а мальчики — в технические учебные заведения. К сожалению, является проблемой выбор сферы профессиональной деятельности, оптимально соответствующей личностным особенностям и запросам рынка труда, несмотря на постановление Министерства труда «Об утверждении рекомендаций по квотированию рабочих мест на предприятиях, учреждениях и организациях для лиц, особо нуждающихся в социальной защите» от 06.02.1995 г. № 9, предусматривающее первоочередное устройство детей-сирот, закончивших специальные учебные заведения.

Можно назвать и другие проблемы, ожидающие выпускников детских домов, школ-интернатов.

В конце 90-х гг. XX в. лаборатория проблем социального сиротства НИИ детства провела анкетирование 363 старших подростков и выпускников детских интернатных учреждений Московской, Белгородской, Калужской, Владимирской областей<sup>1</sup>. Основной целью анкетирования было выявление уровня социальной адаптации подростков-сирот и выпускников, определение их ожиданий, воззрений, отношение к выбору профессии, учебе, браку, семье, их законопослушности. Результаты анкетирования показали невысокий процент адаптации выпускников интернатных учреждений в условиях изменившейся социальной среды — всего лишь 30%. Социальные работники, которые работают с лицами этой категории, должны учитывать тот факт, что они долго пребывали в условиях, довольно сильно отличающихся от реальной жизни, и многие из них не знают, что такое настоящая семья.

---

<sup>1</sup> [www.kremlin.ru](http://www.kremlin.ru). Президент России. Официальный сайт.

Для воспитанников детских домов отношения с родителями — вопрос достаточно болезненный: 23% объясняли свое нежелание возвращаться в родительскую семью тем, что родители им не нужны; 16% — тем, что родители плохо к ним относились; 16% — тем, что они не нужны своим родителям<sup>1</sup>.

В то же время отсутствие позитивного образца отношений «родитель — родитель» и «родитель — ребенок» приводит к смещению ценностных ориентаций: в системе жизненных ценностей выпускников детских домов, заботливые родители и родственные связи как самооценку фигурируют лишь у 14%.

Воспитанники детских домов часто испытывают трудности при принятии самостоятельных решений в какой-либо области. Необходимость получения совета в тех или иных житейских ситуациях особенно важна сразу после выхода из детского дома. Так, 51% детей ищут совета у воспитателей или директора своего детского дома, 40% — у друга, 14% решают все вопросы самостоятельно, 12% советуются с братом (сестрой), 9% — с родителями, 4% — с бабушкой, дедушкой. Однако возможности обращаться за советом в детский дом ограничены: лишь 4% сохраняют тесные связи с бывшими воспитателями<sup>2</sup>.

Детский дом не несет юридической ответственности за детей после их выпуска (хотя нередко воспитатели продолжают принимать участие в судьбе своих воспитанников), а другие организационные структуры, принимающие на себя помощь и заботу о них, либо не подключаются к работе, либо довольно часто действуют неэффективно. Таким образом создается благоприятная среда для появления у выпускников специальных учреждений отклоняющегося поведения. Самостоятельное принятие решений, как и обращение за помощью к друзьям, братьям, сестрам, имеющим ограниченный жизненный опыт, может привести к ошибочным действиям. Аналогичными могут быть результаты обращения к родителям, лишенным родительских прав в связи с антиобщественным поведением.

Проблемы социализации социальных сирот отличаются особой сложностью. Для включения социальных сирот в самостоятельную жизнь, для их приобщения к социальным ценностям и нормам необходимо изменить образ жизни этих детей, их отношение к себе, своему прошлому, настоящему и будущему, к ближайшему окруже-

<sup>1</sup> [www.kremlin.ru](http://www.kremlin.ru). Президент России. Официальный сайт.

<sup>2</sup> См.: Назарова И.Б. Указ. соч.

нию и обществу в целом. Сложнее всего подготовить социальных сирот за время их пребывания в интернатном учреждении к самостоятельному и ответственному решению своих собственных проблем.

Ощущение сиротства сопровождает выпускников детских домов на протяжении всей жизни. От того, насколько благополучно или неблагополучно сложилась их жизнь, зависят частота воспоминаний о детстве и отождествление себя с референтной группой сирот. Все свои проблемы дети-сироты заслуженно или незаслуженно объясняют одиночеством, воспитанием в детском доме и предвзятым отношением к ним окружающих. Проблемы сироты не решаются не только до достижения им 23 лет, как это предусмотрено законом, но даже в старости, когда у человека появляется ряд льгот помимо сиротства. Это свидетельствует не только о том, что для сирот характерны инфантилизм, неумение отстаивать свои права, но и о том, что государство избирательно относится к своим гражданам, определяя, кому можно отказать, кем можно пренебречь.

Нормальное взросление и успех социализации зависят от:

- особого отношения воспитанника (выпускника) к себе и своему будущему, которое не определяется временем пребывания в стенах детского дома, но которое способствует выстраиванию перспективы жизни за его пределами;
- особого социально-педагогического сопровождения выпускника, которое не замещает инициативы ребенка, а способствует возникновению устойчивого желания добиваться своего;
- изменения окружающей среды, которая обеспечила бы принятие выпускника детского дома в мир профессий, бизнеса, творчества, семьи.

### **§ 3. Нормативно-правовая база социальной защиты выпускников детских домов**

В России основными законодательными актами, обеспечивающими защиту прав детей, оставшихся без попечения родителей, являются Семейный кодекс РФ, принятый Государственной Думой 08.12.1995 г. и включающий раздел «Формы воспитания детей, оставшихся без попечения родителей»; Федеральный закон «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» от 21.12.1996 г. № 159-ФЗ; Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ; постановление Правительства РФ «О неотложных мерах по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» от

20.07.1992 г. № 409 (с изменениями)<sup>1</sup>; Федеральный закон «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»» от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ.

Постановлением Правительства РФ от 14.05.2001 г. № 374 установлено, что нормы питания, обеспечения одеждой, обувью и мягким инвентарем применяются начиная с 1 мая 2001 г. в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся, воспитывающихся и обучающихся во всех государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения, учреждениях социального обслуживания населения и образовательных учреждениях, независимо от их типа, вида и ведомственной принадлежности. Руководителям учебно-воспитательных учреждений и учебных заведений предоставилась возможность взамен одежды, обуви, мягкого инвентаря и оборудования выдавать по желанию выпускников денежную компенсацию в размерах, необходимых для их приобретения (по нотариальным нормам), или перечислять указанную компенсацию в качестве вклада на имя выпускника в учреждения Сберегательного банка Российской Федерации<sup>2</sup>.

Обучающиеся в учреждениях среднего и профессионального высшего образования дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, в возрасте 18 лет и старше, но не более чем 23 лет, также имеют право на полное государственное обеспечение и дополнительные социальные гарантии до окончания профессионального обучения на очных отделениях.

---

<sup>1</sup> См.: Социализация и образование социальных сирот. Адаптация выпускников интернатных учреждений для детей, оставшихся без попечения родителей: Доклад / Под ред. А.Н. Майорова. — М: Интеллект-центр, 2002.

<sup>2</sup> См.: Постановление Правительства РФ «О неотложных мерах по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» от 20.08.1992 г. № 409 (с изм. от 9.08.1992 г., 17.07.1996 г., 30.03.1998 г., 14.05.2001 г.).

Обучающиеся дети-сироты, оставшиеся без попечения родителей, в период учебы во всех типах учреждений профессионального образования находятся на полном государственном обеспечении.

С 1 января 1998 г. для этих категорий были введены следующие дополнительные гарантии:

- помимо полного государственного обеспечения выплачивается стипендия, размер которой увеличивается не менее чем на 50% по сравнению со стипендией, установленной для остальных обучающихся, а также выплачивается 100% заработной платы, начисленной в период производственного обучения и практики;
- до окончания обучения выплачивается ежегодное пособие на приобретение учебной литературы и письменных принадлежностей в размере трехмесячной стипендии. Выплата этого пособия производится в срок до 30 дней с начала учебного года за счет средств, выделяемых образовательным учреждениям из соответствующих бюджетов.

При приобретении обучающимся из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, академического отпуска по медицинским показаниям за ними сохраняется на весь период полное государственное обеспечение, им выплачивается стипендия. Образовательное учреждение содействует организации их лечения.

Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, обучающиеся в образовательных учреждениях всех типов и видов, обеспечиваются администрацией данных учреждений бесплатным проездом на городском, пригородном, в сельской местности — на внутрирайонном транспорте (кроме такси), а также бесплатным проездом в период каникул к месту жительства и обратно к месту учебы.

Выпускники образовательных учреждений из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, за счет средств образовательных учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования при трудоустройстве на предприятия, в учреждения и организации всех форм собственности обеспечиваются одеждой, обувью, мягким инвентарем и оборудованием по нормам, утверждаемым Правительством Российской Федерации, а также единовременным денежным пособием в сумме не менее 500 руб.

Банкам Российской Федерации рекомендовано предоставлять лицам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, при их трудоустройстве долгосрочные кредиты на

льготных условиях для жилищно-бытового устройства и приобретения товаров длительного пользования<sup>1</sup>.

Детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, предоставляется бесплатное медицинское обслуживание и оперативное лечение в любом государственном и муниципальном лечебно-профилактическом учреждении, в том числе проведение диспансеризации, оздоровления, регулярных медицинских осмотров за счет средств соответствующего бюджета.

Детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, предоставляются бесплатные путевки в школьные и студенческие спортивно-оздоровительные лагеря (базы) труда и отдыха, в санаторно-курортные учреждения при наличии медицинских показаний, бесплатный проезд к месту отдыха и лечения и обратно за счет средств, выделяемых на эти цели из соответствующего бюджета, за счет средств внебюджетных фондов и других незапрещенных законом источников.

Выпускникам образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящимся на территории Российской Федерации, не имеющим закрепленного жилого помещения, оно должно предоставляться вне очереди органами исполнительной власти однократно по месту выявления и первичного устройства ребенка в семью или на воспитание в соответствующее учреждение, или по месту регистрации их рождения, или по месту последнего проживания на территориях соответствующих районов и городов субъектов Российской Федерации, если место их рождения находится за пределами территории Российской Федерации.

Согласно Федеральному закону от 10.12.1995 г. № 195-ФЗ детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, нуждающимся в предоставлении временного приюта, предоставляется временный приют в специализированном учреждении социального обслуживания<sup>2</sup>.

Для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, предусмотрены дополнительные трудовые гарантии.

Органы государственной службы занятости населения при обращении к ним детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте от 14 до 18 лет осуществляют с ними проф-

<sup>1</sup> См.: Конвенция о правах ребенка и законодательство Российской Федерации: Справочник. — М., 1998.

<sup>2</sup> См.: Социальная работа с молодежью (сборник нормативных правовых документов) / Автор-составитель Т.К. Ростовская. — М., 2003.

ориентационную работу и обеспечивают диагностику их профессиональной пригодности с учетом состояния здоровья за счет средств государственного фонда занятости населения Российской Федерации.

Предприятиям, учреждениям, организациям, создающим специальные рабочие места гражданам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, могут предоставляться налоговые льготы в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Работникам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, высвобождаемым из организаций в связи с их ликвидацией, сокращением численности или штата, работодатели (их правопреемники) обязаны обеспечить за счет собственных средств необходимое профессиональное обучение с последующим их трудоустройством в данной или другой организации.

С 1 января 1998 г. для этой категории граждан введен следующий порядок выплаты пособий по безработице: ищущим работу впервые и зарегистрированным в органах государственной службы занятости в статусе безработного детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, выплачивается пособие по безработице в течение шести месяцев в размере средней заработной платы, сложившейся в республике, крае, области, городах, автономной области, автономном округе.

Органы службы занятости в течение указанного срока осуществляют профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку и трудоустройство лиц данной категории.

К решению социальных проблем детей-сирот — проблем их физического и духовного здоровья, обучения и воспитания, адаптации педагогически запущенных детей, развития юных дарований, а также дальнейшего профессионального образования и трудоустройства должны подключаться все, кто заинтересован в завтрашнем будущем нашей страны.

#### **§ 4. Способы решения проблем адаптации выпускников детских домов**

Судьбы выпускников детских домов и школ-интернатов во многом зависят от той помощи и поддержки, на которую они могут рассчитывать после ухода из детского дома. Можно упрекать детские дома в недостаточной подготовке своих воспитанников к самостоятельной взрослой жизни, можно и нужно искать пути со-

вершенствования системы воспитания детей в условиях детского дома, но нельзя рассчитывать на то, что к моменту выпуска из детского дома его воспитанники будут в полной мере подготовлены к самостоятельному решению взрослых проблем.

Такого уровня готовности к взрослой жизни не удастся достичь и в условиях семейного воспитания, но эта неподготовленность обычно компенсируется помощью родителей, которые берут на себя решение возникающих у детей проблем.

Выпускники детского дома не могут рассчитывать на помощь родителей, а между тем им приходится решать весьма широкий круг достаточно сложных проблем. Как уже говорилось, это проблемы защиты прав, в частности жилищных и трудовых; это психологические проблемы, решение которых предполагает умение разбираться в людях; способность не впадать в панику в трудных жизненных ситуациях; множество частных, но весьма существенных проблем функционального характера: оказание себе первой помощи, приготовление обеда, ремонт жилья, разрешение конфликтов с соседями, рациональное использование средств на покупки и др.

В этой связи возникает необходимость в наличии эффективной системы сопровождения выпускников детских домов на этапе их социальной адаптации. Этот этап нельзя жестко нормировать, ибо у разных молодых людей продолжительность периода социальной адаптации различна, но в любом случае он измеряется годами.

Необходимо рассмотреть, какие организационные формы работы с выпускниками детских домов уже существуют, какие функции сопровождения выполняют организационные структуры, существуют ли такие проблемы социальной адаптации выпускников детских домов, в решении которых соответствующие социальные организации не могут им помочь.

Реализуется программа *«Постинтернатной подготовки выпускников детских домов и школ-интернатов к самостоятельной жизни»*.

Основные ее задачи:

- подготовка выпускников детских домов к самостоятельной жизни в части осуществления своих конституционных прав и обязанностей, защиты своих прав, ответственности за неисполнение возложенных на граждан обязанностей;
- формирование основ правосознания и правовой культуры, понимания необходимости соблюдения закона и неотвратимости наказания за его нарушение;

- овладение детьми знаниями, умениями и навыками эффективного поведения;
- вооружение юношей и девушек основами знаний о брачно-семейных отношениях, потребностью в создании семьи, готовностью к вступлению в брак, умению правильно строить внутрисемейные отношения и растить будущих детей<sup>1</sup>.

Создана *программа профориентации и трудоустройства молодежи*, основной целью которой является создание благоприятных условий интеграции молодежи в рынок труда для самореализации и трудоустройства путем ускорения поиска и подбора работы в соответствии с индивидуальными потребностями каждого молодого человека. Необходимость в этой программе обусловлена тем, что безработица среди молодежи и низкий общий уровень в стране «выталкивают» молодых людей из стен школ и училищ за борт общественно-полезной деятельности. При этом многие безработные лица несовершеннолетнего возраста пополняют контингент группы риска.

В соответствии с данной программой созданы *координирующие центры* по содействию временной занятости несовершеннолетних граждан. Направления деятельности подобных центров следующие:

- координация деятельности структур, занимающихся вопросами молодежи;
- регистрация детей и подростков для организации им рабочих мест (разовых) и постоянных;
- профориентация молодежи;
- заключение договоров с организациями и предоставление объемов, видов и сроков выполнения работ;
- организация групп подростков (по интересам) для выполнения работ по договорам;
- контроль за соблюдением мер безопасности и норм КЗОТа; организация оплаты труда подростков<sup>2</sup>.

Поступить в престижный колледж, лицей, высшее учебное заведение выпускнику детского дома или школы-интерната достаточно сложно, даже при условии гарантированных государственных

<sup>1</sup> См.: Программа курса для выпускников детских учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Постинтернатная подготовка к самостоятельной жизни: Содержание и методические рекомендации. — Владимир, 2002.

<sup>2</sup> См.: *Репринцева Г.И.* Учреждения социального обслуживания детей и молодежи: Анализ деятельности. — М., 2003.

ных льгот. Однако еще сложнее молодому человеку, оставшемуся без попечения родителей, выживать самостоятельно и продолжать обучение в течение трех-пяти лет. На этом этапе жизненного пути детям из благополучных семей и материально, и морально помогают родители. Что касается выпускников детских домов и интернатов, то типичной является ситуация, когда выпускник, с трудом поступивший в вуз, бросает его в силу достаточно объективных причин: отсутствие жилья, невозможность обеспечить себя материально на период учебы и т.д.

В Федеральном законе «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» предусмотрены дополнительные гарантии права на образование: лица из числа детей-сирот, обучающиеся во всех типах учреждений среднего и высшего образования, зачисляются на полное государственное обеспечение до окончания ими данного образовательного учреждения. Именно это правовое положение стало основой создания Центра постинтернатной адаптации (Молодежного центра).

Основные задачи Молодежного центра:

- создание благоприятных условий, способствующих освоению программы обучения;
- обеспечение сохранения и укрепления физического и психического здоровья;
- оказание медицинской, социальной и психолого-педагогической помощи;
- защита прав и интересов на всех уровнях социального обеспечения, подготовка к позитивному жизненному выбору;
- диагностика причин неуспеха в обучении и обеспечение педагогической и коррекционной поддержки;
- проведение работы по преодолению предрасположенности к негативным жизненным выборам;
- формирование здорового образа жизни, профилактика и предотвращение возможных правонарушений;
- формирование умений и навыков самостоятельного проживания;
- помощь в адаптации в жизни и деятельности в обществе<sup>1</sup>.

Широкое распространение получили детские дома, в которых создается социально-психологическая служба, ведущая работу как с воспитанниками детского дома, так и с его выпускниками.

---

<sup>1</sup> См.: Социальные учреждения регионов Центральной России. — Кострома, 2001.

Работа с будущими выпускниками — один из наиболее значимых участков *социально-психологической службы*. Проблемы определения будущего статуса волнуют всех выпускников детского дома. Основная задача — помочь выпускникам в преодолении трудностей социализации, выборе будущей профессии. Основная цель деятельности службы — комплексное сопровождение детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Работа специалистов службы (психолога, социального педагога, педагога, логопеда, педиатра, психиатра) начинается с момента поступления ребенка в детский дом. В течение первого месяца пребывания в учреждении каждый специалист проводит диагностическое обследование воспитанника, затем собирается консилиум, где определяются основные направления работы с ребенком и формируется ряд рекомендаций для воспитателей и учителей.

Общие направления работы социально-психологической службы: 1) социально-педагогическое; 2) социально-бытовое и трудовое; 3) медицинское; 4) психолого-педагогическое, 5) помощь по организации досуга<sup>1</sup>.

В отличие от групп постинтернатной подготовки и центров по работе с выпускниками сиротских учреждений служба сопровождения ограничивает свою работу с выпускниками только консультативной помощью. В данном случае акцент делается не столько на работу с выпускниками детского дома, сколько на повышение уровня готовности воспитанников к самостоятельной жизни к моменту выхода из детского дома.

Одним из учреждений, которое могло бы целенаправленно решать проблемы постинтернатной адаптации выпускников детских домов и школ-интернатов, способствовать успешному вхождению выпускников во взрослую жизнь, оказывать им необходимую помощь в период их самостоятельной жизни, является *социальная гостиница*, предназначенная для проживания выпускников детского дома в возрасте до 23 лет. Показаниями для направления в социальную гостиницу являются отсутствие жилой площади на момент выпуска из интернатного учреждения; нарушение различных

---

<sup>1</sup> См.: Социально-психологическая помощь в социализации подростков в условиях кризисного стационара: Методическое пособие для педагогов-психологов, социальных педагогов, специалистов центров и служб социально-психологической помощи. — Омск, 2003; Организация работы ГУ «Омский областной центр социально-психологической помощи несовершеннолетним и молодежи» в 2004 году. — Омск, 2004.

форм средовой адаптации; рекомендации администрации и заключение службы психолого-педагогического сопровождения.

Основные задачи социальной гостиницы:

- предоставление временного жилья для выпускников детского дома, не имеющих постоянного места жительства;
- профилактика правонарушений среди выпускников детского дома;
- оказание помощи в социальной адаптации, реабилитации выпускников детского дома;
- социальная защита прав выпускников детского дома;
- решение личных и социальных проблем проживающих в социальной гостинице;
- проведение экспериментальной работы по социальной адаптации и реабилитации выпускников интернатных учреждений;
- организация на базе социальной гостиницы научно-методической и практической работы по оптимизации социальной интеграции выпускников детского дома.

В период проживания в гостинице выпускник детского дома получает такие навыки самостоятельной жизни, как ведение домашнего хозяйства; рациональное использование денежных средств; налаживание хороших отношений с соседями по коммунальной квартире; умение защитить свои гражданские права и т.д. Но самое главное, что выпускник, начиная самостоятельную жизнь, не отрывается от «семьи», которую приобрел в социальной гостинице, он навсегда остается желанным гостем для коллектива гостиницы, всегда может получить совет и поддержку<sup>1</sup>.

Таким образом, можно отметить, что российская система социальной защиты детей нуждается в коренной реформе. Большая доля детей-сирот воспитывается в условиях, далеких от семейных, и это одна из причин проблем адаптации молодых людей к самостоятельной жизни после окончания учебного заведения.

Выпускники детского дома или другого интернатного учреждения для детей, лишенные родительского попечения, не подготовлены к самостоятельной взрослой жизни, что, однако, нельзя ставить в вину детским домам. Проблема позднего взросления носит общесоциальный характер. Общество в целом и отдельные социальные институты, включая семью и школу, должны использовать

---

<sup>1</sup> См.: Социализация и образование социальных сирот. Адаптация выпускников интернатных учреждений для детей, оставшихся без попечения родителей: Доклад / Под ред. А.Н. Майорова. — М: Интеллект-центр, 2002.

свои возможности для того, чтобы решить задачу более раннего достижения молодыми людьми уровня социальной зрелости. Естественно, что в условиях детского дома эта задача является и особенно актуальной, и особенно сложной.

В помощи нуждаются практически все выпускники интернатных учреждений — помощи или в учебе, или в решении жилищного вопроса, или в поиске работы и адаптации в трудовом коллективе, или в воспитании ребенка и т.д.

Таким образом, имеется необходимость в существовании особой системы сопровождения процесса социальной адаптации выпускников детских домов и других интернатных учреждений для детей, оставшихся без попечения родителей.

Элементы указанной системы уже существуют и ориентированы на использование различных путей решения проблемы социальной адаптации выпускников интернатных учреждений:

- продление срока пребывания воспитанников в условиях детского дома;
- создание сиротских центров при профессиональных училищах;
- создание социальных гостиниц, в условиях которых помощь оказывается в решении лишь одной проблемы — жилищной;
- оказание консультационной поддержки в решении широкого круга жизненных проблем.

Перечисленные пути не являются альтернативными, а дополняют друг друга, что в основном обеспечивает формирование эффективной системы сопровождения процесса социальной адаптации выпускников сиротских учреждений.

Проблема постинтернатной адаптации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, становится все более актуальной. Об этом свидетельствует и количество различных организаций, структур, которые в той или иной мере занимаются вопросами помощи выпускникам сиротских учреждений. Однако анализ информации по этому вопросу приводит к выводу о том, что каждая вновь созданная структура, реализуя свои цели и задачи, не является звеном единой системы помощи выпускникам интернатных учреждений, которая действовала бы на уровне региона. Ситуация осложняется тем, что организации и структуры, которые оказывают помощь выпускникам из числа детей-сирот, имеют различную ведомственную принадлежность, а межведомственное взаимодействие по решению данного вопроса отсутствует.

Таким образом, в России система государственных учреждений для детей, оставшихся без попечения родителей, не способна в

полной мере охватить всех детей, нуждающихся в государственном попечении, обеспечить уход и присмотр за всеми нуждающимися детьми, их обучение в учреждениях общего и профессионального образования, их воспитание. Вместе с тем сложившаяся система государственных учреждений для детей, оставшихся без попечения родителей, не в состоянии обеспечить и должную подготовку воспитанников к самостоятельной взрослой жизни, т.е. их социализацию в обществе.

### **Вопросы и задания**

1. Каковы характерные особенности воспитанников детских домов?
2. Охарактеризуйте основные проблемы выпускников детских домов после выпуска их из специальных учреждений.
3. Охарактеризуйте нормативно-правовую базу социальной защиты выпускников детских домов.
4. Раскройте способы решения проблем адаптации выпускников детских домов.

### **Литература**

1. Алиева М.А., Гришанович Т.В., Добанова Л.В., Травникова Н.Г., Трошкина Е.Г. Я сам строю свою жизнь (Программа психологического содействия успешной адаптации в социуме воспитанников учреждений для детей-сирот). — СПб., 2000.
2. Верзуб Б.М., Семья Г.В. Выпускник: Пособие к постинтернатной адаптации. — М., 1999.
3. Краткий словарь по социологии / Авт.-сост. П.Д. Павленок. — М.: ИНФРА-М, 2001.
4. Материалы конференции «На пути решения жилищных проблем выпускников учреждений для детей-сирот» / Под ред. Г.Р. Замалдиновой. — СПб., 2001.
5. Назарова И.Б. Адаптация и возможные модели мобильности сирот. — М.: МОНФ, 2000.
6. Назарова И.Б. Возможности и условия адаптации сирот. — М.: СИ, 2001.
7. Плясов Н.Ф., Плясова Г.И., Семья Г.В. Программы подготовки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, к самостоятельной семейной жизни: Научно-методическое пособие. — М., 2000.
8. Постинтернатная адаптация детей-сирот / Под ред. Л.М. Шипицыной и И.Г. Абрамовой. — СПб., 2001.

9. Радина Н.К. Вклад «непсихологических» факторов в адаптированность выпускников интернатных учреждений. — М., 2003.

10. Розова Т.А. Твои права в самостоятельной жизни: В помощь выпускнику учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. — Псков: Изд-во Центра соц. проектирования «Возрождение», 2002.

11. Социализация и образование социальных сирот. Адаптация выпускников интернатных учреждений для детей, оставшихся без попечения родителей: Доклад / Под ред. А.Н. Майорова. — М: Интеллект-центр, 2002.

## Глава 5

# СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ДЕТЕЙ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ

### § 1. Понятие жестокого обращения с детьми

Термин «жестокое обращение с детьми» как конкретное юридическое понятие впервые появился в Кодексе о браке и семье РСФСР в 1968 г., в котором жестокое обращение с детьми было включено в перечень оснований для лишения родительских прав, но содержание самого понятия не раскрывалось.

Само понятие жестокого обращения с ребенком в русском языке обычно относится к конкретным действиям и не охватывает весь спектр действий, наносящих вред ребенку. Вместе с тем в западной, в первую очередь англоязычной, терминологии давно устоялось такое обобщающее понятие, как *Child abuse and neglect (CAN)* — насилие над детьми, жестокое обращение с ними, запущенность и пренебрежение нуждами ребенка, т.е. широкий спектр наносящих вред ребенку действий со стороны людей, которые опекают его. Эти действия создают серьезную угрозу здоровью и безопасности ребенка, нарушая его право на защиту, поддержку и заботу. Эти действия включают в себя жестокое обращение, повторяющиеся неоправданные наказания или ограничения, которые могут повлечь за собой физические травмы и заболевания, создающие реальную угрозу психическому здоровью ребенка, его развитию или жизни.

По данным научных исследований в России насилие в той или иной форме наблюдается в каждой четвертой семье. Около 30% от общего числа умышленных убийств совершается в семье. Половина всех преступлений обусловлена бытовыми мотивами (ревностью, алкоголизмом, хулиганством), которым предшествуют длительные семейные конфликты<sup>1</sup>.

Что касается детей — жертв насилия в семье, то они находятся еще и в прямой правовой зависимости от тех, кто совершает по отношению к ним насильственные действия. Их истязателями, как правило, являются родители, которые согласно закону обязаны

<sup>1</sup> Права и социальные гарантии детей, оставшихся без попечения родителей. — <http://www.tula.net/tgpu/Bschool/Rights/rightsl.htm>, 2006.

представлять и защищать их права и законные интересы. Ежегодно около 2 млн детей в возрасте до 14 лет подвергаются побоям своими родителями. Из них каждый 10-й ребенок погибает, а 2000 детей кончают жизнь самоубийством. Только в московские больницы каждый год поступает 1800 детей, совершивших попытку суицида.

Результаты опросов показывают, что не менее 3% учениц 7–9-х классов пережили попытку изнасилования в семье. Согласно данным других анонимных опросов, сексуальному насилию до достижения 18 лет подвергаются каждая четвертая девочка и каждый шестой мальчик<sup>1</sup>.

Как правило, насилию подвергаются дети в дезадаптированных семьях, где обострены социальные проблемы. Чаще всего это неполные семьи, где родители являются алкоголиками, наркоманами, преступниками, религиозными фанатиками, несовершеннолетними, беженцами или безработными, лицами с физическими недостатками, умственно отсталые или с психическими заболеваниями.

Понятие жестокости по отношению к детям различно для разных общественно-культурных формаций. Часто рационалистическое объяснение не просто оправдывает грубое обращение с детьми, но возводит жестокость, а значит и сопряженную с ней опасность, в ранг нормы.

При изучении жестокого обращения с детьми необходимо обратить внимание на следующие аспекты.

***Сексуальные злоупотребления по отношению к детям до 5 лет.*** Как отмечают западные исследователи, такое насилие приобрело широкое распространение во всем мире. Оно чревато тем, что осознание страшных событий детства через много лет приводит человека к «кризису объективной идентичности», который надолго выводит его из полноценной социальной и личной жизни, а зачастую обуславливает и возникновение различных форм девиантного поведения.

***Распространенность жестокого обращения с детьми в процессе педагогического воздействия.*** Как показывают данные медицинской статистики, значительное число больных детей и подростков нуждаются в разрешении своих психологических проблем: более чем у 40% детей обнаруживаются соматогенные психические расстройства; у 20% — разнообразная сомато-вегетативная симптоматика,

---

<sup>1</sup> Права и социальные гарантии детей, оставшихся без попечения родителей. — <http://www.tula.net/tgpu/Bschool/Rights/rightsl.htm>, 2006.

преимущественно психогенного происхождения; у 10% — психосоматические расстройства; 14% детей составили группу риска, так как они находились в неблагоприятных семейных условиях или неадекватно воспитывались. В настоящее время в России ежегодно регистрируется свыше 8 млн детей с диагнозом психосоматических расстройств<sup>1</sup>.

Исследования, проводимые в течение последнего десятилетия, показывают, что насилие по отношению к детям совершается все более открыто и приобретает все более изощренные формы.

## **§ 2. Формы и виды домашнего насилия над детьми**

Одним из наиболее устойчивых мифов в России, унаследованных из прошлого, является убеждение в том, что дети — это практически единственный привилегированный класс в нашем обществе.

Различают четыре основные формы жестокого обращения с детьми или насилия над ними: физическое, сексуальное, психическое (эмоциональное) насилие, моральная жестокость (пренебрежение основными нуждами ребенка).

**Физическое насилие** — преднамеренное нанесение физических повреждений ребенку родителями или лицами, их заменяющими либо ответственными за их воспитание. Эти повреждения могут привести к смерти ребенка, вызвать серьезные нарушения его физического, психического здоровья или отставание в развитии.

Физическое насилие можно распознать по особенностям внешнего вида и характеру травм:

- множественные повреждения, имеющие специфический характер (отпечатки пальцев, ремня, ожоги, сделанные сигаретами) и различную степень давности (свежие и заживающие);
- задержка физического развития (отставание в весе и росте), обезвоживание (для грудных детей);
- признаки плохого ухода (гигиеническая запущенность, неопрятный внешний вид, сыпь).

**Сексуальное насилие и развращение** — вовлечение ребенка (с его согласия или без такового, осознаваемое или неосознаваемое им в силу функциональной незрелости или других причин) в сексуаль-

---

<sup>1</sup> См.: *Шипунова Т.В.* Жестокое обращение с детьми в семье: определение, генезис, перспективы исследований. — <http://www.narcom.ru/parents/parents/33.html>

ные действия со взрослыми с целью получения последними удовлетворения или выгоды. Развращением считается не только половой акт, но и широкий спектр других сексуальных действий.

**Психическое (эмоциональное) насилие** — периодическое, длительное или постоянное психическое воздействие родителей (опекунов) и других взрослых на ребенка, приводящее к формированию у него патологических черт характера или тормозящее его развитие:

- открытое неприятие и постоянная критика ребенка;
- оскорбление и унижение его достоинства;
- угрозы в адрес ребенка, проявляющиеся в словесной форме без физического насилия;
- преднамеренная физическая или социальная изоляция ребенка;
- предъявление к нему чрезмерных требований, не соответствующих возрасту или возможностям;
- ложь и невыполнение взрослыми обещаний;
- грубое психическое воздействие, вызвавшее у ребенка психическую травму.

**Моральная жестокость** — отсутствие со стороны родителей или лиц, их заменяющих, элементарной заботы о ребенке, в результате чего нарушается его эмоциональное состояние и появляется угроза его здоровью или развитию. Причины неудовлетворения основных потребностей ребенка:

- отсутствие адекватных возрасту и потребностям ребенка питания, одежды, жилья, образования, медицинской помощи;
- отсутствие должного внимания или заботы, в результате чего ребенок может стать жертвой несчастного случая;
- нанесение повреждений, вовлечение в употребление алкоголя, наркотиков, а также в совершение правонарушений.

Проявлением жестокого обращения с ребенком является также отсутствие у женщины любви к ребенку в перинатальный период, т.е. во время его нахождения в материнской утробе. Будучи эмоционально отвергнутым еще до рождения, такие дети рождаются раньше срока в два раза чаще, чем дети от желанной беременности, они чаще имеют низкую массу тела, чаще болеют, хуже развиваются.

Любой вид жестокого обращения с детьми ведет к самым разнообразным последствиям, но их всех объединяет одно — ущерб для здоровья ребенка или опасность для его жизни. Отрицательными последствиями для здоровья являются потеря или ухудшение функции какого-либо органа, развитие заболевания, нарушение физического или психического развития. Следствиями физического насилия являются синяки, травмы, переломы, повреждения

внутренних органов. Требуется время, чтобы залечить эти повреждения, но еще больше времени и усилий требуется, чтобы залечить психику ребенка, пострадавшего от насилия.

Различают ближайшие и отдаленные последствия жестокого обращения с детьми.

К *ближайшим* последствиям относятся физические травмы, повреждения, рвота, головные боли, потеря сознания, а также острые психические нарушения: состояние возбуждения, стремление куда-то бежать, спрятаться, либо, наоборот, глубокая заторможенность, внешнее безразличие. Однако в обоих случаях ребенок охвачен острейшим переживанием страха, тревоги и гнева. У детей более старшего возраста возможно развитие тяжелой депрессии с появлением ощущения собственной ущербности, неполноценности.

Среди *отдаленных* последствий жестокого обращения с детьми выделяют нарушения физического и психического развития ребенка, различные соматические заболевания, личностные и эмоциональные нарушения, социальные последствия.

#### *Нарушения физического и психического развития*

У большинства детей, живущих в семьях, в которых имеет место жестокое обращение с ними — тяжелое физическое наказание, ругань, или в семьях, где они лишены внимания и заботы (например, в семьях лиц, злоупотребляющих алкоголем), имеются признаки задержки физического и нервно-психического развития. Они часто отстают от своих сверстников в росте, массе тела, позже начинают ходить, говорить, реже смеются, значительно хуже учатся в школе, чем их одноклассники. У таких детей часто наблюдаются дурные привычки: сосание пальцев, кусание ногтей, раскачивание и др. Внешне эти дети тоже выглядят по-другому: у них припухшие, заспанные глаза, бледное лицо, всклокоченные волосы, неопрятность в одежде, педикулез, сыпь и др.

#### *Различные заболевания как следствие насилия*

Заболевания могут носить специфический для каждого вида насилия характер: например, при физическом насилии имеются повреждения частей тела и внутренних органов различной степени тяжести, переломы костей; при сексуальном насилии могут иметь место заболевания, передающиеся половым путем, травмы, кровотечения из половых органов и прямой кишки.

Независимо от вида и характера насилия у детей могут наблюдаться различные заболевания, которые относятся к психосоматическим: ожирение или, наоборот, резкая потеря веса. При эмоци-

ональном (психическом) насилии нередко отмечаются кожные сыпи, аллергическая патология, язва желудка, при сексуальном насилии — необъяснимые боли в низу живота. Часто у детей развиваются нервно-психические заболевания — тики, заикания, энурез (недержание мочи); некоторые дети повторно поступают в отделения неотложной помощи по поводу случайных травм, отравлений.

#### *Психические особенности детей, пострадавших от насилия*

Такие дети сами испытывают гнев, который чаще всего изливается на более слабых — младших по возрасту детей, животных. Некоторые из них, наоборот, чрезмерно пассивны, не могут себя защитить. В обоих случаях нарушается контакт со сверстниками.

Дети, пережившие сексуальное насилие или развращение, приобретают не свойственные возрасту познания о сексуальных взаимоотношениях, что проявляется в их поведении, в играх. Даже маленькие, не достигшие школьного возраста дети, пострадавшие от сексуального насилия, впоследствии сами могут стать инициаторами развратных действий и втягивать в них большое число участников.

Наиболее универсальной и тяжелой реакцией на любой вид насилия является низкая самооценка, которая способствует сохранению и закреплению психологических нарушений, связанных с насилием. Ребенок с низкой самооценкой переживает чувство вины, стыда, вследствие этого ему трудно добиться успеха, уважения со стороны окружающих, обращение его со сверстниками и взрослыми затруднено.

У этих детей очень часто возникают депрессии, что проявляется в приступах беспокойства, безотчетной тоске, чувстве одиночества, нарушениях сна; у подростков наблюдаются попытки суицида.

Чувствуя себя несчастными, обделенными, приспособившаяся к ненормальным условиям существования, пытаясь найти выход из сложившегося положения, они и сами могут стать шантажистами или насильниками.

#### *Социальные последствия насилия детей*

Можно выделить два проявляющихся одновременно аспекта этих последствий: вред для жертвы и вред для общества.

Дети, пережившие любой вид насилия, испытывают трудности социализации: у них нарушены связи со взрослыми, отсутствуют соответствующие навыки общения со сверстниками, они не обладают достаточным уровнем знаний и эрудиции, чтобы завоевать авторитет. Решение своих проблем дети — жертвы насилия часто

находят в криминальной среде, что нередко сопряжено с формированием у них пристрастия к алкоголю, наркотикам, совершению уголовно наказуемых действий.

Люди, испытавшие насилие в детском возрасте, впоследствии испытывают трудности в создании собственной семьи, не могут дать своим детям достаточно тепла, поскольку не решены их собственные эмоциональные проблемы.

Не маловажны и общественные потери от насилия над детьми: прежде всего это потери человеческих жизней в результате убийств или самоубийств детей и подростков, потери в их лице членов общества вследствие нарушения их психического и физического здоровья, низкого образовательного и профессионального уровня, криминального поведения; потери в их лице родителей, способных воспитать здоровых и физически, и нравственно детей; наконец, это воспроизводство жестокости в обществе, поскольку, как уже говорилось, бывшие жертвы сами часто становятся насильниками.

### **§ 3. Основные причины жестокого обращения с детьми в семье**

Россия переживает очередную историческую метаморфозу: кризис политической и экономической системы, пересмотр законодательного устройства, полная реорганизация системы государственного управления и другие социально-экономические процессы, которые отражаются на состоянии людей, их физическом, психическом и материально-финансовом благополучии.

Среди причин возникновения жестокого обращения с детьми можно выделить следующие: безработица или низкая материальная обеспеченность, алкоголизм одного или обоих родителей, одиночество или распавшийся брак; серьезные жилищные трудности, усиливающие напряженность; озлобленность родителей или разочарованность жизненной ситуацией; физическое или психическое переутомление; эгоизм родителей, их стремление к развлечениям; отсутствие привязанности к ребенку; чрезмерная требовательность; рождение другого ребенка; большое количество детей; нежеланное рождение ребенка (например, как повод и принуждение к браку); рождение ребенка с физическими и психическими недостатками; своеобразное поведение ребенка: упрямство, нарочитый отказ выполнять установленный режим, посещать детские учреждения, воровство, ложь и т.д.

Необходимо рассматривать возникновение насилия в семье в четырех контекстах<sup>1</sup>:

- в **социокультурном контексте**, что подразумевает анализ классовой структуры общества и экономического состояния отдельных классов. Кроме того, здесь следует учитывать специфические для каждого общества установки и отношение к насилию, отношения между поколениями и полами, ролями родителей и детей, формальные и неформальные социальные сети т.д. Например, в культуре существует взаимосвязь между насильственными действиями и представлениями о мужественности, которые вырабатывают у мальчиков, а потом у подростков установку на господство над другими людьми, особенно над представителями «слабого пола» — девочками и женщинами. Осуществление такого стремления с помощью насилия признается в большинстве случаев как «легитимное». И хотя мы видим «провал» этих традиционных представлений о мужественности в современном обществе, этот «провал» снова ведет к насилию со стороны мужского пола. Такая ситуация может стать причиной эскалации жестокого обращения с детьми в семье со стороны мужчин. Другая причина — распространенные в культуре представления о методах воспитания: до сих пор физическое наказание рассматривается как хорошее средство педагогического воздействия на непослушного ребенка;
- в **семейном контексте**, что включает в себя анализ изменений структуры семьи, специфическую структуру отношений и их динамику (большое количество конфликтов между поколениями, неадекватное распределение власти, конфликты между супругами, ролевые изменения в отношениях между родителями и детьми и т.д.), а также фрагментарность семейных отношений и частые их изменения. Жестокое обращение с детьми в семье в этом контексте детерминируется стрессами родителей, ссорами между ними, их раздражительностью и нервозностью. Самое главное, что при этом ребенок перенимает модель и образцы поведения в трудной ситуации, что в последующем становится причиной усугубления его непослушания и применения к нему все более жестоких форм «усмирения»;
- в **индивидуальном контексте**. Необходимо учитывать *индивидуальный контекст родителей*: их представления о здоровом образе жизни, уровень самооценки и самоконтроля, представления

---

<sup>1</sup> См.: Шипунова Т.В. Указ. соч.

- о воспитании и воспитательных методах, степень приспособления к фрустрациям и способность бороться со стрессами. При рассмотрении *индивидуального контекста детей* следует учитывать, что дети — не только объекты воздействия других, но и действующие лица, они не просто реагируют на все происходящее, но сами создают ситуацию и в определенной мере управляют действиями своих родителей. Не следует забывать о том, что дети не обладают достаточными полномочиями и знаниями, позволяющими полностью контролировать ситуацию. С этой позиции жестокое обращение с детьми — это, как правило, выражение власти родителей, т.е. остаточная и ущербная часть заботы о ребенке как о вещи, которая может пригодиться;
- в *кризисном контексте*, что должно предусматривать изучение дефицита средств и возможностей для установления и поддержания бесконфликтной ситуации в семье; нагрузок, вызванных социальными изменениями, и снижения сопротивляемости родителей в кризисных ситуациях; компетентности взрослых людей решать конфликты и изменять свои представления о детях в процессе их взросления и т.д.
- Естественно, при изучении причин жестокого обращения с детьми, необходимо изучать их в совокупности.

#### **§ 4. Социально-правовые основы защиты детей в случаях домашнего насилия**

Российская Федерация ратифицировала ряд международных соглашений, предусматривающих борьбу с семейным насилием в различных формах и проявлениях. К их числу относятся подписанные в 1989 г. Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Декларация ООН «Об искоренении насилия в отношении женщин» и другие международно-правовые акты.

Обеспечить достижение защитных и профилактических целей во многом призвана существующая законодательная база самой социальной работы, т.е. принятые на федеральном уровне законы «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», ряд постановлений Правительства РФ и нормативных актов, гарантирующих их выполнение.

Ряд статей Конвенции о правах ребенка прямо указывает на недопустимость всех форм жестокого обращения с детьми; так, в ст. 19.1 говорится: «Государства-участники принимают все необходимые законодательные, административные, социальные и просветительские меры с целью защиты ребенка от всех форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или небрежного обращения, грубого обращения или эксплуатации, включая сексуальное злоупотребление со стороны родителей, законных опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке».

Согласно ст. 34 государства-участники обязуются защищать ребенка от всех форм сексуальной эксплуатации и сексуального совращения. В этих целях государства-участники принимают на национальном двустороннем и многостороннем уровнях все необходимые меры для предотвращения склонения или принуждения ребенка к любой незаконной сексуальной деятельности, использования в целях эксплуатации детей в проституции или в другой незаконной сексуальной практике, использования в целях эксплуатации детей в порнографии и порнографических материалах.

Защитить ребенка от насилия, в том числе от повторного, предупредить жестокое обращение, наказать насильника помогают существующие законодательные нормы. Правовые нормы, направленные на защиту детей от насилия и пренебрежения, включены в следующие законодательные акты:

- Уголовный кодекс РФ (УК РФ от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ);
- Уголовно-процессуальный кодекс (УПК РФ от 18.12.2001 г. № 174-ФЗ);
- Семейный кодекс РФ (СК РФ от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ);
- Закон РФ «Об образовании» (от 10.07.1992 г. № 3266-1).

В УК РФ предусмотрена ответственность за убийство (ст. 102, 103, 106); причинение ущерба здоровью; нанесение телесных повреждений различной степени тяжести (ст. 108, 109, 112); истязание (ст. 113); заражение венерической болезнью или СПИДом (ст. 115); доведение несовершеннолетнего до состояния опьянения лицом, от которого он находится в служебной зависимости (ст. 210); вовлечение несовершеннолетнего в немедицинское потребление лекарственных и иных средств, не являющихся наркотическими, влекущих одурманивание (ст. 210); склонение к употреблению наркотических средств (ст. 224) и т.д.

Уголовный кодекс позволяет привлечь к ответственности родителей или лиц, их заменяющих, за пренебрежение интересами ре-

бенка в тех случаях, когда это повлекло или могло повлечь за собой тяжелые последствия: ст. 106 УК предусматривает ответственность за неосторожное убийство, ст. 124 — за использование «опеки в корыстных целях или оставление подопечных без надзора и необходимой помощи». Закон позволяет также защитить ребенка от действий, наносящих ущерб его нравственному здоровью. Так, уголовно наказуемыми деяниями являются вовлечение несовершеннолетнего в пьянство, преступную деятельность, занятие попрошайничеством, проституцией, азартными играми, использование детей для целей паразитического существования (ст.210 УК).

Таким образом, УК РФ позволяет наказывать виновных в жестоком обращении с детьми и в пренебрежении их интересами, если эти действия или бездействие представляли опасность для жизни ребенка.

Однако во многих случаях этого не происходит, что в значительной мере объясняется недостаточными знаниями УПК РФ родителями и должностными лицами, призванными защитить интересы ребенка. Уголовно-процессуальный кодекс РФ гарантирует установление истины в ходе предварительного следствия и судебного разбирательства, защищает интересы потерпевшего.

В СК РФ определены основы правовой защиты от насилия в семье. В этой связи установлено, что способы воспитания должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление и эксплуатацию детей (ст. 65). В ст. 59 предусмотрено лишение родительских прав тех родителей, которые ненадлежащим образом выполняют свои обязанности, страдают хроническим алкоголизмом или наркоманией. Допускается также досудебное, немедленное изъятие ребенка у родителей в случаях непосредственной угрозы его жизни и здоровью в семье (ст. 77).

Кодекс подробно регламентирует права и обязанности родителей по воспитанию и образованию детей, защите их прав и законных интересов. С целью обеспечения прав и интересов детей в семье в СК РФ последовательно проводится идея равенства прав обоих родителей, независимо от того, проживают ли они с ребенком или нет (ст. 61, 63–66, 69 и др.).

Профилактике насилия посвящена ст. 53 Закона «Об образовании», согласно которой к педагогической деятельности не допускаются лица, которым она запрещена приговором суда или по медицинским показаниям, а также лица, имеющие судимость за определенные преступления.

Итак, для защиты прав и законных интересов детей используются два механизма: гражданско-правовой и уголовно-правовой. Нормы семейного права применяются в тех случаях, когда в действиях родителей не содержится признаков состава какого-либо преступления.

Однако ориентация только на перечисленные меры приводит к тому, что помощь жертвам оказывается лишь в том случае, когда насилие уже повлекло тяжелые последствия и сохранить семью невозможно. Ни законодательство, ни общественное мнение не обеспечивают в полной мере защиту детей от физического и (особенно) психологического вреда со стороны взрослых. Родители часто не осознают факт жестокого обращения с ребенком. Все это делает императивные воздействия малоэффективными, а прямую агитацию — безадресной и выдвигает на первое место задачу осознания проблемы как лицами, вовлеченными в насилие, так и общественностью.

Естественно, необходимо искать иные меры, направленные на проведение соответствующей работы на начальных этапах кризиса семьи. Но, к сожалению, в российском законодательстве отсутствуют основания для осуществления их в обязательном порядке.

## **§ 5. Профилактика домашней жестокости и насилия**

В современном мире предотвращение насилия, которое, несмотря на широкую распространенность семейного насилия, часто скрыто от посторонних глаз, — одна из самых актуальных задач.

Комплексность подхода к проблеме насилия в семье имеет важное значение. Очень важна профилактическая работа как с семьями, так и с подростками, готовящимися к самостоятельной жизни, а в особенности — с детьми как наименее защищенными членами общества.

Одной из целей является формирование единого подхода к проблеме семейного насилия. Крайне важна также задача информирования общества о различных категориях насилия, создания системы постоянно и целенаправленно действующих комплексных мер профилактики.

Можно выделить три уровня профилактических мероприятий, каждый из которых имеет разные целевые группы, к которым могут относиться люди практически всех возрастных групп — дети, подростки, женщины, пострадавшие от насилия в семье, и др.

Для осуществления комплексности в профилактике насилия в семье необходима работа по всем трем уровням для каждой целевой группы.

Одной из основных целевых групп населения в профилактике насилия в семье являются *дети и подростки*.

Задача *первого уровня профилактики насилия* — предупреждение насилия в семье, формирование ненасильственной, неагрессивной модели поведения, воспитание гармоничной личности.

Для младших школьников и дошкольников должны использоваться игровые формы обучения навыкам самовыражения; специальные игры могут повышать уровень самооценки, вырабатывать толерантность к другим, закладывать основы правосознания.

Для школьников средних классов актуальны самовыражение, самооценка, толерантность. Однако в этом возрасте необходимо уже осознание границ собственного «Я». Занятия могут проводиться в форме классных часов, бесед, тренингов, обсуждений. Особенностью этого возраста является то, что эффективность проводимых мероприятий повышается за счет горизонтальных связей.

Старшим школьникам, студентам необходимо овладение знаниями, умениями, навыками, позволяющими строить гармоничные связи с семьей. Это могут быть лекции, дискуссии, тренинги, которые целесообразно включать в предметные курсы.

Данные программы должны работать в течение некоторого времени, чтобы дети и подростки, вступая в самостоятельную жизнь, смогли бы придерживаться норм и правил общения.

*Второй уровень профилактики* направлен на прекращение насильственных действий в отношении детей и подростков. Он предусматривает систему мер, которые можно разделить на три группы:

1) выявление детей, испытывающих жестокое обращение со стороны родителей. Симптомами жестокого обращения являются агрессивность или подавленность детей, безнадзорность, ухудшение успеваемости, ухудшение здоровья, наличие физических травм; кроме того, может быть использована информация из других источников (одноклассники, их родители, учителя и др.);

2) работа с родителями: информирующие лекции, индивидуальные беседы, проведение классных собраний. Основными исполнителями здесь выступают классные руководители, педагоги, преподаватели, инспекторы по делам несовершеннолетних, органы опеки и попечительства, социальные работники и др.;

3) работа с детьми — привлечение их к общественной работе, индивидуальная и групповая работа, беседы, тренинги с целью

предупреждения развития негативных последствий насилия. К этой работе могут привлекаться классные руководители, школьные психологи, социальные работники, инспекторы по делам несовершеннолетних.

*Третий уровень профилактики* требует выведения ребенка из среды жестокости и проведение реабилитационных мероприятий (медицинское лечение, психотерапия и т.д.).

Другая целевая группа — **профессиональные сообщества специалистов**, работающих с людьми, подвергшимися семейному насилию. Все программы профилактики направлены на получение ими специальной подготовки. Главная задача работы в этой группе — создание условий для возможности использования специалистами полученных в процессе реализации программы знаний и навыков на своем рабочем месте.

*Первый уровень профилактики* предусматривает информирование о проблеме насилия в семье с целью ее осознания и последующее распространение этих знаний среди населения.

*Второй уровень профилактики* условно можно разделить на две части:

- обучение приемам выявления случаев семейного насилия, вмешательства в ситуацию в рамках своей профессиональной компетенции;
- подготовка социальных работников, инспекторов по делам несовершеннолетних для курирования семей с целью недопущения рецидивов семейного насилия.

*Третий уровень профилактики* различен для разных групп профессионалов:

1) для специалистов, предполагающих непосредственно вести работу с пострадавшими от семейного насилия, необходимы дополнительные углубленные знания об особенностях последствий семейного насилия для лиц разных возрастных групп;

2) для социальных работников, инспекторов по делам несовершеннолетних, которые предполагают курировать конкретные семьи и детей, пострадавших от семейного насилия и прошедших курс реабилитации, необходимо осуществление контроля этих семей.

Еще одной точкой приложения программ профилактики семейного насилия является **работа с общественностью**. Наиболее важным аспектом в решении проблемы насилия в семье является информированность населения.

*Первый уровень профилактики* предусматривает использование всех видов информации о семейном насилии: понятие, виды, по-

следствия, а также о его альтернативе — гармоничных отношениях в семье, их преимуществах и доступности. Это могут быть публикации, передачи в СМИ, публичные выступления специалистов, общественных, государственных деятелей, лекции для различных видов аудитории.

*Второй уровень профилактики* включает :

- информирование об имеющихся в обществе ресурсах по оказанию помощи и содействию в выходе из сложившейся ситуации;
- распространение информационных материалов, позволяющих выявить дисгармоничные семейные отношения и насилие в семье.

Такие программы могут формироваться через систему социального заказа, когда органы исполнительной власти поручают какому-либо учреждению или общественной организации, изучающим проблему семейного насилия, формирование пакета подобных информационных материалов и их распространение.

*Третий уровень профилактики* предусматривает информирование населения о специализированных учреждениях, где может быть оказана реабилитационная помощь. Необходимо также доводить до сведения граждан процессуальные аспекты получения необходимой помощи.

Таким образом, пренебрежение родительским долгом и жестокое обращение с детьми — наиболее пагубные проявления семейного насилия и неустроенности. Профилактика и раннее выявление фактов пренебрежения родительским долгом и жестокого обращения с детьми, а также всесторонняя помощь детям — жертвам жестокости являются обязанностью всего общества.

### **Вопросы и задания**

1. Раскройте понятие жестокого обращения с детьми.
2. Каковы формы и виды домашнего насилия над детьми?
3. Основные причины жестокого обращения с детьми в семье.
4. Социально-правовые основы защиты детей в случаях домашнего насилия
5. Раскройте содержание профилактики домашней жестокости и насилия.

### **Литература**

1. Захарьева И.А. Нет насилию (Анализ проблемы насилия и его профилактики среди детей и подростков). — СПб.: Изд-во СПб. университета МВД России, 2004.

2. Ильященко А.В. Основные черты насильственной преступности в семье // Социс. — 2003. — № 4.

3. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения подростков. — М.: Сфера, 2001.

4. Сафонова Т.Я., Цымбал Е.И., Олиференко Л.Я., Иванова Н.А. Жестокое обращение с детьми: сущность, причины, социально-правовая защита — М.: Дом, 1993.

5. Синова И.В. Жестокое обращение с детьми в России на рубеже 19–20 веков // Педагогика. — 2004. — № 3.

6. Социальная антропология насилия / Под ред. В.Н. Ярской. — Саратов: СГТУ, 2005.

7. Технологии социальной работы с детьми, пострадавшими от семейного насилия: Научно-методическое пособие / Под ред. Л.С. Алексеевой. — М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2001.

# Глава 6

## СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ И ИХ СЕМЬЯМИ

### § 1. Проблема детской инвалидности в России

Уровень цивилизованности общества во многом оценивается его отношением к детям с умственными и физическими недостатками, т.е. к детям-инвалидам. Создание оптимальных условий для успешной коррекции нарушений в развитии ребенка, воспитания, обучения, его социально-трудовой адаптации и интеграции в общество относится к числу важнейших задач.

*Инвалидность детей* — значительное ограничение их жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста, а также способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

В России на протяжении последних лет наблюдается тенденция к увеличению количества инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов. Каждый год признаются инвалидами свыше 1 млн человек, причем более 80% из них составляют инвалиды 1-й и 2-й групп. При этом показатели реабилитации остаются на низком уровне и не превышают 2,3% при повторном освидетельствовании<sup>1</sup>.

Основными причинами детской инвалидности в России являются психоневрологические заболевания (60%), заболевания внутренних органов (20%), заболевания опорно-двигательного аппарата (10%), нарушения зрения и слуха (10%)<sup>2</sup>.

В настоящее время существует ряд проблем, касающихся воспитания, обучения, медицинского обслуживания и трудовой подготовки детей-инвалидов.

Медицинские учреждения не в полной мере оснащены современной диагностической аппаратурой; специальные учреждения не обеспечены на должном уровне квалифицированными специалистами-дефектологами (только около 12% от общего числа ра-

<sup>1</sup> См.: Государственный доклад о положении инвалидов в Российской Федерации. — М., 2005. — С. 22.

<sup>2</sup> См.: Яллаева Н.В. Социально-психологическая работа с семьями детей с ограниченными возможностями. — М., 2003. — С. 18.

ботников учреждений по работе с детьми-инвалидами имеют специальное образование). В стране не создана консультативная служба, где родители могли бы получить рекомендации по уходу и развитию ребенка-инвалида, практически нет литературы в помощь родителям и педагогам по обучению и воспитанию таких детей.

Отсутствуют условия обучения и воспитания детей-инвалидов в рамках общего образования, условия организации их занятости; направление таких детей, как правило, в специальные (коррекционные) учреждения отторгает их от семьи, затрудняет последующую адаптацию и интеграцию в общество.

Применяемые в настоящее время в России государственные меры в сфере социальной политики помощи семьям, имеющим детей-инвалидов, носят пока разрозненный характер и остаются малоэффективными, так как в основном не учитывают специфические социальные и медицинские проблемы и потребности конкретной семьи с ее особыми психологическими, материальными и иными проблемами.

Основные **проблемы** семьи, имеющей ребенка-инвалида:

1) **медицинские проблемы**: получение информации о заболевании ребенка и особенностях его течения, прогнозе, ожидаемых социальных трудностях; овладение практическими навыками выполнения медицинских рекомендаций, коррекции речи; поиск возможностей дополнительного консультирования ребенка, его госпитализации, получения путевок в санатории и т.д.;

2) **экономические проблемы**: в семьях, имеющих ребенка-инвалида, уровень материальной обеспеченности оказывается ниже, чем в семьях со здоровыми детьми. Это обусловлено вынужденным неучастием большинства матерей в общественном производстве; оформлением сокращенного рабочего дня; вынужденной сменой работы нередко с потерей заработной платы; оформлением отпуска без сохранения содержания в целях лечения и оздоровления ребенка; затратами на приобретение дефицитных медикаментов, вспомогательных технических средств и специального оборудования, оплату консультантов, медицинских сестер, массажистов и т.д.

Актуальна проблема трудоустройства матери, так как надомные формы трудовой деятельности недостаточно развиты, а руководители предприятий неохотно соглашаются на установление гибкого трудового графика, неполного рабочего дня: установлено, что доля

неработающих матерей составляет 21%, работающих неполный рабочий день — 11,7%<sup>1</sup>;

3) *проблема воспитания, обучения и ухода за больным ребенком*, которая заключается в трудностях, связанных с подготовкой ребенка к школе и помощью в его обучении, особенно при обучении на дому; осуществлением целенаправленной работы по социальной адаптации ребенка, формированием навыков самообслуживания, передвижения, пользования вспомогательными техническими средствами, общественным транспортом, развитием самостоятельности; организацией досуга и игровой деятельности ребенка, способствующих развитию или компенсации нарушенных функций, гармоническому развитию личности; приобретением и установкой дома специального оборудования для тренировки бытовых навыков, навыков ходьбы, развития нарушенных функций, а также приобретением высококачественных технических средств;

4) *социально-профессиональные проблемы семьи* — это повышение родителями ребенка-инвалида своего образовательного уровня; отказ от реализации профессиональных планов; вынужденные перерывы в работе на период лечения и для организации ухода; смена характера работы с учетом интересов ребенка; формирование уклада жизни семьи, подчиненного интересам ребенка; трудности с проведением досуга;

5) *психологические проблемы*, связанные прежде всего с тревогой за судьбу ребенка-инвалида всех членов семьи, напряжение во взаимоотношениях родителей из-за необходимости решения всевозможных проблем; уходом одного из родителей из семьи; негативным восприятием со стороны окружающих физических недостатков ребенка.

Таким образом, очевидно, что в силу особенного положения детей-инвалидов в обществе, их нужд и потребностей им необходима профессиональная помощь специалистов, которая должна носить не только медицинский характер.

## **§ 2. Социальная защита детей-инвалидов в РФ**

К основополагающим документам мирового сообщества по проблеме инвалидности относятся Всемирная декларация прав человека (1948), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966), Декларация социального прогресса и развития (1969), Декларация о правах инвалидов (1971), Конвенция о правах ребенка (1989), Всемирная декларация об бес-

<sup>1</sup> См.: Ялпаева Н.В. Указ. соч. — С. 43.

печении выживания, защиты и развития детей (1990), Конвенция и Рекомендация о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (1983) и др.

В российском законодательстве права инвалидов зафиксированы в таких важнейших документах, как Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая Верховным Советом РСФСР 22.11.1991 г., Конституция Российской Федерации, принятая 12.12.1993 г., Закон РФ «О защите инвалидов в Российской Федерации» от 20.07.1995 г., Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, принятые Верховным Советом Российской Федерации 22.07.1993 г., указы Президента РФ «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» и «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» от 02.10.1992 г., постановление Совета министров Правительства РФ «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов» от 05.04.1993 г. и др.

Льготы и преимущества, предоставляемые инвалидам и их семьям и зафиксированные в перечисленных законодательных актах:

- бесплатное обеспечение лекарственными препаратами, отпускаемыми по рецептам врача;
- бесплатное санаторно-курортное лечение;
- право бесплатного проезда, предоставляемое детям-инвалидам, их родителям, опекунам, попечителям и социальным работникам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами;
- 50%-ная скидка на стоимость проезда на междугородних линиях воздушного, железнодорожного, речного и автомобильного транспорта детям-инвалидам и лицам, их сопровождающим;
- 50%-ная скидка на стоимость проезда с 16.05 по 30.09, а также бесплатный проезд раз в год к месту лечения и обратно;
- инвалиды и их семьи, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями;
- семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка на квартплату и оплату коммунальных услуг в размере не ниже 30% в домах государственного и общественного фонда.

Закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» закрепляет и регулирует деятельность учреждений, осуществляющих социальную помощь детям, оказавшимся в особо сложных условиях. Определены виды социальных учреждений для детей:

- социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- социальные приюты для детей и подростков;
- детские дома-интернаты для умственно отсталых детей и дома-интернаты для детей с физическими недостатками;
- реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями.

Социальная политика, направленная на оказание помощи инвалидам, была основана первоначально на принципах изоляции и компенсации.

*Принцип изоляции* берет начало с самых древних этапов развития и в прошлом приводил к отвержению инвалидов, формированию разного рода фобий и предрассудков по отношению к ним. Сегодня он выражается в создании особых систем обеспечения жизнедеятельности инвалидов.

*Принцип компенсации* реализуется в мероприятиях, нацеленных на возмещение ущерба, которая имеется у инвалидов, в денежной или иной компенсационной форме: выплата пенсий или пособий, предоставление льгот (на пользование транспортом, на лекарства, квартплату и пр.).

Существуют и другие принципы социальной политики.

В соответствии с *принципом равных социальных прав и возможностей*, которые предоставляются каждому члену общества вне зависимости от его физических, психических, интеллектуальных и прочих особенностей, инвалиды рассматриваются не только как объект заботы общества, но и как субъекты собственной жизнедеятельности.

Все более активно заявляет о себе *принцип участия самих инвалидов в организации работы служб помощи для них*, в формировании и реализации государственной социальной политики по отношению к лицам с ограниченными возможностями.

*Принцип неразрывной связи инвалида с социальной средой* означает, что среда влияет на инвалида через общие социальные связи, ближайшую социальную сеть, общественные настроения, предрассудки и ожидания.

Одним из основополагающих является *принцип изучения и сохранения семейных и социальных связей инвалида*, ибо для каждого индивида его семья должна являться наиболее совершенной и функциональной социализирующей и реабилитационной средой.

*Принцип комплексности и последовательности реабилитационных мероприятий* очень важен, поскольку отдельные несистематизированные меры могут не принести положительного результата. Незавершенность реабилитационной программы, отсутствие некоторых направлений сокращают возможности реализации индивидуального реабилитационного потенциала.

Таким образом, опираясь на указанную нормативно-правовую базу и теоретические основы социальной работы с инвалидами, социальное обеспечение детей-инвалидов и их семей можно свести к следующим направлениям.

Дети с ограниченными возможностями обслуживаются в учреждениях трех ведомств: дети в возрасте до 4 лет с поражением опорно-двигательного аппарата и снижением умственного развития находятся в специализированных домах ребенка, где получают уход и лечение; дети с нерезко выраженными аномалиями умственного и физического развития обучаются в специализированных школах-интернатах; дети в возрасте от 4 до 18 лет с более глубокими психосоматическими нарушениями проживают в домах-интернатах системы социальной защиты населения. Отбор в эти учреждения осуществляют медико-психологические комиссии, которые осматривают ребенка, устанавливают степень заболевания и оформляют необходимую документацию.

Образовательные учреждения, органы социальной защиты населения, учреждения связи, информации, физической культуры и спорта обеспечивают непрерывность воспитания и образования, социально-бытовую адаптацию детей с ограниченными возможностями. Детям с ограниченными возможностями дошкольного возраста предоставляются необходимые реабилитационные меры и создаются условия для пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа. Дети с ограниченными возможностями, состояние здоровья которых исключает возможность их пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа, направляются в специальные дошкольные учреждения.

Общеобразовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения, с органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей с ограниченными возможностями, получение ими среднего общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального в соответствии с индивидуальной программой реабилитации ребенка. При невозможности осуществлять воспитание и обучение в общих или специализированных дошкольных или об-

разовательных учреждениях органы управления образованием обеспечивают с согласия родителей обучение таких детей по индивидуальной программе на дому.

Основанием для организации обучения ребенка-инвалида на дому или по специальной программе является заключение лечебно-профилактического учреждения.

Таким образом, социальная защита детей-инвалидов в нашей стране осуществляется как непосредственно с детьми в условиях специализированных учреждений, так и опосредованно через предоставление им и их семьям пособий, льгот и различных социальных услуг. В решении проблем инвалидов важная роль принадлежит социальным работникам — они выступают посредниками между ребенком-инвалидом, нуждающимся в помощи, его семьей и отдельными специалистами.

### **§ 3. Социальная работа с семьей ребенка-инвалида**

Семье, где проживает ребенок-инвалид, требующий специального ухода, необходимо обратиться к специалисту по социальной работе, основная задача которого — помочь семье наилучшим образом приспособиться к новым условиям и требованиям жизни. Социальный работник поможет найти сведения о необходимых специалистах; подобрать информацию о возможных выплатах; выбрать соответствующее образовательное учреждение для ребенка. Он может представлять интересы семьи в различных государственных и общественных фондах, учреждениях, организациях; подыскать няню для ребенка; познакомить семью с другими семьями, которые более успешно справляются с решением проблем, возникающих из-за ограничения жизнедеятельности ребенка; собрать документы, необходимые для решения различных вопросов; закупить продукты, лекарства; оказать помощь по ведению домашнего хозяйства и др.

Организации и учреждения, в которых родители могли бы получить требуемую помощь:

- территориальные или районные центры социального обслуживания или социальной защиты населения;
- реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями;
- городские или районные комитеты по защите прав материнства и детства;

- городские или районные отделы управления образованием;
- специальные образовательные учреждения (детские сады, школы-интернаты, дома-интернаты и др.);
- ассоциации и другие объединения родителей детей с ограниченными возможностями.

Важнейшее условие успешной социализации ребенка-инвалида — это сознательное участие семьи в процессе его реабилитации. Поэтому приоритетной формой работы с такой семьей в настоящее время является работа в условиях реабилитационных центров, преимущество которой состоит в том, что дети сохраняют привычные родственные связи, а родители принимают непосредственное участие в реабилитационном процессе, также получая необходимую помощь.

Деятельность центров направлена на оказание детям и подросткам следующих видов услуг:

- материально-бытовых;
- социально-медицинских и санитарно-гигиенических;
- содействие в получении образования с учетом физических возможностей и умственных способностей детей и подростков;
- социально-трудовой реабилитации;
- правовых;
- услуг по организации питания, быта, досуга;
- содействие в организации ритуальных услуг.

Одна из основных задач центра — помощь семьям, воспитывающим ребенка или подростка с отклонениями в развитии, проведение необходимых мероприятий по его выздоровлению в домашних условиях, социально-реабилитационная работа с детьми и их родителями. Специалисты центра совместно с врачами определяют исходный уровень физического и психического здоровья ребенка, разрабатывают индивидуальные программы его реабилитации, прогнозируют этапы и сроки восстановления нарушенных функций и т.д.

В структуре центра должно быть создано **несколько основных подразделений:**

- 1) отделение диагностики и разработки программ социальной реабилитации;
- 2) отделение медико-социальной реабилитации, назначение которого — организация поэтапного выполнения индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями в части медико-социальных и медико-консультативных мероприятий;

3) отделение психолого-педагогической помощи, предназначенное для организации поэтапного выполнения индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями в части психолого-социальных и социально-педагогических мероприятий;

4) отделение дневного пребывания;

5) стационарное отделение — круглосуточное пятидневное пребывание;

6) реабилитационные группы, объединяющие детей по полу, возрасту и состоянию здоровья. Деятельность реабилитационных групп осуществляется на основе групповых программ, учитывающих индивидуальные программы реабилитации.

Центры используют свыше 30 признанных реабилитационных *методик*: метод кондуктивной педагогики, массаж, ЛФК и коррекционно-педагогические методики, психотерапевтические методики, иглорефлексотерапию, физиотерапию, музыкотерапию, игротерапию, восстановительную терапию, лазеротерапию, водолечение, фитотерапию, диетотерапию, спортивно-оздоровительные методики и т.д.

Целенаправленное сопровождение деятельности родителей детей-инвалидов в соответствии с программой реабилитации называется *патронированием*. Выделяются следующие виды *патронажа*:

- медико-социальный — обучение родителей методам реабилитации в домашних условиях;
- культурно-досуговый — направленный на содействие развитию ребенка и включению его в общество;
- социально-педагогический — коррекция внутрисемейных отношений в неблагополучных семьях, поддержка семей риска.

В семье, воспитывающей ребенка-инвалида, необходима реабилитация всех ее членов, в первую очередь матери. Суть реабилитации заключается в том, чтобы помочь семье обрести прежний социально-психологический и социокультурный статус, выйти из состояния психологического стресса. Решение этой проблемы предусматривает:

- разработку методики диагностики состояния всех членов семьи;
- определение критериев объединения родителей (матерей) в группы для оказания специалистами адекватной помощи каждой конкретной семье;

- составление программы реабилитации семьи в психолого-педагогическом и социально-культурном аспекте;
- проведение реабилитационных мероприятий в соответствии с конкретной программой для каждой семьи;
- организация групп взаимоподдержки родителей;
- эпизодическое патронирование семьи после проведенных мероприятий.

Развитие ребенка-инвалида в большой степени зависит от семейного благополучия, участия родителей в его физическом и духовном становлении, правильности выбора воспитательных воздействий.

Работа с матерями, воспитывающими детей-инвалидов, строится в двух направлениях: 1) изучение личных особенностей матерей, воспитывающих ребенка-инвалида; 2) активное включение матери в мероприятия по реабилитации ребенка.

Специалисты реабилитационного центра пытаются повысить самооценку матерей с пассивной личностной позицией, выслушать и поддержать мам с повышенной тревожностью. Родители должны все знать о болезни своего ребенка, возможных перспективах развития, методах воспитания. К услугам родителей — консультации психотерапевта — индивидуальные беседы и групповые психотренинги.

В ходе работы с семьей необходимо научить родителей и других родственников воспринимать ребенка таким, какой он есть, сочувствовать ему, создавая условия, стимулирующие его умственное, физическое и эмоциональное развитие, поскольку именно в семье ребенок-инвалид может включиться в мир звуков, ощущений, образов, предметов.

### **Вопросы и задания**

1. Что такое «инвалидность» и «инвалид»?
2. Определите состояние проблемы детской инвалидности в России.
3. Каковы основные проблемы семьи ребенка-инвалида?
4. Социальная защита детей-инвалидов в России.
5. Определите содержание социальной работы с семьей ребенка-инвалида.

### **Литература**

1. Лагункина В.И. Социальная реабилитация инвалидов: социологический аспект. Автореф. дис. ... канд. социолог. наук. — М., 2000.

2. Лазарев В.Ф., Долгушин А.К. Модель центра медико-социальной реабилитации молодых инвалидов. — М., 2002.
3. Новожилова О.В. Жизнь семьи ребенка-инвалида // СОЦИС. — 2001. — № 2.
4. Реабилитационные возможности детей-инвалидов / Под ред. Э.М. Манукьян // Отечественный журнал социальной работы. — 2000. — № 1.
5. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями: медико-социальные аспекты / Под ред. Л.Н. Кривцова, Л.И. Красотина, Е.В. Цуканова, Н.В. Гребенникова. — М.: Социально-технологический институт, 2000.
6. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями: медико-социальные аспекты / Под ред. Л.Н. Кривцова, Л.И. Красотина и др. — М.: СТИ, 2000.
7. Социально-медицинское обслуживание на дому инвалидов / Под ред. В.М. Васильчикова. — М., 2000.
8. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2002.
9. Холостова Е.И. Оккупационная терапия как новое направление реабилитологии // Развитие социальной реабилитации в России. — М., 2000.

# Глава 7

## СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С МОЛОДЫМИ СЕМЬЯМИ

### § 1. Молодая семья как особый тип семьи

Современный этап социокультурного развития накладывает свой отпечаток и на развитие семейных отношений, особенно на молодые семьи. Устойчивые молодые семьи закладывают основу российского общества, на долю молодых семей приходится 2/3 рожденных детей. Но современная российская молодая семья наиболее уязвима и практически не защищена государством. Внешние дестабилизирующие факторы (плохие жилищные условия, ограниченные материальные возможности, зависимость от родителей, проблемы трудоустройства и профессионального самоопределения) могут сыграть негативную роль.

Проблемы функционирования молодых семей все больше привлекают внимание ученых, государства и общественности, так как на долю молодых браков приходится 65% всех разводов<sup>1</sup>.

Важным инструментом, посредством которого в разных странах стремятся разрешить указанную проблему, является социальная работа. Она призвана оказывать помощь индивидам, группам и общинам в их социальном функционировании, в осуществлении ими своих социальных прав, в сохранении или достижении благоприятного социального самочувствия.

К *молодой семье* следует относить семьи со стажем совместной жизни до 3 лет, где оба супруга состоят в первом браке, при условии, что супруги не достигли 30-летнего возраста<sup>2</sup>.

При рассмотрении молодой семьи важно выделить функции, которые выполняет данный социальный институт и прежде всего социальные функции. Большинство исследователей в качестве ведущей функции называют рождение и воспитание детей, затем следуют сохранение, развитие и передача последующим поколениям ценностей и традиций общества, аккумулятивное и реализация социально-воспитательного процесса.

---

<sup>1</sup> См.: Руднева М.Я. Влияние основных проблем на функционирование молодой семьи // Теоретические и прикладные проблемы социологии, педагогики, психологии и социальной работы: Сб. науч. трудов // Под общ. ред. П.Д. Павленка. Вып. 2. — М.: МГУС, 2006. — С. 94.

<sup>2</sup> См.: Зуйкова Е.М., Кузнецова Н.В. Молодая семья. — М., 1994. — С. 36.

Современная молодая семья выполняет также следующие *функции*: удовлетворение потребностей людей в психологическом комфорте и эмоциональной поддержке, чувстве безопасности; создание условий для развития личности всех членов семьи; удовлетворение сексуальных потребностей; организация ведения домашнего хозяйства; совместное проведение досуга; удовлетворение потребностей в отцовстве или материнстве; социальный контроль; финансовое обеспечение и т.д.

Молодые семьи по своей структуре разделяются следующим образом:

- *по семейному стажу*: молодожены (до 1 года совместной жизни); молодые семьи (1–2 года совместной жизни); молодые семьи (в среднем до пяти лет совместной жизни);
- *по количеству детей*: бездетные, одно-двухдетные, многодетные;
- *по составу* — неполные, простые (нуклеарные), сложные;
- *по географическому признаку* — городская, сельская, отдаленная (семья, проживающая в труднодоступных районах и в районах Крайнего Севера);
- *по качеству отношений и атмосфере в молодой семье* — благополучная, устойчивая, педагогически (психологически) слабая, нестабильная, дисфункциональная;
- *по особым условиям семейной жизни* — студенческая; школьная; семья, ждущая ребенка; семья несовершеннолетних родителей; семья, где отец ребенка проходит срочную военную службу; семья одинокой матери; молодая семья беженцев и вынужденных переселенцев; молодая семья безработных; молодая семья, имеющая в своем составе инвалида, и др.;
- *по степени благополучия* — маргинальные (крайне низкие доходы, высокий уровень потребления алкоголя или наркотиков, весьма плохие жилищные условия или их отсутствие), кризисные (находящиеся ниже черты бедности, имеющие серьезные проблемы в области супружеских отношений и физического выживания), благополучные (уровень жизни несколько выше среднего, все свои проблемы могут решать самостоятельно), процветающие (самостоятельно реализующие практически все свои потребности за счет платных услуг)<sup>1</sup>;
- *по экономическому благосостоянию* — бедные (находящиеся на уровне нищеты, душевой доход на уровне минимальной зарплаты или ниже), малообеспеченные (душевой доход — от уров-

<sup>1</sup> См.: *Мацковский М.С.* Российская семья в изменяющемся мире / Семья в России. — 1995. — № 3–4. — С. 32.

ня минимальной зарплаты до уровня прожиточного минимума), обеспеченные (душевой доход на уровне среднего по региону) и состоятельные (душевой доход значительно выше среднего по региону)<sup>1</sup>.

Таким образом, социально-демографические характеристики, присущие молодой семье, обуславливают ее особое положение по сравнению с другими типами семей. Специфика молодой семьи требует особого подхода к решению ее проблем и выделения молодой семьи в качестве особого объекта государственной молодежной и семейной политики, что, в свою очередь, должно найти отражение при осуществлении социальной работы с данной социальной группой.

## **§ 2. Основные проблемы молодых семей**

Образ жизни молодых семей отличается динамизмом. Основными его особенностями исследователи считают многоплановость ценностных ориентаций, отличия в соотношениях значимости для супругов материальных и духовных богатств, обычаев и традиций, в моделях взаимозависимости, возросшее значение реализации потенциала личности.

*Взаимоотношения молодых супругов.* С самого начала семейной жизни у молодых супругов могут появиться разногласия относительно того, какими должны быть супружеские отношения, так как каждый из них ориентируется на опыт родительской семьи.

Трудности начального периода семейной жизни обусловлены в основном именно выработкой общих, т.е. по существу новых, взглядов супругов на отдельные стороны семейной жизни и взаимоотношений. Напряженность отношений, неудовлетворенность семейной жизнью может быть вызвана неравномерным распределением бытовых обязанностей, а также дисгармонией в сексуальной сфере. Нередко подобная напряженность перерастает в конфликт. Не способствует благоприятной атмосфере в семье и стремление кого-либо из супругов единолично решать семейные вопросы. По статистике большинство конфликтов в молодежных семьях, проживающих в Московском регионе, происходит из-за неправильного распределения семейных обязанностей<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: *Култыгин В.П.* Методика оценки социально-экономического положения семей // Проблемы семьи и семейной политики: Сборник научных работ. Вып. 3. — М., 1993. — С. 27.

<sup>2</sup> См.: *Глушкова В.Г.* Социальный портрет Москвы на пороге XXI века. — М.: Мысль, 2004. — С. 80.

**Экономическое положение молодых семей.** В настоящее время чрезвычайно важной для молодых семей является проблема финансово-экономического дефицита, невозможности обеспечения достойной жизни семьи.

Среднедушевые доходы молодых семей в 1,5 раза ниже, чем в среднем по стране, а 69% молодых семей живут за чертой бедности. Данная тенденция характерна и для Московского региона: среднемесячный доход на одного члена молодой семьи составляет от 2000 до 4000 руб. и более<sup>1</sup>.

Часто молодые семьи вынуждены жить на один заработок мужа, так как жена занята воспитанием малолетнего ребенка. Примерно у 80% молодых семей в первые три года совместной жизни рождается первенец, которому необходимы забота и уход. Кроме того, в 18% молодых семей один из супругов еще продолжает учебу<sup>2</sup>.

Вместе с тем молодая семья имеет повышенные финансовые потребности в связи с необходимостью осуществления процесса становления семейной жизни: приобретения жилья, организации досуга и быта и т.д. Молодые супруги должны также проходить определенные ступени социализации, связанные с отсутствием опыта социальных отношений, возрастным максимализмом, получением и повышением образования и профессионального статуса. Это требует дополнительных затрат, в том числе и материальных<sup>3</sup>.

**Жилищные условия молодых семей.** Жилищная проблема для молодых семей считается одной из самых острых. Отсутствие жилья — это отсутствие планирования своего благосостояния, социально-экономической деятельности.

По данным социологического исследования, проведенного Центром социологии молодежи ИСПИ РАН, 68,5% молодых супругов вынуждены проживать с родителями в их квартире или доме, еще 0,3% — вместе с родителями в коммунальной квартире. Только 20,6% молодых семей проживают отдельно в собственной квар-

---

<sup>1</sup> См.: *Синягина Н.Ю.* Совет да любовь: Материалы в помощь молодым семьям. — Мытищи: Талант, 2005. — С. 15.

<sup>2</sup> См.: *Московская семья-2003* (Информационно-аналитический доклад Комитета по делам семьи и молодежи). — М.: Логос, 2004. — С. 51.

<sup>3</sup> См.: *Опыт реализации молодежной семейной политики в субъектах РФ* / Под ред. Ю.В. Коврижных, Г.В. Куприяновой, Т.Э. Петровой и др. — М.: Министерство образования РФ, Департамент по молодежной политике. — М., 2004. — С. 6.

тире или доме; 4,9% снимают квартиру или комнату, 2% проживают у родственников, 1,5% — в отдельной коммунальной квартире, 1,4% — в общежитии, 0,1% — у друзей или знакомых<sup>1</sup>.

У большинства молодых семей отсутствует перспектива улучшения жилищных условий за счет собственных средств. Крайне ограничены возможности семей в получении бесплатного государственного, муниципального жилья.

**Проблемы в репродуктивной сфере молодой семьи.** Демографическая ситуация в Российской Федерации определяется малодетностью (1–2 ребенка), увеличением количества матерей малолетнего возраста, рост числа внебрачных рождений. По данным социологического исследования, проведенного Центром социологии молодежи ИСПИ РАН, для 70% опрошенных молодых людей и девушек предпочитают традиционный брак, 17% — гражданский брак, 5% — внебрачные отношения, а для 8% привлекательными являются альтернативные формы отношений — гомосексуальные, групповые и др.<sup>2</sup>

Основными причинами, в силу которых молодые супруги откладывают рождение детей, являются нежелание ограничить свою свободу; неуверенность в том, что они смогут правильно воспитать детей; материальные трудности; неопределенность ситуации в стране, неуверенность в будущем детей<sup>3</sup>.

**Трудности, связанные с рождением ребенка.** В последние 10–15 лет в Московском регионе складывается тенденция не упрочения, а распада семьи в связи с рождением первенца, однако с рождением второго ребенка прочность семьи возрастает в несколько раз.

Прежде всего с рождением первенца ухудшается материальное положение молодой семьи, так как ребенок требует больших финансовых затрат, а количество денег в семье уменьшается в связи с тем, что мать уходит в декретный отпуск. Во многих семьях обостряется жилищная проблема, проблемы распределения бытовых обязанностей, отсутствия свободного времени, взаимоотношений между молодыми родителями, проблемы, связанные с состоянием здоровья ребенка.

---

<sup>1</sup> См.: Положение молодежи и реализация государственной политики в Российской Федерации / Отв. ред. Ю.А. Зубок, В.И. Чупров. — М.: Логос, 2004. — С. 80.

<sup>2</sup> Там же. С. 77.

<sup>3</sup> Там же. С. 78.

**Проблемы образования молодых супругов.** В условиях рыночного механизма хозяйствования высокий уровень образования и его качество расширяют возможности выбора профессии, что предоставляет человеку шанс приобретения более высокого социального статуса. Производительность труда и заработная плата в современном обществе в значительной мере определяются образованием и обучением (инвестициями в них).

В 2004 г. аттестат об основном общем образовании получили 2,2 млн юношей и девушек (95,7% к уровню 2003 г.), о среднем (полном) общем образовании — 1,4 млн (93,3%). В государственные и муниципальные вузы поступили 1384,5 тыс. человек, что на 27 тыс. человек (на 2%) меньше, чем в 2003 г.

Платных образовательных услуг в 2004 г. было оказано населению на 118,7 млрд руб. (на 6,3%) больше, чем в 2003 г. На начало 2004/05 учебного года в Российской Федерации работало 168 негосударственных средних специальных учебных заведений, численность студентов в них составила 96,0 тыс. человек (в 2003/04 учебном году — соответственно 182 учебных заведения и 110,5 тыс. студентов)<sup>1</sup>.

На 1 октября 2005 г. направления на работу получили 98,2 тыс. специалистов (31%), окончивших очные отделения средних специальных учебных заведений на бюджетной основе<sup>2</sup>.

Анализ статистических и социологических данных позволяет сделать вывод, что по сравнению с другими возрастными группами населения молодежь более образована, однако качество образования не соответствует уровню современных требований, что ведет к ограниченным возможностям социального продвижения молодых людей.

**Проблема занятости.** Безработица воздействует на все стороны жизни молодой семьи — ведет к глубоким изменениям личности, ухудшению здоровья, озлобленности, ухудшению социально-психологического фона семейных взаимоотношений.

Анализ статистических и социологических данных позволяет выделить группы семейной молодежи, наиболее уязвимые на рынке труда: студенты и молодые девушки и юноши, только что закончившие учебные заведения; молодые женщины, воспитывающие малолетних детей; молодежь, проживающая в небольших городах

---

<sup>1</sup> См.: Банк готовых документов Россия в цифрах — 2005 г. Copyright Федеральная служба государственной статистики.

<sup>2</sup> Там же.

(райцентрах), где количество вакансий крайне ограничено; сельская молодежь; лица, получившие профессию, не востребованную на региональном рынке труда.

Необходимо отметить, что во многих регионах России отмечен рост молодежной занятости. Молодежь составляет 36% трудоспособного населения России. Около 28 млн молодых людей заняты в народном хозяйстве и учатся без отрыва от производства. Среди всех занятых в экономике россиян молодые люди в возрасте до 30 лет в 2004 г. составили 24%<sup>1</sup>.

**Хозяйственно-бытовые трудности молодых семей.** В основном все обязанности по ведению домашнего хозяйства выполняют молодые жены. Женщина в среднем затрачивает на домашний труд 36–40 часов в неделю, а мужчина — не более 13–15 часов в неделю; при этом энергетические затраты домашней хозяйки и рабочего, занятого физическим трудом, приблизительно равны.

Справедливости ради нужно отметить, что растет число мужчин, которые берут на себя такие виды домашних дел, как покупка продуктов, оплата счетов, уборка квартиры и, что особенно важно, уход и занятия с детьми.

В условиях социально-экономического кризиса и резкого снижения уровня жизни большинства населения возрастает роль домашнего труда в самообеспечении семьи. Особенно выражена данная тенденция в молодых семьях.

**Проблемы в досуговой сфере молодых семей.** Умение супругов рационально использовать свободное время, стремление проводить досуг вместе — важный показатель общей и индивидуальной культуры. Чем больше у супругов общих интересов, чем насыщенной их досуг, тем выше их удовлетворенность браком.

Раздельный досуг нередко становится источником семейных ссор. В то же время в некоторых случаях насильственное ограничение возможностей выбора одним из супругов способа проведения досуга может оказаться более разрушительным для семейного благополучия, чем раздельная форма проведения досуга.

К сожалению, в силу высоких цен на билеты и дефицита свободного времени у большинства молодежи снизилась доступность для них различных видов культурной деятельности — в частности театров, выставок, музеев.

---

<sup>1</sup> См.: Ахундова Т.А., Безруков В.Б. Регионы России: экономическая конъюнктура (социально-демографическая информация). Том 1, вып. 16. — М.: Госкомстат, 2004. — С. 12.

Таким образом, жизнедеятельность молодых семей отличается сложностью и противоречивостью. Ее особенностью является неустоявшееся экономическое и профессиональное положение супругов. Можно сказать, что молодые люди находятся на стадии выработки жизненной стратегии и зачастую сами нуждаются в воспитании. От современного положения молодой семьи во многом зависит будущее всего института семьи.

### **§ 3. Государственная социальная политика в отношении молодых семей**

Семья как первичная социальная ячейка представляет собой комплексную систему, связанную многообразными отношениями со всеми общественными структурами. На нее оказывают влияние любые мероприятия экономического, социального и особенно правового характера, проводимые государством в области брачно-семейного, трудового, жилищного, пенсионного законодательства, законодательства о здравоохранении, образовании, поскольку поведение людей в семье, ее взаимодействие с государством находится в сфере действия норм права и нравственности. Любое из определений общего понятия семьи нуждается в дополнении его новым признаком — указанием на то, что семья должна быть защищена государством.

Только совместными усилиями законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации можно создать систему выхода молодой семьи из социального кризиса. Причем общегосударственная семейная политика должна осуществляться на трех уровнях — государственном, региональном и муниципальном.

Законы и другие нормативные акты высших органов власти и управления регионов в первую очередь обеспечивают проведение в жизнь федеральных установлений.

В то же время субъекты Федерации действуют в пределах собственной компетенции, учитывая демографическую специфику региона.

Муниципальный уровень реализации законодательных положений весьма широкий. Правовое вмешательство здесь, однако, минимальное и только по главным позициям поощряет местную инициативу. Большинство семей, нуждающихся в защите и поддержке, обращается в муниципальные структуры и получает помощь.

На местном уровне происходит распределение бюджетных средств на бесплатное образование, медицинское обслуживание,

обеспечение доступного семье отдыха, строительство детских учреждений.

Важнейшим документом в области социальной поддержки семьи, в том числе и молодой, является Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации, одобренная в мае 1993 г. решением Национального совета по подготовке и проведению Международного года семьи (1994). Государственная семейная политика является составной частью социальной политики России и представляет собой целостную систему принципов, оценок и мер организованного, экономического, правового, научного, информационного, пропагандистского и кадрового характера, направленных на улучшение условий и повышение качества жизни семьи.

Один из *объектов* социальной семейной политики — молодая семья. Основной *целью* реализации государственной семейной политики по отношению к молодой семье является организация соответствующих условий для создания, сохранения, развития благополучной молодой семьи в качестве субъекта социальной структуры российского общества, укрепления семейного образа жизни и в полной мере выполнения ею функций как социального института.

Достижение данной цели предполагает становление молодой семьи на основе самообеспечения, совмещения трудовой деятельности и семейных обязанностей с личными интересами каждого человека, стимулирование роста материальных доходов семьи, дальнейшее развитие системы основных социальных гарантий для семей, имеющих детей, поддержку благоприятного психологического климата в семье и осуществления полноценного процесса воспитания и социализации детей.

В настоящее время важным инструментом государственной социальной политики в отношении молодой семьи являются целевые федеральные программы, составленные в соответствии с современными приоритетами, указанными в упомянутой Концепции.

Как правило, разработка социальных целевых федеральных программ регламентируется соответствующими указами Президента РФ.

В частности, Правительством РФ разработана и реализуется упомянутая ранее федеральная программа «Дети России», в состав которой входят федеральные целевые программы «Государственная программа развития индустрии детского питания в Российской Федерации», «Дети Чернобыля», «Планирование семьи», «Дети-инвалиды», «Дети-сироты», «Дети Севера». Правительством РФ

было принято постановление «О продлении действия президентской программы “Дети России” на 2001–2006 гг.» от 19.12.1996 г.

Постановлением Правительства РФ от 27.12.2000 г. была утверждена Федеральная целевая программа «“Молодежь России” (2001–2005 гг.)», основные цели которой — создание и развитие правовых, социально-экономических и организационных условий для самореализации молодежи, духовно-нравственное воспитание молодежи. Кроме того, Министерством образования был издан приказ «О проведении в 2002 г. конкурса целевых программ поддержки молодой семьи в России, направленных на реализацию подпрограммы “Комплексные меры по укреплению молодой семьи в России” Федеральной целевой программы “Молодежь России (2001–2005)”» от 14.11.2001 г. № 3651.

Важным законодательным актом стал приказ Государственного комитета РФ по физической культуре, спорту и туризму от 12 февраля 2002 г. № 78 «О мерах по реализации постановления Правительства РФ от 29.12.2001 г. № 916 “Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи”» от 12.02.2002 г., целью которого является изучение состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков, молодежи для дальнейшего совершенствования работы в данной области.

Правительством РФ было издано постановление «О подпрограмме “Физическое воспитание и оздоровление детей, подростков и молодежи в РФ (2002–2005)”» Федеральной целевой программы “Молодежь России (2001–2005)”» от 29.05.2002 г. № 363. Целью подпрограммы было комплексное решение проблем физического воспитания и оздоровления детей, подростков и молодежи, направленное на физическое и духовное совершенствование и формирование у подрастающего поколения осознанной потребности в занятиях физической культурой и спортом.

Одним из главных направлений социально-медицинского обслуживания молодых семей является оказание им помощи в планировании семьи. В целях совершенствования деятельности служб планирования семьи, Министерством здравоохранения РФ был издан приказ «О деятельности Центра планирования семьи и репродукции» от 26.11.1996 г. № 390, а также приказ «О штатно-организационной структуре Центров планирования семьи и репродукции» от 23.03.1998 г. № 219-У.

Значительное влияние на состояние семейной политики оказала замена льгот денежными выплатами, предусмотренная Федеральным

законом от 22.09.2004 г. № 122-ФЗ, в соответствии с которым в условиях разграничения полномочий и предметов ведения Центром и регионами особая роль в социальной поддержке семьи, материнства, отцовства и детства отводится субъектам Российской Федерации.

В целях создания системы государственной поддержки молодых семей в решении жилищной проблемы и улучшения демографической ситуации в соответствии с Федеральной целевой программой «Жилище» на 2002–2010 гг. и в соответствии с Концепцией «О первоочередных мерах по обеспечению прав молодых семей на жилище», одобренной постановлением правительства Москвы от 12.02.2002 г. было издано постановление «“Молодой семье — доступное жилье” на 2003–2005 гг.» от 01.10.2002 г.

В молодой семье закладываются принципиальные жизненные основы каждого поколения. От того, какой будет семья, в том числе и молодая, во многом зависит, каким будет государство и общество. Поэтому молодые семьи, формы и методы работы с ними должны всегда быть в центре внимания государственной семейной и молодежной политики.

#### **§ 4. Основные направления социальной работы с молодыми семьями**

В современной молодой семье сосредоточена совокупность социальных проблем, свойственных обществу.

Предотвращение и ликвидация негативных явлений в семье возможны при условии организации системной целенаправленной социальной работы на основе модели, предусматривающей последовательность действий по отношению к семье и грамотное выполнение каждого из действий.

Экспериментально обоснованная модель деятельности специалиста, работающего с молодой семьей, включает следующие компоненты:

- наличие у специалиста собственных представлений о поддержке молодой семьи как клиента и о представлениях клиента об этой поддержке, о формах ее оказания;
- дифференциация молодых семей на типы;
- разработка программы (соответственно типам молодых семей) социальных воздействий на семью коррекционно-воспитательной направленности;
- вхождение семьей как системой в контакт с целью реализации программы социальных действий;

- отслеживание результатов коррекционно-воспитательной деятельности с молодой семьей и внесение необходимых изменений.

Сейчас молодая семья нуждается в помощи со стороны общества в результате дестабилизации политической и социально-экономической обстановки и снижения уровня жизни. В группу риска теперь входят не только неполные и многодетные, семьи одиноких и семьи несовершеннолетних родителей, семьи престарелых, инвалидов, но и молодые семьи (особенно студенческие). Молодая семья не способна как социальный институт полноценно и качественно выполнять разнообразные функции.

Очевидно, что существует острая потребность в оказании помощи молодой семье, и одной из форм такой помощи может и должна являться социальная работа.

Основное содержание социальной работы с семьей (в том числе и с молодой) можно представить как совокупность нескольких функций<sup>1</sup>:

1) информационная функция:

- сбор сведений о различных типах семей на обслуживаемой территории, их проблемах и потребности в помощи, передача полученной информации заинтересованным инстанциям, ведомствам, способным оказать поддержку семье;
- определение характера запроса и реального положения дел в конкретной молодой семье;
- информирование семьи о ее праве на социальную помощь, формах и условиях ее получения, а также о тех социальных микроструктурах и специалистах, которые могут наиболее эффективно помочь в решении семейной проблемы;

2) диспетчерская функция: направление молодой семьи или ее члена в нужную социальную микроструктуру или к требующемуся специалисту;

3) подготовка документов: составление документации, необходимой для работы с конкретной семьей по ее запросу, а также оказание помощи отдельным членам семьи в написании заявлений и других документов;

4) посредническая функция: осуществление связи между семьей и нужными микроструктурами (специалистами), налаживание контактов между ними, психологическое сопровождение переговоров. Надо подчеркнуть, что социальные службы призваны ока-

---

<sup>1</sup> См.: Зимняя И.А. Семья как объект социальной работы // Социальная работа. — 1993. — № 7. — С. 64.

зывать финансовую помощь семье, предлагать услуги по социальной защите, дневному уходу, ведению домашнего хозяйства, обучению семейной жизни, воспитанию детей, заниматься семейной терапией, разрешать конфликты, способствовать семье в самовыживании, что очень важно на начальном этапе жизни молодой семьи;

5) контроль: получение информации о предоставлении семье полагающейся помощи в полном объеме и об ее эффективности;

6) социальный сервис: выдача семье разного рода пособий (денег, продуктов, одежды, медикаментов, билетов, путевок и т.д.), содействие в оказании бытовых услуг на дому, выполнение разовых поручений.

Приведенная трактовка не претендует на исчерпывающее описание содержания социальной работы с молодой семьей, тем более что возникают все новые задачи. Однако сложившаяся практика показывает, что профессиональная деятельность социального работника в большинстве случаев сводится лишь к сбору и элементарному анализу статистических данных, принятию организационно-управленческих решений, распределению и выдаче тех или иных видов материальной помощи, а также к консультированию по различным вопросам.

Недостаточная эффективность социальной работы с молодой семьей объясняется и вынужденно скудным ассортиментом предлагаемых социальных услуг. В наше время молодежь и молодые семьи наиболее остро нуждаются в наличии Биржи труда, пунктов правовой защиты и юридического консультирования, в психологических и сексологических консультациях, телефонах доверия, пунктах помощи молодой семье и т.д. Базисными видами деятельности специалистов указанных служб являются психолого-профилактическая, психолого-диагностическая и коррекционная работа, а также различного вида консультационная деятельность.

В широком смысле социальную работу с молодыми семьями можно рассматривать как помощь семье со стороны социума, оказываемую как государством в целом, посредством законодательных и нормативных актов, обеспечивающих социальную защиту и адаптацию института семьи и отдельных групп населения, так и любыми государственными, общественными, религиозными, коммерческими организациями, а также частными лицами. Следовательно, социальный работник является основным проводником и исполнителем государственных мер поддержки и защиты молодой семьи.

## Вопросы и задания

1. Каковы особенности современной молодой семьи?
2. Характеристика студенческой семьи.
3. Перечислите и раскройте основные проблемы молодой семьи.
4. Раскройте содержание государственной семейной политики в отношении молодых семей.
5. Каковы основные направления социальной работы с молодой семьей?

## Литература

1. Азисова Н.Н. Социальный статус молодой семьи в условиях современной России: Дисс. канд. социол. наук. — Саранск, 2002.
2. Баранова Д.В. Устойчивость молодых семей: проблемы и перспективы: Дисс. канд. социол. наук. — Екатеринбург, 2002.
3. Гурко Т.А., Мацковский М.С. Молодая семья: проблемы становления // Молодой коммунист. — 1984. — № 6.
4. Дементьева И.Ф. Первые годы брака: Проблемы становления молодой семьи / Отв. ред. И.В. Бестужев-Лада. — М.: Мысль, 1991.
5. Неудачина И.Г. Современная российская молодая семья: Гендерный анализ: Дисс. канд. социол. наук. — М., 2003.
6. Николаев М.Н. Вечная ценность семьи. — М: Антиква, 2006.
7. Руднева М.Я. Влияние основных проблем на функционирование молодой семьи / Теоретические и прикладные проблемы социологии, педагогики, психологии и социальной работы: Сб. науч. трудов // Под общей ред. П.Д. Павленка. Вып. 2. — М.: МГУС, 2006.
8. Руднева М.Я. Образ жизни молодых семей в различных сферах жизнедеятельности. Сб.: «Образ жизни различных групп населения, находящихся в трудной жизненной ситуации: Материалы международной научно-практической конференции, 7–8 апреля 2005 г.». — М.: ГОУВПО «МГУС», 2005.
9. Сборник материалов научно-практической конференции «Молодая семья в XXI веке» / Под ред. В.Н. Кузовкина, П.А. Шалунова, О.Е. Семеновой, И.А. Ласкиной. — М.: Комитет по делам молодежи Московской области, 2000.
10. Черняк Е.М. Социология семьи. — М.: Дашков и К°, 2005.

# Глава 8

## СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С НЕПОЛНЫМИ СЕМЬЯМИ

### § 1. Неполные семьи, причины их возникновения

Неполными считаются семьи, в которых одинокий родитель проживает с ребенком несовершеннолетнего возраста и несет за него основную ответственность.

В 2005 г. на территории РФ неполные семьи составили 19% от всех типов семей с несовершеннолетними детьми, причем в 17% из них одиноким родителем была мать<sup>1</sup>.

К сожалению, статистика не учитывает, что многие юридически состоящие в браке супруги фактически проживают раздельно.

С другой стороны, при статистическом учете к неполным семьям относят и такие семьи, где одинокий родитель фактически проживает вместе с отцом (матерью) ребенка или сожителем (сожительницей — сожительство, гражданский брак).

Неполные семьи можно классифицировать по различным признакам: причинам, вследствие которых они образовались; полу родителя; структуре; наличию и мере участия второго родителя в воспитании детей; этапу жизненного цикла семьи.

Основные причины формирования неполной семьи:

- внебрачное рождение ребенка;
- развод;
- смерть матери или отца.

Семья, которая образуется в результате рождения ребенка незамужней женщиной, в научной литературе называется *«материнской»* или *«внебрачной»*.

В последние годы в России отмечается рост числа внебрачных рождений. Материнская семья разнородна по происхождению. Часто женщины в зрелом возрасте (35–45 лет) реализуют свое стремление родить ребенка, пусть и вне брака.

Другой пик внебрачной рождаемости отмечается среди совсем молодых женщин — в возрасте 15–20 лет. Не все молодые одинокие матери образуют неполную семью — некоторые из них впоследствии выходят замуж за отца ребенка, а многие отказываются от ребенка в силу низких доходов, отсутствия жилья, профессии и др.

<sup>1</sup> См.: Банк готовых документов Россия в цифрах — 2006 г.; Copyright Федеральная служба государственной статистики.

В некоторых случаях женщины, родившие ребенка вне брака, поддерживают постоянные отношения с его отцом, который состоит в браке с другой женщиной (такую семью называют материнской семьей с отцом, но без мужа), другие женщины живут в гражданском браке с отцом ребенка.

Вторая очень важная причина возникновения неполных семей — **разводы**. В этих случаях ребенок чаще всего остается жить с матерью, а отец оказывает ему материальную помощь в виде алиментов.

Ребенок передается отцу очень редко — если только судом установлено, что мать является психически больной, страдает алкоголизмом или по другим каким-то веским причинам не может осуществлять уход за ребенком.

В крайних или спорных случаях предусматривается выяснение на суде точки зрения самого ребенка (если ему исполнилось 10 лет) и свидетелей, непосредственно взаимодействующих с данной семьей.

Существует мнение, что с целью предотвращения негативных последствий разводов для детей необходимо разработать юридические меры привлечения к воспитанию отдельно проживающего родителя, если он уклоняется от выполнения своих обязанностей. Однако стоит усомниться в возможности решения этой проблемы в юридическом порядке.

Еще одной причиной формирования неполной семьи является **смерть одного из родителей**. Вдовство — чаще всего удел женщин. В последние годы в России смертность мужчин трудоспособного возраста растет, а значит, увеличивается и число неполных по этой причине семей.

По закону после смерти одного из супругов имущество умершего наследуют в равных долях второй супруг, дети, родители. Несовершеннолетние дети умершего получают пенсию по утрате кормильца и ряд льгот.

Причиной формирования неполных семей можно считать и фактическое **«разделение» супругов** по разным причинам (например, отбытия супругом наказания в тюрьме, его отъезд в другой город, страну на длительное время и т.д.).

Вне зависимости от причины их формирования неполные семьи можно классифицировать по *этапу их жизненного цикла*. Проблемы одиноких матерей, воспитывающих ребенка до 3 лет, существенно отличаются от проблем тех матерей, чьи дети находятся, например, в подростковом возрасте.

Несовершеннолетние или молодые одинокие матери, в отличие от женщин в более зрелом возрасте, вынуждены решать вопросы собственного обучения и профессионального обучения, зачастую не имеют элементарных знаний об уходе и воспитании детей, не имеют собственного жилья, испытывают дефицит материальных средств.

Безусловно, различаются уклады материнских и отцовских семей и проблемы в них. Чаще всего под одинокими рассматриваются материнские семьи, а отцовские остаются без должного внимания (из-за малочисленности и по той причине, что многие мужчины довольно быстро вступают в повторный брак). Также остаются без особого внимания и случаи, когда ребенка одинокого родителя фактически постоянно воспитывают бабушка или дедушка.

## **§ 2. Типичные проблемы неполных семей в современной России**

### *Материальная проблема.*

Централизованная государственная поддержка одиноких матерей не покрывает необходимые расходы на содержание детей, особенно в условиях растущей инфляции.

Задача местных социальных служб — определение действительной потребности каждой конкретной неполной семьи в финансовой поддержке. Необходимо привлекать второго родителя к обеспечению нужд и интересов ребенка, а если это невозможно, увеличить адресную государственную помощь конкретной нуждающейся семье.

Конечно, не все неполные семьи можно отнести к категории материально нуждающихся. Среди них есть и материально благополучные, но в таких семьях, где мать практически все время отдает работе, будут возникать другие проблемы, в частности проблема безнадзорности ребенка.

### *Жилищная проблема.*

Многие одинокие матери не имеют нормальных жилищных условий так же, как и перспектив на получение жилья. Часто после развода женщина вынуждена уезжать с ребенком к своим родителям либо арендовать жилье; очень редко одинокая женщина с ребенком (особенно малолетним) может заработать определенную сумму денег для покупки жилья или взять кредит в банке.

### ***Проблема совмещения профессиональной деятельности и роли родителя.***

Если одинокая мать не получает помощи по уходу за ребенком со стороны родственников, ей крайне трудно работать в режиме полной занятости, а работу, где можно работать неполный рабочий день за приличную заработную плату, найти очень сложно.

Зачастую женщина, постоянно занятая на работе, желая обеспечить себя и детей, предпочитает, чтобы ребенок находился либо на пятидневке в детском саду, либо жил у бабушек и дедушек. Этот вариант, конечно, не идеален и влечет за собой другие проблемы — психологические, педагогические, внутриличностные, но многие женщины выбирают его.

Таким образом, одинокие матери стоят перед выбором — либо уделять много внимания своим детям, а не достижению материального благополучия, либо все силы отдавать достижению хорошего материального уровня, переложив проблемы воспитания своего ребенка либо на государство, либо на своих родственников.

### ***Проблема занятости одиноких матерей.***

Важной поддержкой одиноких матерей является обеспечение занятости тех из них, которые по различным причинам лишились работы или не могли самостоятельно устроиться на работу. Важным является и содействие в поиске работы с более высокой заработной платой. Эту помощь социальные службы могут оказать как путем взаимодействия с территориальными службами занятости, так и самостоятельно — например, выясняя, каким предприятиям требуются работники той профессии, которую имеет одинокая мать, помогая ей в случае необходимости в обучении или переобучении и т.д.

Одним из важных направлений помощи могло бы быть обеспечение одиноких матерей работой в режиме неполной занятости. Однако в связи с дефицитом рабочих мест с хорошим заработком, помощью одиноким матерям должно быть развитие различных услуг по уходу за ребенком. Прежде всего на местном уровне должен быть решен вопрос о том, чтобы в первую очередь принимать в детские дошкольные учреждения детей одиноких родителей.

Одна из специфических проблем неполных семей — ***трудности при воспитании ребенка и проблемы ребенка***, растущего в неполной семье.

Сам по себе факт «неполноты» семьи еще не является главным признаком «одногобокого» («мужского» или «женского») воспитания, хотя таких случаев много.

Проведено множество специальных исследований, посвященных анализу влияния фактора «неполноты» семьи на особенности

развития ребенка, а также влияния развода родителей на детей разных возрастов.

Проведенный анализ (опубликован в Ежегодном докладе о положении детей в Российской Федерации) позволил сделать выводы о том, что в «настоящее время нет достоверных данных, указывающих на связь между структурой семьи и состоянием психического и физического здоровья воспитываемых в ней детей».

В то же время «неполная семья, чаще, чем полная, не обеспечивает детям нормальной адаптации к школе, что приводит к низкой успеваемости, второгодничеству, отчислению... в неполных семьях матери в большей мере ориентированы на активное привлечение детей к выполнению хозяйственных обязанностей, заботу о младших братьях и сестрах»<sup>1</sup>.

Исследования свидетельствуют также о том, что несовершеннолетние правонарушители и преступники чаще всего воспитывались в неполных семьях. Это объясняется разными причинами: меньшее количество времени, которым располагают одинокие родители для воспитания детей, отсутствие авторитета отца, реакция на развод родителей и предразводную ситуацию в семье, а также на свой особый «социальный статус».

В этих ситуациях неполная семья нуждается в различных видах помощи, чтобы хотя бы частично компенсировать влияние негативных факторов на развитие ребенка, — например, устройство детей в различные секции и кружки, организация их досуга. Каждой одинокой матери рекомендуется обращаться за помощью по воспитанию ребенка к психологу-консультанту и частично к школьным учителям, которые могут охарактеризовать состояние ребенка.

Типичными проблемами одинокого родителя являются, по мнению многих исследователей, **бытовые трудности и недостаток времени на ведение домашнего хозяйства.**

Преодолению этих трудностей мешают как материальная необеспеченность неполных семей, так и неналаженная и дорогостоящая работа системы служб бытового обслуживания.

Одинокие матери сталкиваются и с **юридическими проблемами:** установление отцовства, невыплата пособий на ребенка или пенсии по утрате кормильца, оформление наследства, прописка или выписка после развода, смена фамилии ребенка и др. Помощь женщинам в решении такого рода проблем мог бы взять на себя социальный работник.

---

<sup>1</sup> РИА «Новости» 16.12.2004. — Центр электронных СМИ М.О.

Характерны для неполной семьи и *личностные проблемы* одинокой матери. После развода женщины обычно с трудом адаптируются к новому образу жизни.

Особые психологические проблемы возникают у вдов. Важными факторами, облегчающими восстановление семьи, считаются приверженность ее членов к духовным ценностям, их высокая самооценка, открытость семейного общения, эмоциональная поддержка друг друга, общение с людьми, переживающими те же проблемы.

Актуальна проблема предвзятого и часто недоброжелательного отношения окружающих к одиноким матерям, особенно к тем, которые имеют внебрачного ребенка.

Перечисленные проблемы в комплексе часто вызывают у одинокой матери состояние стресса, который может оказать негативное влияние на здоровье матери и ребенка, а также на выполнение ею воспитательных и других функций.

### **§ 3. Государственная политика по оказанию помощи неполным семьям**

К настоящему времени сложились четыре основные формы государственной помощи семьям:

1) *денежные выплаты семьям на детей и в связи с рождением, содержанием и воспитанием детей (пособия и пенсии):*

- пособие одинокой матери, имеющей ребенка до 6 лет;
- пособие по уходу за ребенком от 0 до 1,5 лет;
- пособие на содержание ребенка от 1,5 до 6 лет;
- ежеквартальные компенсационные выплаты на детей до 6 лет;
- пособие одинокому родителю, имеющему ребенка до 6 лет, если другой родитель уклоняется от уплаты алиментов;
- пособие одинокой матери на ребенка от 6 до 16 лет;
- пособие одиноким матерям (вдовам) из числа бывших воспитанников детских домов на ребенка до 16 (18) лет;
- пенсии на детей, потерявших одного из родителей, до 16 (18) лет;

2) *трудовые, налоговые, жилищные, кредитные, медицинские и другие льготы семьям с детьми, родителям с детьми:*

- в решении жилищного вопроса (вне очереди);
- льготы по уходу за ребенком (при оплате содержания детей в дошкольных учреждениях; дети принимаются в детские сады и ясли вне очереди; в интернатных учреждениях содержатся бесплатно);

- льготы по налогообложению (не облагается налогами часть заработной платы одинокого родителя в размере минимальной заработной платы в расчете на каждого ребенка);
- льготы по трудоустройству (при ликвидации предприятия обязательное трудоустройство увольняемых, в том числе и одиноких родителей);

3) *бесплатные натуральные выдачи семье и детям (детское питание, лекарства, одежда и обувь, питание беременным женщинам и др.).*

Исторически эта форма государственной помощи семье возникла еще в 20-е гг., в условиях дефицита товаров первой необходимости. Широко практиковались такие формы выплат, как бесплатные завтраки, бесплатные комплекты детских вещей, предметов ухода за новорожденными, бесплатное питание для беременных, бесплатные лекарства для детей.

Сегодня бесплатные натуральные выплаты устанавливаются за счет местных бюджетов, благотворительных фондов и гуманитарной помощи, за исключением бесплатного обеспечения специальными молочными продуктами детей 1–2-го года жизни и бесплатными лекарствами детей в возрасте до 3 лет, которые финансируются из федерального бюджета. Однако масштабы натуральных выплат лимитированы дефицитом бюджетов;

#### 4) *социальное обслуживание неполных семей.*

Социальное обслуживание — это комплекс мер по оказанию социальной помощи нуждающимся в ней гражданам, который способствует сохранению социального здоровья и поддержанию жизнедеятельности, преодолению кризисных ситуаций, развитию самообеспечения и взаимопомощи<sup>1</sup>.

Основными видами социального обслуживания неполных семей являются:

- материальная помощь;
- социальный патронаж;
- социальное обслуживание в стационарах;
- предоставление временного приюта;
- организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания семей;
- консультативная помощь;

<sup>1</sup> См.: Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. — М.: ИНФРА-М, 2001. — С. 179.

- реабилитационные услуги<sup>1</sup>.

В настоящее время в Российской Федерации действуют несколько моделей социального обслуживания семьи и детей. Используя критерий государственной поддержки и финансирования, их можно классифицировать следующим образом: государственные социальные службы; смешанные службы; коммерческие службы, работающие самостоятельно или при благотворительных фондах, религиозных и общественных организациях.

Преобладающая модель государственной службы — территориальные центры социальной помощи семье и детям, которые, в отличие от других учреждений социального обслуживания, имеют разнообразные направления деятельности, предоставляют широкий спектр социальных услуг, могут решать своими силами проблемы семьи, оказывать помощь в преодолении трудных жизненных ситуаций в различных областях жизни.

*Перечислим государственные службы, которые помогают неполной семье в решении ее проблем:*

- территориальные органы социальной защиты населения — помогают в оформлении пенсий, пособий на детей, а также предоставляют информацию о льготах;
- комитет по социальной защите при местном органе власти — с помощью инспектора по охране детства помогает разведенным родителям принять решение о характере участия в воспитании детей неживущего совместно с ними родителя, участвует в подготовке дел о лишении родительских прав и выходит с исками в суд, разрабатывает предложения о том, с кем необходимо оставить ребенка при оформлении развода;
- суд — рассматривает дела об установлении отцовства, о лишении родительских прав, разводе, передаче ребенка на воспитание одному из родителей, разделе имущества; оказывает помощь по взысканию алиментов с отца (матери) ребенка;
- территориальные правоохранительные органы — готовят документы о лишении родительских прав, выявляют и работают с семьями, которым присущи отклонения от правовых норм, насилие над детьми и т.д.;
- службы занятости — пытаются найти для одиноких родителей подходящее место работы, в том числе с особым графиком;
- службы нянь, различные формы кооперации одиноких матерей по уходу за детьми;

---

<sup>1</sup> Там же. С. 180.

- службы психологической помощи населению — предоставляют консультационные и психотерапевтические услуги одиноким родителям в решении их личностных и педагогических проблем.

Большую помощь неполным семьям может оказать организация различных форм работы со школьниками по месту жительства, включая территориальные центры досуга для подростков (они могут работать для определенных граждан на льготных условиях); существуют и службы временного пребывания.

#### **§ 4. Взаимодействие специалиста социальной работы и семьи как социальной и психолого–педагогической системы**

Семейная система, как правило, состоит из следующих подсистем: брачная подсистема — взаимоотношения супругов вне родительских связей; родительская подсистема — взаимодействие супругов как родителей ребенка (детей); подсистема «родители — дети» — взаимоотношения между поколениями, при изучении которых особый интерес для социального работника представляет определение границ власти и ответственности; подсистема «братья — сестры».

С точки зрения системно-структурного подхода становится особенно заметной «ущербность» неполной семьи: она имеет «урезанные» брачную, родительскую и родительско-детскую подсистемы.

Важный для специалиста по социальной работе аспект анализа неполной семьи — это ее сплоченность, которая порождает чувство «мы — одна семья» и создает благоприятный эмоциональный фон, существенный для самочувствия и психологического комфорта всех ее членов, в первую очередь — детей.

В семейных отношениях присутствуют как привязанность членов семьи друг к другу, так и рознь, отчуждение, что необходимо учитывать социальному работнику. Семейные правила и нормы являются средством сплочения семьи. Выявление того, что дозволается в семье взрослым и детям и при каких обстоятельствах, помогает социальному работнику установить взаимосвязи членов семьи. В семье часто имеются противоречивые ожидания, которые необходимо выявлять, так же как и влияние, которое оказывают на семью предрассудки и ее дискриминация вследствие какого-то отличия от окружающей среды.

Важно знать характер и степень влияния на семью таких систем, как церковь, школа, экология и другие объективные и субъективные факторы.

Для лучшего понимания неполной семьи специалист по социальной работе должен иметь представление об истории развития семьи, зафиксировать наиболее значительные события, повлекшие за собой серьезные изменения внутри семейной системы, ее адаптацию к изменившимся обстоятельствам.

Практика социальной работы с неполной семьей показывает, что важно рассмотреть типы индивидуальных клиентов и в первую очередь родителей: кто просит помощи для себя; просит помощи для другого человека или группы лиц; не ищет помощи, но тем или иным способом препятствует нормальному функционированию другого человека (члена семьи); ищет или использует помощь как средство достижения собственных целей; ищет помощи, но для достижения недостойных целей.

Взаимодействия социального работника и клиента будут значительно различаться в зависимости от типа клиента и характера ожидаемой помощи. Социальный работник должен определить, что заставило клиента обратиться за социальной услугой, — проблемы социального, психологического, педагогического характера; недостаток или отсутствие материальных средств; межличностные отношения; психические расстройства; расхождения между ожиданиями родителей и потребностями и возможностями ребенка; расхождения между ожиданиями окружающих и запросами самого клиента.

Специалист по социальной работе может придерживаться следующей схемы целенаправленного изучения социальной ситуации: характеристика места проживания клиента, культурное окружение, социально-экономические условия, экологические условия, политическая система, образовательная система, социокультурная система, система гуманитарной помощи.

Важнейшим направлением деятельности специалиста по социальной работе является социальная защита детей, в том числе и детей из неполной семьи: воздействие на условия среды, где он растет, оказание поддержки его воспитателям, в том числе родителям. Необходимо создать детям необходимые предпосылки, отвечающие установленным общим правилам их содержания и целям воспитания.

В решении трудных вопросов семейного воспитания, а также психолого-педагогическом просвещении родителей участвуют специалисты социальных ведомств.

В России существуют психолого-педагогические и медико-социальные центры индивидуального сопровождения и развития

ребенка в городских районах, в которых работают психологи, социальные работники, социальные педагоги, врачи, логопеды и дефектологи.

Клиентами подобных центров являются родители и дети из проблемных семей, в частности неполных. Нередко такая семья в полном составе посещает консультативный центр, а объем применения организованной семейной терапии с каждым годом растет.

## **§ 5. Социальная работа с неполными семьями за рубежом**

Социальная политика большинства европейских стран предусматривает оказание одиноким родителям значительной помощи со стороны государства. Зарубежные специалисты используют четыре основные стратегии социальной помощи неполным семьям:

- **стратегия помощи малообеспеченным.** В Великобритании, например, множество одиноких родителей получают материальную помощь в рамках программы «Поддержка дохода». Они получают пособие на детей, бесплатно пользуются услугами государственного здравоохранения и имеют преимущество при получении государственного жилья. При этом одинокая мать может находиться в отпуске по уходу за ребенком до достижения им 16-летнего возраста;
- **стратегия социальной помощи одиноким родителям.** Например, в Норвегии одиноким матерям предоставляется специальная материальная помощь, чтобы они могли находиться в отпуске по уходу за ребенком до достижения 10-летнего возраста; они получают специальное пособие для одиноких родителей, детские пособия, пособие на оплату жилья, бесплатную медицинскую помощь, различные льготы в налогообложении. После достижения ребенком 10-летнего возраста материальные выплаты заканчиваются и женщины вынуждены выходить на работу;
- **стратегия, ориентированная на поддержку всех семей с детьми.** В рамках этой стратегии неполным семьям может оказываться дополнительная помощь, но основную помощь они получают за счет активной социальной поддержки семьи. Типичным примером является Франция, где все семьи получают семейное пособие, пособие на оплату жилья, на детей, оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком. При этом должное внимание уделяется всем семьям с несовершеннолетними детьми;

- **стратегия, ориентированная на успешное сочетание одинокими родителями родительской и профессиональной ролей.** Такая политика осуществляется в Швеции. Одинокие матери получают специальные пособия, которые предназначены лишь для детей. При этом государство обеспечивает не только рабочие места, но и временные выплаты в период переобучения или приобретения специальности, необходимой матери для получения нужной работы. Работающие родители имеют широкий выбор различных форм внесемейного ухода за детьми, могут использовать годичный отпуск по уходу за ребенком, им предоставляются все необходимые выходные и т.д. Любой из родителей может в любое время использовать оплачиваемый годичный отпуск по уходу за ребенком; рабочий день родителя, имеющего ребенка дошкольного возраста, сокращается на несколько часов. Выдают пособия на ребенка и на жилье.

### **Вопросы и задания**

1. Каковы причины формирования неполных семей?
2. Раскройте типичные проблемы неполных семей в современной России.
3. Государственная политика по оказанию помощи неполным семьям.
4. Государственные службы, оказывающие помощь неполной семье в решении ее проблем.
5. В чем заключается взаимодействие специалиста социальной работы и семьи как социальной и психолого-педагогической системы?
6. Какова социальная работа с неполными семьями за рубежом?

### **Литература**

1. Абрамова Н.П. Воспроизводство населения Московской области за 2005 год: Статистический сборник. — М.: Роскомстат, 2006.
2. Андреева Т.В. Семейная психология. — М., 2004.
3. Антонов А.И. Микросоциология семьи. — М.: ИНФРА-М, 2005.
4. Викторов О.Н., Николаева Я.Г. Неполная семья и воспитание. — М., 2002.
5. Дементьева И.Ф. Негативные факторы воспитания детей в неполной семье // СОЦИС. — 2001. — № 11.

6. Демидов А.М. Особенности жизнедеятельности неполных семей // Семья и социальная структура. — М., 2003.
7. Лунякова Л.Г. О современном уровне жизни семей одиноких матерей // СОЦИС. — 2001. — № 8.
8. Пархомович В.Б. Психолого-педагогическое сопровождение родителей, имеющих детей с отклонениями в развитии // Дефекталоги́я. — 2003. — № 5.
9. Циткилов П.Я. Семейведение. — Новочеркасск; Ростов н/Д, 2002.
10. Черняк Е.М. Социология семьи: Учебное пособие. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Дашков и К, 2004.

# Глава 9

## СПЕЦИФИКА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МНОГОДЕТНЫМИ СЕМЬЯМИ

### § 1. Характеристика многодетной семьи

Семья во все времена постоянно находилась в центре внимания всего общества, поскольку представляет собой систему социального функционирования человека, один из основных институтов общества. Аксиоматичным определением «Семья — ячейка общества» обозначены роль и место семьи в обществе, неразрывная связь процессов, происходящих в обществе и его социальном институте — семье.

Состояние социальной защиты семей с детьми показывает отношение государства к институту семьи, степень его ответственности за воспроизводство населения, готовность поддержать семьи с детьми.

Средняя величина семьи за последние три десятилетия в России сократилась и составила 3,2 человека в городах и 3,3 человека — в сельской местности. В России сейчас преобладают простые нуклеарные семьи — 67% (супруги с одним или двумя детьми либо бездетные), растет доля неполных семей — 13%, состоящих только из матери (отца) и детей (одного ребенка, реже — двух). Сложных семей, включающих две супружеские пары или более (семьи родителей и семьи детей), в России всего 3,4%<sup>1</sup>.

В настоящее время в России насчитывается более 3 млн многодетных семей — 7,5% от общего числа семей.

В Московской области в 2004 г. проживали около 800 тыс. семей с детьми, 10% из них — многодетные. Большинство таких семей имеют 3–4 детей, а менее 1% — 6 детей и более.

Большинство современных многодетных семей проживают в городе — 52%, а 48% — в сельской местности.

При этом, если 7,5% всех семей России имеют троих детей и более в возрасте до 18 лет, то в городах таких семей насчитывается 4,1%, а в селах — 10,6%.

Среди городских детей каждый седьмой (14,4%) воспитывается в многодетной семье, среди сельских — более трети (36%). Более

<sup>1</sup> См.: Основы социальной работы: Учебник / Под ред. П.Д. Павленка.

половины всех членов многодетных семей — это дети до 18 лет, т.е. 20,5% общего числа детей до 18 лет, живущих в семьях<sup>1</sup>.

Преобладание среди населения крупных городов европейской части России малодетных семей, которые становятся определенным образцом для молодежи, начинающей семейную жизнь, и которые требуют специального и всестороннего изучения. В результате преобладания малодетных семей произошло смещение понятия «многодетная семья» — сейчас так называют семью с тремя детьми и более, хотя в демографии и социологии принято считать малодетной семью с 1–2 детьми, среднететной — семью с 3–4 детьми, многодетной — семью с 5 детьми и более. Сегодня семья с 5 детьми и более считается «сверхмногодетной», и если многодетность воспринимается общественным сознанием как явление, близкое к норме, то «сверхмногодетность» оценивается в большинстве случаев отрицательно или нейтрально.

При исследовании характеристик, присущих многодетной семье, необходимо назвать **основные типы** этих семей:

- семьи, в которых родители любят детей и хотели бы их иметь. Для таких семей дети являются самостоятельной и первоочередной ценностью. Родители делают все от них зависящее, чтобы их детям жилось хорошо;
- семьи, в которых родители не стремились иметь нескольких детей. Рождение третьего и последующих детей может быть следствием отсутствия планирования семьи, рождения двойни или тройни, невозможности прервать беременность по медицинским показателям;
- семьи, образовавшиеся в результате слияния двух неполных семей с детьми. Для большинства таких семей адаптация к «вынужденной» многодетности — трудный и длительный процесс, но затем, как правило, семья стабилизируется;
- семьи, в которых рождение большого числа детей можно считать проявлением неблагополучия. В таких семьях рождение еще одного ребенка обуславливается либо желанием получить право на разного рода пособия, льготы и блага, либо психологическим самоутверждением в случае повторного или неудачного брака. При этом после рождения ребенка такие родители считают свою миссию выполненной и не задумываются о том, что его надо вырастить и воспитать. Этот тип семьи является источником множества отклонений, что способствует форми-

---

<sup>1</sup> РИА «Новости» 16.12.2004.- Центр электронных СМИ М.О.

рованию негативного общественного мнения, оценивающего семью с несколькими детьми как отрицательное явление.

Многодетные семьи можно типологизировать и по признаку их социальной активности:

- первый тип — супруги, обладающие следующими характеристиками: молодые неопытные родители, социально не адаптированные, нервные, не имеющие поддержки со стороны своих родителей, либо, наоборот, избалованные, безответственные;
- второй тип — семьи работающие, имеющие крепкую материальную базу, спаянные, но избегающие внешних контактов. Проявляют общественную активность только в случае сильной материальной, деловой заинтересованности;
- третий тип — социально очень активные семьи, зачинщики социальных инициатив. Являются ходатаями для многих семей в различных инстанциях, охотно делятся как социальным, так и педагогическим опытом.

Таким образом многодетная семья далеко не однородна. В силу взаимодействия, спаянности, многообразия контактов между ее членами такая семья становится более самостоятельной, автономной ячейкой общества. Однако, как и всем другим типам семей, многодетным семьям присущи проблемы.

## § 2. Проблемы многодетных семей в России

Главная проблема многодетных семей — *материальная*. Существует тесная взаимосвязь между числом проживающих в семье детей и доходами, приходящимися на каждого члена семьи. В семьях, состоящих из шести человек и более, совокупный доход, приходящийся на каждого члена, в 2,2–2,8 раза ниже, чем в семьях из двух человек, и в 1,8–2,1 раза ниже, чем в семьях из трех человек. В 2004 г. средний душевой доход в многодетной семье с тремя детьми составил 56% от прожиточного минимума, а с четырьмя и более детьми — 34%. В том же году к малоимущим относились 75,6% супругов с тремя и более детьми, 40,3% из них находились в крайней бедности<sup>1</sup>.

Другой проблемой многодетных семей является *жилищная*. Эта проблема очень остра, и прогресс в обеспечении жильем крайне незначителен. Особенно это сказывается на многодетных семьях, и в первую очередь молодых, которые часто вообще не имеют жилья и вынуждены арендовать его. Семья обычно растет быстрее,

<sup>1</sup> ИНТЕРФАКС 15.12.2004. — Центр электронных СМИ М.О.

чем возможности обеспечения ее жильем. При этом жилищные условия оказывают как прямое, так и косвенное влияние на развитие ребенка. Первое заключается в том, что в период, когда ребенок становится более подвижным и начинает осваивать жизненное пространство, стесненные жилищные условия вынуждают его к пассивности, что мешает процессу самопознания и развитию индивидуальности ребенка. Косвенное влияние состоит в том, что внутрисемейные отношения в ограниченных жилищных условиях более конфликтны, поскольку члены семьи сильнее подвержены взаимному эмоциональному воздействию, что вызывает у ребенка тревогу, психологический дискомфорт. Кроме того, жилищные условия в значительной мере определяют и здоровье детей. По некоторым данным, в среднем в Москве живут в одной комнате с родителями 8–9% подростков 14–16 лет из семей с 5 детьми и более и 17–25% подростков из семей с 1–3 детьми. Собственную комнату имеют 23% девочек и 28% мальчиков из тех же многодетных семей<sup>1</sup>.

В России практически не строят квартир специально для многодетных семей, им порой предоставляются 3–4-комнатные квартиры. Эта жилплощадь не столь велика для такой многочисленной семьи, но и она воспринимается как большое благо.

Важной проблемой многодетной семьи являются ее *отношения с социальной средой*.

Многодетные семьи довольно часто ощущают дискомфорт при контакте с средой предпочитают создавать свой круг общения, отличный от обычной семьи. Это выражается в довольно широком распространении специальных общественных организаций, клубов, объединений. Дети из многодетных семей чаще предпочитают оставаться дома, чем их сверстники из малодетных семей. Довольно сложным является общение многодетных (особенно женщин) с коллегами: только 25% женщин полагают, что коллеги относятся к ним хорошо, более 30% оценивают это отношение как безразличное, а 14% — как отрицательное. Для мужчин эти цифры составляют соответственно 42, 28 и 7%<sup>2</sup>.

Большинство проблем многодетной семьи являются следствием их тяжелого материального положения. Это в первую очередь касается *проблем здоровья*. В многодетных семьях дети болеют значительно чаще, чем дети из других семей: во-первых, эти семьи об-

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> См.: Ачильдиева Е.Ф., Синельникова А.Б. Многодетная семья в современной России. — М., 2001. — С. 103.

ладают значительно меньшими материальными средствами для ухода за детьми; во-вторых, значительно меньше у них и физических возможностей, так как заболевшему ребенку не уделяется достаточного внимания из-за наличия в семье других детей; в-третьих, в многодетных семьях дети находятся в худших жилищных условиях, что приводит к скученности, вследствие чего один ребенок может заразить другого. Статистика показывает, что в 2004 г. уровень младенческой смертности (детей в возрасте до 1 года) составил 17% на 1000 родившихся; 61% женщин, потерявших ребенка в возрасте до 1 года, в качестве одной из важнейших причин его смерти назвали плохие жилищные условия<sup>1</sup>.

Таким образом, очевидно, что здоровье детей в многодетных семьях несколько ниже средних показателей; одновременно более высока вероятность приобретения детьми вредных привычек (курение, алкоголь).

Многие многодетные семьи часто сталкиваются с проблемами **в сфере образования**. В таких семьях меньше условий и возможностей для обучения, отсутствуют высокие доходы, которые дают возможность для воспитания и образования детей. Возможности их духовного и культурного развития значительно ограничиваются, дети оказываются не подготовленными к поступлению в школу, плохо учатся, зачастую оказываются без присмотра и дома, и в школе, подвергаются влиянию улицы. Указанные семьи нередко бывают «поставщиками» детей с асоциальным поведением. Именно они должны стать первоочередным объектом деятельности социального работника.

Важной и очень сложной проблемой многодетных семей является **проблема взаимоотношений** детей друг с другом, детей с родителями, с бабушками и дедушками, родителей между собой.

Дети в многодетной семье, как правило, находятся под более жестким контролем со стороны не только родителей, но и бабушек, дедушек, старших братьев и сестер. Вследствие этого такие дети обладают меньшей свободой в принятии решений, в своих действиях, поведении как в семье, так и вне ее, в результате чего они становятся скованными, закомплексованными. Кроме того, дети в таких семьях находятся в неравном положении в зависимости от возраста: более старшие обязаны помогать родителям по хозяйству, в воспитании младших братьев или сестер. У них может возникнуть ощущение того, что взрослые перекалывают на них слишком мно-

---

<sup>1</sup> РИА «Новости» 16.12.2004. — Центр электронных СМИ М.О.

го своих обязанностей, постоянно заставляя их отказываться от чего-либо в пользу младших. Все это ухудшает отношения между детьми разных возрастов.

Что касается взаимоотношений родителей, то существует мнение о том, что увеличение числа детей в семье положительно сказывается на ее развитии как группы единомышленников и, напротив, отсутствие или малое число детей иногда нарушает прочность брака. Статистика свидетельствует, что семьи, имеющие несколько детей, распадаются намного реже, чем семьи с одним ребенком.

Проблема многодетного отца или матери чаще всего обусловлена их загруженностью. Выполняя бесконечную работу по дому, уход за всеми членами семьи, им приходится еще работать на обычной работе, чтобы обеспечить семью материальными благами, что может повлиять на внутрисемейные отношения.

Особую остроту в многодетной семье приобретает проблема **воспитания**. Важное значение здесь имеют морально-психологическая атмосфера в семье, уровень культуры и образования родителей, их социальное и экономическое положение, круг интересов. Однако далеко не каждая семья может дать ребенку необходимое воспитание. Это подтверждается тем фактом, что среди 17-летних доля лиц, не имевших начального образования, составляла 0,6%, имевших начальное образование — 1,6%<sup>1</sup>. Данная проблема обостряется еще и отсутствием у большинства родителей специальных знаний или каких-либо навыков в области воспитания.

Многодетная семья, так же как и другие семьи, вынуждена решать проблему **правового** или **юридического характера**. Обращает на себя внимание тот факт, что значительное число многодетных семей не знают о том, что по закону имеют право на получение тех или иных льгот, пособий, различного рода выплат, а если и знают, то не представляют, какие документы предоставить, чтобы реализовать это право.

Существует и **культурно-досуговая** проблема. В стране практически отсутствуют дома отдыха, пансионаты семейного типа; эта сфера все в большей степени ориентируется на платные блага и услуги, что сразу сказывается на малообеспеченных семьях, к которым относятся и многодетные.

Все перечисленные проблемы так или иначе сказываются на функционировании, развитии и жизнеспособности современных

---

<sup>1</sup> Официальный сайт Министерства образования и науки РФ. 2006.

многодетных семей. К сожалению, в настоящее время такая семья не в состоянии самостоятельно решать проблемы такого характера. Вот почему многодетная семья является одним из главных объектов социальной работы.

### **§ 3. Практика социальной работы с многодетными семьями**

Каждая многодетная семья, независимо от степени ее благополучия, нуждается в помощи и внимании со стороны государства и общества. Перечислим различные учреждения и службы, оказывающие практическую помощь многодетным семьям.

Основную роль, конечно, играют *местные социальные службы*, поскольку именно они способны войти в контакт с каждой семьей и каждым отдельным ее членом и получить достоверную информацию об их нуждах и потребностях.

*Учреждения здравоохранения* оказывают практическую помощь не реже, чем местные социальные службы. Именно в многодетных семьях возникает потребность в семейном докторе, особенно терапевте и психологе, так как именно они могут предотвратить многие болезни, а также связанные с ними проблемы детей и родителей.

Практическую помощь многодетной семье оказывают и различные *детские и юношеские организации*, которые организуют досуг и отдых детей из многодетных семей.

*Центры занятости населения* так же содействуют многодетным семьям, в первую очередь принимая меры по трудоустройству многодетных родителей и предоставляя их детям возможность работать по несколько часов в период учебы или во время летних каникул.

Итак, как уже было сказано, основную поддержку многодетной семье оказывают местные социальные службы. Принимая во внимание многогранность и сложность проблем многодетной семьи, социальная работа с такой семьей ведется по нескольким направлениям.

*Первое:* привлечение различных организаций и служб (социальных, правоохранительных, юридических, здравоохранения, образования), а также местных органов власти и общественных организаций, которые способны помочь многодетной семье. Эта помощь осуществляется только на основе знания нужд и потребностей семьи.

При этом социальный работник действует в тесной связи и с другими службами, занимающимися помощью многодетным семьям, включая благотворительные организации и фонды.

*Второе:* непосредственная помощь социального работника многодетной семье.

Практическая деятельность социального работника включает в себя следующие виды работ:

1) выявление и учет многодетных семей, включая составление характеристики семьи в социальном, экономическом, психологическом и других аспектах:

- количество членов семьи, их пол, возраст;
- материальное положение семьи;
- жилищные условия;
- взаимоотношения в семье;
- состояние здоровья;
- уровень образования;
- наличие асоциального поведения у членов семьи;
- круг интересов семьи;

2) определение с помощью различных источников (в том числе самой семьи) основных проблем и трудностей семьи;

3) установление основных направлений оказания помощи в зависимости от нужд и потребностей семьи в целом и каждого ее члена. Эти направления соответствуют главным образом проблемам многодетной семьи (доходы, питание, здоровье, образование и воспитание, взаимоотношения, жилищные условия, отношения с социальной средой, защита прав многодетной семьи, проведение досуга);

4) осуществление конкретной деятельности по оказанию семье различных видов помощи:

- непосредственная помощь семье в получении различных пособий и льгот, т.е. предоставление информации о пособиях и социальных льготах, действующих для многодетных семей, и порядке их получения;
- помощь семье в обеспечении и повышении ее экономической самостоятельности, например, помощь в получении кредитов членами многодетной семьи, решившими организовать или уже создавшими семейное промышленное или торговое предприятие;
- помощь родителям в выполнении и осуществлении ими воспитательных функций. Пример родителей является эффективным средством воздействия, дети подражают им во всем, часто даже бессознательно. Поэтому очень важно помочь родителям стать настоящими воспитателями, ответственными за ребенка, оказать им помощь в решении конкретных ситуаций. Социальный

работник может помочь родителям в воспитании детей, организовав для них соответствующие курсы, лекции и практическое обучение;

- психологическая помощь родителям и детям с точки зрения адаптации к различного рода конфликтным ситуациям, возникающим в семье, сложностям постоянного пребывания «на публике»;
- помощь детям из многодетных семей. Особенное внимание обращается на предупреждение различных форм насилия и издевательства над детьми. В этих случаях социальный работник обращается за помощью к правоохранительным органам и службам психического здоровья.

Социальный работник ведет учет указанных семей, используя различные источники информации (школа, соседи, друзья и т.д.).

Особое внимание уделяется социальной работе с асоциальными многодетными семьями, доля которых составляет 12–17% (семьи с одним или несколькими факторами риска).

Здесь выполняется следующая социальная работа:

- выявление асоциальных семей;
- установление контакта с органами внутренних дел для решения вопроса принудительного лечения лиц, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками, токсическими веществами, для принятия по отношению к ним мер воздействия;
- устройство детей в случае необходимости (при асоциальном поведении родителей) в дома ребенка, детские дома, интернаты;
- наблюдение за здоровьем членов многодетной семьи; помощь в устройстве детей-инвалидов в специализированные дома и школы, приобретении для них необходимых технических средств;
- периодическая проверка предоставления многодетным семьям различных установленных видов помощи (своевременного получения пособий, выделения натуральной помощи и др.), проверка полноты объема этой помощи и ее эффективности, контроль за соблюдением при этом законных прав клиентов.

Таким образом, можно сделать вывод, что социальная работа с многодетными семьями осуществляется различными учреждениями и службами. При этом главную роль здесь играет все же социальный работник, который выполняет основную работу по оказанию семьям различных видов помощи и услуг. Данная работа включает в себя весь спектр услуг, необходимых для поддержания жизнеспособности таких семей, и ведется по нескольким направлениям — от

привлечения различных организаций и учреждений, способных помочь семье, до конкретной, личной помощи социального работника.

#### **§ 4. Зарубежный опыт социальной работы с многодетными семьями**

Изучение международного социального опыта объединяет практику большинства стран в единое целое.

Во Франции социальная работа направлена на поддержку всех семей с детьми, но деторождение всячески стимулируется. Продолжительность отпуска по беременности и родам работающим женщинам при рождении третьего и каждого последующего ребенка увеличивается с 112 до 182 дней. Трудящаяся мать имеет право на сокращение рабочего времени и на дополнительную материальную помощь, а матерям-домохозяйкам выплачивают заработную плату в размере 525 евро<sup>1</sup>.

Многодетные семьи получают ежемесячные пособия. Большое внимание уделяется профессиональной консультативной работе, начиная со школы. В медицинских учреждениях оказывается определенная медико-социальная помощь многодетным семьям, медицинские и социальные работники проводят лечебные, реабилитационные и просветительские мероприятия.

С экономической точки зрения страной, где поддержка многодетных семей с целью их социального благополучия наиболее оптимальна, является Швеция.

В этой стране при рождении ребенка родители получают 15 месяцев оплачиваемого отпуска (80% существующей зарплаты). Отпуск может быть использован в любом соотношении отцом и матерью, при этом минимум один месяц специально отводится отцам для более тесного общения с новорожденным.

В случае болезни ребенка до 12 лет родители также пользуются правом на оплачиваемый отпуск (80% зарплаты). Государство оплачивает жилье и все коммунальные платежи многодетных семей с низкими доходами (до 25 000 крон в мес.). Почти все расходы (75%) на детские сады также берут на себя муниципальные органы. Семейное пособие составляет 900 крон в год на каждого ребенка (3,9% от средней заработной платы). Если в семье трое детей, надбавка составляет 1650 крон, если четверо и более — 3300 крон. При том расчеты показывают, что пособие и надбавка на троих детей

<sup>1</sup> См.: *Габрильчук Г.* Почем нынче детки? — М., 2005. — С. 65.

составляет треть средней заработной платы. Законодательство предусматривает распространение права получения пособия по уходу за ребенком (с включением в стаж времени такого отпуска с сохранением места работы) и на других членов семьи — отцов, бабушек, дедушек.

Многодетные семьи получают льготные кредиты и дотации на оплату жилья (48% семей в Швеции живут в отдельных домах, а не в квартирах)<sup>1</sup>.

В США Основные направления оказания помощи многодетным семьям представлены в виде педагогических и психологических услуг, которые оказываются религиозными, общественными организациями, семейными учреждениями и др.

В США происходит обеспечение гарантированного дохода, а также оказание продовольственной, жилищной и медицинской помощи.

Гарантированный государством доход соответствует «черте бедности», он систематически корректируется с учетом уровня инфляции и может быть увеличен за счет бюджетных средств штатов.

Продовольственная помощь осуществляется главным образом путем предоставления продуктовых талонов лицам или семьям, доход которых не превышает 125% от дохода «черты бедности». Талоны предоставляются бесплатно или по сниженным ценам. Другие формы продовольственной помощи детям из многодетных семей — школьные завтраки, школьная форма, натуральные выдачи.

Различным категориям семей (в том числе и многодетным) предоставляются жилищные субсидии, если их доход составляет в среднем 2000 долл. в год на семью<sup>2</sup>.

В США действует ряд программ льготного жилищного кредитования для малоимущих граждан, к которым часто относятся и многодетные семьи. Эти программы действуют на федеральном уровне и реализуются во всех штатах. На практике этим вопросом занимаются два ведомства: Федеральная национальная ипотечная ассоциация (ФНИА) и Федеральная корпорация по жилищному кредитованию. ФНИА с момента своего образования в 1968 г. помогла обзавестись собственным жильем почти 50 млн американских семей. В марте 2000 г. компания приступила к осуществлению

---

<sup>1</sup> См.: Шикова К.П. Семья за рубежом // Социальное образование. — М., 2004. — № 4. — С. 12.

<sup>2</sup> Там же. С. 23.

нового масштабного социально-ориентированного проекта: в течение 10 лет обеспечить жильем дополнительно 18 млн семей.

Итак, несмотря на различие форм, методов, традиций и притворженностей к тем или иным теоретическим и практическим нормам, в большинстве стран мира профессиональная социальная работа представляет собой довольно устойчивую систему связей со всеми социальными институтами общества.

В России, как и во многих других странах мира, институт семьи переживает глубокий кризис. Комплекс острых социальных проблем, связанных с дисфункцией института семьи, настолько сложен и серьезен, что представляет угрозу обществу.

Отсутствие продуманной государственной политики социальной защиты семьи и детей приводит к нежеланию населения иметь детей. Родители должны чувствовать поддержку со стороны государства и общества.

Необходимо формировать общественное мнение в поддержку многодетных семей, реформировать систему социальной защиты, создавать социально-демографические программы, направленные на повышение рождаемости.

В Послании Президента России Федеральному Собранию от 10.05.2006 г. центральное место занимает «программа стимулирования рождаемости, а именно: меры поддержки молодых семей, поддержки женщин, принимающих решение родить и поднять на ноги ребенка»<sup>1</sup>.

Стимулирование рождаемости должно включать целый комплекс мер административной, финансовой, социальной поддержки молодой семьи, но особое внимание необходимо уделить материальному обеспечению. Было предложено:

- повысить размер пособий по уходу за детьми (на первого — с 700 руб. до 1,5 тыс. руб.; на второго — до 3 тыс. руб. ежемесячно);
- ввести компенсацию затрат на детское дошкольное воспитание;
- увеличить в два раза выплаты на содержание ребенка в семье опекуна и приемной семье до уровня не ниже 4 тыс. руб. ежемесячно;
- установить единовременное пособие при всех формах устройства детей, лишенных родительского попечения в размере 8 тыс. руб.;

<sup>1</sup> См.: Послание Президента России Федеральному Собранию// Комсомольская правда, 11 мая 2006 г.

- увеличить стоимость родовых сертификатов в женских консультациях с 2 до 3 тыс. руб., а стоимость сертификата в родильном доме — с 5 до 7 тыс. руб.;
- предоставить в распоряжение женщины, принявшей решение родить второго ребенка, первичный базовый капитал, который реально бы повысил ее социальный статус, мог бы решить будущие проблемы и которым она могла бы распорядиться следующим образом: решать жилищный вопрос, вложив капитал в приобретение жилья с использованием ипотеки или других форм кредитования, или направить эти средства на образование детей, или вложить деньги в накопительную часть своей пенсии.

По мнению экспертов, размер таких государственных обязательств в денежном выражении не может быть меньше 250 тыс. руб.

Этот механизм рассчитан на срок не менее 10 лет. Можно ожидать, что осуществление данной программы даст положительные результаты в области повышения рождаемости и защиты прав и интересов молодых семей и женщин, принявших решение о рождении детей.

### **Вопросы и задания**

1. Охарактеризуйте современную многодетную семью, раскройте ее специфические особенности.
2. Какие существуют разновидности многодетной семьи?
3. Перечислите и раскройте проблемы многодетных семей в России.
4. Какова практика социальной работы с многодетными семьями в России?
5. Зарубежный опыт оказания социальной помощи многодетным семьям.

### **Литература**

1. Бреева Е.Б. Программа социальной работы с многодетными семьями. — М., 1992.
2. Демина И.С. Личностные факторы формирования и жизнедеятельность многодетной семьи // Психология и экономика. — Калуга, 2000. Т. 1.
3. Карцева Л.В. Модель семьи в условиях трансформации российского общества. — Казань: Школа, 2003.
4. Кузнецова Н.В. Совершенствование социальной работы с семьей и детьми // Социальная работа: теория и практика: Учебное

пособие / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. — М.:ИНФРА-М, 2002.

5. Митрикас А. Семья как ценность: состояние и перспективы изменения ценностного выбора в странах Европы // Социологические исследования. — 2004. — № 3.

6. Мясникова Н.Ю. Образ жизни многодетных семей: Сборник «Образ жизни различных групп населения, находящихся в трудной жизненной ситуации: Материалы международной научно-практической конференции, 7–8 апреля 2005 г.». — М.: ГОУВПО «МГУС», 2005.

7. Николаев М.Е. Вечная ценность семьи. — М.: Антиквар, 2006.

8. Основы социальной работы: Учебник. 3-е изд., перераб. и доп. / Отв. ред. П.Д. Павленок. — М.: ИНФРА-М, 2006.

# Глава 10

## СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ МИКРОКЛИМАТОМ, КОНФЛИКТНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ, ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ РОДИТЕЛЕЙ

### § 1. Причины возникновения социальных проблем в семье

К указанному типу семей могут относиться семьи, различные по составу, возрасту, благосостоянию, социальному положению и т.д. Среди них могут быть неполные, многодетные, девиантные, студенческие, семьи, имеющие в составе инвалида, семьи с малолетними детьми и т.д.

Проблемы, с которыми сталкиваются такие семьи и из-за которых у них возникают конфликты, очень разнообразны: жилищные и материальные проблемы, безработица, состояние здоровья кого-либо из членов семьи (как физического, так и психического), проблемы взаимоотношений между супругами и с родительскими семьями, проблемы, связанные с детьми (их рождением, воспитанием и т.д.), алкоголизм, семейное насилие и т.д.

Одной из важных является проблема *неподготовленности к браку* ни своими родителями, ни обществом, а так как дети в основном рождаются у молодых родителей, то супруги испытывают большие трудности, конфликты, в семье складывается неблагоприятный психологический климат. Некоторые родители не знают, как воспитывать своих детей, многие к этому не готовы, а другие этого не желают в силу своего отношения к детям или к жизни (девиантные семьи).

*Социально-экономические проблемы* тоже зачастую оказывают большое влияние на психологический климат семьи.

Особенностями современного экономического положения неблагоприятных семей являются:

- снижение уровня среднедушевого дохода;

- увеличение среди малообеспеченных семей доли семей с детьми;
- рост дифференциации доходов разных социальных групп населения;
- падение уровня жизни;
- резкое снижение рождаемости;
- высокий уровень разводов и рождения детей вне брака;
- рост числа семей с отрицательным психологическим климатом;
- рост числа семей с педагогической несостоятельностью родителей.

К *социально-психологическим проблемам* можно отнести жестокость, агрессию, грубость, чрезмерную конфликтность, ревность, супружескую неверность, эгоизм, жадность, неуравновешенность характеров супругов или одного из них, чрезмерную замкнутость, непонимание и др.

Большое влияние на нарушение психологического микроклимата семьи оказывают *медицинские проблемы*: хронические заболевания, венерические заболевания, психические и сексуальные отклонения, импотенция, фригидность, инвалидность, бесплодие.

Изучение проблем конфликтности в семье в зависимости от ее социального положения стало причиной социально-демографического обследования 900 семей с детьми, проведенного в 2004 г. сотрудниками службы медико-психологической помощи «Телефон доверия» в рамках семейного консультирования.

Респондентами были лица (70% — женщины), обратившиеся в телефонную семейную консультацию по поводу проблем и конфликтов разной степени сложности, возникших с супругом и (или) ребенком.

Основную массу респондентов составили государственные служащие и рабочие, вторую группу — предприниматели, третью — специалисты частных и коммерческих структур, причем преобладание первой группы над второй и третьей было незначительным; четвертую группу (10%) составили безработные. Угрозу безработицы испытывали и многие представители первой группы; больше половины респондентов первой группы выразили желание перейти на работу в коммерческие структуры.

Немногочисленная (4,9%) категория надомников (это пятая группа) включала в себя приблизительно одинаковое количество инвалидов и многодетных, т.е. людей, которых особые обстоятельства вынудили избрать такой образ жизни.

Проблемы супругов можно разделить с учетом социальной принадлежности последних, что свидетельствует о наличии некоторых явных тенденций.

Так, особенно высок уровень межличностной конфликтности у государственных служащих и безработных, что, вероятно, объясняется повышенной невротизацией, неуверенностью в завтрашнем дне, дезадаптированностью. Наличие большого числа проблем сексуального характера во второй группе, как правило, связано с тем, что в этой группе много молодежи, которая придает интимным отношениям большое значение.

Интересно, что во второй группе практически отсутствуют конфликты молодой семьи и родителей (совместно с родителями проживают 75% представителей этой группы), а вот в первой группе совместное проживание с родителями нередко является источником конфликтности.

У 2/3 респондентов из группы предпринимателей всегда были хорошие отношения с родителями; у 20% улучшение отношений с ними прямо связано с увеличением дохода, материального положения. Каждый пятый связан с родителями деловыми связями<sup>1</sup>.

## **§ 2. Педагогическая несостоятельность родителей. Семейное воспитание**

Проблема педагогической несостоятельности родителей является очень актуальной, так как все большее количество молодых родителей оказывается неподготовленным к этой ответственной роли.

Причины этого явления разные: молодой возраст родителей, нежеланный ребенок, психологические отклонения родителей, нервозность, завышенные требования или чрезмерная опека, девиантное поведение родителей, нежелание преодолевать трудности воспитания ребенка, стремление сохранить свободу и т.д.

*Семейное воспитание* — это система воспитания и образования, складывающаяся в условиях конкретной семьи силами родителей и родственников.

Можно выделить следующие задачи семьи:

- создать максимальные условия для роста и развития ребенка;
- стать социально-экономической и психологической защитой ребенка;

---

<sup>1</sup> См.: *Петрынин А.Г., Цилюйко Р.М.* Социально-педагогическая реабилитация неблагополучия семей. — М., 2005. — С. 35.

- передать опыт создания и сохранения семьи;
- научить детей полезным прикладным навыкам и умениям, направленным на самообслуживание и помощь близким;
- воспитать чувство собственного достоинства, ценности собственного «я».
- Необходимо отметить, что неблагополучными могут считаться и социально адаптированные семьи. Рассмотрим основные типы неправильного воспитания и их влияние на ребенка:
- воспитание ребенка *«по типу Золушки»*, т.е. явное или скрытое эмоциональное отвержение ребенка. В такой семье ребенка не любят, и дети реагируют по-разному на эту нелюбовь: одни замыкаются в себе, другие, наоборот, стараются обратить на себя внимание родителей, вызвать у них жалость к себе; некоторые дети пытаются во всем угождать родителям, чтобы хоть как-то заслужить их одобрение, или, наоборот, ожесточаются и начинают мстить родителям за такое отношение к ним;
- *гиперопека* или *гиперпротекция*, которая также может быть как явной, так и скрытой. Ребенка стараются защитить от всех возможных и невозможных трудностей и опасностей современной жизни, в связи с чем он, как правило, лишен возможности хоть как-то проявить свою самостоятельность и вырастает безответственным, несамостоятельным и инфантильным;
- *недостаток опеки со стороны родителей*. Ребенком никто не занимается, его интересы в семье учитываются в последнюю очередь, хотя нельзя сказать, что его не любят, просто родителям не до него, поскольку у них свои проблемы. Ребенок растет независимым и самостоятельным, но часто чувствует себя никому не нужным, всеми покинутым;
- *излишняя суровость*. В этих семьях детей стараются воспитывать в строгости, считая, что ласка и нежность только портят ребенка;
- *отсутствие единогласия в вопросах воспитания*. Зачастую родители придерживаются одних принципов воспитания, а бабушки и дедушки — других, при этом старшее поколение в присутствии ребенка позволяют себе критические высказывания в адрес родителей по поводу методов воспитания, используемых ими. У детей из таких семей часто отмечаются неврозы и другие нарушения психики.

Наиболее благоприятный вариант взаимоотношений родителей с детьми — потребность во взаимном общении, откровенность, взаимное доверие, равенство во взаимоотношениях, стремление родителей понять мир ребенка, его возрастные запросы, исполь-

звать не приказной тон, а умение слушать и слышать друг друга, поиск совместных решений.

Существует вариант взаимоотношений, когда родители хотят понять интересы детей и дети делятся с ними своими секретами, но родители, не обладая чуткостью и тактом, недостаточно бережно относятся к этим секретам.

Часто родители хотят вникнуть в жизнь детей, но дети противятся этому, потому что родители навязывают свои критические замечания.

Не редкостью является и такой вариант взаимоотношений, когда родители чрезмерно заняты собой, работой или собственными конфликтами, не оставляя времени на общение с детьми, что порождает у детей чувство обиды и одиночества.

Конфликты между родителями и детьми могут возникать и по причинам обоюдной неправоты. Педагогическая несостоятельность родителей, жестокость, варварские методы воспитания либо чрезмерная избалованность детей может приводить к взаимному отчуждению, враждебности.

Существуют *следующие нарушения поведения ребенка в семье*:

- реакция отказа (от игр, пищи и т.д.);
- реакция оппозиции (не выполняет требования, когда заставляют заниматься чем-то нелюбимым);
- непомерное подражание кому-либо (проблемы возникают, если кумир является отрицательным субъектом);
- реакция компенсации (ребенок старается устранить или прикрыть какие-то свои слабости);
- реакция эмансипации в подростковом возрасте (желание вырваться из-под опеки родителей, учителей);
- реакция группирования (со сверстниками);
- реакция увлечения (хобби);
- реакция гиперсексуальности (повышенный интерес к другому полу, ранняя половая жизнь).

Если родители не готовы к закономерным детским и подростковым реакциям и воспринимают их с негодованием, то конфликт неизбежен.

Исследователи утверждают, что современные молодые родители не умеют воспитывать детей. Основные *причины* этого:

- малодетность во многих поколениях, что приводит к отсутствию практических навыков по уходу за своими братьями, сестрами и их воспитанию и, как следствие, — навыков по уходу за своими детьми;

- жизнь отдельно от родителей, что лишает молодых людей пользоваться советами старших в вопросах воспитания детей;
- утрата традиций народной педагогики;
- анонимность общения детей и взрослых (ранее было стыдно иметь невоспитанных детей, так как все их знали);
- возрастающие социально-экономические трудности, чрезмерная занятость, что повышает конфликтность в семье и ухудшает семейные отношения и воспитание.

Дисгармоничная семья является фактором риска для неблагоприятного развития личности ребенка. Выделяют два варианта семей, где отмечается психическое неблагополучие: семьи, где один из членов страдает нервно-психическим расстройством или химической зависимостью; собственно дисгармоничные семьи, в которых основной проблемой являются отношения между членами семьи. В литературе выделяют различные типы дисгармоничных семей: собственно дисгармоничная, распадающаяся и распавшаяся, псевдосолидарная, семья-театр, семья-санаторий, семья-крепость, семья-вулкан, семья-маскарад, семьи, в которых практикуется неправильный тип воспитания, трудные семьи, в которых социальная ситуация развития ребенка непредсказуема.

Выделяют следующие **показатели родительского поведения**:

- 1) уровень протекции в процессе воспитания — сколько сил, внимания, времени родители тратят на ребенка;
- 2) степень удовлетворения потребностей подростка — в какой мере деятельность родителей настроена на удовлетворение потребностей подростка;
- 3) количество требований к подростку в семье — обязанности, запреты;
- 4) количество требований или запретов — чрезмерность или недостаточность;
- 5) строгость санкций — чрезмерность, минимальность;
- 6) неустойчивость стиля воспитания — смена воспитательных приемов.

**Причины** неправильного родительского воспитания весьма различны, особый интерес представляют две группы причин:

- 1) отклонение характера самих родителей от нормы;
  - 2) личностные проблемы родителей, решаемые за счет ребенка:
- расширение сферы родительских чувств (гиперпротекция);
  - предпочтение в подростке детских качеств;
  - неуверенность родителей в вопросах воспитания — родитель идет на поводу у подростка;

- фобия утраты ребенка — повышенная неуверенность родителей, боязнь ошибиться;
- незрелость родительских чувств в силу молодости или отвержения самого родителя в детстве;
- проекция на ребенка собственных нежелательных качеств — родитель выделяет в ребенке те качества, которые отмечает у себя, но не признает;
- внесение конфликта между супругами в сферу воспитания — втягивание ребенка в конфликт, противоречивость в вопросах воспитания;
- сдвиг в установках родителей по отношению к подростку в зависимости от его пола — отношение родителя к подростку обуславливается чертами, присущими его полу, а не самому подростку.

Общей для большинства современных российских семей многие ученые считают проблему отчужденности, резкого взаимоотдаления детей и родителей. Причем эта проблема характерна не только для бедных, но и для богатых семей. Причин здесь две: 1) самоустранение родителей, снижение ими функциональных ролей и ориентация на внесемейные интересы; 2) самоустранение детей, когда ребенок «уходит на улицу» или пребывает в состоянии психологического одиночества.

Конечно, педагогическая несостоятельность родителей пагубно отражается на социализации детей. Кроме того, следует помнить о том, что именно в родительской семье у ребенка складываются сценарии поведения практически по всем основным направлениям. В связи с этим очень актуальна задача организации родительского обучения в масштабах всей страны, а также задача подготовки будущих супругов к семейной жизни.

### **§ 3. Методы социальной работы с данной категорией семей**

Педагогически несостоятельная семья, как и конфликтная, не оказывает на детей непосредственно десоциализирующего влияния. Формирование антиобщественных ориентаций у детей в этих семьях происходит потому, что за счет педагогических ошибок, нездоровой морально-психологической атмосферы здесь утрачивается воспитательная роль семьи, которая по степени своего воздействия начинает уступать другим институтам социализации, играющим неблагоприятную роль.

Педагогически несостоятельные, конфликтные семьи оказываются наиболее труднодоступными для выявления причин и неблагоприятных

гоприятных условий, оказывающих негативное воздействие на детей. Чтобы выявить неблагоприятные факторы семейного воспитания в такой семье, необходимо, как правило, длительное и близкое знакомство, установление доверительных отношений и с детьми, и с родителями.

**Принципы работы** с неблагополучными семьями:

1) неиспользование обвинений и упреков, пусть даже вполне заслуженных; вместо этого — социальная защита, создание уверенности в возможности выхода из кризиса;

2) индивидуальный подход: решение конкретных проблем конкретной семьи и ребенка в реальных жизненных условиях и местах их пребывания;

3) постоянный контакт с семьей;

4) доверительные отношения между социальным работником и всеми членами неблагополучной семьи;

5) построение отношений с семьей на деловой основе с применением таких методов, как контракт, план;

6) уважение норм и ценностей членов семьи;

7) ориентация на развитие, основываясь на позитивном потенциале семьи, ее способности к самопомощи;

8) использование широкого спектра методов и подходов в работе специалистов.

**Этапы** работы с неблагополучной семьей:

- знакомство;
- вхождение в семью;
- изучение семьи;
- анализ полученной информации;
- коррекция, восстановление отношений внутри семьи;
- выход из семьи.

**Целью** работы с родителями являются профилактика и коррекция дисгармоничных семейных отношений, а также устранение недостатков семейного воспитания.

Задачи работы с родителями:

- осуществление *информационно-просветительской работы* с целью профилактики дисгармоничных отношений и нарушений в семейном воспитании: разъяснение влияния супружеских отношений и типа семейного воспитания на развитие негативных отклонений в поведении детей; ознакомление родителей с теми формами семейных отношений и семейного воспитания, которые могут привести к негативным отклонениям в поведении детей. Работа может осуществляться как на федеральном, реги-

- ональном уровнях, так и на уровнях отдельных общеобразовательных учреждений. Формами такой работы могут быть лекции, семинары, беседы, тематические родительские собрания с привлечением специалистов и т.д.;
- осуществление *диагностической работы с родителями* с целью диагностики типа семейного воспитания, установок родителей по отношению к детям и своей семье. Результаты не только дают информацию о возможных отклонениях в системе семейного воспитания, но и позволяют выявить область возможных проблем в тех семьях, где дисбаланс еще не наступил, но уже имеются негативные тенденции. Работа может проводиться групповым или индивидуальным методом, при помощи тест-опросников;
  - осуществление *коррекционной работы с семьей* с целью восстановления нормальных взаимоотношений между ее членами и коррекции имеющихся отклонений в семейном воспитании. Формы проведения коррекционной работы весьма разнообразны: групповая семейная психотерапия, индивидуальная психотерапевтическая работа с отдельной семьей или отдельным ее членом, совместная групповая психотерапия детей и родителей.
- Таким образом, работа специалистов по социальной работе с семьей с неблагоприятным психологическим микроклиматом, конфликтными отношениями, педагогической несостоятельностью родителей должна быть ориентирована на реализацию комплекса мер по раннему выявлению и профилактике семейного неблагополучия, конфликтности и включать в себя деятельность по коррекции сложившейся семейной ситуации, созданию условий социальной реабилитации кризисных семей.

### **Вопросы и задания**

1. Каковы причины возникновения социальных проблем в семье?
2. В чем выражается педагогическая несостоятельность родителей?
3. Раскройте понятие и сущность семейного воспитания.
4. Каковы причины неправильного родительского воспитания?
5. Методы социальной работы с семьей с неблагоприятным психологическим микроклиматом, конфликтными отношениями, педагогической несостоятельностью родителей.

## Литература

1. Андреева Т.В. Семейная психология. — М., 2004.
2. Антонов А.И. Микросоциология семьи. — М.: ИНФРА-М, 2005.
3. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи: записки детского психолога. — М., 2005.
4. Ганичева А.Н. Взаимосвязь семейного и общественного воспитания. — М., 2002.
5. Гурко Т.А. Родительство: социологические аспекты. — М., 2003.
6. Дементьева Н.Ф. Развод и дети. — М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2003.
7. Зубкова Т.С. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи: Учеб. пособие / Под ред. Т.С. Зубкова, Н.В. Тимошина. — М.: Академия, 2004.
8. Иванцова А.П. Работа социального педагога с детьми из неблагополучных семей // Воспитание школьников. — 2000. — № 7.
9. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие. — М.: Гардарика, 2005.
10. Митрикас А. Семья как ценность: состояние и перспективы изменения ценностного выбора в странах Европы // Социологические исследования. — 2004. — № 3.
11. Социальная педагогика: Курс лекций: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Под общ. ред. М.А. Галагузовой. — М., 2003.

# **Глава 11**

## **ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В СИТУАЦИИ РАЗВОДА**

### **§ 1. Развод в современном обществе**

Разводы способствуют осознанию человеком как несовершенства семьи, так и ее социальной значимости.

Эволюция данного явления зависит от следующих критериев: 1) количественные масштабы явления в обществе; 2) религиозные установки на возможность расторжения брака; 3) категоричность запрета (допустимость) разводов в законодательстве; 4) особенности реакции социального окружения; 5) наличие (отсутствие) санкций со стороны государства по отношению к разведенным.

В зависимости от категоричности запрета (допустимости) разводов в законодательстве современные страны можно разделить на следующие группы:

1) в которых юридическое расторжение брака невозможно (Ирландия, Аргентина, Колумбия и др.);

2) в которых прекращение брака декларативно допускается, но данный процесс на практике обставлен большим количеством формальных препятствий, что делает его почти неосуществимым;

3) в которых развод допускается при наличии определенных, закреплённых в законе причин (измена, безвестное отсутствие одного из супругов и др.) или при выполнении определенных условий;

4) в которых расторжение брака возможно только при обоюдном согласии супругов;

5) в которых препятствий для развода не существует: брак расторгается по требованию любого из супругов;

6) в которых законы, регламентирующие процесс расторжения брака, отсутствуют (ряд стран Африки и Океании).

Восприятие развода общественным мнением в различные периоды человеческой истории различалось: имело место и однозначно негативное, и лояльное отношение. Характер реакции определяли социокультурные, религиозные, национальные установки конкретной группы, класса, общности. Именно реакция социального окружения главным образом детерминировала мас-

штабы явления: иногда он бывает массовым, а иногда имеют место единичные случаи разводов.

По степени официальности при решении вопроса о расторжении брака в современном мире можно выделить страны (культуры, народы), где расторгнутым признается лишь брак, прекращенный исключительно в судебном порядке; где брак может быть расторгнут в загсе, где брак считается расторгнутым после совершения специальных ритуалов, обрядов.

В современном понимании развод — это способ прекращения брака при жизни супругов путем его юридического расторжения<sup>1</sup>. С юридической точки зрения развод есть «результат установления судом по требованию одного из супругов того факта, что брак нарушен в совокупности своих отношений, расстроен и потерял смысл как для самих супругов и их родителей, так и для общества»<sup>2</sup>.

Высокий уровень разводимости характерен для многих современных государств. Россия занимает 2-е (после США) место в мире по этому показателю, существенно опережая другие страны. В середине 90-х гг. XX в. в стране рост разводимости сменился стабилизацией — около 4,5 развода на 1000 населения, что считается высоким показателем. По итогам I квартала 2004 г. коэффициент разводимости беспрецедентно вырос, составив 5,2 развода на 1000 населения. Примерно 22% мужчин и женщин один раз в жизни прошли процедуру развода, и, судя по статистике загсов, уровень компенсации разводов повторными браками даже у мужчин не превышает 60%. Таким образом, проблемы устойчивости брачно-семейных отношений по-прежнему актуальны для многих российских семей<sup>3</sup>.

## **§ 2 . Причины возникновения супружеских конфликтов**

Исследование семейных проблем, конфликтов, которые становятся причинами разводов, приобретает все большее значение.

---

<sup>1</sup> См.: *Ароне К.* Развод: крах или новая жизнь?: Пер. с англ. — М.: МИРТ, 1999. — С. 214.

<sup>2</sup> *Назимиева О.Н., Сафина Г.А.* Семейное право. — СПб.: Питер, 2007. — С. 72.

<sup>3</sup> См.: *Зубкова Т.С.* Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи: Учебное пособие. — М.: Академия, 2004. — С. 33.

Рост числа разводов может быть обусловлен макро- или микро- социальными факторами, конкретными причинами и мотивами.

Такие глобальные процессы, как урбанизация, миграция из села в город, вовлечение женщин в общественное производство и рост их экономической самостоятельности, изменение форм социального контроля, разрушение религиозной основы брака, ослабление связей между поколениями — это макросоциальные условия разводимости.

К микросоциальным факторам относят особенности функционирования отдельной семьи и ее микросреды, характер внутрисемейных, родственных, дружеских, соседских связей и т.д. Под мотивами и причинами развода понимают субъективные обстоятельства, названные самими разводящимися.

Причины конфликта могут быть разнообразными, но по времени возникновения их можно разделить на две группы: 1) причины, которые существовали до момента создания семьи; 2) причины, возникшие во время брака. Причины первой группы называют факторами риска, так как их наличие до момента создания семьи уже таит в себе опасность будущего развода. К ним относятся: большая разница в возрасте; большая разница в уровне образования, воспитания; склонность к алкоголизму одного из супругов; слишком легкомысленное отношение к браку и семье; слишком ранний возраст вступления в брак; слишком небольшой срок добрачного знакомства; резкое несогласие родителей на брак; брак по принуждению без взаимного согласия.

Причины конфликтов, образующие вторую группу, — это отсутствие общих взглядов и интересов; несходство характеров; супружеская неверность; алкоголизм; грубость и насилие; отсутствие нормальных жилищных и материальных условий; вмешательство родителей в семейные дела супругов и др.

Все эти факторы очень важны и играют большую роль в семейной жизни. Но следует иметь в виду, что анализ мотивов и причин развода осложняется тем, что: а) в их качестве могут выступать любые желания, интересы, влечения, взгляды, ценности; б) в реальном поведении могут проследиваться несколько мотивов и причин; в) процесс мотиваций часто выступает как сеть взаимодействующих связей между различными психологическими феноменами; такая связь подвижна и динамична; г) мотивация тесно связана с положительными и отрицательными чувствами, со структурой жизни человека; д) процесс мотивации связан с отрицательной оценкой конкретной брачной жизни и брачного партнера.

Конфуций признавал, что обоснованным развод может быть только для супругов, проживших в браке не менее пяти лет. В этом есть свой резон: пять лет — достаточный срок для устранения отдельных негативных качеств, которые проявились в начале брака, и достаточно долгий срок для того, чтобы обнаружить скрываемые до этого времени дурные наклонности, не поддающиеся исправлению.

Специалистами было выделено более 40 мотивов разводов, но на самом деле субъективные причины разводов еще более многочисленны.

Решению о разводе предшествует длительный и трудный процесс мотивации, т.е. всестороннего обоснования принятого решения с различных точек зрения. Эта сложная форма поведения условно называется бракоразводной.

Трудности и критические жизненные ситуации вызывают у одного или обоих супругов стресс, кризис различной силы и различной степени психического напряжения. В медицине это называется психотравмирующими факторами. Таким образом, в семье создается сугубо отрицательная психологическая обстановка; в таких условиях ссоры и конфликты между супругами приобретают разрушительный характер.

### **§ 3. Уровни возникновения супружеских конфликтов и стадии развода**

В настоящее время институт семьи переживает трудные времена. Исчезли многие факторы, стабилизирующие семью извне: экономическая и моральная зависимость жены от мужа, юридический, религиозный, моральный запрет или осуждение разводов, отрицательное отношение к разведенным мужчинам и женщинам с детьми и т.д.

В этих условиях определяющее значение для стабильности брака приобретают внутренние факторы, присущие семье. Многочисленные социологические исследования свидетельствуют о том, что основой развода в подавляющем большинстве случаев является конфликт между супругами, достигший такой степени, что разрешить его можно только путем расторжения брака.

Выделяют несколько уровней супружеских взаимоотношений, на которых могут происходить конфликты:

- **психофизиологический уровень:** дисгармония проявляется в нарушении сексуальной жизни. Это явление встречается довольно

часто, однако как основную причину развода его называют немногие;

- **психологический уровень:** в семье создается нездоровый климат, проявляющийся в постоянных ссорах, взаимных придириках, раздражительности;
- **социально-ролевой уровень:** неправильное распределение семейно-бытовой нагрузки, хаотичность семейного уклада;
- **социокультурный (духовный) уровень:** конфликты приобретают форму непонимания супругами друг друга, неуважения, неудовлетворенности общением, неприятия жизненных ценностей.

Юридическое расторжение брака является, как правило, финалом достаточно длительного процесса, проходящего несколько стадий развития. В ходе его распадаются структурные связи, соединяющие супругов.

Первой стадией развода считается разрушение эмоциональных связей, хотя более половины семей живут в состоянии такого **эмоционального развода** достаточно долго, будучи связаны привычками и материальными благами.

Вторая стадия развода — **физический развод**, т.е. прекращение сексуальных отношений между супругами. Эта стадия не обязательно должна следовать за первой, так как интимные отношения, став привычкой, могут совершаться и без эмоциональной близости партнеров. Прекращение интимных отношений часто сопровождается возникновением случайных или постоянных связей на стороне.

Третья стадия развода — **фактический развод**, иногда разъезд. Это прекращение совместного ведения хозяйства, единого бюджета, иногда совместного воспитания детей. Фактическое раздельное проживание зависит от возможностей одного из супругов найти себе другое жилье. Супруги могут долго жить раздельно, находясь в официальном браке, и только важные причины заставят все-таки расторгнуть его (например, желание одного из супругов вступить в новый брак).

Четвертая стадия развода — **юридический развод**, совершаемый в органах записи актов гражданского состояния или в суде.

В любом случае развод — это сильнейшее эмоциональное и психическое потрясение, которое не проходит бесследно. Между тем много супружеских пар прибегают к разводу при первом же столкновении с обычными житейскими трудностями.

#### **§ 4 . Социальные технологии, применяемые в работе с семьями, находящимися в ситуации развода**

Устойчивая тенденция увеличения разведенных семей не позволяет надеяться на быстрое устранение этого явления и вынуждает наряду с мероприятиями по сокращению числа разводов ставить вопрос о необходимости оптимизации процесса адаптации в рамках самой распавшейся семьи, т.е. о профилактике и компенсации деструктивных последствий развода.

Проблемы семей в ситуации развода не могут быть эффективно решены лишь собственными усилиями. Необходима своевременная и комплексная поддержка со стороны различных социальных институтов и служб.

Нейтрализация негативного влияния развода — цель социальной работы с семьями в ситуации развода. Для ее достижения требуется комплексное применение таких социальных технологий, как диагностика, профилактика, адаптация, реабилитация, терапия, коррекция, консультирование, посредничество.

Эффективность мер по решению какой-либо проблемы прежде всего зависит от объективности и точности ее оценки как на момент возникновения, так и в процессе сбора и анализа данных о ней, т.е. многое определяет правильный социальный диагноз. В рамках изучения развода в семье с детьми главной целью диагностики становится определение социальной проблемы клиента и поиск правильных средств для ее разрешения.

Как уже отмечалось, принятые на основе социальной диагностики решения и рекомендации реализуются посредством различных процедур и технологий социальной работы. Одной из таких технологий является социальная профилактика.

**Социальная профилактика**, с одной стороны, предполагает предупреждение самого отрицательного воздействия развода, т.е. снятие внешних причин, которые могут приводить к состоянию психологического напряжения и дискомфорта у всех членов семьи, что особенно актуально в периоды до и во время развода (первичная профилактика); с другой стороны, она означает предупреждение дальнейшего развития возникших в результате распада семьи проблем (вторичная профилактика). Необходимость вторичной профилактики обусловлена уже наличием или проявлением проблем, а значит, и желанием тех, кто проводит профилактическую работу, не дать этим проблемам полностью деформировать личность, не

дать многочисленным негативным последствиям развода разрастись до уровня патологии. Вторичная профилактика осуществляется через своевременную психолого-педагогическую помощь, коррекцию поведения, деятельности и отношений, снятие отрицательного эмоционального состояния у ребенка и других членов семьи и т.д.

Профилактика является одним из основных и перспективных направлений деятельности в социальной работе с семьей, находящейся в ситуации развода. Легче с гораздо меньшими издержками для общества и личности не допустить возможных отклонений в развитии, действиях и поведении всех членов семьи, особенно детей, чем бороться с уже наступившими негативными последствиями.

Огромную роль приобретают знания и умения социального работника в области посредничества. *Социальное посредничество* — это процесс содействия достижению согласия между социальным субъектом и объектом для решения социальных проблем последнего и оказания ему помощи. В связи с этим социальные работники являются своеобразным связующим звеном между семьей и различными государственными и негосударственными учреждениями и социальными институтами, дошкольными учреждениями и школой, органами здравоохранения, правоохранительными службами. С другой стороны, они выступают в роли посредника между супругами, родителями и детьми.

Процесс социального посредничества в разрешении брачно-семейных конфликтов может быть многовариантным, но к основным его формам относятся: а) посредничество в разрешении психологических, педагогических, медико-социальных проблем семьи и отдельных ее членов; б) посредничество в решении социально-правовых, жилищно-бытовых сложностей; в) посредничество в поиске социальных служб и учреждений, способных оказать клиенту необходимую помощь и поддержку.

Подобная работа не может быть качественной без применения такой технологии, как *консультирование*: брачно-семейное консультирование (иначе — терапия семейных отношений) — одна из его разновидностей. В качестве объекта воздействия в рамках брачно-семейного консультирования в настоящее время рассматриваются внутрисемейные отношения (в первую очередь супружеские, а также отношения между родителями и детьми, супругами и их родителями) и взаимодействие семьи с ближайшим социальным окружением. Из этого следует, что в центре внимания в ходе консуль-

тирования должны быть проблемы семьи как целостного образования. Консультирование имеет целью повысить качество внутрисемейного взаимодействия. Его регулирующее воздействие на брачно-семейные отношения связывается, во-первых, с возможностью согласования и упорядочения внутренних и внешних зачастую противоречивых влияний в процессе выработки семейных норм и ценностей, а во-вторых, с помощью семье и ее членам в формировании, коррекции и согласовании личных норм, касающихся брачно-семейных отношений.

В семьях с детьми проводятся социально-психологическое консультирование с целью устранения взаимного непонимания, непродуктивных видов брачно-семейного взаимодействия, конфликтности во взаимоотношениях; социально-правовое консультирование, позволяющее семье осознать и научиться отстаивать свои права во взаимоотношениях с социальной средой; педагогическое консультирование, которое содействует преодолению трудностей в процессе социализации и воспитания ребенка; медико-социальное консультирование, направленное на повышение уровня информированности членов семьи о негативном влиянии развода на здоровье как взрослых, так и детей, о методах его предупреждения и терапии.

Коррекция и терапия — тесно связанные технологические социальные процедуры, применение которых также необходимо на этапе профилактической работы с семьями, находящимися в ситуации развода.

**Коррекционное воздействие** может идти в разных направлениях: *восстановление* предполагает воссоздание тех качеств социального объекта (в данном случае семьи), которые преобладали до появления отклонения; *стимулирование* направлено на активизацию положительных качеств, деятельности социального объекта, формирование определенных ценностных ориентаций, установок отдельных клиентов, создание положительного эмоционального фона, отношений в микросоциуме; *исправление* предполагает замену отрицательных свойств социального объекта на положительные. Центром любого коррекционного воздействия является конкретный клиент социальной службы. Этим объясняется распространение в повседневной практической деятельности психокоррекционных методов, связанных с личностно-ориентированной психотерапией, которая включает в себя разнообразные индивидуальные и групповые средства психологического воздействия. Они направлены на изменение отношения человека к происходящему с

ним и вокруг него, на выработку и развитие терпения, понимания, способности находить положительное во всем.

**Социальная терапия** означает целенаправленный процесс практического взаимодействия соответствующих государственных структур, общественных организаций и объединений, в том числе и религиозных, на конкретные формы проявления социальных отношений или социальных действий.

Соответственно, семейная терапия включает в себя нахождение компромисса в культурно-смысловой сфере, коррекцию накопившихся социально-психологических стереотипов, обучение навыкам бесконфликтного общения. Такая работа, проводимая путем индивидуальных бесед и интервью, групповой психотерапии или игровой терапии, должна помочь клиентам осознать и признать необходимость изменения их семейных отношений, укоренить мотивацию для длительной, терпеливой и сложной работы, направленной на самоизменение, преодоление собственных нежелательных комплексов и стереотипов. Важно, что осознание реальной семейной проблемы имеет не только диагностическое, но и терапевтическое значение, поскольку заставляет членов семьи пересмотреть свое поведение.

Технологии семейной терапии и коррекции многочисленны; их выбор определяется как конкретной социальной ситуацией, включая характерологические черты клиентов, так и личностными качествами самого специалиста по семейной терапии, его вкусами и предпочтениями. Сущность всех применяемых средств — осуществление и закрепление тех изменений, которые будут способствовать стабилизации семьи.

Организация консультативной и коррекционно-терапевтической работы одинаково важна на всех стадиях развода. Профилактическое консультирование, коррекция и терапия семейных отношений на этапе предбракоразводного кризиса — путь к возможному сохранению брака или, по крайней мере, к пересмотру супругами бескомпромиссных позиций. Однако планирование и проведение профилактических мероприятий наряду с социальной диагностикой — серьезная проблема в сфере организации социальной работы с детьми в ситуации развода.

На этапе бракоразводного разбирательства и в постразводный период особое значение приобретает комплексное применение таких компенсационных технологий, как социальные адаптация и реабилитация, учитывая, что они тесно связаны и взаимодействуют с процедурами диагностики, профилактики, консультирования, терапии, коррекции.

Под *компенсацией* в ситуации развода в семье с детьми понимается возмещение тех характеристик, условий жизни, социальных связей, которые были утрачены в результате развода.

Хотя компенсацию нельзя отождествлять со всем комплексом реакций членов семьи на развод, в том числе с адаптацией к новым условиям существования, следует иметь в виду, что психолого-педагогические, материальные, медицинские и другие последствия разрыва могут обусловить появление нарушений, непосредственно не связанных с повреждающим воздействием так называемых вторичных дефектов, которые, в свою очередь, могут вызвать дальнейшие (третичные) нарушения. Как следствие, можно говорить о долговременном негативном воздействии, казалось бы, уже давно свершившегося развода на детей. С другой стороны, происходит перестройка функций детского организма, привычек, образа жизни, социальных связей, обеспечивающая процесс адаптации организма в подобной стрессовой ситуации, включающая резервные возможности организма, защитные реакции и т.п., т.е. происходит компенсация в широком смысле.

Как правило, специалисты выделяют этапы срочной и долговременной компенсации. Общей закономерностью развития процесса компенсации является формирование срочной (но несовершенной) ее разновидности и ее переход в устойчивую долговременную компенсацию.

Особенности протекания компенсационных процессов и степень совершенства компенсации зависят от ряда условий, например от возраста ребенка (компенсация более успешно осуществляется в раннем возрасте), тяжести и давности душевной травмы, полученной в результате развода, реакции несовершеннолетнего на развод и др. Легче и быстрее происходит компенсация вторичных дефектов, устранение которых, в свою очередь, облегчает компенсацию первично нарушенных функций и отношений.

Под *адаптацией* понимают процесс и результат взаимодействия индивида (группы) с кардинально меняющейся средой, в ходе которого постепенно согласуются требования и ожидания обеих сторон, в результате чего индивид получает возможность выживания (и процветания), а макросреда — воспроизведения и вступления в иную, восходящую стадию.

Относительно членов семьи, распавшейся по причине развода, процесс социальной адаптации необходимо рассматривать на трех уровнях:

- общество (макросреда) — адаптация личности и семьи к той системе норм, ценностей, отношений, которая сложилась применительно к разводу в том или ином обществе;
- социальная группа (микросреда) — адаптация разведенных супругов и их детей или, наоборот, несогласованность интересов с интересами социальной группы — ближайшего окружения (производственный коллектив, родственники и пр.);
- сам индивид (внутриличностная адаптация) — стремление достичь гармонии, сбалансированности внутренней самооценки.

Социальная адаптация семьи в ситуации развода направлена на восстановление норм, социально полезных отношений с субъектами (группами и ее отдельными членами), изменение в позитивную сторону общения, поведения и деятельности. Психологическая адаптация в данном случае есть усвоение социально полезных стандартов поведения и ценностных ориентаций, сближение установок личности ребенка и разведенных родителей с ожиданиями социальной среды. Социальная и психологическая стороны адаптации находятся в неразрывном единстве, хотя иногда могут и не совпадать. Эффективная социальная адаптация детей и их родителей к разводу будет затруднена без хорошо организованной профессиональной работы социальных служб. Речь идет прежде всего о социально-реабилитационных формах их деятельности. В рамках социально-реабилитационной деятельности с семьей после развода выделяют социально-психологическое, социально-педагогическое, медико-социальное, социально-бытовое, социально-правовое направления.

В мире накоплен богатый опыт решения проблем семей, находящихся в ситуации развода. Несмотря на разнообразные организационно-управленческие, психолого-педагогические подходы, которые существуют в разных государствах, можно назвать основные тенденции и принципы в организации и функционировании системы социальной работы с семьями разведенных: а) гуманизация превентивной и реабилитационной практики, преобладание охранно-защитных мер над мерами наказания и принуждения; б) профессионализация воспитательно-профилактической и охранно-защитной деятельности, подготовка специальных кадров социальных работников, социальных педагогов, социальных реабилитаторов, практических психологов, специализирующихся на практической работе по коррекции поведения супругов и их детей на всех стадиях развода и в постразводный период и оздоровлению условий их семейного и общественного воспитания; в) создание сети специальных структур, призванных осуществлять социальную

и социально-психологическую помощь семье и детям: психологические службы и консультации, центры доверия, досуговые и реабилитационные центры, социальные приюты и др.; г) психологизация профилактической и компенсационной деятельности, ведущая роль психолого-педагогической помощи и поддержки в коррекции негативных проявлений постразводного кризиса в поведении детей и родителей.

Таким образом, решение проблем комплексного, организационного, социально-педагогического, психологического, нормативно-правового, финансово-материального и кадрового обеспечения реабилитационной деятельности с разведенными семьями невозможно без глубокого изучения негативных последствий развода, путей их минимизации, а также активной практической деятельности и конкретных мер со стороны органов власти. Решение проблем перестройки социально-реабилитационной работы существенно затрудняется тем, что в настоящее время, с одной стороны, к участию в данной деятельности привлечено большое количество социальных институтов и общественных организаций, а с другой стороны, наличествует ведомственная разобщенность этих служб, не решены вопросы организационно-управленческого, методического, нормативно-правового и кадрового обеспечения.

## **§ 5. Социальная работа с разводящимися семьями в Германии и Швеции**

Наиболее высоких результатов в области социальной защиты населения добились такие европейские страны, как Германия и Швеция.

В частности, в *Германии* получили широкое распространение центры семейного воспитания и семейные консультации. Их работа носит преимущественно психолого-педагогический характер. Команды состоят из следующих специалистов: психологи, социальные работники, социальные педагоги, медики. Цель такой работы — помочь семьям или супругам, у которых проблемы взаимоотношений привели к серьезным нарушениям в поведении и коммуникабельности.

Во время бесед предпринимаются попытки тщательно проанализировать проблемы и, используя терапевтические формы работы, помочь найти выход из затруднительного положения. В такую работу обычно вовлекается вся семья, и проводится она может только на добровольной основе.

Особая задача социального работника консультационной службы заключается в умении во время первой беседы выяснить, сможет ли данная служба помочь клиенту, а если не сможет, то куда необходимо его направить.

Некоторые центры семейного воспитания практикуют такую социально-педагогическую помощь семьям, как непосредственное участие социального работника в жизнедеятельности семьи с целью в течение какого-то времени принимать участие в ее жизни, наблюдать жизнь данной семьи. Как правило, эта технология используется в тех случаях, когда другие методы не дали эффективных результатов.

В *Швеции* в рамках программы помощи семьям в преодолении и выходе из конфликтных ситуаций действуют кризисные центры как для женщин, так и для мужчин. Цель работы кризисных центров для мужчин — помочь им найти выход из порочного круга семейных неурядиц, вызывающих насилие, грубость, травмирующих всех членов семьи.

Подобные заведения есть почти во всех городах и населенных пунктах Швеции и даже при тюрьмах.

Работа в таких центрах ведется исходя из того, что мужчина в состоянии цивилизованно обращаться с членами своей семьи, но ему требуется какое-то время, чтобы найти выход из кризисной ситуации, которая, как правило, многослойна (низкий заработок, отсутствие жилплощади, плохое здоровье, злоупотребление алкоголем, плохие межличностные отношения с женой, детьми и другими родственниками и т.д.).

Для мужчины крайне важно создать условия для спокойного трезвого осмысления им отношений, сложившихся в семье, их причин и последствий решения, которое он примет. Если ситуация не совсем критическая, то чаще всего удается убедить пациента в том, что неразрешимых проблем нет, нужно лишь конструктивно мыслить, не поддаваясь эмоциям и чужим советам.

При работе с семьей, в том числе и готовящейся подать документы на развод, ведется работа и с мужчиной, и с женщиной, так как часто насилие, грубость, отчуждение со стороны мужчины являются ответной реакцией на психическое, моральное насилие со стороны жены.

Кризисные центры для женщин решают не менее важные проблемы. Часто такие центры являются закрытыми для посетителей; это означает, что женщин, которые обратились за помощью и находятся часто в состоянии стресса или депрессии, никто не побес-

покоит. Женщины могут пользоваться услугами центра в течение четырех месяцев.

За это время персонал обычно снимает у женщин стрессовое состояние, помогает объективно оценить причины и характер кризиса в семейных отношениях, найти оптимальный путь выхода из сложившейся ситуации. Находясь в центре, женщина может продолжать работать и вести прежнюю жизнь, за исключением семейных отношений. При таких центрах и отдельно от них существует и пользуется огромным спросом консультативный вид помощи супругам.

Таким образом, разведенные семьи в большинстве случаев не в состоянии без внешней поддержки справиться с трудностями. При условии комплексного использования ведущих технологий социальной работы (социальная профилактика, социальная диагностика, социальное посредничество, социальное консультирование, социальная терапия и коррекция, социальная адаптация и реабилитация, социальное обеспечение и обслуживание), при наличии соответствующего научно-исследовательского, нормативно-правового, финансового, кадрового, информационного, программного обеспечения, а также четких стандартов оценки ее эффективности можно в значительной степени минимизировать негативное воздействие развода на всех членов семьи.

В России подобная работа строится на основе ряда нормативно-правовых актов, определяющих правовой статус детей, упорядочивающих права и обязанности разведенных или разводящихся родителей по отношению к детям, устанавливающих порядок разрешения спорных вопросов и проблем предоставления нуждающимся необходимой помощи. Но традиционные технологии, формы и методы социальной работы с семьей разведенных не всегда приносят желаемый эффект. Среди проблем в области организации подобной деятельности в работе выделены отсутствие ясных представлений о характере, объеме и длительности поддержки, которую государство и общество должны предоставить; несовершенство процесса управления социальной работой с разводящейся семьей, ведомственная разобщенность служб и учреждений; недостаток материальных, информационных, кадровых ресурсов; отсутствие или несовершенство программ социальной, социально-педагогической, медико-социальной, социально-правовой помощи, на которых должна основываться система помощи данной категории; сложности установления первичных контактов; несвоевременность и безадресность помощи; недоверие членов разведенных семей к специалистам разных областей социальной сферы, ориентированность родителей и детей на само- и взаимопомощь; недостаточное

использование превентивных и реабилитационных возможностей социальных служб, отсутствие ранней профилактики.

### **Вопросы и задания**

1. Охарактеризуйте явление развода в современном обществе.
2. Раскройте причины разводов.
3. Каковы уровни разводов?
4. Определите стадии развода.
5. Социальные технологии, применяемые в работе с разводящимися семьями.
6. Раскройте основные направления социальной работы с разводящимися семьями в Германии и Швеции.

### **Литература**

1. Видра Д. Помощь разведенным родителям и их детям: от трагедии к надежде. По страницам научных трудов Гельмута Фигдора. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2003.
2. Гукова Е.Г. Устойчивость брака и критерии его качества // Семья в России. — 2001. — № 2.
3. Дементьева И.Ф. Развод и дети. — М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2003.
4. Елизаров В.В. Семейная политика в условиях демографического кризиса // Демографические процессы и семейная политика: региональные проблемы (Материалы к Российской науч.-практ. конф.). — М., 2002.
5. Зубкова Т.С. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи: Учебное пособие / Т.С. Зубкова, Н.В. Тимошина. — М.: Академия, 2004.
6. Инновационные технологии и методы социального обслуживания семьи и детей. — М.: МГСУ, 2001.
7. Институт семьи: проблемы становления и развития в современном мире: Материалы методологического семинара // Под ред. П.Д. Павленка. — М.: МГУС, 2004.
8. Консультирование детей в психолого-педагогическом центре / Под ред. Л.С. Алексеевой. — М.: НИИ семьи, 2003.
9. Савинов Л.И., Кузнецова Е.В. Социальная работа с детьми в семьях разведенных родителей: Учебное пособие / Под ред. проф. Л.И. Савинова. — М.: Дашков и К, 2005.
10. Теоретические и практические проблемы социологии, социальной работы, педагогики и психологии // Под ред. П.Д. Павленка. — М.: ГОУВПО «МГУС», 2004.

## **Глава 12**

# **СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ОДИНОКИМИ ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ И СЕМЬЯМИ, СОСТОЯЩИМИ ИЗ ПЕНСИОНЕРОВ**

### **§ 1. Социальный портрет одинокого пожилого человека**

Процесс старения человека индивидуален. Возраст не определяет степень физической и социальной деятельности — одни в 70 лет не утратили общения, а другие в 60 лет одиноки. Главное — применять ко всем один и тот же критерий, важно сознавать, что пожилые люди — это возрастная группа, которая имеет социально-специфические особенности, потребности, интересы, ценностные ориентации<sup>1</sup>.

Одиночество — это внутреннее состояние души, вызванное отсутствием требуемого общения, необходимого гармоничного расходования внутренних ресурсов; можно также сказать, что это нарушение психофизического равновесия, приводящее к нарушению нормального жизненного уклада. Одиночество может проявляться как у пожилых людей, имеющих родственников, но чувствующих себя одинокими, так и у пожилых людей, полностью находящихся на попечении государства.

Пенсионером по старости может быть и зрелый, и пожилой, и старый, и престарелый человек. По классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), население в возрасте от 60 до 74 лет относится к пожилому, от 75 до 89 — к старшему и от 90 и старше — к долгожителям. Эта классификация учитывает нужды, потребности и социальные возможности людей в возрасте старше 60 лет, доля которых в экономически развитых странах в целом составляет 12–20%<sup>2</sup>.

Для работы с пожилыми людьми необходимо знать их социальное положение, особенности психики, потребности и опираться

---

<sup>1</sup> Теория и практика социальной работы / Под ред. Е.И. Холостовой. — М., 2003. — С. 167.

<sup>2</sup> Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. — М.: ИНФРА-М, 2006. — С. 115.

на науку, данные социологических, социально-психологических, социально-экономических и других видов исследований. Широко распространено общественное мнение, что старость увеличивает бремя реальных физиологических и психологических недугов человека.

**Специфика одиночества.** В мире растет доля одиноких пожилых людей, которые по каким-то причинам потеряли семью и близких и с трудом адаптируются к условиям жизни. Поэтому проблемы их общественного, социального положения, социального обслуживания имеют важную теоретическую и практическую значимость<sup>1</sup>.

Характеризуя категорию пожилых людей как социальную или социально-демографическую, необходимо принимать во внимание возрастные особенности внутри самой группы людей.

Исследователи сходятся во мнении, что одиночество связано с переживанием человека, его оторванностью от общества, семьи и исторической реальности. Однако не все одинокие пожилые люди испытывают одиночество. Можно быть одиноким и в кругу семьи, хотя одиночество старых людей может быть связано с уменьшением числа их социальных контактов с друзьями и детьми. Оказалось, что социальные контакты с друзьями или соседями оказывают большее влияние на благополучие, чем контакты с родственниками, снижая чувство одиночества и повышая ощущение собственной пригодности и уважения со стороны других<sup>2</sup>.

Уровень и причины одиночества пожилых людей различны в разных возрастных группах. Так, люди в возрасте 80 лет и старше ассоциируют одиночество со снижением деятельности, обуславливающим нетрудоспособность или невозможность передвижения, а не с отсутствием социальных контактов.

Старость — это такой период жизни, когда человеку необходимы помощь и поддержка, чтобы выжить. Возможно придется отказаться от своей независимости и самостоятельности, приняв помощь со стороны, ведь продление жизни — достаточная награда за такой отказ.

**Специфика образа жизни.** Ритм старения зависит от образа жизни пожилых людей, их положения в семье, уровня жизни, условий труда, социальных и психологических факторов.

---

<sup>1</sup> См.: Краснова О.В., Марицинковская Т.Д. Особенности социально-психологической адаптации в позднем возрасте // Психология зрелости и старения. — М.: Центр Геронтолог, 2002. — С. 89.

<sup>2</sup> См.: Старость в современном обществе / Под ред. Е.И. Холостовой. — М., 2002. — С. 248.

Еще один аспект одиночества, жертвой которого чаще становятся мужчины, чем женщины, — это одиночество, наступающее в результате снижения интеллектуальной активности наряду со снижением физической. Женщины не только живут дольше в среднем, чем мужчины, но и в целом меньше поддаются воздействию старения.

Большинство пожилых женщин чаще способны посвятить себя ведению домашнего хозяйства, чем большинство пожилых мужчин, поэтому с уходом на пенсию количество дел у мужчин уменьшается, а количество дел у женщины, напротив, увеличивается: мужчина-пенсионер теряет свою роль добытчика, а женщина не расстается с ролью домохозяйки. Итак, женщины меньше подвержены одиночеству, так как у них в среднем больше социальных ролей, чем у мужчин.

Помощь одиноким людям иногда должна состоять в том, чтобы изменить ситуацию, а не личность. В целом по России около 1,5 млн людей старшего возраста нуждаются в постоянной помощи. По данным выборочных исследований, число одиноких пенсионеров, нуждающихся в социальном обслуживании, составляет 69%, в медико-социальной помощи — более 78%, в услугах социально-бытового назначения — около 80%<sup>1</sup>.

**Специфика мировоззрения.** Материалы геронтологических исследований доказывают, что в пожилом возрасте умственный статус личности не снижается, а лишь изменяется и дополняется такими характеристиками, как умеренность, рассудительность, осторожность, спокойствие. С возрастом повышается ощущение ценности жизни, изменяется самооценка.

Пожилые люди меньше внимания уделяют внешности, больше — внутреннему миру и физиологическому состоянию. Возникает новый жизненный ритм. Исследования выявили некоторые характерные особенности стиля жизни, поведения пожилого человека:

- теряется социальная полнота жизни, ограничивается количество и снижается качество связей в обществе, порой возникает изоляция от социального окружения;
- возникает психологическая защита, которая позволяет человеку организовывать временное душевное равновесие, приводит к стремлению избежать новой информации;

---

<sup>1</sup> См.: Психологические особенности людей пожилого возраста // Социальная защита. — 2001. — № 12. — С. 7.

- возникает своеобразное ощущение времени. Пожилой человек всегда живет и в настоящем, и в прошлом. Его прошлое, как и будущее, всегда с ним в настоящем. В связи с этим появляются такие черты, как осторожность, бережливость, запасливость. Подобному изменению подвергаются и духовный мир, интересы, ценности. Заблаговременно планируется то или иное действие: сходить в аптеку, магазин, к друзьям, в больницу; к ним пожилой человек готовится морально;
- чаще проявляются черты характера, которые в молодости были замаскированы, — обидчивость, раздражительность, капризность, жадность, сварливость, вспыльчивость.

Таким образом, специфические ощущения одинокого пожилого человека — невостребованность, нереализуемый потенциал, собственная ненужность. Старость — это не трагедия, а наступление очередного этапа жизни, имеющего свои недостатки и преимущества. Поэтому одинокие пожилые люди — это не кризисная категория населения, а группа людей, которой необходима комплексная помощь, понимание, социализация в обществе и общение.

## **§ 2. Проблемы одиноких пожилых людей в современной России**

В России функционирует 2000 учреждений социального обслуживания, 250 тыс. одиноких пожилых людей, нуждающихся в постоянной посторонней помощи, проживают в стационарных учреждениях, многие пенсионеры проходят лечение в лечебно-профилактических учреждениях<sup>1</sup>.

Большая группа пожилых людей нуждается в основательной материальной, социальной и психологической поддержке — в основном это люди, прекратившие трудовую деятельность (в России продолжают работать всего 15% одиноких мужчин-пенсионеров и 12% женщин, что очень мало)<sup>2</sup>.

Средняя продолжительность жизни — величина переменная, свидетельствующая об усилиях государства и общества, направленных на снижение смертности и укрепления здоровья одиноких пожилых людей, и зависящая как от биологических закономерностей, так и от социальных факторов, состояния здравоохранения.

<sup>1</sup> См.: *Котельников Г.П.* Энциклопедия жизни пожилого человека. — М., 2004. — С. 162.

<sup>2</sup> Там же. С. 68.

В 2004 г. средняя продолжительность жизни мужчин составляла 59 лет, женщин — 74,8 года<sup>1</sup>.

По этому основному показателю состояния качества жизни применительно к мужчинам Россия оказалась на последнем месте по сравнению со странами Европы, а применительно к женщинам — на одном из последних мест. Тенденция сокращения продолжительности жизни привела к тому, что среди лиц пожилого возраста много одиноких женщин. У пожилого одинокого человека коренным образом меняются материальное положение, род занятий и стиль жизни, положение в обществе. Прекращение работы как тягостной обязанности воспринимают с облегчением только 9% опрошенных одиноких пожилых<sup>2</sup>.

Старость как определенный период жизни человека сочетает в себе многие основные проблемы как биолого-медицинской, так и социальной и личной сферы. В этот период перед людьми возникает много проблем, что связано прежде всего с одиночеством, которое не с кем разделить, ощущением ненужности обществу. Социальная незащищенность пожилых людей связана с возникновением расстройств психики, формирующих их отношение к обществу и затрудняющих контакт с ним.

**Психические проблемы** являются наиболее острыми в жизни одинокого пожилого человека. С прекращением привычного образа жизни и общения, с выходом на пенсию, при наступлении одиночества в результате потери супруга (супруги), при более ярком проявлении особенностей характера в результате развития склеротического процесса появляется множество заболеваний. Пожилые люди зачастую отличаются раздражительностью, обидчивостью, наличием старческих депрессий. Снижение жизненного тонуса, являющееся основой всевозможных недугов, объясняется психологическим фактором — пессимистической оценкой будущего, бесперспективностью существования, изменением социального статуса пожилых людей, затруднением социально-бытовой и психологической адаптации к новым условиям. Важной социальной проблемой является отсутствие семьи, которая могла бы позаботиться о пожилым человеке. Психологическая неудовлетворенность своим положением нередко влечет за собой быстрое наступление физической дряхлости. Пожилому человеку бывает трудно спра-

<sup>1</sup> См.: *Козлова Т.З.* Социальное время пенсионеров: этапы самореализации личности. — М., 2004. — С. 87.

<sup>2</sup> См.: *Кочевнин А.Н.* Статистические исследования // Социологические исследования. — 2001. — № 10. — С. 24.

виться со своим недомоганием и одиночеством, поэтому заботу о нем берут на себя государственные или местные органы, учреждения социальной защиты.

Повышенная социальная уязвимость одиноких пожилых обусловлена и экономическими факторами: небольшими размерами пенсий, низкой возможностью трудоустройства на предприятии и в получении работы на дому. Активная жизнедеятельность снижается и по причине заболеваний. Уровень заболеваемости у пожилых в 8 раз выше, чем у молодых. В среднем на одного пожилого больного в год приходится от 2 до 4 заболеваний, а стоимость лечения в 1,5 раза выше, чем у молодых людей, поэтому расходы на эти нужды увеличиваются<sup>1</sup>.

**Хронические заболевания** снижают возможности самообслуживания, адаптации к изменениям. С возрастом потребности в медицинском обслуживании увеличиваются. В силу естественного старения появляется ряд хронических заболеваний, растет удельный вес лиц, нуждающихся в постоянном медицинском наблюдении. Нередко болезнь вызывается потерями семьи, друзей, роли в обществе, в связи с этим появляется чувство ненужности, бесполезности. В целом по России за 2005 г. зафиксировано 25% суицидов среди пожилых пенсионеров, связанных со смертью или гибелью близкого человека. Для предотвращения самоубийства используются телефоны доверия. Уходя от мучившего одиночества, пожилой человек старается забыться, закрывается в себе и иногда таким образом сокращает свои последние дни<sup>2</sup>.

По данным исследований, проведенных Институтом геронтологии РАМН, 12% всех пожилых людей и 25% лиц старческого возраста прикованы к постели. Старение и связанные с ним ухудшение здоровья, болезни определяют необходимость оказания постоянной медицинской помощи, обслуживания на дому.

**Материальное положение** — еще одна проблема пожилых людей, которые обеспокоены своим материальным положением, неуверенностью в завтрашнем дне, высокой стоимостью медицинского обслуживания и отсутствием помощи со стороны.

Материальное положение следует отнести к важным индикаторам социального положения пожилого человека.

Доплату к пенсии получают пенсионеры, среднедушевой доход которых не превышает величины прожиточного минимума. Размер

---

<sup>1</sup> См.: Россия в цифрах: Краткий стат. сб. / Госкомстат России. — М., 2005. — С. 74.

<sup>2</sup> Там же. С. 64.

пенсии у многих пожилых ниже прожиточного минимума. Численность пенсионеров, состоящих на учете в органах, осуществляющих пенсионное обеспечение, составляла в 2005 г. 38,4 млн человек, из них — 6,1 млн работающих пенсионеров (16,9%)<sup>1</sup>.

Ухудшение экологической обстановки и изменение климата негативно влияют на состояние здоровья пожилых пенсионеров. Значительная часть пенсионеров (30%) предпочитает работать, особенно, если работа спасает от одиночества и изменения социального статуса. Неработающие пенсионеры находятся в более тяжелом положении: только 14% из них имеют дополнительный доход от продажи личных вещей, от торгового сотрудничества и т.д. Значительным источником жизни для пожилых людей становится продукция своего сада (огорода). Земельный участок имеют 73,8% из них, что приводит к дополнительной нагрузке и ухудшению условий отдыха. Дополнительный доход не превышает 25% от получаемой пенсии<sup>2</sup>.

Основной целью социальной защиты пожилых являются избавление от их абсолютной нищеты, оказание материальной помощи в экстремальных условиях переходного периода к рыночной экономике, содействие адаптации этих слоев населения к новым условиям. К сожалению, в настоящее время социальная стратегия государства направлена не на абсолютное увеличение расходов на социальные программы, а преимущественно на перераспределение имеющихся средств в целях оказания социальной помощи одиноким пенсионерам, оказавшимся за чертой бедности. Поэтому основным источником доходов становятся пенсия и садовый участок, а для 1/3 пожилых людей — продолжение работы на предприятии. Таким образом, материальное положение одиноких пожилых людей становится главной проблемой их выживания<sup>3</sup>.

**Проведение досуга** — еще одна важная проблема пенсионеров. Многие из них, страдая от потери единственного родственника или тяжелой болезни, находят свое призвание в различных видах трудовой деятельности. Однако центров, где пожилые люди смогли бы находить друзей по интересам, очень мало.

В современной России материальная нищета среди пожилых людей обостряется, количество пожилых людей с каждым годом

---

<sup>1</sup> См.: Государственный доклад о положении граждан старшего поколения в Российской Федерации. — М., 2005. — С. 104.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Там же. С. 23.

увеличивается, поэтому они должны стать объектом пристальной заботы соответствующих государственных органов и учреждений социально-медицинского обслуживания. Перед обществом возникают задачи обеспечения лиц старческого возраста, проживающих без семьи, помощи им в ведении домашнего хозяйства, в уходе при болезни, в организации специальных учреждений опеки.

Таким образом, положение пожилого одинокого человека в современной России осложнено такими факторами, как трудности материального характера, ухудшение состояния физического и психического здоровья, одиночество, зависимость и т.д. Все это затрудняет существование пожилого человека. Одиночество в связи с потерей близких людей, утратой социального положения в обществе, прекращением работы ведет к ухудшению самочувствия человека и делает проблему одиночества пенсионеров актуальной, требующей государственной поддержки и гарантий социальной защищенности. Для преодоления этих проблем и проведения адаптационных мер эффективным средством является создание центров медико-социальной и психологической помощи.

### **§ 3. Роль семьи в социальном положении пожилых людей**

Как уже говорилось, ухудшение здоровья ставит пожилого человека в большую зависимость от других членов семьи, он нуждается в их опеке и помощи, особенно во время обострения болезней.

В то же время пенсионеры, находясь в семье, стараются оказать посильную помощь своим родственникам (готовят завтрак, покупают продукты, моют посуду и т.д.), что позволяет им чувствовать себя нужными и полезными.

Самочувствие пожилых людей в значительной мере определяется сложившейся атмосферой в семье — доброжелательной или недоброжелательной, распределением обязанностей между дедушками и бабушками, их детьми и внуками.

Но современные тенденции в развитии семейных отношений приводят к разрушению старых патриархальных семей, в которых совместно проживают несколько поколений, — современная молодежь стремится к экономической независимости и самостоятельности. Во многих семьях молодежь уже не проявляет прежнего сочувствия и почтения к старшему поколению, далеко не все готовы их принять в свою семью.

Все чаще встречаются семьи, состоящие из пожилых супругов, которые после смерти одного из них перейдут в категорию одиноких.

Значение брака и семьи неодинаково на разных этапах жизни человека. Пожилой человек нуждается в семье прежде всего в связи с потребностью в общении, взаимопомощи. Основной мотив заключения браков у пожилых людей — сходство характеров и взглядов, взаимные интересы, стремление избавиться от одиночества, желание приобрести друга и спутника жизни в период старости.

Пропорция замужних женщин и женатых мужчин в возрасте от 65 лет и старше составляет 1:3.

Как свидетельствуют данные государственной статистики, рост числа поздних браков предопределяется в основном высокими показателями разводов, что прежде всего характерно для городских жителей. Как правило, это не первые браки (большую помощь могут оказать социальные работники, организовав службы знакомств для людей среднего и пожилого возраста).

Пожилые мужчины вступают в брак чаще, чем пожилые женщины; потеряв супругу, пожилые мужчины чаще всего отказываются от ведения хозяйства, создают новые семьи, переходят жить к детям или в дома-интернаты.

Семейные связи и контакты людей пожилого возраста поддерживаются главным образом по прямой линии, т.е. с детьми; отношения с братьями и сестрами активизируются в случаях, когда нет более близких родственников.

Проживая вместе или недалеко друг от друга и поддерживая достаточно частые контакты, родители и их взрослые дети оказывают взаимные услуги и помощь — не только материальную, но и моральную.

#### **§ 4. Формирование системы социального обеспечения пожилых людей**

История оказания маломобильному населению социально-медицинской помощи в России тесно связана с деятельностью Российского общества Красного Креста. Оно возникло в 1867 г. как филантропическое Общество попечения о раненых, больных воинах и военнопленных. Источниками, покрывающими расходы Красного Креста, были не только регулярные пожертвования,

но и субсидии, выделяемые царским правительством, а также сборы<sup>1</sup>.

В 1914 г. в ведении Общества находилось 80 больниц на 2559 коек, расположенных не только в столичных городах, но и в провинции, 120 амбулаторий, ряд приютов для неизлечимо больных, убежищ для раненых воинов и сирот, колония для больных на Кавказских Минеральных Водах. Как видно, Красный Крест оказывал помощь не только военнослужащим, но и широкому кругу лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи. В военные и послевоенные годы медико-социальное обслуживание носило в основном характер шефства над лицами, проживающими в домах-интернатах в виде предоставления им одноразовой материальной помощи, приобретения путевок на санаторно-курортное лечение.

В 1960 г. при комитетах Общества Красного Креста было создано Бюро медицинских сестер по обслуживанию больных на дому в целях оказания помощи органам здравоохранения в медицинском обслуживании и уходе за одинокими престарелыми больными. С целью облегчения работы патронажных сестер для оказания помощи в бытовом обслуживании больных проводилась большая работа по формированию санитарного актива среди населения. Однако социально-бытовое обслуживание, осуществляемое санитарными активистками на общественных началах, развивалось слабо. В связи с этим в 1969 г. была сделана попытка привлечения к этой работе учащихся медицинских училищ и студентов медицинских институтов<sup>2</sup>.

В середине 70-х гг. XX в. в порядке эксперимента впервые было организовано надомное обслуживание одиноких пенсионеров в ряде областей силами работников домов-интернатов для престарелых и инвалидов Министерства социального обеспечения. Эта деятельность регламентировалась Временным положением о порядке организации надомного обслуживания пенсионеров домами-интернатами, утвержденным Министерством соцобеспечения РСФСР от 28.10.1975 г. В соответствии с этим положением на надомное обслуживание принимались состоящие на очереди для помещения в дом-интернат одинокие инвалиды Великой Отечествен-

---

<sup>1</sup> См.: Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых людей. — М.: МИРЭА, 2002. — С. 5–15.

<sup>2</sup> См.: Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. Дома-интернаты: от призрения к реабилитации. Красноярск; М.: ЭРА, 2001. — С. 195.

ной войны и труда I и II групп, члены семьи, получающие пенсию по случаю потери кормильца за погибшего военнослужащего, одинокие пенсионеры по старости, получающие пенсию 50 руб. в месяц. С этого времени возникла новая государственная форма социально-медицинского обслуживания — социально-медицинское обслуживание нетрудоспособных одиноких на дому. Для зачисления на надомное обслуживание требовалась справка лечебного учреждения об отсутствии хронических заболеваний.

Дом-интернат, обслуживающий граждан на дому, должен был предоставлять им следующие услуги: доставка продуктов на дом, стирка, уборка помещения, доставка медикаментов, контроль за состоянием здоровья. Поскольку надомное обслуживание являлось функцией, не свойственной домам-интернатам и вызвавшей у этих учреждений организационные трудности, возникла необходимость создания самостоятельной службы по оказанию медико-социально-бытовой помощи нетрудоспособным гражданам. Такими структурными подразделениями стали отделения социальной помощи на дому одиноким нетрудоспособным гражданам. Их деятельность регламентировалась Положением об отделении социальной помощи на дому нетрудоспособным гражданам, утвержденным постановлением Госкомтруда СССР от 03.02.1986 г. № 28/3-43<sup>1</sup>.

В 1987 г. функции социального обслуживания нетрудоспособных на дому выполняли две организации: государственная — отделения социальной помощи и общественная — служба милосердия Общества Красного Креста. Со временем прекратилась уплата населением членских взносов Обществу Красного Креста, в результате у этой общественной организации значительно сократилась возможность содержать данную службу, в связи с чем ее деятельность была сведена до минимума, в то время как служба медико-социально-бытовой помощи на дому стала быстро расширяться.

Согласно указанию Министерства социальной защиты населения РФ и Общества Красного Креста РФ «О взаимодействии органов социальной защиты населения и службы милосердия Российского Красного Креста в вопросах социальной защиты малообеспеченных групп населения» от 25.05.1993 г. рекомендовалось регулярно помогать одиноким престарелым гражданам и инвалидам.

Исторически складывалось так, что общественные организации осуществляли те виды деятельности, которые государство в силу

---

<sup>1</sup> См.: Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. — С. 333.

экономических, материально-технических и организационных причин не имело возможности выполнять. Об этом свидетельствует история развития службы медико-социальной помощи нетрудоспособным гражданам: в послевоенные годы государство развивало систему домов-интернатов для престарелых; удовлетворение потребностей населения в надомном обслуживании частично взяло на себя Общество Красного Креста.

С годами увеличилось число одиноких престарелых людей и потребность в социально-медицинском обслуживании этой категории населения приобрела масштабное значение. Неспособность домов-интернатов вместить всех нуждающихся, демографические перспективы, предполагающие дальнейшее увеличение доли лиц старшего возраста в населении обусловили решение задач социально-медицинского обслуживания нетрудоспособных на государственном уровне, создание государственной системы, занятой предоставлением медико-социальных услуг.

К основополагающим документам мирового сообщества относятся Всемирная декларация прав человека (1948), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966), Декларация социального прогресса и развития и Декларация о правах умственно отсталых (1971).

В 90-х гг. XX в. законодательная база расширялась, что позволило попытаться разрешить проблемы одиноких престарелых людей. В связи с обострением социально-экономической ситуации в стране, ухудшением материального положения малоимущих граждан был издан Указ Президента РФ «О дополнительных мерах по социальной поддержке населения в 1992 г.» от 26.12.1991 г., согласно которому были образованы республиканский и территориальные фонды социальной поддержки населения, определен порядок адресного направления гуманитарной помощи и создания территориальных служб срочной социальной помощи<sup>1</sup>.

В соответствии с данным Указом министром социальной защиты населения было утверждено Положение о территориальной службе срочной социальной помощи согласно приказу от 04.02.1992 г. и был принят Закон «О социальной защите инвалидов»<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Указ Президента РФ от 26.12.1991 г. № 328 «О дополнительных мерах по социальной поддержке населения в 1992 г.».

<sup>2</sup> См.: *Холостова Е.И.* Социальная работа с пожилыми людьми: Учебное пособие. — 3-е изд. — М: Дашков и К, 2004. — С. 171.

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ пожилые люди имеют право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях. Федеральный закон «Об основах государственной службы РФ» от 31.07.1995 г. № 119-ФЗ устанавливает предельный возраст для нахождения на государственной должности — 60 лет. Закон «О занятости населения в РФ» гласит, что граждане, которым назначена пенсия по старости или за выслугу лет, не могут быть признаны безработными. В соответствии с федеральными законами «О государственных пенсиях в Российской Федерации» от 20.11.1997 г. № 340-1; «Об исчислении и увеличении государственных пенсий» от 20.07.1997 г. № 113-ФЗ с 1 февраля 1998 г. начался переход к расчету пенсий с применением индивидуального коэффициента пенсионера.

Социальное обслуживание граждан пожилого возраста регламентируется Федеральным законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 17.05.1995 г. и осуществляется сетью стационарных учреждений социального обслуживания, а также центрами социального обслуживания, отделениями социальной, специализированной помощи на дому и экстренной социальной помощи

В Законе подробно изложены перечень услуг, входящих в социальное обслуживание; принципы деятельности в сфере социального обслуживания; условия организации в сфере социального обслуживания; формы и виды социально-медицинского обслуживания. Именно на основании этого Закона в России созданы многие центры социального обслуживания, поскольку в нем подробно рассмотрены цели, задачи, принципы организации деятельности этих центров.

Определенное значение имеют такие законодательные акты, как приказ Минздрава РФ «О создании отделений социально-медицинской помощи на дому» от 27.12.1994 г., постановление Правительства РФ «О федеральном перечне гарантированных социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания» от 25.11.1995 г.

Очень важны в организации социально-медицинской работы также такие документы, как постановление Правительства РФ «Об утверждении примерного положения о центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» от 08.07.97 г., где подробно излагается, на какие средства организуется и развивается центр социального обслуживания; постановление ГД ФС РФ

«Об оказании социальной помощи детям, пенсионерам и малообеспеченным гражданам и другим, социально уязвимым категориям и группам населения» от 17.03.1999 г. № 3764; приказ Минздрава РФ «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в РФ» от 28.07.1999 г. №297<sup>1</sup>.

Федеральный закон «О государственных пенсиях в Российской Федерации» от 15.12.2001 г. № 166-ФЗ гарантирует одиноким гражданам пожилого возраста получение пенсии с учетом надбавок в размере от 100 до 150% прожиточного минимума<sup>2</sup>.

Федеральный закон «О трудовых пенсиях в РФ» предусматривает социальные пенсии, установленные гражданам, не имеющим права на трудовую пенсию. Гражданам, имеющим право на различные пенсии в РФ, устанавливается одна пенсия по их выбору<sup>3</sup>.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.03.2006 г. № 165 утвержден коэффициент индексации базовой части трудовой пенсии в размере 1,085 и коэффициент дополнительного увеличения страховой части в размере 1,063. Таким образом, с 1 апреля 2006 г. размеры и страховой, и базовой частей трудовой пенсии проиндексированы с учетом вышеуказанных коэффициентов. С этого же числа произведена индексация в 1,085 и государственных пенсий, установленных до этой даты по нормам Федерального закона «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации». Кроме того, повысилась сумма дополнительного материального обеспечения для граждан, имеющих выдающиеся достижения и заслуги перед РФ, работникам ядерного оружейного комплекса. Одновременно в 1,085 увеличился размер ежемесячной денежной выплаты (ЕДВ) федеральным льготникам — инвалидам и ветеранам войны, членам их семей, инвалидам, «чернобыльцам». В соответствии с Федеральным законом «О трудовых пенсиях в РФ» трудовые пенсии на сегодняшний день состоят из базовой и страховой частей. Для того чтобы пенсионер мог определить, насколько увеличится размер его трудовой пенсии, необходимо, в первую очередь, выделить в составе пенсии

---

<sup>1</sup> См.: Организация социального обслуживания: Сборник нормативно-правовых актов. — М., 2002. — С. 187.

<sup>2</sup> См.: Социальные льготы и гарантии для жителей Подмосквья / Под ред. И.С. Мельникова. — М., 2003.

<sup>3</sup> См.: *Рюк В.* Ключ к улучшению жизни // Социальная защита. — 2004. — № 1.

страховую и базовую части. Далее — умножить размер базовой части на 1,085, а размер страховой части — на индекс 1,063.

Одиноким пожилым людям без определенного места жительства, работавшим и имеющим право на пенсию, в связи с Федеральным законом «О трудовых пенсиях в РФ» № 173 необходимы документы для установления трудовой пенсии, ее назначения и перерасчета.

Реализация социальных программ должна создавать условия, соответствующие требованиям и нормам цивилизованного государства, при которых пожилой человек, как и любой гражданин, имеет право на равных условиях получить образование, трудиться, материально обеспечивать себя и иметь доступ ко всем объектам социальной, медицинской, производственной и хозяйственной инфраструктур.

Правовое обеспечение управления и осуществления социально-медицинского обслуживания имеет большое значение для реализации социальных прав граждан. Поэтому проблемы социально-медицинской защиты граждан пожилого возраста находят свое отражение в международных и российских законодательных актах; вместе с тем мероприятия, направленные на защиту граждан пожилого возраста, занимают существенное место в социальной политике современных государств.

## **§ 5. Система социального обслуживания одиноких пожилых людей**

Социальное обслуживание и обеспечение пенсионеров включает в себя назначение им пенсий и различных пособий, содержание и обслуживание престарелых одиноких пожилых людей в специальных учреждениях органов социальной защиты населения, бесплатное протезирование, льготы инвалидам, оказание помощи бездомным и др.

В российской системе социального обслуживания функционирует более 1000 стационарных учреждений для людей пожилого возраста, 900 отделений социальной помощи на дому, а также ряд других учреждений по предоставлению помощи (медицинской, психолого-педагогической, психологической). Свыше 80% пенсионеров получают пенсию в размере 1,5 минимума, а каждый 10-й пенсионер — в размере минимального размера пенсии<sup>1</sup>.

Социально-медицинское обслуживание включает в себя совокупность социальных услуг, которые предоставляются гражданам

<sup>1</sup> См.: Государственный доклад о положении граждан старшего поколения в Российской Федерации. — М., 2005. — С. 74.

пожилого возраста на дому или в специализированных государственных и муниципальных учреждениях. Государство гарантирует получение необходимых услуг на основе социальной справедливости независимо от расы, национальной принадлежности, происхождения и отношения к религии. В обеспечении достойной жизнедеятельности престарелых граждан в системе социальной защиты весьма положительно зарекомендовали себя уже упоминавшиеся центры социального обслуживания, помогающие одиноким престарелым адаптироваться к тяжелой жизненной ситуации. На сегодняшний день практически во всех городах ведется работа по выполнению программы развития сети этих центров.

В настоящее время в России работает 1500 центров социального обслуживания, 11 филиалов и один экспериментальный комплексный центр социальной защиты населения. Почти во всех центрах функционируют отделения срочного социального обслуживания, где граждане получают различную адресную помощь (медицинскую, вещевую, продуктовую, правовую, юридическую).

В условиях финансово-экономического кризиса особую актуальность приобретает организация торгово-бытового обслуживания малообеспеченных граждан по сниженным ценам — соответствующая программа была разработана Комитетом социальной защиты населения совместно с заинтересованными департаментами и комитетами правительства Москвы, ветеранскими и другими организациями. Основной целью программы является создание единой системы торгово-бытового обслуживания одиноких малообеспеченных граждан, консолидация для этого различных финансовых ресурсов, привлечение внимания благотворительных и ветеранских организаций. Одним из путей реализации данной программы являются организация выездной торговли и предоставление бытовых услуг в центрах социального обслуживания, социальных жилых домах и других учреждениях социальной защиты. Одной из первостепенных задач социального обслуживания является выявление нуждающихся. Центры социального обслуживания осуществляют контроль за гражданами пожилого возраста с целью принятия их в отделения социального обслуживания на дому.

Социальное обслуживание пожилых людей предусматривает стационарные, полустационарные и нестационарные формы.

К *стационарным формам* относятся дома-интернаты или пансионаты для пожилых людей. Для поступления в пансионат пожи-

лой человек должен 75% пенсии перечислять в Пенсионный фонд района, оставляя себе лишь 25%<sup>1</sup>.

Обязательным условием при поступлении является передача пенсионерами своего жилья в муниципальный жилищный фонд города, где они проживают.

Проживающие в этих пансионатах имеют право на медицинскую помощь, социальную адаптацию, свободное посещение их адвокатом, священнослужителем и родственниками.

Дома-интернаты рассчитаны на людей пожилого возраста, которые сохранили частичную или полную способность к самообслуживанию в быту и нуждаются в создании облегченных условий для реализации своих жизненных потребностей. Основная цель этих социальных учреждений — обеспечение благоприятных условий проживания и самообслуживания, предоставление социально-бытовой и медицинской помощи.

Дома престарелых предназначены для постоянного проживания граждан, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе. Однако число желающих перейти на жительство в Дом престарелых снизилось после создания отделений социального обслуживания на дому.

**Полустационарная форма** обслуживания пожилых включает в себя социально-медицинское, социально-бытовое и культурное обслуживание пенсионеров, организацию медицинской помощи, питания, отдыха, обеспечение их участия в посильной трудовой деятельности. Она осуществляется отделениями дневного и ночного пребывания, а также медико-социальными отделениями, реабилитационными центрами. Цель данных отделений — поддержание активного и здорового образа жизни пожилых людей, способных к самообслуживанию, преодоление замкнутости и одиночества.

К **нестационарным формам** социального обслуживания относятся социальное обслуживание на дому, срочное обслуживание, социально-консультативная помощь.

**Отделения временного пребывания** осуществляют лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, культурное и бытовое обслуживание, предоставляют питание для одиноких пожилых людей.

---

<sup>1</sup> См.: Государственный доклад о положении граждан старшего поколения в Российской Федерации. — С. 64.

*Отделения социально-медицинской помощи на дому* осуществляют постоянное или временное социально-медицинское и социально-бытовое обслуживание на дому одиноких пенсионеров, нуждающихся в посторонней помощи. Главная цель деятельности этого отделения — максимально продлить пребывание одиноких старых людей в привычной для них домашней среде.

*Служба срочной социальной помощи* Центра социального обслуживания предусматривает оказание широкого перечня услуг: предоставление разовой необходимой медицинской помощи, обеспечение необходимыми лекарственными препаратами, разовое обеспечение остро нуждающихся бесплатным горячим питанием, одеждой, содействие в получении временного жилья.

*Отделения социально-консультативной помощи* оказывают необходимую психологическую, правовую, юридическую и другую поддержку в центрах социально-медицинского обслуживания и по телефону.

Существенное значение в условиях кризисной обстановки в России имеет адресная помощь пожилым людям — в первую очередь наиболее нуждающимся, например одиноким пенсионерам в возрасте старше 80 лет, — и выражается в виде помощи по хозяйству, предоставлении медицинских услуг и т.д.<sup>1</sup>

В ряде регионов страны значительную помощь пожилым людям оказывают местные органы власти, увеличивая дифференцированные выплаты неработающим одиноким пенсионерам, предоставляют льготы на проезд, бесплатное получение некоторых лекарств. Развивается социально-бытовое обслуживание пенсионеров, обеспечение их обувью, одеждой, различными приспособлениями для передвижения и т.д.

Новой формой социального обслуживания является **дом сестринского ухода**, или **хоспис** — специализированное заведение, помогающие неизлечимо больным людям своевременно получить помощь, которая облегчит их моральные и физические страдания.

Дома сестринского ухода (хосписы) обычно организуются при больницах и предназначаются для проведения курса поддерживающего лечения тяжелобольных, преимущественно пожилого и старческого возраста. Основными направлениями работы данного учреждения являются:

- квалифицированный медицинский уход;
- социальное обслуживание;

---

<sup>1</sup> См.: Основы социальной работы: Учебник / Под ред. П.Д. Павленка.

- своевременное выполнение врачебных назначений и процедур;
- медицинская реабилитация больных и престарелых;
- динамическое наблюдение за состоянием больных и престарелых;
- своевременная диагностика осложнений или обострений хронических заболеваний.

Итак, дом сестринского ухода обеспечивает, во-первых, экстренную и неотложную помощь; во-вторых, своевременный переход тяжело больных и престарелых при обострении хронических заболеваний или ухудшении их состояния в соответствующие лечебные учреждения. Пожилых пациентов постоянно осматривают врачи, ведется контроль за состоянием их здоровья, организовано диетическое питание, оказывается психологическая помощь.

Еще одна новая форма социального обслуживания пожилых людей — *договор пожизненного содержания*: пожилые люди заключают с уполномоченной организацией договор, согласно которому они после своей смерти завещают ей принадлежащее им жилье, а эта организация, в свою очередь, обязуется помогать пожилым людям материально и оказывать услуги по их социально-медицинскому обслуживанию. Эта форма особенно эффективна по отношению к одиноким пожилым людям, не получающим помощь со стороны родственников.

Итак, деятельность центров социального обслуживания в России свидетельствует о том, что данная модель социальной службы, ориентированной на работу с пожилыми людьми, получила наибольшее распространение и признание. Однако наряду с уже распространенными формами социального обслуживания образуются и новые, которые приобретают всю большую популярность среди одиноких пожилых людей.

Таким образом, социальная помощь одиноким пожилым людям осуществляется службами социальной помощи, куда обращаются пожилые граждане, за получением социально-медицинского обслуживания в условиях социализации и адаптации к новым условиям жизни.

Работа с пожилыми и старыми людьми считается одной из самых тяжелых в психологическом плане. Поэтому социально-медицинская работа с данной категорией населения использует методы и технологии, применяемые психологами, психотерапевтами, педагогами, геронтологами, юристами и другими специалистами.

## **Вопросы и задания**

1. Охарактеризуйте социальный портрет одинокого пожилого человека.
2. Каковы проблемы одиноких пожилых людей в современной России?
3. Определите роль семьи в социальном положении пожилых людей.
4. Формирование системы социального обеспечения пожилых людей.
5. Охарактеризуйте систему социального обслуживания одиноких пожилых людей в России.

## **Литература**

1. Альперович В.А. Геронтология. — М., 2002.
2. Государственный доклад о положении граждан старшего поколения в Российской Федерации. — М., 2005.
3. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социальных работников в обслуживании пожилых граждан и инвалидов. — М., 2004.
4. Павленок П.Д. Теория, история и методика социальной работы: Учебное пособие. — 7-е изд., доп. — М.: Дашков и К, 2007.
5. Самопомощь и взаимопомощь граждан старшего поколения / Под ред. О.В. Ромашова, А.С. Сорвиной, Е.М. Черняк. — М., 2003.
6. Саралиева З.М., Балабанов С.С. Пожилой человек в центральной России // Социологические исследования. — 2002. — № 12.
7. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учебное пособие. — 3-е изд. — М., 2004.
8. Шукина Н.П. Институт взаимопомощи в системе социальной поддержки пожилых людей: Научное издание. — М., 2004.
9. Энциклопедия пенсионера: жизнь только начинается / Сост. Н.З. Быковская, Л.Н. Прозоровская. — Ростов н/Д, 2004.
10. Яцемирская Р.С. Социальная геронтология. — М., 2002.

# Глава 13

## СПЕЦИФИКА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ

### § 1. Понятие инвалидности и ее виды

Уровень цивилизованности общества во многом определяется его отношением к людям с ограниченными возможностями. Поэтому на современном этапе развития общества проведение комплекса мер по социальной интеграции граждан с ограничениями жизнедеятельности в общество является одним из приоритетных направлений социальной политики государства. Инвалиды, по оценкам экспертов ООН, составляют значительную часть населения — от 10 до 20% в разных странах. В Российской Федерации, по данным органов социальной защиты, их насчитывается около 3–5% всего населения. Однако численность инвалидов в России не может исчерпываться только этими данными, так как в этом случае не учитываются инвалиды, которые являются получателями других видов пенсий (по возрасту, по потере кормильца и др.). Кроме того, некоторые лица, являющиеся инвалидами, в органы социальной защиты не обращались, а определенное число инвалидов зарегистрированы в ведомственных пенсионных органах (Министерство внутренних дел, Министерство обороны, Министерство безопасности). В России на протяжении последних пяти лет наблюдается тенденция к увеличению количества инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов. Каждый год признают инвалидами свыше 1 млн человек, причем более 80% из них составляют инвалиды I и II групп. При этом показатели реабилитации остаются на низком уровне и не превышают 2,3% при повторном освидетельствовании<sup>1</sup>.

Наличие в социальной структуре общества значительного числа лиц, имеющих признаки ограничения жизнедеятельности, свидетельствует о масштабности проблемы инвалидности и определяет необходимость принятия на государственном уровне комплекса мероприятий по созданию системы социальной защиты инвалидов, обеспечивающей их интеграцию в общество.

---

<sup>1</sup> См.: Государственный доклад о положении инвалидов в Российской Федерации. — М., 2005. — С. 22.

Согласно Декларации о правах инвалидов (ООН, 1975 г.), инвалид — любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобретенного, его (или ее) физических или умственных возможностей.

Всемирная организация здравоохранения в 1980 г. опубликовала международную классификацию инвалидности, в которой инвалидность рассматривается в трех аспектах.

- *биологический аспект*: потеря или любая аномалия физиологической, психологической или анатомической структуры или функции организма;
- *персональный аспект*: любое нарушение или отсутствие способности действовать в пределах диапазона, который считается нормальным для человека;
- *социальный аспект*: неблагоприятное положение, в котором индивид оказывается вследствие нарушения или неспособности действовать и которое ограничивает выполнение обычных ролей, зависящих от возраста, пола, социальных и культурных факторов. Понятия недостаточности, недееспособности и нетрудоспособности были разработаны ВОЗ для дифференциации различных исходов заболевания и выбора такой тактики терапии, которая соответствует подобному исходу.

В России термин «инвалид», в отличие от европейских и всемирных стандартов определения инвалидности, традиционно остается преобладающим по отношению к людям с ограниченными возможностями. Означает ли это, что содержание понятия «инвалид» остается неизменным? Для ответа на этот вопрос необходимо проанализировать, какой смысл вкладывался в данное понятие в различные исторические эпохи.

Вплоть до середины XIX в. в России инвалидами называли военнотружущих, пострадавших во время войн. В.И. Даль, толкуя слово «инвалид», использует такое определение: «отслуживший, заслуженный воин, неспособный к службе за увечьем, ранами, дряхлостью».

Впоследствии категория людей, состояние которых подпадало под определение инвалидности, расширилась. Это было обусловлено прежде всего зарождением и развитием капитализма, когда общественная значимость человека начала зависеть от его способности участвовать в процессе производства. Основным критерием стала частичная утрата работоспособности в результате заболева-

ния или травмы, а позже — также в результате психических заболеваний и врожденных нарушений. В словаре С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведовой инвалидом называется «человек, который полностью или частично лишен трудоспособности вследствие какой-нибудь аномалии, ранения, увечья, болезни». Официальные документы также определяли инвалидность как «длительную или постоянную полную или частичную потерю трудоспособности». В свою очередь такая часть населения, как дети-инвалиды, вообще не попадала в категорию инвалидов. Такое толкование сохранялось вплоть до 1995 г., когда был принят Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», в котором было предложено следующее определение: «Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Ограничение жизнедеятельности определяется как полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Контингент людей с ограниченными возможностями неоднороден и по разным основаниям делится на несколько групп.

В зависимости от *возраста* инвалидов можно разделить на следующие группы: дети-инвалиды и инвалиды-взрослые.

Можно выделить в отдельную группу пожилых инвалидов ***со специфическими проблемами***, людей послепенсионного возраста, имеющих заболевания (чаще всего хронические) или увечья, которые существенно ограничивают их возможности даже по сравнению с другими пенсионерами либо инвалидами. Среди инвалидов преобладают инвалиды пенсионного возраста, т.е. в возрасте 55 и более лет, 54,7%; при этом мужчин пенсионного возраста насчитывается 52,6%, а женщин — 68,7%. Доля лиц молодого и среднего возраста (до 44 лет среди женщин и до 49 лет среди мужчин) составляет у женщин 15,7%, у мужчин — 22,2%. Предпенсионный возраст среди мужчин имеют 25,5% инвалидов, среди женщин — 16,2%. В общем числе впервые признанных инвалидами 38% составляют лица трудоспособного возраста, из них 69% — инвалиды I и II групп<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> См.: Банк готовых документов Россия в цифрах — 2005 г.; Copyright Федеральная служба государственной статистики.

*По характеру заболевания* инвалиды могут быть отнесены к мобильным, маломобильным и неподвижным группам.

*С учетом причин, повлекших за собой инвалидность*, можно выделить инвалидов, имеющих общее заболевание; трудовое увечье; профессиональное заболевание; инвалидность с детства; ранение (контузия, увечье), полученное при защите Родины; ранение (контузия, увечье), полученное при исполнении обязанностей военной службы; заболевания, связанные с пребыванием на фронте; увечье, полученное в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы; заболевание, не связанное с пребыванием на фронте (заболевание получено в период прохождения военной службы); заболевание, полученное при исполнении обязанностей воинской службы.

На уровень инвалидности у людей влияет ряд факторов: состояние окружающей среды, демографическая ситуация, экономический и социальный уровень развития в местах их проживания, уровень заболеваемости, уровень и количество лечебно-профилактической помощи в системе здравоохранения (медицинский фактор). В среднем по России среди всех выявленных факторов, влияющих на уровень инвалидности, наибольшая доля приходится на фактор заболеваемости (25%), далее следуют социально-экономические особенности (22%), демографические (18%), обеспеченность медицинской помощью и деятельность лечебно-профилактических учреждений (17%), экологический фактор (12%), деятельность медико-социальной экспертизы (6%). Следствием влияния этих факторов является постепенное ухудшение здоровья граждан и превращение их заболеваний в хронические и со временем — в инвалидизирующие.

Среди заболеваний, приводящих к инвалидности лиц трудоспособного возраста, первое место занимают болезни системы кровообращения (23,9%), главным образом ишемическая болезнь сердца (из-за возрастного состава инвалидов); второе — злокачественные новообразования (14,4%); третье — травмы (13,5%)<sup>1</sup>. Впрочем, эти данные характеризуют контингент инвалидов, состоящий из людей среднего и старшего возраста. Среди людей молодого возраста основную массу составляют лица, ставшие инвалидами вследствие психических расстройств и болезней нервной системы, а также вследствие травм. В структуре заболеваемости, приводящей к детской инвалидности, преобладают психоневроло-

<sup>1</sup> См.: *Наклонов Д.Н.* Формирование экономического механизма социальной защиты инвалидов. — М.: Гелиос АРФ, 2005. — С. 54.

гические заболевания; затем заболевания внутренних органов; нарушения опорно-двигательного аппарата; нарушения зрения и слуха. Необходимо отдельно отметить, что в отношении детей-инвалидов различают четыре группы факторов риска, приводящих к возникновению инвалидности: пренатальные (наследственные), перинатальные (больная мать), неонатальные (внутриутробные) и приобретенная патология.

Помимо перечисленных оснований деления инвалидов на группы можно также выделить шесть основных категорий для оценки характера ограничения жизнедеятельности:

- 1) снижение способности адекватно себя вести;
- 2) снижение способности общаться с окружающими;
- 3) снижение способности передвигаться;
- 4) снижение способности действовать руками;
- 5) снижение способности владеть телом при решении некоторых бытовых задач;
- б) снижение способности ухаживать за собой.

Кроме того, в зависимости от степени нарушения здоровья человека со стойким расстройством функций организма, приводящим к полной или значительной потере профессиональной трудоспособности или существенным затруднениям в жизни, выделяются три группы инвалидности:

- *I группа* инвалидности устанавливается лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности, нуждающимся в постоянном уходе (помощи или надзоре), в том числе и тем, кто может быть приспособлен к отдельным видам трудовой деятельности в особо организованных индивидуальных условиях (специальные цехи, работа на дому);
- *II группа* инвалидности устанавливается при полной или длительной потере трудоспособности лицам, не нуждающимся в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре, а также в тех случаях, когда все виды труда на длительный период противопоказаны из-за возможного ухудшения течения заболевания (например, при тяжелых хронических заболеваниях, комбинированных значительных дефектах верхних и нижних конечностей и других повреждениях, значительной потере зрения);
- *III группа* инвалидности устанавливается при необходимости перевода лиц по состоянию здоровья на менее квалифицированную работу вследствие невозможности продолжать работу по своей прежней профессии (специальности); по состоянию

здоровья из-за значительных изменений в условиях работы по своей профессии, приводящих к сокращению объема производственной деятельности; при значительном ограничении возможности трудового устройства лиц низкой квалификации или ранее не работавших; при дефектах или деформациях, значительно затрудняющих выполнение профессионального труда.

При наступлении инвалидности, в зависимости от установленной группы, причины, а также необходимости и времени наступления инвалидности назначаются пенсии, устанавливаются льготы, предоставляются другие виды социального обеспечения и обслуживания.

В Российской Федерации на протяжении многих лет уровень инвалидности, как один из показателей здоровья населения, остается наиболее высоким и в последние годы отмечается стойкая ежегодная тенденция его возрастания, причем за счет не только пожилых, но и людей всех возрастных категорий, в частности, увеличивается численность инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов<sup>1</sup>.

## **§ 2. Положение инвалидов в современной России**

Анализ данных распространенности инвалидности (о числе инвалидов по отношению к числу здоровых) в различных регионах РФ дает следующую картину: 1) Центрально-Черноземный регион; 2) Центральный; 3) Волго-Вятский; 4) Северо-Кавказский; 5) Северо-Западный; 6) Уральский; 7) Поволжский; 8) Восточно-Сибирский; 9) Западно-Сибирский; 10) Северный; 11) Калининградская область; 12) Дальневосточный. Таким образом, инвалидность, как бы сосредоточившись в европейской части России, постепенно уменьшается по мере удаления от Центра<sup>2</sup>.

К сожалению, можно прогнозировать дальнейшее увеличение уровня инвалидности в России. Заболеваемость населения по основным группам болезней растет. Из 13 основных групп болезней только по одной (болезни органов дыхания) существует тенденция к снижению числа заболеваний. По всем остальным показателям наблюдается устойчивая тенденция роста числа заболеваний и по некоторым из них — весьма стремительная (число заболеваний крови и кроветворных органов за пять лет увеличилось вдвое). Эта

---

<sup>1</sup> См.: Государственный доклад о положении инвалидов в Российской Федерации. — С. 26.

<sup>2</sup> Там же. С. 23.

тенденция наблюдается во всех возрастных группах, в том числе в группах детей и подростков. Причем у детей динамика роста заболеваемости по многим группам более стремительна, чем в целом по населению. Из года в год увеличивается также число детей с врожденными аномалиями.

Разумеется, среди проблем инвалидов главной является *здоровье*, ведь часто помимо инвалидизирующего заболевания человек имеет несколько «попутных» недугов. У инвалидов старшего возраста отмечаются хронические заболевания с тенденцией к постепенному прогрессированию и инвалидизации. Заболеваемость этой категории граждан характеризуется множественной патологией, нетипичными проявлениями и высокой частотой осложнений.

У детей закономерным следствием плохо поддающихся лечению хронических заболеваний, тяжелых травм и отравлений является возникновение выраженных нарушений в состоянии здоровья, которые и приводят к ограничению их жизненных и социальных функций. Особенностью патологии детского возраста являются учащение перехода острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические, а также нарастание первично-хронической патологии внутренних органов, что снижает компенсаторные возможности функциональных систем организма. Заболеваемость детей-инвалидов существенно выше заболеваемости всех остальных детей, причем частота болезней у детей-инвалидов, проживающих в интернате, в 1,2 раза выше, чем у детей-инвалидов, находящихся в семье, а стоимость медицинского обслуживания ребенка-инвалида в три раза больше, чем стоимость лечения взрослого.

У детей-инвалидов при любом характере первичного нарушения (снижение слуха, зрения) наблюдается отставание сроков формирования психических функций и замедленный темп их развития. Не формируется своевременно ни один вид детской деятельности — предметная, игровая, продуктивная. Это порождает еще одну проблему — *социализацию детей-инвалидов*. Жизнь ребенка-инвалида протекает в условиях депривации. Социальная ситуация его развития существенно отличается от нормы. Обычно социальная дезадаптация детей-инвалидов вызвана нарушением различных функций, соответствующих их возрасту, причем у большинства детей отмечаются сочетанные нарушения нескольких функций одновременно. Так, не могут видеть 12,2%, говорить — 42,5%, слышать — 9,4%, передвигаться — 30,3%, производить точные дви-

жения — 31,5%, сохранять необходимую позу — 11,4%, контролировать свои действия — 26%, адекватно вести себя — 23,2%<sup>1</sup>.

В то же время у инвалидов взрослого возраста инвалидность часто знаменует собой «завершающий» период социализации, ослабления здоровья и психофизических возможностей, приобретает пассивную форму. Приобретая статус инвалида, люди часто теряют производственные связи и лишь частично участвуют в жизни общества, а порой и вовсе исключены из общественной жизни. Получается, что физиологические и психологические изменения происходят на фоне смены социального статуса личности, связанной с ограничением или прекращением трудовой деятельности, трансформацией образа жизни и общения.

Физическая зависимость инвалидов принимает острые формы по причине *одиночества*. Одиночество и проблемы психологического характера свойственны подавляющему большинству инвалидов, которые чувствуют себя ненужными, всеми забытыми, что еще больше осложняет их жизнь.

Значимой проблемой инвалидов, особенно детей-инвалидов, является *психологическая неприспособленность* к окружающему миру. Ребенок-инвалид вступает в жизнь с изначально пониженным уровнем адаптационных и интеграционных возможностей. Тип заболевания и отклонения в развитии, особенности течения заболевания, специфика поражения различных органов и систем, характер и выраженность дефекта определяют снижение адаптационных и интеграционных возможностей. Ребенок-инвалид, имея значительные ограничения жизнедеятельности в детстве, зачастую теряет способность к самообслуживанию, самоконтролю, саморазвитию.

Социальная депривация детей-инвалидов углубляется за счет *долгого пребывания больного ребенка в специальных стационарах, санаториях, интернатных учреждениях*, где ограничен социальный опыт и общение осуществляется между детьми с такой же патологией. В этом случае происходит задержка развития социальных и коммуникативных навыков, формируется недостаточно адекватное представление об окружающем мире.

Проблемы, *вызванные пребыванием в доме-интернате*, свойственны не только детям-инвалидам, но и людям пожилого и старческого возраста, проживающим в стационарных учреждениях социальной защиты. Практика подтверждает актуальность уста-

---

1 См.: Государственный доклад о положении инвалидов в Российской Федерации. — С. 29.

новки ООН на то, чтобы «позволить жить стареющим людям в собственных семьях», ибо в домах-интернатах пожилой человек попадает в сложную ситуацию: с одной стороны, резкая смена окружающей обстановки, с другой — переход к коллективной жизни, необходимость подчиняться установленному порядку, боязнь утраты независимости.

Проживающие в домах-интернатах для престарелых в основном жалуются на качество ухода за ними, питание, нарушение их прав. Наблюдаются значительные различия в психике инвалидов, живущих в домашних условиях, и инвалидов, проживающих в домах-интернатах.

Самочувствие инвалидов во многом определяется и отношениями, сложившимися в семье. Трудоспособные инвалиды и инвалиды, проживающие в домах-интернатах, обычно не очень интенсивно общаются со своими родственниками, в отличие от тех инвалидов, которые нуждаются в постоянном уходе и находятся на попечении родных. К сожалению, к наиболее острым проблемам людей с ограниченными возможностями, особенно детей-инвалидов, относятся *взаимоотношения с другими членами семьи*. Эта проблема носит комплексный и многоплановый характер. С одной стороны, семья ребенка-инвалида — это комплекс взаимосвязанных проблем выживания, социальной защиты, образования; с другой стороны, проблема ребенка-инвалида как личности заключается в том, что он лишен обычного детства, забот и интересов, свойственных его здоровым ровесникам.

В каждой семье, имеющей ребенка-инвалида, существуют свои особенности, свой психологический климат, который так или иначе воздействует на ребенка — либо способствует реабилитации, либо тормозит ее. Практически все семьи с детьми-инвалидами нуждаются в различных видах помощи, в первую очередь психологической. Обычно с рождением ребенка-инвалида в семье возникает целый ряд сложных психологических проблем, которые приводят не только к психологической дезадаптации родителей, но и к распаду *семьи*.

*Материальное положение* — единственная проблема, которая может соперничать по своей значимости со здоровьем. Инвалиды гораздо болезненнее, чем представители других категорий населения, переносят последствия политических и экономических реформ: большинство из них вынуждены отказаться от привычного образа жизни, сложившихся стандартов потребления, снизить уровень социальных притязаний, расстаться со своими социальными ожиданиями и планами, вести пассивный образ жизни.

Постоянный рост цен на продукты питания, товары народного потребления, коммунально-бытовые и другие услуги не позволяет большинству инвалидов преодолеть «черту бедности». Ухудшение рациона питания, минимизация расходов на социально-культурные нужды повышают уязвимость инвалида и в конечном счете сказываются на состоянии его здоровья и продолжительности жизни. Таким образом, ухудшение здоровья населения сопровождается процессом снижения уровня жизни.

В условиях модернизации российского общества инвалидам труднее равноправно конкурировать на рынке труда с полноценными в физическом отношении людьми, несмотря на установленное законом квотирование рабочих мест для инвалидов. В условиях общего роста безработицы их участие в общественном производстве существенно сокращается. К тому же вопросы **занятости инвалидов** в большинстве случаев решают Всероссийское общество инвалидов, Всероссийское общество слепых, Всероссийское общество глухих и другие общественные организации инвалидов. Серьезные проблемы с поиском работы возникают не только у самих инвалидов, но и у родителей, воспитывающих ребенка-инвалида: в силу необходимости ухода за ним они не могут полноценно трудиться и, следовательно, неконкурентоспособны на рынке труда.

Важной проблемой являются также **хозяйственно-бытовые трудности**, возникающие у инвалидов вследствие ограничения возможностей жизнедеятельности. Исследования показывают, что наибольшая потребность выявлена в медицинской помощи — 99,5% инвалидов, в амбулаторном лечении — 65,4%, стационарном — 84,2%, санаторно-курортном — 40,1%, в диспансерном наблюдении — 96,3%. Большой процент инвалидов нуждается в социально-бытовых услугах — 81,4%. В обеспечении специальными техническими средствами нуждаются 17% инвалидов, в том числе по таким направлениям, как приспособление квартирных условий к его психосоматическим возможностям — 12%; расширение дверных проемов — 13,8% инвалидов I группы; адаптация путей перемещения инвалида в подъезде жилого дома — 7% и в микрорайоне — 3% (необходимо отметить, что проблема создания инфраструктуры, позволяющей инвалидам удовлетворять свои потребности в нормальной жизнедеятельности, до сих пор практически не решена). В обеспечении социальной защищенности нуждаются 67,8% инвалидов, в том числе в юридической консультации — 38,5%, в доступе к информации о правах и льготах —

26,3%, в оказании помощи в реализации прав и льгот — 49,4%<sup>1</sup>. Однако далеко не все нуждающиеся инвалиды получают всю необходимую помощь.

Таким образом, положение инвалидов в современной России характеризуется наличием множества проблем материально-финансового, психологического, медицинского и бытового характера. В социальных отношениях доминирует практика социального исключения, ограничивающая доступ инвалидов к ресурсам и жизненным шансам. Подобная социальная несправедливость по отношению к людям с ограниченными возможностями не должна допускаться в цивилизованном обществе, поэтому так важно обеспечение инвалидам равных с другими людьми возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод. Для этого необходимо всестороннее изучение проблем инвалидов, которое позволяет лучше понять их потребности и определить пути устранения трудностей в соответствии с принципом адресного подхода.

### **§ 3. Содержание социальной работы с инвалидами**

*Социальная работа с инвалидами* — это оказание практической помощи инвалидам, семьям и группам таких людей с низкими материальными доходами, страдающим от различных хронических заболеваний, с нарушенными социальными контактами; создание для них условий, способствующих их физическому выживанию и — в идеальном случае — сохранению их социальной активности.

Одним из основных видов социального обеспечения инвалидов является *пенсия по инвалидности*. Численность людей, получающих пенсию по инвалидности в России, составляет около 5 млн человек. Она постепенно возрастает и за последние три-четыре года увеличилась более чем на 25%<sup>2</sup>. *Трудовая пенсия по инвалидности* устанавливается независимо от причины инвалидности (по общему правилу), продолжительности страхового стажа застрахованного лица, продолжения инвалидом трудовой деятельности, а также от того, наступила ли инвалидность в период работы, до поступле-

---

<sup>1</sup> См.: Дементьева Н.Ф., Васильчиков В.М. Развитие системы социальных услуг пожилым людям и инвалидам в России // Отечественный журнал социальной работы. — 2005. — № 1.

<sup>2</sup> См.: Захарова М.Л., Тучкова Э.Г. Право социального обеспечения России. — М.: Волтерс Клувер, 2006. — С. 266.

ния на работу или после прекращения работы. Трудовая пенсия по инвалидности может быть назначена лишь при наличии факта обязательного пенсионного страхования, имевшего место до или после наступления инвалидности. *Социальная пенсия по инвалидности* устанавливается при полном отсутствии у инвалида страхового стажа, а также в случае наступления инвалидности вследствие совершения им умышленного уголовно наказуемого деяния или умышленного нанесения ущерба своему здоровью, которые установлены в судебном порядке.

**Денежные выплаты** инвалидам и семьям с детьми-инвалидами включают в себя социальные пособия, компенсационные выплаты, субсидии. Семьи с детьми-инвалидами получают следующие *социальные пособия*: пособие при рождении ребенка, ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет, ежемесячное пособие на ребенка, пособие по временной нетрудоспособности по уходу за ребенком-инвалидом до достижения им 18 лет. Неработающим инвалидам выплачивается пособие по безработице. Законом предусмотрено единовременное пособие при заражении ВИЧ-инфекцией: повлекшем установление инвалидности I группы — 25 тыс. руб., II группы — 20 тыс. руб., III группы — 15 тыс. руб. Кроме того, выплачиваются ежемесячные *компенсационные выплаты* по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет (50 руб.), ежемесячные компенсационные выплаты неработающим трудоспособным гражданам, осуществляющим уход за инвалидом I группы или ребенком-инвалидом (120 руб.), компенсации отдельным категориям инвалидов из числа ветеранов расходов на санаторно-курортное лечение, эксплуатацию транспортных средств и транспортное обслуживание, а также ежемесячные компенсации гражданам, пострадавшим от радиационных и техногенных катастроф (инвалидам I группы — 5 тыс. руб., II группы — 2,5 тыс. руб., III группы — 1 тыс. руб.). Периодически инвалидам и семьям, имеющим в своем составе детей-инвалидов, выплачивается *материальная помощь*.

Законом предусматриваются также **льготы** инвалидам на внеочередное получение жилья, соответствующим образом оборудованного. В частности, инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка не менее 50% с квартирной платы и оплаты коммунальных услуг, а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, — со стоимости топлива; кроме того, предоставляется льготы на проезд, медицинское обслуживание, лекарственное обеспечение, обеспечение техническими средствами

реабилитации, протезирование, а также трудовые и налоговые льготы. Инвалиды и семьи, имеющие в своем составе инвалидов, имеют право на получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, садоводства, ведения подсобного и дачного хозяйства.

Помимо этого инвалиды получают *бесплатные натуральные выдачи* (обычно продукты питания), которые производятся периодически либо по мере поступления гуманитарной помощи или приурочены к праздникам (День Победы, Всемирный день детей, Новый год и др.).

Важное значение придается социальному обслуживанию инвалидов, которое позволяет осуществлять дифференцированный подход к ним. Определяются следующие формы социального обслуживания:

1) социальное обслуживание на дому, включая социально-медицинское обслуживание;

2) полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;

3) стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах, пансионатах, больницах для хронических больных);

4) срочное социальное обслуживание для оказания неотложной помощи разового характера остро нуждающихся в социальной поддержке;

5) социально-консультативная помощь, направленная на адаптацию инвалидов в обществе, развитие опоры на собственные силы, облегчение адаптации к изменению социально-экономических условий;

6) предоставление жилой площади в специальных домах-интернатах.

#### **§ 4. Деятельность социальных учреждений и служб по обслуживанию инвалидов**

Социальная служба включает структуры, выполняющие определенные функции социальной защиты, помощи, поддержки. Как уже говорилось, сфера их деятельности — различные направления социального обслуживания населения: оказание материальной помощи и помощи на дому; постоянное обслуживание в условиях стационара; предоставление временного приюта; организация

дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания; консультативная помощь; социальный патронаж семей, детей и отдельных граждан; социальная реабилитация граждан с девиантным поведением; организация торгового обслуживания, социально-бытовых и ритуальных услуг и т.д. Для инвалидов предусматривается развитие форм обслуживания на дому работниками отделений социальной помощи, организованных при отделах социальной защиты населения, центрах социального обслуживания, домах-интернатах для престарелых и инвалидов. Для малообеспеченных инвалидов пожилого возраста, проживающих отдельно от родственников, актуальными являются различные виды натуральной помощи, прежде всего через предоставление бесплатного питания.

**Стационарное социальное обслуживание** направлено на оказание социально-бытовой помощи инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении. Это обслуживание включает меры по созданию наиболее адекватных возрасту инвалида и состоянию его здоровья условий жизнедеятельности, реабилитационные мероприятия медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечение ухода и медицинской помощи, организацию отдыха и досуга инвалидов.

Дома-интернаты профилированы с учетом характера патологии и разделяются на дома-интернаты общего типа (для пожилых людей и инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и внутренних органов), психоневрологические интернаты (для инвалидов с хроническими психическими заболеваниями и глубокой умственной отсталостью) и детские дома-интернаты.

Развитие сети стационарных учреждений требует значительных финансовых и материальных затрат, что предопределяет появление учреждений на основе различных форм собственности. В большинстве регионов плата за услуги в стационарных учреждениях социальной защиты устанавливается в договорном порядке, обычно в размере, не превышающем 75% от пенсии проживающего.

Серьезную тревогу вызывают неудовлетворительное бюджетное финансирование стационарных учреждений социальной защиты и тот факт, что сеть домов-интернатов не обеспечивает оптимальных социально-бытовых условий проживающим в них гражданам. В ряде регионов сохраняется значительная очередь для определения в дома-интернаты, не везде обеспечиваются санитарные нормы проживания, нет необходимых условий для семей или инвали-

дов с детьми. Эти и другие проблемы не всегда находят свое разрешение.

К государственным учреждениям социально-бытового обслуживания инвалидов относятся *дома-интернаты общего типа для престарелых и инвалидов* — медико-социальные учреждения, предназначенные для постоянного проживания престарелых инвалидов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В дома-интернаты общего типа принимаются пожилые граждане (женщины с 55 лет, мужчины с 60 лет) и инвалиды I и II групп старше 18 лет, не имеющие трудоспособных детей или родителей, обязанных по закону их содержать.

К числу факторов, облегчающих адаптацию инвалидов в домах-интернатах, относятся создание оптимальных бытовых условий, обеспечение домашнего уюта, удовлетворение потребностей пожилых людей в медицинской помощи. Важное значение приобретает «терапия окружающей средой», которая включает создание благоприятного психологического микроклимата, сохранение целесообразной активности пожилых людей, предупреждение болезненных реакций. Эти цели достигаются организацией комфортных бытовых условий, трудовой занятости, содержательного досуга. Важность «терапии окружающей средой» становится понятной, если учитывать ограниченность социальных связей и контактов пациентов с внешним миром.

*Психоневрологический интернат* — это медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного проживания престарелых и инвалидов, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В психоневрологический интернат принимаются лица с умственной отсталостью в степени выраженной дебильности и идиотии, а также лица, страдающие затяжными формами психических заболеваний, состояние которых характеризуется отсутствием острой психической симптоматики, наличием слабоумия или грубых проявлений психического дефекта.

Психоневрологические интернаты входят в общую систему психиатрической помощи в стране. В них находятся психические больные, неспособные жить в обществе в силу утраты либо недоразвития способностей к самообслуживанию, самообеспечению, к продуктивной общественно-полезной и коммуникативной деятельности. Психоневрологические интернаты профилированы в зависимости от особенностей контингента на учреждения госпитального и реабилитационного типа.

В связи с тем, что психоневрологические интернаты являются постоянным, пожизненным местом пребывания больных с хроническими формами психических заболеваний, существенная роль отводится бытовому устройству больных, созданию комфортных условий пребывания, обеспечению возможностей межличностных контактов на основе общности интересов с учетом коммуникативных способностей больных.

*Детские дома-интернаты*, а также реабилитационные школы для умственно отсталых детей создаются для детей-инвалидов, которые по роду своего заболевания могут воспитываться, получать образование и навыки самообслуживания только в специализированных учреждениях, где реабилитация начинается с раннего возраста — в первую очередь, развитие навыков самообслуживания, личной гигиены, привитие культуры поведения. В зависимости от степени обучаемости дети получают тот или иной уровень образования по специально разработанным программам, овладевают навыками хозяйственно-бытового труда, а в процессе работы в учебно-производственных мастерских — элементами разного рода ремесел.

Около трети детей-инвалидов находятся в специализированных детских учреждениях, однако их связи с семьями могут и не прерываться, поскольку дети-инвалиды не являются сиротами. Около 30 тыс. (5%) детей-инвалидов воспитываются в 155 детских домах-интернатах системы социальной защиты населения (дети с тяжелыми умственными и физическими дефектами) и находятся на полном государственном обеспечении.

В последнее время большое внимание уделяется разработке новых видов стационарных учреждений и строительству домов-интернатов с учетом современных требований. В них предусматриваются удобные одно- и двухместные жилые комнаты, ряд помещений для проведения досуга, помещения для занятия спортом и лечебной физкультурой, медицинский блок и т.д. Дома-интернаты начинают приобретать характер реабилитационных учреждений.

Активно внедряются новые формы социального обслуживания инвалидов — отделения милосердия и геронтологические центры. В отделениях милосердия создана комфортная среда для проживания, они оснащены необходимыми средствами малой механизации. Часть отделений милосердия открыта при больницах, финансирование происходит по долевному принципу здравоохранения и социальной защиты населения. Для проживающих в этих учреждениях плата составляет 75% от размера пенсии.

Продолжает развиваться сеть *специальных жилых домов-интернатов с комплексом служб социально-бытового назначения*, предназначенных для постоянного проживания одиноких граждан, а также супружеских пар, которые сохранили полную или частичную способность к самообслуживанию в быту и нуждаются в создании условий для самореализации (т.е. в основном для пожилых инвалидов III группы). Специализированные дома состоят из одно- или двухкомнатных квартир и включают в себя комплекс служб социально-бытового назначения, медицинский кабинет, библиотеку, столовую, пункты заказов на продукты питания, сдачи белья в прачечную и химчистку, помещения для проведения культурного досуга и для трудовой деятельности. При таких домах организуются круглосуточные диспетчерские пункты, обеспеченные внутренней связью с жилыми помещениями и внешней телефонной связью. Строительство таких учреждений сейчас ведется во многих регионах России.

Для реализации обеспечения доступности стационарной социальной помощи инвалидам без смены привычной для них среды обитания открываются стационарные учреждения малой вместимости (на 15–30–50 мест), как минимум, в каждом районе. Это позволяет решать проблемы с инвалидами на местах, не отрывая их от привычного круга общения, и тем самым избежать психологической травмы. Создание комфорта, спокойной обстановки, близкой к домашней, часто зависит от размера учреждения: в небольшом доме легче создать обстановку, приближающуюся к условиям обычного квартирного дома, к которому человек привык, а в большом же доме проще организовать культурно-бытовое и медицинское обслуживание, здесь легче устанавливаются контакты между живущими, такие дома более экономичны.

В последние годы начали функционировать платные *мини-пансионаты* для престарелых граждан, имеющих возможность оплачивать свое содержание или имеющих детей или других лиц, обязанных по закону их содержать, которые не могут обеспечить надлежащий уход за престарелыми в домашних условиях, но в силах оплачивать их содержание в пансионатах.

Новой формой социально-медицинского обслуживания является *хостис*.

Система *полустационарного социального обслуживания инвалидов*, является наиболее экономичной и приближенной к их реальным нуждам. Нестационарные учреждения социальной защиты позволяют выбрать индивидуальный вариант обслуживания, в том чис-

ле и на платной основе. В рамках таких учреждений развиваются системы психологической, медико-социальной и правовой помощи инвалидам.

*Центр социального обслуживания* является учреждением социальной защиты населения, осуществляющим на территории города или района организационную и практическую деятельность по оказанию различных видов социальной помощи престарелым гражданам, инвалидам и другим группам населения, нуждающимся в социальной поддержке. Центр может иметь различные подразделения социального обслуживания, в том числе отделения дневного пребывания, социальной помощи на дому, службы срочной социальной помощи, а также другие отделения и службы, создаваемые с учетом необходимости и имеющихся возможностей, деятельность которых не противоречит задачам центра.

*Отделение дневного пребывания* предназначено для бытового, медицинского, культурного обслуживания инвалидов и пенсионеров, организации их отдыха, привлечения к посильной трудовой деятельности, поддержания активного образа жизни и создается для обслуживания не менее 30 человек. В отделение зачисляются инвалиды, сохранившие способность к самообслуживанию и активному передвижению (т.е. инвалиды II и III групп).

В ряде административных территорий в рамках центров социальной помощи стали появляться новые структурные подразделения — *отделения временного пребывания* (от 2 недель до 3 месяцев) для лиц старшего возраста и инвалидов и рассчитано на содержание не менее 15 человек. В таких отделениях могут быть предусмотрены оказание доврачебной и врачебной медицинской помощи, организация занимательного досуга, психологическая помощь. В отделении осуществляются лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, культурное и бытовое обслуживание, питание в условиях круглосуточного содержания. Такие учреждения могут облегчить социально-психологическую адаптацию инвалидов к постоянному проживанию в стационарных учреждениях.

*Медико-социальное отделение* предназначается для инвалидов, которые испытывают серьезные трудности в организации своего быта, но по тем или иным причинам не желают проживать в домах-интернатах. На базе учреждений здравоохранения открыты специальные отделения и палаты, куда госпитализируются в первую очередь одинокие немощные пожилые, утратившие мобильность и способность к самообслуживанию.

*Социально-оздоровительные (социально-реабилитационные) центры* с временным проживанием (от 2 до 4 недель) и курсовым оздоровлением ветеранов работают по принципу санаториев, санаториев-профилакториев, пансионатов и домов отдыха. В последние годы ряд домов-интернатов общего типа был перепрофилирован в дома-интернаты милосердия, усиленные медицинским персоналом.

Полустационарной формой обслуживания считаются *дома ночного пребывания* и *центры социальной адаптации*. Обязательными услугами для всех нуждающихся являются первичный медицинский осмотр и санитарная обработка, все остальные услуги предоставляются в зависимости от профиля и возможностей конкретного учреждения. В центрах социальной адаптации помимо медицинских, оказываются психологические, правовые и другие услуги.

*Социальное обслуживание на дому* — один из основных видов социальной работы. Его основная цель — максимально продлить нахождение граждан в привычной для них среде обитания, поддержать их личностный и социальный статус, защитить их права и законные интересы.

Отделение социальной помощи на дому создается для осуществления постоянного или временного (до 6 месяцев) социально-бытового обслуживания в надомных условиях пенсионеров и инвалидов, нуждающихся в посторонней помощи вследствие частичной утраты способности к самообслуживанию. Отделение создается для обслуживания не менее 60 человек, проживающих в сельской местности, и не менее 120 человек, проживающих в городской местности. Более 78% обследованных нетрудоспособных граждан, нуждающихся в различных видах помощи, требуется медико-социальная помощь, почти 80% — услуги социально-бытового характера<sup>1</sup>.

*Патронаж* — это вид социального обслуживания, преимущественно на дому, индивидуальных клиентов и групп риска, который заключается в постоянном социальном надзоре, регулярном посещении их жилищ социальными работниками, оказании им необходимой экономической, материально-бытовой помощи, проведении несложных медицинских манипуляций и т.д. Патронаж занимает одно из основных мест в социальном обслуживании инвалидов, находящихся в домашних условиях, лишенных помощи своих близких и неспособных или мало способных к передвижению

---

<sup>1</sup> См.: Банк готовых документов Россия в цифрах — 2005 г.; Copyright Федеральная служба государственной статистики.

и самообслуживанию. Социальные работники регулярно (обычно не реже двух раз в неделю) посещают таких клиентов, оказывают помощь в приобретении продуктов, приготовлении пищи, уборке помещения и проведении гигиенических процедур, помогают осуществлять коммунальные платежи, почтовые отправления и другие необходимые совершаемые вне дома действия. Кроме того, обученные социальные работники могут совершать элементарные медицинские манипуляции, например измерить давление, провести массаж. Надзорная функция социального работника заключается в том, что он должен быть в состоянии определить потребность клиента в специализированной помощи врача, юриста и других специалистов и сообщить об этом в территориальный орган социального обслуживания.

Как правило, патронаж является альтернативой помещению клиента в стационарное социальное или медицинское учреждение.

Таким образом, развивая и совершенствуя деятельность нестационарных учреждений и служб социальной помощи инвалидам различных возрастных категорий, органы социальной защиты должны проявлять постоянную заботу о создании более комфортных условий для их жизнедеятельности и в стационарных учреждениях, способствовать улучшению качества жизни инвалидов, создавать условия для оптимизации их жизненного уклада и решения разнообразных проблем, связанных с поддержанием здоровья и психологической помощью.

Инвалиды являются одной из наименее защищенных групп населения, и их проблемы практически не находят адекватного решения, что обуславливает необходимость совершенствования системы социальной защиты и социального обслуживания. Общественная значимость проблемы инвалидности определяет необходимость интенсивного поиска новых подходов и конструктивных решений в области полномасштабной качественной реабилитации людей с ограниченными возможностями.

Приоритетное направление социальной работы с инвалидами — организация среды обитания с тем, чтобы у них был выбор способов взаимодействия с этой средой. Свобода выбора порождает ощущение защищенности, уверенности в завтрашнем дне, ответственности за свою жизнь.

### **Вопросы и задания**

1. Понятие инвалидности и ее виды.
2. Каково положение инвалидов в современной России?

3. Раскройте содержание социальной работы с инвалидами.
4. Деятельность социальных учреждений и служб по обслуживанию инвалидов.

### **Литература**

1. Дементьева Н.Ф., Васильчиков В.М. Развитие системы социальных услуг пожилым людям и инвалидам в России // Отечественный журнал социальной работы. — 2002. — № 1.
2. Жилина В.И. О работе Центра социально-бытового обслуживания в Тюмени // Российский журнал социальной работы. — 2000. — № 9–10.
3. Захаров М.Л., Тучкова Э.Г. Право социального обеспечения в России. — М.: Волтерс Клувер, 2005.
4. Наклонов Д.Н. Формирование экономического механизма социальной защиты инвалидов. — М.: Гелиос АРВ, 2000.
5. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: ИНФРА-М, 2006.
6. Руководство по геронтологии / Под ред. акад. РАМН, проф. В.Н. Шабалина. — М.: Цитадель-трейд, 2005.
7. Сигида Е.А. Развитие социальной реабилитологии в России. — М.: СТИ МГУС, 2000.

# Глава 14

## СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧАСТНИКОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ПРИРАВНЕННЫХ К НИМ ЛИЦ

### § 1. Участники ВОВ и приравненные к ним лица как объекты социальной работы

Участники Великой Отечественной войны (ВОВ) и приравненные к ним лица составляют особую категорию пожилых людей, которые в годы ВОВ либо воевали на фронте, либо в сложных условиях тыла самоотверженным трудом обеспечивали победу нашей страны в этой войне.

Большинство участников ВОВ и приравненных к ним лиц в силу своего возраста, личной истории жизни и специфичности положения имеют серьезные трудности со здоровьем и являются инвалидами. Именно этот факт и определяет направления государственного социального обеспечения данной категории лиц.

Социальная работа с данной группой населения осуществляется по двум основаниям: во-первых, как с лицами — участниками ВОВ и приравненными к ним лицами; во-вторых, как с гражданами, имеющими определенные проблемы социально-экономического и медицинского характера.

Законодательно участники войны выделены в особую, льготную категорию.

#### **Категории инвалидов войны**

Инвалиды войны характеризуются двумя признаками: 1) признанная в установленном порядке инвалидность той или иной группы; 2) причинная связь между инвалидностью и военной травмой (ранение, контузия, увечье) либо заболеванием, полученным в результате боевых действий. Наиболее распространенная причина инвалидности на войне — ранения, которые бывают пулевыми, осколочными (от бомб, снарядов, гранат, мин и т.д.), колотыми, резаными, рублеными, раздробленными от воздействия холодного оружия (штыков, сабель, ножей, прикладов), а также вторичными — причиненными во время разрушения укрытий, последовавших от взрывов. Привести полный перечень предметов, которые могут причинить ранения, невозможно но все же наиболее распро-

страненными являются пулевые и осколочные ранения. Контузии наблюдаются значительно реже, но приводят к более серьезным последствиям и труднее поддаются лечению.

Увечья могут быть последствиями тех же воздействий, что и при ранениях и контузиях, но иногда происходят по другим причинам: в результате переохлаждения организма (обморожения) либо, наоборот, соприкосновения с открытым огнем (ожоги), сдавливания грудной клетки и (или) головы гусеницами танков и колесами автотехники, повреждения центральной либо периферийной нервной системы (параличи).

Не так уж редки случаи заболеваний, связанных с несением службы в условиях боевых действий. Быт фронтовиков, как правило, неустроен, и никто не застрахован от возникновения и развития таких болезней, как туберкулез, ревматизм, дизентерия, тиф, психические расстройства, приводящие к утрате трудоспособности, т. е. к инвалидности.

К *инвалидам ВОВ* Закон РФ «О ветеранах» от 12.01.1995 г. (с изм. и доп. от 06.05.2003 г.) относит лиц, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания:

- военнослужащих, в том числе уволенных в запас, проходивших военную службу либо временно находившихся в воинских частях, штабах и учреждениях, входивших в состав действующей армии в период Великой Отечественной войны;
- партизан, членов подпольных организаций, действовавших в период ВОВ на временно оккупированных территориях СССР;
- рабочих и служащих, работавших в районах боевых действий в период ВОВ и приравненных по пенсионному обеспечению к военнослужащим воинских частей, входивших в состав действующей армии;
- лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и государственной безопасности, исполнявших служебные обязанности в районах боевых действий;
- военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и государственной безопасности, бойцов и командный состав истребительных батальонов и отрядов защиты народа при выполнении боевых заданий в период с 22 июня 1941 г. по 31 декабря 1951 г., а также при разминировании территорий и объектов на территории СССР и территориях других государств;
- лиц, привлекавшихся организациями Осоавиахима СССР и органами местной власти к сбору боеприпасов и военной техники,

- разминированию территорий и объектов в период с февраля 1944 г. по декабрь 1951 г.;
- лиц, обслуживавших действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил РФ, находившиеся на территориях других государств; участников обороны г. Одессы с 10 августа по 16 сентября 1941 г.; участников обороны г. Севастополя с 5 ноября 1941 г. по 4 июля 1942 г.;
  - участников обороны г. Сталинграда с 12 июля по 19 ноября 1942 г.

**Инвалидами боевых действий**, не относящихся к периоду Великой Отечественной войны, согласно Закону «О ветеранах» считаются лица, ставшие инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, а также военнослужащие, в том числе уволенные в запас, проходившие военную службу либо временно находившиеся в воинских частях, штабах, учреждениях, входивших в состав действующей армии в период Гражданской войны; партизаны, члены подпольных организаций, действовавших в период Гражданской войны.

Разницы в определении статуса инвалида ВОВ и инвалида боевых действий нет, поэтому они и носят в Законе общее название — «инвалиды войны» (ст. 14 Закона).

Инвалидам ВОВ и инвалидам, приравненным к ним, выдаются, соответственно, «Удостоверение инвалида ВОВ» и «Удостоверение инвалида о праве на льготы» установленной формы, являющиеся документами, подтверждающими право на льготы и преимущества, установленные законодательством для инвалидов войны.

Выдача удостоверений производится районными (городскими) органами социальной защиты, а также соответствующими органами Министерства обороны, МВД, ФСБ, других ведомств, назначающих пенсии.

Удостоверение бесплатно выдается инвалиду лично или по его доверенности родственникам либо другим лицам под расписку.

В настоящее время решается вопрос о новом образце «Удостоверения инвалида войны» — единого для всех категорий инвалидов войны.

С учетом заслуг этой многочисленной части населения по защите Отечества в Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “О ветеранах”» от 02.01.2000 г. № 40-ФЗ выделил ветеранов ВОВ в особую группу, наделенную совокупностью прав, льгот и других социальных преимуществ. В этом Законе определено, что ветеранами ВОВ являются лица, принимавшие участие в боевых действиях по защите Отечества или

обеспечении воинских частей действующей армии в районах боевых действий, а также лица, проходившие военную службу или проработавшие в тылу в период ВОВ 1941–1945 гг. не менее шести месяцев, либо награжденные орденами или медалями СССР за службу и самоотверженный труд в период ВОВ (ст. 2).

**К ветеранам Великой Отечественной войны** относятся:

- участники Великой Отечественной войны;
- лица, работавшие на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог;
- лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;
- лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 г. по 9 мая 1945 г. не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР; лица, награжденные орденами или медалями СССР за самоотверженный труд в период ВОВ.

Постановлением Правительства РФ «О перечнях воинских частей, штабов и учреждений, входящих в состав действующей армии в период Великой Отечественной войны 1941–1945 годов» от 01.06.2000 г. № 427 установлено руководствоваться при решении вопросов социальной защиты ветеранов ВОВ 1941–1945 гг. введенными в действие директивами Генерального штаба Вооруженных Сил СССР, с изменениями и дополнениями, внесенными Генеральным штабом Вооруженных Сил РФ.

Порядок и условия отнесения других лиц к ветеранам ВОВ определяются законодательством РФ. В соответствии со ст. 2 Закона «О ветеранах» к участникам ВОВ отнесены:

- военнослужащие, в том числе уволенные в запас (отставку), проходившие военную службу (включая воспитанников воинских частей и юнг) либо временно находившиеся в воинских частях, штабах и учреждениях, входивших в состав действующей армии в период Гражданской войны, в период ВОВ или в период других боевых операций по защите Отечества, партизаны и члены подпольных организаций, действовавших в период Гражданской войны или в период ВОВ на временно оккупированных территориях СССР, а также военнослужащие, в том числе уволенные в запас (отставку), лица рядового и начальствующего

- состава органов внутренних дел и органов государственной безопасности, проходившие в период ВОВ службу в городах, участие в обороне которых засчитывается в выслугу лет для назначения пенсий на льготных условиях, установленных для военнослужащих воинских частей действующей армии;
- лица вольнонаемного состава армии и флота, войск и органов внутренних дел, органов государственной безопасности, занимавшие в период ВОВ штатные должности в воинских частях, штабах и учреждениях, входивших в состав действующей армии, либо находившиеся в указанный период в городах, участие в обороне которых засчитывается в выслугу лет для назначения пенсий на льготных условиях, установленных для военнослужащих воинских частей действующей армии;
  - сотрудники разведки, контрразведки, выполнявшие в период ВОВ специальные задания в воинских частях, входивших в состав действующей армии, в тылу противника или на территориях других государств;
  - работники предприятий и военных объектов, наркоматов, ведомств, переведенные в период ВОВ на положение лиц, состоящих в рядах Красной Армии, и выполнявшие задачи в интересах армии и флота в пределах тыловых границ действующих фронтов или операционных зон действующих флотов, а также работники учреждений и организаций (в том числе учреждений и организаций культуры и искусства), корреспонденты центральных газет, журналов, ТАСС, Совинформбюро и радио, кинооператоры Центральной студии документальных фильмов (кинохроники), командированные в период ВОВ в действующую армию;
  - военнослужащие, в том числе уволенные в запас, лица рядового начальствующего состава органов внутренних дел и органов государственной безопасности. Бойцы и командный состав истребительских батальонов, взводов и отрядов защиты народа, принимавшие участие в боевых операциях по борьбе с десантами противника и боевых действиях совместно с воинскими частями, входившими в состав действующей армии в период ВОВ, а также принимавшие участие в боевых операциях по ликвидации националистического подполья на территориях Украины, Белоруссии, Литвы, Латвии и Эстонии в период с 1 января 1944 г. по 31 декабря 1951 г.;
  - лица, принимавшие участие в боевых действиях против фашистской Германии и ее союзников в составе партизанских

- отрядов, подпольных групп, других антифашистских формирований в период ВОВ на территориях других государств;
- лица, работавшие на предприятиях, в учреждениях и организациях г. Ленинграда в период блокады с 8 сентября 1941 г. по 27 января 1944 г. и награжденные медалью «За оборону Ленинграда»;
  - военнослужащие, в том числе уволенные в запас (отставку), проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 г. по 3 сентября 1945 г. не менее шести месяцев; военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период (п. 3 ст. 2 Федерального закона «О ветеранах»).

В особых комментариях эти положения Закона не нуждаются. Конечно, основными участниками ВОВ являются фронтовики, т.е. те защитники Родины, которые с оружием в руках принимали непосредственное участие в боях. Закон не устанавливает срока такого участия, период этот может равняться одному дню и даже одному часу. Но война многолика, и немало доживших до наших дней участников войны не вступали в непосредственный контакт с неприятелем. Однако они перенесли на себе все тяготы фронтовой жизни, рисковали не только здоровьем, но и жизнью, выполняя свой воинский долг, поэтому критерием отнесения того или иного военнослужащего к участникам ВОВ служит вхождение воинской части, в которой служил ветеран, в состав действующей армии (флота).

Согласно п. 2. ст. 2 Федерального закона «О ветеранах» к ветеранам ВОВ относятся лица, работавшие в этот период:

- на объектах противовоздушной обороны и местной противовоздушной обороны;
- на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов; операционных зон действующих флотов;
- на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог.

Следует обратить внимание на такую категорию участников ВОВ, как военнослужащие, проходившие в период с 22 июня 1941 г. по 3 сентября 1945 г. службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии.

Также хотелось бы обратить особое внимание на такую категорию ветеранов ВОВ, как работавшие в колхозах и совхозах подростки.

Заменяв в годы войны отцов, ушедших на фронт, они выполняли всю крестьянскую работу: пахали и сеяли, косили и собирали урожай.

Долгое время работа в колхозе не признавалась общественно-полезной и пенсионное законодательство на колхозников не распространялось. Впоследствии им стали выплачивать пенсию, но не всегда можно было собрать необходимые документы, подтверждающие как саму работу в том или ином колхозе, так и выработку требуемого минимума трудодней.

И еще об одной категории ветеранов ВОВ, относящихся к колхозникам, надо упомянуть. Как известно, многие из их числа, в том числе и несовершеннолетние, мобилизовались на строительство оборонительных сооружений, рытье окопов и противотанковых рвов, устройство завалов, прокладку дорог и др. Никакого оформления такой мобилизации к сожалению не производилось, если не считать примитивных списков, составляемых в сельсоветах.

В целом участники ВОВ и приравненные к ним лица как социальная группа являются довольно однородной группой, и определяется это прежде всего возрастными и социально-медицинскими показателями.

Таким образом, социальная работа в данной области должна учитывать все специфические особенности данной категории населения и тот факт, что эти люди обладают огромными заслугами перед Родиной, на основании чего должно быть уделено особое внимание со стороны государства и общества.

## **§ 2. Пенсионное обеспечение участников ВОВ и приравненных к ним лиц**

В соответствии со ст. 15 Федерального закона «О ветеранах» участникам ВОВ и приравненным к ним лицам предоставляются следующие виды пенсий. Как инвалидам войны, так и участникам ВОВ, ставшим инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин, могут устанавливаться пенсии по старости (или за выслугу лет) или по инвалидности. Независимо от установления пенсии по инвалидности участникам ВОВ устанавливается надбавка к пенсии по старости (выслуге лет) в следующих размерах: достигшим возраста 80 лет или являющимся инвалидами I и II групп — двух минимальных пенсий по старости, остальным участникам ВОВ полагается выплата одной минимальной пенсии по старости.

Размеры пенсий участников ВОВ и приравненных к ним лиц, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин, таковы:

- инвалидам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности I группы — 250% размера базовой части трудовой пенсии;
- инвалидам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности II группы — 200% размера базовой части трудовой пенсии по старости;
- инвалидам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III группы — 150% размера базовой части трудовой пенсии по старости.

Инвалиды, которые имеют ограничение способности к трудовой деятельности I и II степени и на иждивении которых находятся нетрудоспособные члены семьи, размер пенсии по инвалидности определяется исходя из базовой части трудовой пенсии по старости, предусмотренной ст. 14 Федерального закона «О трудовых пенсиях в РФ» для граждан, имеющих соответствующее количество нетрудоспособных членов семьи.

Особая группа участников ВОВ — жители блокадного Ленинграда, которым предоставлены особые льготы при начислении пенсии:

- при подсчете трудового стажа, необходимого для назначения пенсии за выслугу лет, период блокады засчитывается в двойном размере;
- пенсия по старости (выслуге лет) повышается на 100% минимального размера пенсии по старости.

Таким образом, система российского государственного пенсионного обеспечения охватывает большое количество различных групп населения, нуждающихся в социальной поддержке. Однако актуальной проблемой в области пенсионного обеспечения является размер пенсий, которые в подавляющем большинстве не обеспечивают достойного уровня существования людям, живущим только за счет государственного пенсионного обеспечения.

### **§ 3. Социальная защита участников ВОВ и приравненных к ним лиц**

Участники ВОВ и приравненные к ним лица пользуются многими льготами. Это и понятно: людям, потерявшим здоровье в молодом возрасте при защите государства, общество обязано обеспе-

чить нормальное существование в дальнейшей жизни. При этом все льготы, которыми пользуются ветераны войны, распространяются и на инвалидов войны.

Особо отмечены заслуги граждан, совершивших героические поступки. Согласно Указу Президента РФ «О дополнительных мерах социальной поддержки Героев Советского Союза» от 27.12.1999 г. № 1708 Героям Советского Союза, Героям Российской Федерации и полным Кавалерам ордена Славы, получающим пенсии, с 01.01.2000 г. установлено пожизненное дополнительное ежемесячное материальное обеспечение в сумме, равной 10-кратному минимальному размеру пенсии по старости.

Участники ВОВ имеют право на:

- получение от кредитных организаций разовых льготных кредитов на приобретение квартир, жилых домов, садовых домиков, благоустройство садовых участков;
- организацию подсобного или фермерского хозяйства в соответствии с законодательством РФ;
- первоочередное бесплатное предоставление жилых помещений в домах государственного и муниципального жилищных фондов нуждающимся в улучшении жилищных условий;
- преимущество при вступлении в жилищные, жилищно-строительные, гаражные кооперативы, садоводческие, огороднические и дачные некоммерческие объединения граждан, бесплатное получение земельных участков в размерах, определяемых законодательством, для жилищного строительства, ведения садово-огородного хозяйства.

Участниками ВОВ производится:

- оплата в размере 50% коммунальных услуг (водоснабжение, водоотведение, вывоз бытовых и других отходов, газ, электрическая и тепловая энергия — в пределах нормативов потребления указанных услуг, установленных органами местного самоуправления); абонентной платы за телефон, услуг за пользование радио и коллективной телевизионной антенной;
- участникам ВОВ, проживающим в своих домах, не имеющих центрального отопления, — топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению, и транспортных услуг для доставки этого топлива. Обеспечение топливом участников ВОВ производится в первоочередном порядке. Льготы по оплате указанных услуг предоставляются независимо от вида жилищного фонда;
- оплата в размере 50% услуг вневедомственной охраны.

В аспекте медико-социальной защиты участники Великой Отечественной войны имеют право на:

- бесплатное пользование при выходе на пенсию поликлиниками, финансирование которых осуществляется за счет средств бюджетов соответствующих уровней и средств обязательного медицинского страхования, к которым указанные лица были прикреплены в период работы;
  - бесплатное оказание медицинской помощи по программам государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения (в том числе в госпиталях ветеранов войн);
  - бесплатное обеспечение лекарствами по рецептам врача в порядке, определяемом субъектами РФ;
  - бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (кроме расходов на оплату стоимости драгоценных металлов и металлокерамики) в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения по месту жительства, а также бесплатное обеспечение другими протезами и протезно-ортопедическими изделиями;
  - использование ежегодного отпуска в удобное для них время и предоставление отпуска сроком до 30 рабочих дней в году;
  - при наличии медицинских показаний первоочередное обеспечение работающих участников ВОВ путевками в санаторно-курортные организации по месту работы, а неработающих участников Великой Отечественной войны — органами, осуществляющими пенсионное обеспечение;
  - при наличии медицинских показаний обеспечение в период с октября по апрель путевками на амбулаторно-курортное лечение;
  - внеочередной прием в дома-интернаты для престарелых и инвалидов, центра социального обслуживания и т.д.
- Кроме того, участникам ВОВ предоставляется право на:
- бесплатный проезд на всех видах городского пассажирского транспорта (кроме такси) в любом городе независимо от места их жительства, на автомобильном транспорте общего пользования (кроме такси) пригородных и междугородных маршрутов (внутрирайонных, внутриобластных, внутрикраевых, внутриреспубликанских или при их отсутствии межобластных, межкраевых, межреспубликанских) независимо от места жительства указанных лиц в порядке и на условиях, которые определяются

органами исполнительной власти субъектов РФ в соответствии с законодательством РФ;

- бесплатный проезд на железнодорожном и водном транспорте пригородного сообщения;
- бесплатный проезд один раз в два года (туда и обратно) на железнодорожном, воздушном, водном или междугородном автомобильном транспорте межобластных, межкраевых, межреспубликанских маршрутов либо по желанию участника ВОВ оплата в размере 50% стоимости проезда один раз в год (туда и обратно) на указанных видах транспорта.

Участникам ВОВ и приравненным к ним лицам также полагаются:

- внеочередная установка квартирного телефона;
- преимущественное пользование всеми видами услуг учреждений связи, культурно-просветительных и спортивно-оздоровительных учреждений, внеочередное приобретение билетов на все виды транспорта, внеочередное обслуживание предприятиями розничной торговли и бытового обслуживания.

Участникам ВОВ, ставшим инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), предоставляются права и льготы инвалидов войны в соответствии с установленной группой инвалидности без дополнительного экспертного медицинского освидетельствования.

Особой группой участников ВОВ и приравненных к ним лиц, как уже отмечалось, являются те, кто пережил ленинградскую блокаду. Данной категории лиц предоставляются особые права и льготы. Согласно закону о ветеранах, существует две группы граждан, на которых распространяются меры социальной защиты блокадников Ленинграда:

- лица, работавшие на предприятиях, в учреждениях и организациях в период блокады — с 8 сентября 1941 г. по 27 января 1944 г. и награжденные медалью «За оборону Ленинграда», являются участниками ВОВ. На них распространяются все льготы, предусмотренные для участников войны;
- лица, не являющиеся участниками войны, но награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда», относятся к категории ветеранов Великой Отечественной войны.

Блокадники Ленинграда имеют право на:

- получение от кредитных организаций разовых льготных кредитов на приобретение (строительство) квартир, жилых домов,

- садовых домиков, благоустройство садовых участков, организацию подсобного или фермерского хозяйства в соответствии с законодательством РФ;
- первоочередное бесплатное предоставление жилых помещений в домах государственного и муниципального жилищных фондов нуждающимся в улучшении жилищных условий;
  - бесплатное пользование при выходе на пенсию поликлиниками, финансирование которых осуществляется за счет средств бюджетов соответствующих уровней и средств обязательного медицинского страхования, к которым указанные лица были прикреплены в период работы, бесплатное оказание медицинской помощи по программам государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения (в т.ч. в госпиталях ветеранов войн);
  - бесплатное обеспечение лекарствами по рецепту врача в порядке, определяемом субъектами РФ;
  - бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (кроме расходов на оплату стоимости драгоценных металлов и металлокерамики) в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения по месту жительства, а также бесплатное обеспечение другими протезами и протезно-ортопедическими изделиями;
  - использование ежегодного отпуска в удобное для них время и предоставление отпуска сроком до 30 рабочих дней в году;
  - обеспечение в период с октября по апрель при наличии медицинских показаний путевками на амбулаторно-курортное лечение, преимущественное предоставление мест в санаторно-курортных организациях;
  - внеочередной прием в дома-интернаты для престарелых и инвалидов, центры социального обслуживания, на обслуживание отделениями социальной помощи на дому.
  - бесплатный проезд на всех видах городского пассажирского транспорта (кроме такси) в любом городе независимо от места их жительства, на автомобильном транспорте общего пользования (кроме такси) пригородных и междугородных маршрутов (внутрирайонных, внутриобластных, внутрикраевых, внутриреспубликанских или при их отсутствии межобластных, межкраевых, межреспубликанских) независимо от места жительства указанных лиц в порядке и на условиях, которые определяются органами исполнительной власти субъектов РФ в соответствии с законодательством РФ;

- бесплатный проезд на железнодорожном и водном транспорте пригородного сообщения;
- право на внеочередную установку квартирного телефона.

Блокадникам Ленинграда, признанным инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), устанавливаются следующие дополнительные льготы:

- ежегодное бесплатное диспансерное обследование в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения;
- оплата в размере 50% коммунальных услуг (водоснабжение, водоотведение, вывоз бытовых и других отходов, газ, электрическая и тепловая энергия — в пределах нормативов потребления указанных услуг, установленных органами местного самоуправления); абонентной платы за телефон, лицам, проживающим в домах, не имеющих центрального отопления, — топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению, и транспортных услуг для доставки этого топлива. Обеспечение топливом таких лиц производится в первоочередном порядке. Льготы по оплате указанных услуг предоставляются независимо от вида жилищного фонда;
- оплата в размере 50% услуг вневедомственной охраны для одиноко проживающих лиц или одиноко проживающих супружеских пар, в которых один из супругов имеет право на перечисленные льготы.

Необходимо отметить такую группу участников ВОВ, как труженики тыла, — не только взрослые люди, но и несовершеннолетние, работавшие во время ВОВ на предприятиях, в учреждениях, в колхозах и совхозах. Государство по мере возможности предоставляет им определенные льготы.

Труженики тыла имеют право на:

- получение от кредитных организаций разовых льготных кредитов на приобретение квартир, жилых домов, садовых домиков, благоустройство садовых участков;
- преимущество при вступлении в садоводческие, огороднические и дачные некоммерческие объединения граждан, бесплатное получение земельных участков в размерах, определяемых законодательством, для жилищного строительства;
- бесплатное пользование при выходе на пенсию поликлиниками, финансирование которых осуществляется за счет средств бюджетов соответствующих уровней и средств обязательного медицинского страхования, к которым они были прикреплены

в период работы, бесплатное оказание медицинской помощи в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения;

- оплату в размере 50% стоимости лекарств, приобретаемых по рецептам врачей, в порядке, определяемом субъектами РФ, не ниже норм, устанавливаемых Правительством РФ;
- использование ежегодного отпуска в удобное для них время и предоставление отпуска сроком до 14 рабочих дней в году;
- преимущество при приеме в дома-интернаты для престарелых и инвалидов, центры социального обслуживания, внеочередной прием на обслуживание отделениями социальной помощи на дому;
- бесплатный проезд на всех видах городского пассажирского транспорта (кроме такси) в любом городе независимо от места их жительства, на автомобильном транспорте общего пользования (кроме такси) пригородных и междугородных маршрутов (внутрирайонных, внутриобластных, внутрикраевых, внутриреспубликанских или при их отсутствии межобластных, межкраевых, межреспубликанских) независимо от места жительства в порядке и на условиях, которые определяются органами исполнительной власти субъектов РФ в соответствии с законодательством РФ;
- оплату в размере 50% стоимости проезда на железнодорожном и водном транспорте пригородного сообщения.

Социальное обслуживание участников ВОВ и приравненных к ним лиц осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключенным органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности.

Социальное обслуживание данной категории населения включает в себя совокупность социальных услуг, которые предоставляются гражданам пожилого возраста и их семьям на дому или в специализированных государственных и муниципальных учреждениях. Социальное обслуживание включает в себя медицинский, социальный уход, помощь в бытовом обслуживании, организацию питания, досуга, содействие в получении правовой, психологической и других видов информации, которые предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам. В настоящее время в системе социального обеспечения населения было занято около 400 тыс. работников, более 16 тыс. учреждений, санитарно-оздорови-

тельных, протезно-ортопедических предприятий, учебных заведений<sup>1</sup>.

Социальное обслуживание пожилых людей включает в себя стационарные, полустационарные и нестационарные формы.

Таким образом количество форм социального обеспечения данной категории населения достаточно для поддержания достойной жизни людей, которые сделали все возможное для того, чтобы обеспечить своей Родине мирное существование, как им тогда казалось, на долгие годы, однако финансирование всех вышеперечисленных льгот сейчас находится на низком уровне.

Это приводит к тому, что государство не всегда в состоянии обеспечить достойный уровень благосостояния как участникам ВОВ и приравненным к ним лицам, так и другим слабо защищенным категориям населения.

### **Вопросы и задания**

1. Охарактеризуйте группы участников ВОВ и приравненных к ним лиц.
2. Какова система пенсионного обеспечения участников ВОВ и приравненных к ним лиц?
3. Социальная защита участников ВОВ и приравненных к ним лиц.
4. Предложите рекомендации по улучшению системы социального обеспечения участников Великой Отечественной войны.

### **Литература**

1. Долотин Б. Закон о ветеранах помолодел: Комментарий // Человек и закон. — 2000. — № 4.
2. Жуков Ю. Льготы по двум категориям: льготы ветеранам войны и ветеранам труда // Ветеран. — 2000. — № 12.
3. Козлова Т.З. Здоровье пенсионеров — самооценка // Социс. — 2000. — № 12.
4. Котова А. Пенсии участникам войны (Юридические консультации в связи с новым пенсионным законодательством) // Крестьянская Россия. — 2000. — № 19.
5. Льготы ветеранам Великой Отечественной войны // Подмосковные известия. — 2000. 12 января.
6. Пенсии участникам Великой Отечественной войны в 2002 году // Ветеран. — 2000. — № 10.

<sup>1</sup> См.: *Пантелеева Т.С., Червякова Г.А.* Экономические основы социальной работы: Учебное пособие. — М., 2001. — С. 33.

7. Самойлов С. На две ступеньки ниже: принятый закон уточняет состав участников ВОВ. А справедливо ли? // Ваше право. — 2000. — № 12.
8. Социально-бытовое обслуживание пенсионеров и инвалидов. Обзорная информация. Вып. 1. — М., 2002.
9. Сулейманова Г.В. Право социального обеспечения: Учебное пособие. — Ростов н/Д: Феникс, 2003.
10. Федеральный закон «О ветеранах». — М.: Ось-89, 1999.

## Глава 15

# СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ГРАЖДАН, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВСЛЕДСТВИЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, ЯДЕРНЫХ ВЫБРОСОВ, ЯДЕРНЫХ ИСПЫТАНИЙ

### § 1. Характеристика граждан, подвергшихся радиационному воздействию

Авария на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) по совокупности долгосрочных последствий явилась самой масштабной катастрофой XX в.

Пострадавшими от радиационного воздействия вследствие аварии только на ЧАЭС числятся около 2 млн человек (в том числе население 14 «грязных» областей и вынужденные переселенцы, а также 250 тыс. человек — ликвидаторов последствий аварии)<sup>1</sup>.

Последствия чернобыльской трагедии прямо или косвенно отразились на судьбах целого ряда государств, народов, экосистем и долго будут сказываться в будущем.

Катастрофические последствия чернобыльской аварии, а также аварий на других объектах выразились в загрязнении огромных территорий радионуклидами с различными периодами полураспада, радиооблучении миллионов человек, выведении из хозяйственного оборота загрязненных сельхозугодий, массовом выселении жителей из особо опасных зон проживания, резком возрастании количества соматических и онкологических заболеваний, развитии всевозможных стрессов, существенно влияющих на социальный статус и психологию людей. К примеру, в результате катастрофы в Чернобыле образовался новый социально-политический и биохимический регион — Чернобыльская провинция, — характеризующийся повышенным содержанием радионуклидов в верхней зоне геологической среды, в животном мире<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> См.: *Зяболов Н.Н.* Демографические последствия катастрофы на Чернобыльской АЭС в Брянской области и других радиоактивно загрязненных районах // Вопросы статистики. — 2001. — № 7.

<sup>2</sup> См.: *Михайлов О.М., Грищенкова В.П.* Социально-демографическая ситуация в регионе радиационного бедствия // Социс. — 1999. — № 11. — С. 56–58.

Населению, проживающему на зараженных территориях, при-  
сущи все те проблемы, которые так или иначе коснулись всего на-  
селения Российской Федерации и стран СНГ. При этом проблемы  
значительно усугубляются в зонах бедствия. Зачастую у многих  
людей, столкнувшихся с этой бедой, формируется ощущение не-  
защищенности, которое провоцирует повышенную тревожность,  
нервозность, подавленность.

К сожалению, меры по социальной защите пострадавших часто  
являются малоэффективными. К тому же одной из основных про-  
блем является отсутствие объективной и правдивой информации  
о реальной угрозе тем или иным группам населения.

Группы населения, которых можно считать подвергшимися ра-  
диационному воздействию, определяются следующими закона-  
ми:

- «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию ра-  
диации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» (от  
15.05.1991 г.), с изменениями и дополнениями, внесенными  
законами РФ от 24.12.1993 г. и от 24.11.1995 г.;
- постановление Верховного Совета РФ «О распространении  
действия Закона РСФСР “О социальной защите граждан, под-  
вергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на  
Чернобыльской АЭС” на граждан из подразделений особого  
риска» от 27.12.1996 г.;
- постановление Верховного Совета РФ «О порядке введения в  
действие Закона РФ “О внесении изменений и дополнений в  
Закон РСФСР «О социальной защите граждан, подвергшихся  
воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыль-  
ской АЭС»» от 18.06.1992 г.;
- Закон РФ «О социальной защите граждан, подвергшихся воз-  
действию радиации вследствие аварии в 1957 году на производ-  
ственном объединении “Маяк” и сбросов радиоактивных отхо-  
дов в реку Теча» от 20.05.1993 г.;
- постановление Конституционного Суда РФ «По делу о провер-  
ке конституционности п. 3 ст. 1 Закона РФ от 20.05.1993 г. “О  
социальной защите граждан, подвергшихся воздействию ради-  
ации вследствие аварии в 1957 г. на производственном объеди-  
нении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча”»  
от 11.03.1996 г.;
- Закон РФ «О социальной защите граждан, подвергшихся воз-  
действию радиации вследствие ядерных испытаний на Семипа-  
латинском полигоне» от 19.08.1995 г.

Базовым в регулировании социальной защиты данной категории граждан является Закон «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС», где указаны территории, подвергшиеся радиоактивному загрязнению вследствие катастрофы, на которые распространяется его действие. Территории в соответствии с данным законом делятся на следующие условные зоны: зону отчуждения, зону отселения, зону проживания с правом на отселение, зону проживания с льготным социально-экономическим статусом. Все граждане разделены на категории, в зависимости от принадлежности к которым им установлены определенные компенсации и льготы, гарантированные государством.

К гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие чернойбыльской катастрофы, относятся:

1) граждане, получившие или перенесшие лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием вследствие чернойбыльской катастрофы либо связанные с ликвидацией последствий катастрофы на ЧАЭС;

2) инвалиды вследствие чернойбыльской катастрофы из числа:

а) граждан (в том числе временно направленных или командированных), принимавших участие в ликвидации последствий катастрофы в пределах зоны отчуждения или занятых на эксплуатации или других работах на ЧАЭС;

б) военнослужащих и военнообязанных, призванных на специальные сборы и привлеченных к выполнению работ, связанных с ликвидацией последствий чернойбыльской катастрофы, независимо от места дислокации и выполнявшихся работ, а также лиц начальствующего и рядового состава ОВД, проходивших службу в зоне отчуждения;

в) граждан, эвакуированных из зоны отчуждения и переселенных из зоны отселения либо выехавших в добровольном порядке из указанных зон после принятия решения об эвакуации;

г) граждан, отдавших костный мозг для спасения жизни людей, пострадавших вследствие чернойбыльской катастрофы, независимо от времени, прошедшего с момента трансплантации костного мозга, и времени развития у них в этой связи инвалидности;

3) граждане (в том числе временно направленные или командированные), принимавшие в 1986—1987 гг. участие в работах по ликвидации последствий чернойбыльской катастрофы в пределах зоны отчуждения или занятые в этот период на работах, связанных с эвакуацией населения, материальных ценностей, сельскохозяйствен-

ственных животных, и на эксплуатации или других работах на ЧАЭС;

4) военнослужащие и военнообязанные, призванные на специальные сборы и привлеченные к выполнению работ, связанных с ликвидацией последствий чернобыльской катастрофы в пределах зоны отчуждения, включая летно-подъемный, инженерно-технический составы гражданской авиации, независимо от места дислокации и выполнявшихся работ; лица начальствующего и рядового состава ОВД, проходившие в 1986—1987 гг. службу в зоне отчуждения;

5) граждане, в том числе военнослужащие и военнообязанные, призванные на военные сборы и принимавшие участие в 1988—1990 гг. в работах по объекту «Укрытие», младший и средний медицинский персонал, врачи и другие работники лечебных учреждений (за исключением лиц, чья профессиональная деятельность связана с работой с любыми видами источников ионизирующих излучений в условиях радиационной обстановки на их рабочем месте, соответствующие профилю проводимой работы), получившие сверхнормативные дозы облучения при оказании медицинской помощи и обслуживания в период с 26.04 по 30.06.1986 г. лиц, пострадавших в результате чернобыльской катастрофы и являвшихся источником ионизирующих излучений;

6) граждане (в том числе временно направленные или командированные), принимавшие в 1988—1990 гг. участие в работах по ликвидации последствий чернобыльской катастрофы в пределах зоны отчуждения или занятые в пределах зоны отчуждения или занятые в этот период на эксплуатации или других работах на Чернобыльской АЭС;

7) военнослужащие и военнообязанные, призванные на специальные сборы и привлеченные в эти годы к выполнению работ, связанных с ликвидацией последствий чернобыльской катастрофы, независимо от места дислокации и выполнявшихся работ, а также лица начальствующего и рядового состава ОВД, проходившие в 1988—1990 гг. службу в зоне отчуждения;

8) граждане, занятые на работах в зоне отчуждения;

9) граждане, эвакуированные (в том числе выехавшие добровольно) в 1986 г. из зоны отчуждения или переселенные, в том числе выехавшие добровольно, из зоны отселения в 1986 г. в последующие годы, включая детей, в том числе детей, находящихся на момент эвакуации в состоянии внутриутробного развития;

10) граждане, постоянно проживающие (работающие) на территории зоны проживания с правом на отселение;

11) граждане, постоянно проживающие (работающие) на территории зоны проживания с льготным социально-экономическим статусом;

12) граждане, постоянно проживающие (работающие) в зоне отселения до их переселения в другие районы;

13) граждане, занятые на работах в зоне отселения (не проживающие в этой зоне);

14) граждане, выехавшие добровольно на новое место жительства из зоны проживания с правом на отселение в 1986 г. и в последующие годы;

15) военнослужащие, лица начальствующего и рядового состава ОВД, проходящие (проходившие) военную службу в зоне отчуждения, зоне отселения, зоне проживания с правом на отселение и в зоне проживания с льготным социально-экономическим статусом.

В Законе «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 г. на производственном объединении “Маяк” и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча» к гражданам, пострадавшим от вредных выбросов, относятся:

1) граждане, принимавшие в 1957–1958 гг. непосредственное участие в работах по ликвидации последствий аварии в 1957 г. на ПО «Маяк», а также граждане, занятые на работах по проведению защитных мероприятий и реабилитации радиоактивно загрязненных территорий вдоль реки Теча в 1949–1956 гг.;

2) граждане, принимавшие участие в 1959–1961 гг. непосредственное участие в работах по ликвидации аварии в 1957 г. на ПО «Маяк»;

3) граждане, эвакуированные, а также выехавшие добровольно из населенных пунктов, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на ПО «Маяк» в 1957 г.

## **§ 2. Характеристика социально-антропогенного воздействия**

Радиационное загрязнение перечисленных территорий, вызванное негативными последствиями антропогенных воздействий, является основной причиной не только региональной, но и глобальной деградации биосферы. Природные процессы и экологические связи оказались нарушенными столь глубоко, что в данных регионах по существу создана объективная угроза как для потери рав-

новесия и устойчивости биосферы, так и для развития этих территорий в целом.

Изменившиеся в результате воздействий условия жизни, труда, быта населения пострадавших регионов, характер психологического и морального состояния не могли не отразиться на здоровье людей. При этом медико-биологические последствия радиационного загрязнения оказались значительно серьезнее и многообразнее, чем предполагалось. Помимо медицинского и экологического аспектов на состояние здоровья населения существенно влияют и другие факторы: изменения стереотипа поведения, существенные нарушения баланса пищевого рациона, стрессы, дополнительный дискомфорт. В создавшейся ситуации не только появляются дополнительные случаи возникновения заболеваний, но и обостряются существующие болезни, а также сокращаются скрытые фазы их течения<sup>1</sup>.

Данные свидетельствуют о ежегодном росте многочисленных заболеваний (с более четкой динамикой у мужчин) и омоложении болезней эндокринной, кровеносной, нервной систем и болезней системы органов пищеварения<sup>2</sup>.

У данной категории людей обнаружено увеличение числа психических расстройств, онкологических заболеваний, устойчивая тенденция роста смертности ликвидаторов последствий чернобыльской аварии. Неуверенность в завтрашнем дне, постоянное ощущение собственной ненужности, неудачи в работе и личной жизни среди пострадавших от радиационного воздействия обуславливает высокий процент злоупотребления спиртными напитками. Велика общая заболеваемость детей, проживающих или проживавших на загрязненных радионуклидами территориях, в том числе отмечается высокий процент лучевого поражения щитовидной железы и развития злокачественных опухолей<sup>3</sup>.

Проведенные исследования показывают, что происходящие на зараженных территориях процессы и явления оказали и продолжают оказывать существенное влияние на социально-психологический статус населения. Нарушился привычный образ жизни сотен тысяч людей, многие из которых вынуждены были уехать из родных мест, обустроившись на новых, незнакомых, а иногда и на необжи-

---

<sup>1</sup> См.: Чернобыльская авария: 13 лет спустя (Тематический выпуск) // Медицинская газета. — 1999. — № 3. — С. 10–11.

<sup>2</sup> См.: Румянцев А. Тень Чернобыля все еще над нами // Известия. — 2003, 26 апреля.

<sup>3</sup> Там же.

тых территориях. К ним добавились глубокие политические и социально-экономические перемены, связанные с развалом СССР, суверенизацией бывших союзных республик, разрушением общественных связей, доминирующей социальной и экономической нестабильностью. Велика неудовлетворенность населения, проживавшего и продолжающего проживать до сих пор на зараженных территориях, действиями государственных органов, сформировалось стойкое неверие в способность властей эффективно решать проблемы минимизации последствий подобных катастроф.

### **§ 3. Формы социальной защиты граждан, пострадавших от воздействия радиации**

Льготы и компенсации являются одними из основных форм социального обеспечения граждан, пострадавших от радиации.

Одним из первых документов, определяющих льготы и компенсации, стал Закон «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС». На его основе был разработан Закон «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 г. на ПО «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча», а также Закон «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие испытаний на Семипалатинском полигоне». Согласно действующему законодательству, эти граждане имеют право на получение следующих льгот и компенсаций:

- бесплатная медицинская помощь и получение лекарств по рецептам врача, а также пользование при выходе на пенсию поликлиниками, к которым прикреплены;
- бесплатное обеспечение путевками на санаторно-курортное лечение;
- бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов;
- бесплатный проезд на всех видах городского транспорта (кроме такси), а также в пригородном железнодорожном и водном транспорте;
- 50%-ная скидка со стоимости проезда один раз в год воздушным, железнодорожным, водным транспортом (лицам, перенесшим или получившим заболевания, связанные с воздействием радиации, — бесплатный проезд один раз в год);
- обеспечение легковым автомобилем (по медицинским показаниям), бесплатное обучение вождению автомобиля или мотоцикла;

- 50%-ная скидка по оплате коммунальных услуг и телефона;
- внеочередная установка телефона;
- получение беспроцентной ссуды на индивидуальное жилищное строительство, приобретение садовых домиков;
- освобождение от уплаты налога на имущество физических лиц;
- обязательное бесплатное страхование личности от риска радиационного ущерба в пределах 120 минимальных размеров оплаты труда (МРОТ);
- внеочередное обеспечение детей местами в детских дошкольных учреждениях, а также в специализированных детских лечебных и санаторных учреждениях с 50%-ной скидкой стоимости содержания.

Произошли некоторые изменения в отдельных законодательных актах. К примеру, согласно новому Типовому положению о стипендиальном обеспечении, утвержденному летом 2001 г. Правительством РФ, студентам возможно назначать одновременно две стипендии — социальную и академическую. Социальная стипендия выплачивается студентам из малообеспеченных семей, детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, инвалидам I и II групп, студентам — ветеранам боевых действий, а также всем пострадавшим в результате чернобыльской и других радиационных катастроф. Назначают эту стипендию независимо от текущей успеваемости нуждающихся студентов.

Денежные компенсации могут получать также молодые матери, живущие на территории зон радиоактивного загрязнения, если их детей не могут обеспечить бесплатным питанием с молочной кухни. Получать бесплатное питание с молочной кухни для детей до трех лет родители могут по специальным рецептам с пометкой «бесплатно», которые выдает участковый педиатр.

Кроме того, в список льгот и компенсаций федерального значения вошли льготы при осуществлении предпринимательской деятельности, отмены таможенных пошлин на ввозимые из-за рубежа товары и услуги, оказываемые иностранными государствами, компаниями и благотворительными организациями.

Вопрос о влиянии радиации на жизнедеятельность человеческого организма еще недостаточно хорошо изучен. Для формирования банка данных о различных последствиях такого рода катаклизмов была предложена Концепция поэтапной специализированной диспансеризации населения, проживающего на территориях, загрязненных радионуклидами. Кроме того, в 1992 г. Российский

государственный дозиметрический регистр (РГМДР) содержит персональную медицинскую информацию на всех подвергшихся радиационному воздействию. В стационарах проводят медико-социальную реабилитацию этих людей с целью восстановления способностей бытовой, социальной и профессиональной деятельности, лечебно-оздоровительные и профилактические мероприятия, организуют рациональное питание с учетом состояния здоровья и возраста.

В каждом регионе, пострадавшем от воздействия радиации, открыты новые специализированные диспансеры, профилактические учреждения. В «чистых» были созданы санатории. В рамках программы «Дети Чернобыля» был открыт подмосковный реабилитационный центр, в котором дети участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС могут обследовать здоровье, пройти курс социально-психологической реабилитации.

Значительное место в процессе практической работы по реализации федеральных программ, связанных с ликвидацией последствий радиационных аварий и катастроф, отводится осуществлению мероприятий, направленных на социально-экономическую реабилитацию населения зараженных территорий. После создания необходимой правовой базы в начале 90-х гг. основное внимание было сосредоточено на выполнении федеральных программ «Чернобыль», «Дети Чернобыля», «Уральский регион», «Семипалатинский полигон», которые подразумевали проведение диспансеризации населения загрязненных территорий, совершенствование службы специализированной медицинской помощи, приобретение современной медицинской литературы. Созданный в 1992 г. Всероссийский центр экологической медицины (ВЦЭМ) стал главной организацией в России по оказанию помощи участникам ликвидации последствий чернобыльской катастрофы и эвакуированным из загрязненных территорий.

Большое значение при оказании помощи данной категории населения имеет социально-психологическая реабилитация, при осуществлении которой необходимо выделять несколько важных аспектов: во-первых, человечество впервые столкнулось со столь масштабными радиационными загрязнениями территорий; во-вторых, имеющийся опыт оказания помощи не выходит за рамки обычных представлений (лечение больных, травмированных, оказание материальной и психологической помощи здоровым), но данная схема оказывается недостаточной в условиях экономического кризиса. Самыми сильными стрессогенными факторами для

населения, оказавшегося в зонах отселения, оказались такие, как неопределенность ситуации, рост цен, ухудшение материального положения, безработица, рост правонарушений, социальная и экономическая нестабильность. Поэтому социально-психологическая реабилитация должна быть комплексной. Необходимо не только использовать ресурсы индивидуальной человеческой психики, но и жизненную энергию сообщества, которая дает единение людей. Только реальные действия, направленные на нормализацию уклада жизни, улучшение условий труда, быта, досуга, оздоровления, внедрения чистых технологий, средств контроля и защиты от радиации, способны воодушевить и мобилизовать людей, дисциплинировать тех, кто нарушает правопорядок, правила радиационной безопасности.

#### **§ 4. Проблемы функционирования системы социальной защиты граждан, пострадавших от воздействия радиации**

В деле социальной защиты граждан, пострадавших от радиации, весьма серьезными остаются общественные отношения между населением и властью. Несмотря на проводимую государственными органами работу по преодолению последствий катастроф, негативное отношение граждан к властным структурам в районах радиоактивного загрязнения и далеко за их пределами ежегодно возрастает<sup>1</sup>. Можно выделить следующие взаимосвязанные факторы, обуславливающие данный социально-правовой аспект:

- крупные недостатки и просчеты в проводимой государственными органами политике по переселению пострадавших;
- неудовлетворенность населения действиями органов государственной власти по созданию необходимых жилищных и бытовых условий, условий труда, отдыха пострадавшего населения, по медицинскому, торговому, культурно-спортивному обслуживанию, по оздоровлению детей;
- неэффективность предпринимаемых государственными органами мер по привлечению и закреплению в загрязненных регионах учителей, врачей, работников среднего медицинского персонала, культработников, специалистов агропромышленного комплекса, руководящих работников высшего и среднего звена;

---

<sup>1</sup> См.: Румянцев А. Указ. соч.

- широко распространившееся в общественном сознании представление о неэффективном использовании средств, выделенных из бюджетов всех уровней на преодоление последствий радиоактивного заражения;
- отсутствие в зараженных регионах полной и объективной информации об уровнях радиационно-экологического загрязнения окружающей среды, качестве потребляемых продуктов питания по радиационному фактору;
- нарастающее негативное отношение к власти, вызванное непрекращающимся ростом цен, инфляционными процессами, безработицей, резко снижающими жизненный уровень населения;
- отсутствие со стороны государственных органов минимальной правовой помощи людям, пострадавшим в результате воздействия радиации.

Из многих проблем, возникших перед пострадавшими от воздействия радиации, наиболее актуальны состояние своего здоровья и здоровья потомства и проблемы социальной защищенности. Комплексное воздействие стрессогенных факторов, низкий уровень медицинского обслуживания, дефицит медицинского персонала, отсутствие необходимых лекарств, препаратов, лечебно-диагностического оборудования резко ухудшают социально-психологический фон в районах радиоактивного загрязнения, усиливают тревогу людей за состояние своего здоровья и здоровья детей.

В условиях постоянного воздействия на человеческий организм малых доз радиации вероятностный прогноз возможного повышения уровня генетических дефектов (повреждение хромосом, мутация генов, нарушение целостности хромосомного набора человека) и генетических аномалий приобретает реальное воплощение, поэтому в загрязненных радиацией районах рождаемость детей снижается.

Целый комплекс негативных явлений возникает из-за отсутствия четко продуманной стратегии переселения людей из радиоактивных территорий. Вследствие усиления миграционных процессов в структуре населения областей, подвергшихся загрязнению радиацией, постоянно увеличивается удельный вес лиц старшего нетрудоспособного возраста при одновременно значительном сокращении доли лиц наиболее активных в трудовом отношении возрастов. Выезд в «чистые» зоны квалифицированных работников трудоспособного возраста оказывает деструктивное воздействие на занятость, вызывая острую нехватку медицинских и культработников, учителей, кадровых рабочих, механизаторов, животноводов, специалистов агропромышленного комплекса.

В радиоактивных районах развиваются новые процессы, которые не могут быть ослаблены без повышения уровня образования, просвещения и культуры: полное уничтожение (особенно в районах сплошного отселения) социальных связей, культурных традиций — вплоть до потери этических норм разрушительным принципом «жить одним днем»; разрушение социальных групп вследствие беспорядочного выезда людей из данных районов.

В результате смещения общей демографической структуры в сторону старения населения, оставшегося в зоне радиоактивного загрязнения, наряду с нарастанием психологии потребительства, ориентированной преимущественно на помощь извне, усиливается ощущение бессмысленности бытия, формируется ущербная болезненная психология, находящая выход в поиске виновных в своей социальной неполноценности, что приводит в конечном итоге к существенным отклонениям от нормы практически во всех сферах межличностного и межгруппового взаимодействия.

Таким образом, масштабность, многоаспектность, долгосрочность и непредвиденность последствий воздействия радиации требуют комплексного системного подхода к работе системы социальной защиты пострадавших от радиации. Не вызывает сомнения, что наряду с инженерно-техническими, технологическими, биологическими, медицинскими, экономическими и экологическими оценками должны быть психологические и социальные оценки последствий и их преодоления. Главными факторами нанесенного ущерба являются ухудшение личного здоровья и радиоактивная загрязненность территорий, а самыми важными формами вмешательства можно назвать денежные пособия, бесплатное лечение и оздоровление.

Одним из основных направлений должно стать дальнейшее наблюдение за изменениями, происходящими в состоянии здоровья граждан, подвергшихся радиации, а также здоровья членов их семей и родственников. Особенно это важно в отношении детей лиц, пострадавших от воздействия радиации, поскольку наиболее острой проблемой на данном этапе является возникновение наследственных заболеваний, врожденных аномалий развития, генетически обусловленных уродств и онкологических заболеваний.

### **Вопросы и задания**

1. Охарактеризуйте категорию граждан, подвергшихся радиационному воздействию.
2. Какова сущность социально-антропогенного воздействия?

3. Формы социальной защиты граждан, пострадавших от воздействия радиации.

4. Определите проблемы функционирования системы социальной защиты граждан, пострадавших от воздействия радиации.

### **Литература**

1. Ганеева О. Тысячи «маленьких чернобыльцев» // Калининградская правда. — 2001, 25 октября.

2. Горелик М. Заповедник (15 лет со дня аварии в Чернобыле) // Вечерняя Москва. — 2001, 26 апреля.

3. Зяболов Н.Н. Демографические последствия катастрофы на Чернобыльской АЭС в Брянской области и других радиоактивно загрязненных районах // Вопросы статистики. — 2001. — № 7.

4. Михайлов О.М., Грищенкова В.П. Социально-демографическая ситуация в регионе радиационного бедствия // Социс. — 1999. — № 11.

5. Рубан О. Чернобыльская мистерия (О чернобыльской трагедии и преступных действиях в борьбе за «чернобыльские льготы») // Московский комсомолец. — 1999, 26 апреля.

6. Румянцев А. Тень Чернобыля все еще над нами // Известия. — 2003, 26 апреля.

7. Чернобыль — десять лет спустя: Неизбежность или случайность? Сборник / Под ред. А.Н. Семенова. — М.: Энергоатомиздат, 1995.

8. Чернобыль: Катастрофа. Подвиг: Уроки и выводы. — М.: Интер-Весы, 1996.

9. Чернобыль: События и уроки. Вопросы и ответы / Под ред. В.Я. Возняк и др. — М.: Планета, 1989.

10. Чернобыльская авария: 13 лет спустя (Тематический выпуск) // Медицинская газета. — 1999. — № 3. — С. 10–11.

# Глава 16

## ПРОБЛЕМА БЕЗДОМНОСТИ В РОССИИ И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ

### § 1. Понятие бездомности и ее причины

Бездомность — явление, присущее человечеству на всем протяжении его существования, но особенно широко оно распространено в периоды социальных потрясений и стихийных бедствий.

Наиболее характерными причинами, усугубляющими проблему бездомности, во многих странах в настоящее время являются:

- недостаточное количество жилищ, дефицит дешевого жилья;
- безработица, обуславливающая отсутствие средств для оплаты жилья;
- низкий доход многих семей и отдельных граждан;
- социальное здоровье общества (наличие душевнобольных, лиц с отклонениями в поведении, наркоманов, алкоголиков; нездоровые отношения в семье);
- слабые возможности реализации социальных программ, нацеленных на оказание материальной и другой помощи малообеспеченным семьям, группам риска и т.д.

В качестве важнейших факторов роста числа бездомных в России и в целом в СНГ можно назвать развал СССР, нестабильность во взаимоотношениях вновь образованных государств, межнациональные конфликты, разгул «дикого» капитализма.

Одной из причин бездомности в России являлось наличие прописки, правила регламентации которой были введены постановлением ЦИК и СНК СССР в декабре 1932 г. Дополнения, детализация, послабления в целом не меняли сути: без отметки в паспорте было трудно получить и работу, и особенно жилье. И теперь вопрос о прописке не решен до конца: не ясно, что лучше — отменить ее или оставить.

Стоит подчеркнуть также и то обстоятельство, что исключение из Уголовного кодекса статей, осуждающих спекуляцию и многие хозяйственные махинации, смягчение правил прописки резко сократили возможности органов внутренних дел в борьбе с бродягами, попрошайками, проститутками, мошенниками.

Вследствие развала Варшавского договора, изменений, произошедших на мировой арене, сотни тысяч военнослужащих России

возвращены из других стран в места дислокации, где не решены проблемы жилищного обустройства.

Социологические исследования дают возможность конкретизировать причины бездомности:

- 1) выписан в связи с конфликтами в семье;
- 2) нигде не берут на постоянную работу;
- 3) сам ушел из дома, скучно жить на одном месте (т.е. склонность к бродяжничеству);
- 4) без конкретных причин.

Из опрошенных 52,5% работали раньше на производстве, 39% находились в местах заключения, 47,3% ничего хорошего о своем детстве сказать не смогли<sup>1</sup>.

Ни в одной стране, в том числе и в России, нет точной статистики бездомных<sup>2</sup>.

Объясняется это не только отсутствием должным образом поставленного статистического учета, но и сложностью самого объекта подсчета (бездомных), нечетким определением понятий «бездомность», «бездомные».

Так, в Словаре русского языка С.И. Ожегова бездомный трактуется как «человек, не имеющий жилья, приюта». Словарь синонимов проводит параллель между термином «бездомный» и термином «беспризорный», лишенный (или не имеющий) крова или крыши над головой.

Согласно американской Энциклопедии социальной работы, бездомным считается человек, «не имеющий постоянного жилища, не ведущий оседлого образа жизни».

Бездомность трактуется и как отсутствие укрытия, проживание в убежищах без права на владение ими и под угрозой немедленного выселения; проживание в общежитиях, ночлежках; проживание в домах, предназначенных к сносу; проживание на площади друга.

К числу бездомных в широком смысле слова можно отнести кочевые народы. Кочевничество как образ жизни (в основном скотоводов) сохраняется в ряде стран Центральной и Западной Азии, Северной Африки. Нередко можно встретить группы кочующих цыган (и не только в России).

---

<sup>1</sup> Староверов В.И., Рошин Ю.Р. Социальная реабилитация бездомных // ЭКО. — 1992. — № 6.

<sup>2</sup> По данным оппозиционной прессы, на начало 2000 г. насчитывалось 10 млн бездомных и беженцев (Советская Россия. — 2000, 16 марта). Ситуация за последние годы вряд ли улучшилась.

Итак, в России к числу бездомных можно отнести тех, кто ютится на чердаках и в подвалах; кто проживает в общежитиях, ночлежках и домах, предназначенных к сносу, кто проживает у друзей.

Значительную долю бездомных составляют лица без определенного места жительства (так называемые бомжи). Главное место их пребывания — вокзалы больших городов.

Оставшиеся без крыши над головой в силу обстоятельств или личных склонностей, пристрастий бомжи представляют собой реальную и потенциальную угрозу обществу. Невозможность получить жилье, устроиться на работу вынуждает часть таких людей совершать преступления. Ситуация особенно усугубляется в кризисных условиях.

Значительная часть бомжей в зимний период переселяется в южные города.

Ранее милиция определяла бомжей в приемники-распределители, где они получали питание и лечение. Но в последние годы из Уголовного кодекса изъята статья 209 — бродяжничество.

Ряды бездомных пополняют бывшие заключенные, убегающие из дома дети, инвалиды, наркоманы и алкоголики, беженцы, военнослужащие, возвращающиеся из других стран.

Большинство бездомных — одинокие мужчины; женщины среди бездомных составляют около 10% — в основном это женщины, страдающие алкоголизмом, вернувшиеся из мест заключения (последняя группа составляет около 1/5 всей численности бездомных женщин).

В России из 40 млн детей (до 18 лет) бездомные составляют немногим более 1%, но их число растет. В основном это дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей.

Положение детей-бездомных особенно тягостно; многие дети покидают конфликтные семьи, бегут из дома от побоев, угроз, оскорблений. Они ютятся на вокзалах, в метро; оставлять их там небезопасно как для них самих, так и для окружающих.

Для детей-бездомных создаются различного рода приюты, ночлежки, центры реабилитации и т.д.

При Российском благотворительном фонде «Нет алкоголизму и наркомании» открыт приют для бездомных детей, куда дети могут приходить сами. Здесь их кормят, одевают, оказывают медицинскую помощь, учат читать и писать, помогают обрести душевное спокойствие.

Часть брошенных детей, находящихся в детприемниках, усыновляют, но психическая травма, полученная в детском возрасте, сознание того, что его бросили родители, может сказаться впоследствии на отношении человека к своим детям.

Особо следует сказать о *беженцах*.

Конвенция 1951 г. и Протокол 1967 г., принятые ООН, определяют беженца как «лицо, которое в силу обоснованных опасений может стать жертвой преследований по признаку расы, религии, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений, находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего места жительства в результате подобных событий, не может и не желает вернуться в нее вследствие таких опасений».

По данным социологических опросов из 25 млн русских, живущих за пределами России, около 3 млн намерены переехать в Российскую Федерацию. По мнению иностранных наблюдателей, число потенциальных мигрантов из республик бывшего Союза составляет 25–30 млн человек (имеется в виду русскоязычное население).

Среди сегодняшних беженцев — 80% русские, в основном высококвалифицированные кадры<sup>1</sup>. Это результат не естественной, а искусственной миграции.

Непосредственными причинами вынужденной миграции можно считать:

- деформацию социального самочувствия русских (русскоязычных) в бывших союзных республиках СССР;
- политику, проводимую национально-политической элитой в ближнем зарубежье, главная цель которой — удержание власти;
- межнациональные конфликты, военные действия;
- экологические катастрофы.

Бесправие, отсутствие стабильности и уверенности в личных правах и свободах толкает русскоязычное население к выезду в

---

<sup>1</sup> «Утечка мозгов» происходит не только в Россию, но и из России. Потеря трудового потенциала, квалифицированной рабочей силы обуславливает дальнейший экономический спад во многих регионах ближнего зарубежья. — *Прим. авт.*

Россию<sup>1</sup>. У возможных мигрантов в Россию есть три пути: 1) вернуться в Россию; 2) остаться в национальных республиках, но в юрисдикции России; 3) стать гражданами национальных государств, но без потери связей с Россией.

Массовый наплыв беженцев усугубляет проблему бездомности в стране.

## **§ 2. Пути и методы решения проблемы бездомности в стране**

Для решения проблемы беженцев необходимо принимать меры глобального характера. Их реализация зависит от уровня развития общества, морали, духовной жизни в целом, политической культуры, степени развития социальной сферы, а также от состояния его экономики.

Одной из таких ключевых мер является стабилизация ситуации на территории бывшего СССР, прекращение национальных конфликтов в целом ряде бывших советских республик, а также и в России. Хлынувший поток беженцев многократно увеличил численность бездомных в России.

Требуется разработка кодекса миграционных законов, регламентирующих все аспекты территориальных перемещений населения в новых, еще до конца не оформленных условиях государственности.

Нужны совместные решения всех государств СНГ (или двусторонние соглашения между Россией и бывшими союзными республиками). Часть таких соглашений уже заключена. Кроме того, заключено соглашение между Россией и Германией о выводе российских войск на территорию Российской Федерации, которое предусматривает оказание помощи в обустройстве мест дислокации этих войск.

Разработана долговременная программа «Миграция», в соответствии с которой беженцы расселяются по заблаговременно ото-

---

<sup>1</sup> Вот некоторые примеры. Законом о гражданстве в Латвии предусматриваются существенные преимущества для коренного населения. Парламентом Киргизии принят закон о земле, которая отныне является достоянием только киргизского народа (напомним, что в Республике киргизы составляют 52% населения). В ряде стран принят закон о языке, ущемляющий права русскоязычного населения. В результате усиливается бытовой шовинизм, национальная нетерпимость. — *Прим. авт.*

бранным регионам, где продумана система их обустройства, создана инфраструктура социальной защиты (жилье, транспорт, медицинское обслуживание, культурная сфера и т.д.), рассчитаны требуемые финансовые, материально-технические и кадровые ресурсы, определены источники их обеспечения, в том числе и путем привлечения средств мирового сообщества, правительственных и неправительственных организаций<sup>1</sup>.

Учитывая особое положение беженцев-бездомных, государственная политика занятости Российской Федерации предусматривает создание для них дополнительных рабочих мест.

В 1992 г. учрежден российский Фонд помощи беженцам «Сотечественники». Помощь оказывается ассоциациям и общинам беженцев, уже организованным группам людей (имеются в виду строительные бригады, объединения фермеров, деловых людей и т.д.). Отделения фонда существуют в 20 городах России, в Смоленской, Воронежской, Белгородской и других областях.

Многое зависит от решения жилищной проблемы.

За десятилетие (1985–1995) в России ввод в эксплуатацию жилых домов сократился с 62,5 млн м<sup>2</sup> общей площади жилья до 38,5 млн м<sup>2</sup>. При этом доля «элитных» квартир увеличилась с 1990 г. с 7 до 16%. Если в 1990 г. было сдано в эксплуатацию 1044 тыс. квартир, то в 2003 г. — 427 тыс. Для трудящихся приобрести жилье стало практически невозможно. При этом государственные дотации на содержание жилищно-коммунального хозяйства сократились в 90-е гг. более чем в 3,5 раза, а платежи населения увеличились в 30 раз. На оплату коммунальных услуг уходит большая часть зарплаты или пенсий. Все это ведет к увеличению числа потенциальных бездомных.

Российские экономисты считают возможным и необходимым привлекать денежные средства населения для решения жилищной проблемы. Здесь три пути:

- введение новой системы оплаты квартир, повышение квартплаты в целом и тесная ее увязка с размером и качеством занимаемой площади, расположением жилья (тип застройки, развитость

---

<sup>1</sup> Лучший выход, конечно, — компактное поселение беженцев. Это не только дает возможность скорейшего обустройства, но и снимает проблему взаимоотношений с местным населением. Так считает почти половина россиян, в том числе 36% сельских жителей. — *Прим. авт.*

сферы услуг, близость центра, ландшафтно-экологические условия)<sup>1</sup>;

- расширение жилищно-строительной кооперации;
- содействие индивидуальному жилищному строительству.

Кроме намечаемых и решаемых задач перспективного, глобального характера в России уже сейчас оказывают бездомным конкретную помощь: открывают дома ночного пребывания, приюты, дома-интернаты, временно расселяют беженцев в домах отдыха и пансионатах, в общежитиях предприятий и организаций и т.п. Принято и постепенно реализуется постановление Правительства «О домах ночного пребывания». Указом Президента Российской Федерации (ноябрь 1992 г.) «О мерах по предупреждению бродяжничества и попрошайничества» приемники-распределители УВД реорганизуются в центры социальной реабилитации.

Таким образом, бездомный — это человек, лишенный порой не только крова, но и других элементарных условий жизни: медицинского обслуживания (поскольку нет прописки); постоянного места работы (нет паспорта или трудовой книжки; нет работы) и т.д.

К бездомным требуется особый подход. От социального работника требуется ярко выраженная коммуникабельность. Нужно уметь найти контакт с такими людьми, не унижая и не отталкивая их, не обижая их, предлагая элементарные услуги: ночлег, питание, медицинскую помощь.

В решении разнообразных проблем бездомности особенно большую роль играют социальные работники, которые работают в соответствующих учреждениях — приютах, центрах социальной реабилитации, детских домах и т.д.

Самое главное в решении рассматриваемой проблемы — это проведение такой социальной политики, которая была бы нацелена на обеспечение нормальных условий жизни большинства населения, особенно слабозащищенных его слоев.

### **Вопросы и задания**

1. Что такое бездомность? Кто такие бездомные?
2. Перечислите основные группы бездомных, дайте их характеристику.
3. Как решается проблема бездомности в стране?

---

<sup>1</sup> Кстати, в нашей стране в 1928 г. существовала дифференцированная оплата жилища в зависимости от социальной принадлежности квартиросъемщика и категории домовладения. — *Прим. авт.*

4. Расскажите об опыте социальных служб по работе с бездомными.

### Литература

1. Алексеева Л.С. Бездомные как объект социальной дискриминации // Социс. — 2003. — № 9.

2. Богомолова Т.Ю., Тапилина В.С. Миграция бедности: масштабы воспроизводства, социальный спектр // Социс. — 2004. — № 12. — С. 338.

3. Васильчиков В.М., Зябрева Л.М., Чикарина Л.Я. Бродяжничество, бездомность и организация социально-медицинского обслуживания лиц без определенного места жительства и занятий // Российский журнал социальной работы. — 1998. — № 2/8.

4. Вынужденная миграция: причины, состояние, перспективы, миграционная политика. — М.: Луч, 1993.

5. Горбунов А.В. Борьба с нищенством и бродяжничеством. — М., 1909.

6. Дети улицы: растущая трагедия городов: Пер. с англ. — М., 1990.

7. Дубинский В.И. Медицинская помощь на колесах бездомным // Российский журнал социальной работы. — 1998. — № 1/7.

8. Дулинова Л.Т., Маршак А.Л., Холостова Е.И. Детская безнадзорность: состояние и пути преодоления. — М., 2000.

9. Жестовский О. Мой адрес — не дом и не улица // Социальное обеспечение. — 2003. — № 4.

10. Завьялов Ф.Н., Спиридонова Е.М. Уровень и образ жизни бомжей // Социс. — 2000. — № 2.

11. Корель Л.В., Тапилина В.С., Трофимов В.А. Миграция и жилище. — Новосибирск, 1988.

12. Образ жизни различных групп населения, находящихся в трудной жизненной ситуации: Материалы Международной научно-практической конференции 7–8 апреля 2005 г. Ч. I–III. — М.: ГОУВПО «МГУС», 2005.

13. Осинский Н.И. Бездомные — социальное дно общества // Социс. — 2003. — № 1.

14. Павленок П.Д. Девиантное поведение: сущность, содержание, виды и меры по преодолению // Российский журнал социальной работы. — 1998. — № 2/8.

15. Российская энциклопедия социальной работы / Под ред. А.М. Панова, Е.И. Холостовой. — Ч. I. — М., 1997.

16. Соловьев З. Реабилитация бездомных: исследование «Ночлежка» // Социология и антропология. — 2001. — Т. 4. — № 3.

17. Социальная помощь бездомным // Российский журнал социальной работы. — 1998. — № 2/8.
18. Теория и методика социальной работы / Под ред. П.Д. Павленка. — М.: ГУСБУ, 1995. — Вып. 2.
19. Территориальные социальные службы: теория и практика функционирования. — М., 1995.
20. Тимошенко Л.П. Бездомность и бродяжничество: исторический опыт и современная практика решения проблемы // Социальное обслуживание. — 2003. — № 2.
21. Энциклопедия социальной работы: Пер. с англ. — Т. 1. — М., 1993.

# Глава 17. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ЛИЦАМИ, СКЛОННЫМИ К СУИЦИДУ

## § 1. Типология и основные причины самоубийств

Всемирная организация здравоохранения определяет самоубийство как «акт смертельного исхода, который преднамеренно начат и завершен самим человеком непосредственно или опосредованно знающим и ожидающим его фатального результата... Самоубийство — самый тяжелый результат суицидального поведения, с суицидальными мыслями в пределах суицидального мышления, с нанесением фатального самовреда в виде смерти»<sup>1</sup>. Для лишения себя жизни может быть использован любой способ, однако наиболее распространены повешение, отравление ядом или газом, передозировка лекарств, применение оружия, падение с высоты, утопление.

Согласно концепции, выдвинутой Э. Дюркгеймом, процент самоубийств (отношение количества самоубийств к численности населения) является функцией нескольких социальных переменных: взаимоотношений в религиозных, семейных, политических, национальных и других группах. Он называл в качестве объясняющих факторов сугубо социальные причины: «Самоубийство зависит главным образом не от внутренних свойств индивида, а от внешних причин, управляющих людьми»<sup>2</sup>.

Э. Дюркгейм выделил четыре вида самоубийств: эгоистическое, альтруистическое, аномическое и фаталистическое. Его ученик М. Хальбваск дополнил классификацию новыми видами самоубийств — искупительным, проклинаящим, дезиллюзионным.

*Эгоистическое* самоубийство встречается, когда индивидуальное «Я» резко противопоставляет себя социальному «Я». Люди, склонные к такому виду ухода из жизни, предоставлены самим себе, их мало что связывает с окружающим миром, они склонны к одиночеству. Достаточно часто этот тип самоубийства встречается у лиц с патологией характера, акцентуациями и расстройствами личнос-

<sup>1</sup> См.: Россия — страна самоубийц: ВОЗ обнародовала доклад о насилии в мире // Коммерсантъ. — 2005. — 8 июля.

<sup>2</sup> См.: История социологии в Западной Европе и США: Учебник для вузов. — М.: Норма; ИНФРА, 1999. — С. 45.

ти, ощущающими одиночество и отчужденность, непонимание и неустраиваемость.

**Альтруистическое** самоубийство встречается в том случае, когда личные интересы совершенно поглощены социальными, когда интеграция группы настолько велика, что индивид перестает существовать как самостоятельная единица. Данный тип встречается у людей, ориентированных на высокие идеи, живущих общественными интересами и не рассматривающими свою собственную жизнь в отрыве от окружающих людей и общества. Альтруистические суициды совершаются как психически здоровыми, так и больными лицами.

**Аномический** вид самоубийства встречается по преимуществу во время крупных общественных потрясений, экономических кризисов, когда индивид теряет способность приспосабливаться к социальным преобразованиям, новым социальным требованиям и теряет связь с обществом. Аномическое суицидальное поведение часто характерно для людей с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, сопровождающимися выраженным болевым синдромом (например, при диагностике злокачественной опухоли).

**Фаталистическое** самоубийство, возникает в результате усиленного контроля со стороны группы, избытка постоянных регламентаций, что становится невыносимым; вследствие этого жертва не верит в будущее<sup>1</sup>.

По личностному смыслу самоубийства можно классифицировать следующим образом:

1) **протест или месть**: человек считает, что его никто не любит, не понимает и переносит агрессию обидчиков на себя;

2) **призыв**: человек считает, что он никому не нужен и своим поступком призывает окружающих к оказанию помощи; цель суицида в таком случае — изменить ситуацию с помощью других людей;

3) **избегание**: человек испытывает какое-то страдание и считает, что дальше ему будет еще хуже; единственный способ избежать страдания — смерть;

4) **самонаказание**: человек совершил проступок, который не может себе простить, происходит как бы раздвоение личности на «судью» и «подсудимого»; наказывая себя, он тем самым искупает свою вину;

<sup>1</sup> См.: Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. — М.: Мысль, 1994. — С. 114.

5) **отказ**: человек отказывается от жизни в силу того, что, по его мнению, он потерял что-то важное для себя и никогда не вернет того, что было.

А.Е. Личко описывает три типа суицидального поведения: демонстративное, аффективное и истинное<sup>1</sup>.

**Демонстративное** суицидальное поведение имеет единственную цель — воздействовать на окружающих: избавиться от неприятностей, вызвать жалость, сочувствие или просто привлечь к себе внимание. Способы ухода из жизни при этом избираются лишь безопасные (порезы вен на предплечье, прием лекарств, прыжок с низших этажей и др.). Место и время человек выбирает таким образом, чтобы его вовремя заметили и оказали помощь, рассчитывая на то, что серьезная попытка суицида будет предупреждена окружающими.

**Аффективное** суицидальное поведение развивается на высоте аффекта и возникает в так называемых депрессивных фазах, если в это время человек получает психическую травму, которая укрепляет в нем не только его собственные представления о своей неполноценности, но и возникшее желание суицида как единственного средства избавления от субъективно невыносимо тяжелых условий действительности.

**Истинное** суицидальное поведение имеет место при обдуманном и укрепившемся желании покончить с собой, с выполнением всех условий осуществления плана.

Компонентами суицидального поведения являются суицидальное мышление (мысли), суицидальные намерения, суицидальные попытки и завершённый суицид.

**Суицидальное мышление** — это мысли о лишении себя жизни; человек рассматривает самоубийство как смерть от самоубийственного акта с намерением умереть с планированием методов совершения самоубийства.

**Суицидальные мысли** (предсуицид) без конкретных попыток — это размышления об отсутствии ценностей жизни, которые выражаются в формулировках типа «жизнь не имеет смысла», «устал от такой жизни» и т.п.

**Суицидальные замыслы** — это активные формы суицидальности; идет разработка плана суицида, продумывается способ, выбирают время и место действия.

---

<sup>1</sup> См.: Личко А.Е. Психопатология и акцентуации характера у подростков. — СПб., 2000. — С. 23.

**Суицидальные намерения** — это обдумывание и разработка плана, т.е. подготовка человека к внешним формам суицидального поведения — *суицидальной попытке* (целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, незакончившееся смертью) и *завершенному суициду*.

В современной литературе причины самоубийства рассматриваются как комплекс социальных, психологических, биологических предпосылок<sup>1</sup>.

Существуют общие и специфические факторы макросреды.

К *общим* социальным факторам относятся степень стабильности социальной системы (стабильность норм и ценностей, уровень социальной напряженности, состояние социального контроля); неодинаковое положение социальных слоев и групп, которое обуславливает различия в возможности удовлетворения их потребностей<sup>2</sup>.

К *специфическим* факторам макросреды относятся особенность региона, степень стабильности населения, плотность заселения, наличие диспропорций в демографической структуре, экологическая ситуация.

*Внутренними* факторами суицидального поведения являются индивидуальные особенности личности суицидента (характер, психофизическое и эмоциональное состояние и др.).

К *внешним* факторам относятся микросоциальные условия биографического характера, прежде всего семейное воспитание и коммуникативные связи.

При оценке конкретных суицидальных актов многое зависит от мотивов и обстоятельств. Классификация наиболее значимых мотивов предложена С.В. Бородиным и А.С. Михлиным<sup>3</sup>. Они выделяют личностно-семейные конфликты, семейные конфликты, развод, болезнь или смерть близких, одиночество, несчастную любовь, оскорбления со стороны окружающих, сексуальную несостоятельность; состояние здоровья (психические, соматические заболевания, уродства); конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента (опасность уголовной ответственности, боязнь наказания); конфликты, связанные с работой или учебой; материально-бытовые трудности и др.

<sup>1</sup> См.: Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология. — М.: ЮНИТИ, 2000. — С. 309.

<sup>2</sup> См.: Короленко Ц.П., Дмитриев Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический проект, 2000.

<sup>3</sup> См.: Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийства // Актуальные проблемы суицидологии. — М., 1999. — С. 31.

Главная общая причина увеличения числа самоубийств — это рост одиночества личности, ее оторванность от общества, в свою очередь являющаяся результатом социальной нестабильности общества.

Таким образом, при изучении причин самоубийств необходимо иметь в виду не только их мотивы, но и обстоятельства, характеризующие социальную среду и личность, а также отклонения от нормального образа жизни, которые, в конечном счете, определяют положение личности в обществе. Для исследования суицидальных проявлений личности на современном этапе социально-экономического развития России и определения факторов суицидального риска с целью создания профилактических мер весьма актуальным является анализ мотивов, условий и причин суицидального поведения.

## **§ 2. Особенности суицидоопасного состояния личности на различных этапах возрастного развития**

Происходящее в настоящее время в России социально-экономические изменения сопряжены с рядом факторов, оказывая стрессогенное воздействие на большие группы населения. К ним можно отнести неудовлетворенность социально-экономическими реформами, социальную дезорганизацию людей, резкое социально-экономическое расслоение общества, падение уровня производства и угрозу безработицы, многочисленные экономические и природные катастрофы, повышение частоты несчастных случаев и актов терроризма. Косвенно судить о серьезности социальных воздействий на психическое состояние людей можно по показателям завершенных самоубийств.

Распространенность самоубийств в мире, а их совершается более 1000 ежедневно — всего около 500 тыс. в год, — делает данную проблему актуальной для всего мирового сообщества<sup>1</sup>.

Самоубийство является одной из распространенных причин смертности населения и наносит значительный ущерб здоровью общества, социальному порядку и экономике. Покушение на самоубийство влечет за собой длительную болезнь, а иногда и инвалидность. Суициденты являются помехой для общества, для нормального функционирования социальной системы, нарушается

---

<sup>1</sup> См.: *Рахматуллин Э.С.* Девиантное поведение как социальная проблема. — Казань: КГУ, 2004. — С. 47.

психика не только человека, попробовавшего свести счеты с жизнью, но и его окружения.

Активные изменения в общественной жизни приобретают все более скоротечный характер, в результате чего различные слои и социальные группы оказываются в неравных условиях, что, в свою очередь, может рассматриваться как предпосылка к суицидальному поведению. В развитии кризисных состояний и возможных суицидальных действий возрастные периоды имеют важное значение. Исследователи выделяют три возрастных интервала, обладающих своими отличительными чертами: дети и подростки, трудоспособный возраст и инволюционный период<sup>1</sup>.

Старшее поколение — одна из главных групп суицидального риска: во всем мире, за исключением лишь некоторых стран, возрастная кривая самоубийств медленно нарастает у женщин и резко взмывает вверх к концу жизни у мужчин. Суицидальное поведение у данной возрастной группы в большинстве случаев обусловлено резким изменением образа жизни вследствие потери прежнего ролевого значения (окончание трудовой деятельности, конфликты с детьми и др.). Одиночество, соматические заболевания, упадок жизненных сил и отсутствие надежд на лучшее состояние тела и духа не у всех способны вызывать бодрые эмоции «социально активной старости», тем более что многие старики не пользуются любовью, почетом и уважением своих родственников.

Поколение среднего возраста оказалось в не менее неоднозначной ситуации в свете политических, экономических и культурных перемен.

Потенциально возможным стрессогенным фактором для лиц среднего возраста являются интенсивные изменения, происходящие во всех сферах современного общества и порой требующие от человека, уже имеющего свое довольно устойчивое мировоззрение, установки, взгляды на различные стороны жизни, коренного изменения его мышления и поведения.

Но не только неопределенность в общественной жизни, но и неустроенность в личной жизни, одиночество, бездетность могут служить побудительными причинами к совершению самоубийства. Среди покушающихся на свою жизнь велика доля одиноких, разведенных, вдовых, бездетных. Однако хорошо известно и то, что и

---

<sup>1</sup> См.: *Ефремов В.С.* Основы суицидологии. — СПб.: Диалект, 2004. — С. 69.

семейные невзгоды нередко приводят к решению наложить на себя руки<sup>1</sup>.

В июле 2005 г. ВОЗ представила в Москве доклад «Насилие и его влияние на здоровье. О ситуации в мире», включив в перечень последствий насилия и суицид. Согласно данным, приведенным в докладе, снижается возраст потенциальных самоубийц, все чаще к такому решению склоняются подростки, не находя понимания у родных или друзей.

Основной проблемой, характерной для подростков с суицидальным поведением, являются отношения с родителями, далее — трудности, связанные со школой, затем — проблемы взаимоотношения с друзьями (в основном противоположного пола)<sup>2</sup>.

Отношения родителей с детьми, к сожалению, не всегда строятся на основе открытости, искренности, которые являются надежной защитой от многих суровых испытаний. Многие попытки суицида у молодых людей рассматриваются психологами как отчаянный призыв о помощи, как последняя попытка привлечь внимание родителей к своим проблемам.

Школьные проблемы связаны с неуспеваемостью или плохими отношениями с учителями, администрацией или одноклассниками. Эти трудности обычно не являются непосредственной причиной самоубийств, однако приводят к снижению общей самооценки учеников, ощущению собственной никчемности, резкому снижению сопротивляемости стрессам и негативному влиянию окружающей среды.

Одним из основных объяснений проблем, связанных с отношениями со сверстниками, особенно противоположного пола, является чрезмерная зависимость от другого человека, что возникает обычно в качестве компенсации плохих отношений в семье. В этом случае зачастую отношения с другом, подругой или любимым человеком становятся столь значимыми и эмоционально необходимыми, что любое охлаждение, а тем более измена воспринимается как невозполнимая утрата, лишаящая смысла дальнейшую жизнь.

Среди мотивов, объясняющих попытки самоубийства, подростки и психологи указывают попытки оказать влияние на других людей: «дать человеку понять, в каком ты отчаянии» — около 40%

---

<sup>1</sup> См.: *Зиновьев С.В.* Попытка системного анализа. — СПб.: СОТИС, 2004. — С. 90.

<sup>2</sup> Россия — страна самоубийц: ВОЗ обнародовала доклад о насилии в мире // Коммерсантъ, 2005. 8 июля.

случаев, «заставить сожалеть человека, который плохо с тобой обращался» — около 30%, «показать, как ты любишь другого» или «выяснить, любит ли другой тебя» — 25%, «призыв, чтобы пришла помощь от другого» — 18% случаев<sup>1</sup>.

В современных условиях увеличивается разрыв между различными возрастными и социальными группами — это происходит из-за быстрого изменения культурных норм и эталонов поведения в различных общественных слоях, усиления влияния моды. Родителям, формирование личности которых происходило в условиях менее динамичного общества, очень сложно порой понять своих «свободомыслящих» детей.

### **§ 3. Социально-коррекционная деятельность с лицами, склонными к суицидальному поведению**

Подход к созданию социально-коррекционной деятельности и использованию определенных техник и методов в работе с суицидоопасными ситуациями должен быть индивидуальным. Выбор зависит от знаний, умений, опыта работы, личных характеристик социального работника.

При компетентном подходе социальный работник способен выявить суицидальное поведение человека и тем самым предпринять возможные меры по предотвращению совершения самоубийства. Поскольку работа с лицами, склонными к суицидальному поведению, является одним из наиболее сложных и ответственных направлений практической деятельности социального работника, необходим системный подход к его реализации. Для того чтобы модель социальной коррекции была продуктивной, необходимо исследовать суицидальное поведение, факторы и уровень суицидального риска для выявления социально-психологических детерминант суицидальных поступков, определения необходимого уровня профессиональной помощи и проведения профилактических мероприятий.

Особого внимания заслуживают больные с психическими расстройствами личности (шизофрения), с риском суицидального поведения. Этот риск часто приходится на депрессивные моменты развития личности, имея при этом следующие характеристики: молодой возраст, хроническое рецидивирующее течение заболевания, высокий уровень притязаний, паническая реакция на болезнь,

<sup>1</sup> См.: *Рахматуллин Э.С.* Указ. соч. — С. 45.

страх умственной дезинтеграции и ощущение перспективности будущего.

При психотерапевтическом воздействии на этих больных следует сочетать эмоциональную поддержку со стремлением к эмпатическому восприятию и последующей коррекции не всегда осознаваемых психологических установок и фантазий, способствующих реализации суицидального поведения.

Депрессия является расстройством, которое чаще всего предшествует суициду. Риск суицида возрастает в значительной степени, если больной составляет план и имеет средства его осуществления. К любому разговору на тему самоубийства и соответствующим действиям необходимо относиться серьезно. Это сигнал бедствия, зов о помощи, который указывает на конфликтную, безвыходную ситуацию. Необходимо обсудить с больным его переживания, проявить участие и понимание ощущения отчаяния и безвыходности; стремиться вызвать у больного доверие, чтобы он рассказал о своих проблемах, мыслях, настроении и возможных способах суицидальной попытки.

Больные с суицидальными мыслями часто амбивалентны в своих переживаниях, обсуждение этих переживаний приносит им значительное облегчение и может предупредить развитие у больного критического состояния. Надо быть готовым остаться с больным, как только у него начнет нарастать уровень тревоги и чувство внутреннего напряжения, обратиться к позитивным сторонам его личности.

В случаях тяжелого суицидального кризиса следует обратиться к психиатру и добиться от больного обещания, что до встречи с психиатром он не будет действовать под влиянием чувств, не поговорив с социальным работником. Такой разговор возлагает на него определенную ответственность за собственную безопасность и может облегчить тревогу и чувство внутренней напряженности.

При высоком риске совершения суицида, при развитии острого психоза больной должен быть госпитализирован.

Учитывая системный характер детерминации суицидального поведения, модель социально-психологической деятельности с лицами, склонными к такому поведению, должна включать профилактическую работу. Это необходимая мера превенции суицидоопасных состояний личности, использовать которую целесообразно в комплексе, включая мероприятия общего и специального плана.

#### **§ 4. Профилактическая работа с лицами, склонными к суицидальному поведению**

Обострение социально- психологической напряженности в условиях политической нестабильности и экономического кризиса делают особенно актуальным вопрос о практической деятельности социальных работников в работе с суицидальными личностями, учитывая особенности социально-психологической атмосферы, в которой находится индивид<sup>1</sup>.

Специфика организации социальной работы с лицами, склонными к суициду, заключается в проведении мероприятий, способствующих изменению социальной изоляции пациентов и уменьшению суицидальных тенденций. Во-первых, это устранение отрицательных факторов внутрисемейных отношений. Во-вторых, это оптимизация межличностных отношений, подключение к оказанию помощи суицидентам различных учреждений, «обществ по интересам», соседей. Но главные усилия социального работника должны быть направлены на выяснение и ликвидацию конфликтной ситуации, которая может привести к суициду. Кроме этих мероприятий социальный работник оказывает содействие в предоставлении клиентам необходимой социальной помощи (материальной, социально-бытовой, социально-психологической), оказывает социально-психологическую помощь близким и родственникам суицидента.

Одним из наиболее важных направлений является профилактика самоубийств, так как это сохранит человеческую жизнь, не принесет страданий близким и окружающим и, наконец, сэкономит средства, «высвободив» их на другие нужды. Любовь к жизни, умение преодолевать возникающие трудности необходимо формировать уже с детских лет, например через мультфильмы, сказки, детскую художественную литературу и др. В центре внимания профилактики — здоровые дети, здоровая семья, здоровый образ жизни<sup>2</sup>.

Таким образом, организация социальной работы по борьбе с самоубийствами совершается по двум направлениям: профилактика самоубийств, реабилитация и адаптация суицидентов и их окружения.

---

<sup>1</sup> См.: *Сорокин П.А.* Самоубийство как общественное явление // Социологические исследования. — 2003. — № 2. — С. 104.

<sup>2</sup> См.: *Зиновьев С.В.* Указ. соч. — С. 120.

Исключительно ответственным этапом профилактики самоубийств является оказание помощи суициденту со стороны социального работника. Как показывает практика, существует три основных способа помощи человеку, замыслившему самоубийство, со стороны социального работника:

- своевременное диагностирование и соответствующее лечение суицидента;
- активная эмоциональная поддержка человека, находящегося в состоянии депрессии;
- поощрение его положительной направленности с целью облегчения негативной ситуации.

Социально-профилактический подход заключается в том, что суицидальное поведение обусловлено соответствующими причинами. Следовательно, для его устранения нужна система социально-экономических, правовых, воспитательных мер. Выделяются общие факторы, которые представляют собой первичную профилактику: совершенствование социальной жизни людей, устранение факторов, которые способны вызывать суицидальное поведение<sup>1</sup>.

Вторичная профилактика связана с оказанием помощи определенной группе профилактического учета. В осуществлении этой деятельности есть определенные трудности: существуют рамки допустимого вмешательства в личную жизнь человека и конституционное право неприкосновенности личности, что не позволяет специалистам на ранних стадиях оказывать специальное воздействие и контроль. Возникают сложности в оперативном получении информации, потому что она зачастую скрывается близкими суицидента.

Профилактическая работа в группах повышенного риска зависит от:

- подверженности неблагоприятным биологическим, психологическим и иным воздействиям (инвалидизация, психологическое насилие, катастрофы) — по факту наличия воздействия или угрозе такового;
- общепринятых, стандартизированных шкал, индексов и опросников в ходе рутинных общемедицинских обследований (диспансеризация, профосмотры, допуск к профессии);

---

<sup>1</sup> См.: *Гиллинский Я.И.* Самоубийство как социальное явление. Проблемы борьбы с девиантным поведением. — М., 1999. — С. 65.

- семейно-генетической предрасположенности (родственники хронических больных, душевнобольных, зависимых от психоактивных веществ, совершивших самоубийство).

Профилактика является частью большой программы по предотвращению самоубийств, осуществить которую только силами социальных работников невозможно. Для ее реализации необходимо привлечение медицинских психологов, психологов-консультантов, церковных служителей, работников различных общественных и государственных организаций и социальных служб, волонтеров, создание групп самопомощи, а также активное участие средств массовой информации.

Их деятельность должна быть сфокусирована на следующих направлениях:

- круглосуточная неотложная телефонная помощь;
- образовательные программы для населения, направленные на знание ими признаков кризисного состояния и возможного суицида у себя и близких;
- образовательные программы для медицинских работников, направленные на знания ими признаков суицидоопасных состояний (скрытые депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство, наркологические заболевания);
- активное выявление и наблюдение за лицами из группы суицидального риска (особенно за совершившими суицидальные попытки, прямо или косвенно угрожающими совершить суицид);
- психологическое консультирование населения;
- кризисные стационары, в которых осуществляют психотерапевтические и реабилитационные программы;
- создание института частичной госпитализации при дневных и ночных стационарах психоневрологического диспансера, в которых будут продолжать амбулаторное лечение выписавшиеся из кризисного стационара суициденты, что позволит им работать и получать поддерживающую терапию;
- преемственность между токсикологическими центрами, кризисными стационарами и амбулаторной службой;
- создание групп само- и взаимопомощи;
- снятие табу с темы смерти.

Известно, что медико-биологический подход в лечении суицидентов носит лишь вспомогательный характер, так как бессмысленно бороться с самоубийством путем лишь назначения лекарств, уменьшающих тревожность и улучшающих настроение. Но если попытка к совершению самоубийства произошла при наличии не-

вросов, психопатий или иных психологических заболеваний и человек не может восстановить контроль за своим поведением, то вмешательство медиков не исключено.

Доказана важная роль врачей общей практики в профилактике, оценке состояния и контроля за суицидальными пациентами, в прогностической оценке суицидального риска. Зачастую врач является единственным источником социального контакта у пожилых людей, которые свои психологические и социальные проблемы обычно представляют в виде соматических заболеваний. В этих случаях врач должен оценить риск суицидального поведения, войти в психотерапевтический контакт с пациентом.

Поэтому медицинский аспект профилактики самоубийств заключается в том, чтобы, с одной стороны, приблизить психиатрическую помощь к нуждающимся в ней пациентам общесоматических лечебных учреждений, а с другой — повысить уровень информированности врачей общего профиля в вопросах клиники и терапии депрессии и суицидальных явлений у депрессивных больных. Главными же являются врачебное наблюдение и диагностическая беседа. Обнаружение у пациента депрессивных расстройств и особенно суицидальных проявлений налагает на врача значительную ответственность и заставляет его прибегать к консультации психиатра.

По рекомендации Международной ассоциации по предотвращению самоубийств во многих государствах, и в России в частности, созданы службы предотвращения самоубийств — форма организации медицинской и социально-психологической помощи людям, нуждающимся в квалифицированном совете или медикаментозном лечении. Данные службы ориентированы на широкие круги населения и в первую очередь на лиц, испытывающих состояние психологического кризиса, людей, подверженных влиянию стрессогенных факторов и являющихся потенциально суицидоопасными.

В системе социальной защиты населения работают центры экстренной психологической помощи по телефону, которые оказывают соответствующую помощь детям и подросткам, находящимся в стрессовой ситуации, в состоянии, близком к суицидальному. Кроме того, при органах социальной защиты населения и при учреждениях социального обслуживания семьи и детей функционируют «телефоны доверия». К работе в них привлекаются психологи, наркологи, юристы, работники органов внутренних дел, врачи различных специальностей, священнослужители и т.д. Информа-

цию о «телефонах доверия» дети и подростки получают от органов социальной защиты населения, образования, здравоохранения. Номера «телефонов доверия» помещаются на рекламных щитах, в средствах массовой информации.

Рекомендуется делать акцент в работе по предупреждению самоубийств на коммуникативный уровень, направлять усилия на сохранение социальных связей потенциальных суицидентов с семьями, родственниками, соседями, которые могут играть важную роль в снижении уровня самоубийств, совершенствовать навыки работников служб по предупреждению суицида.

Таким образом, необходимы комплексные меры по повышению психической культуры населения вообще и по вопросу суицида в частности. Социально-профилактический подход заключается в том, что суицидальное поведение причинно обусловлено. Следовательно, для его устранения нужна система социально-экономических, правовых, воспитательных мер.

Необходимо расширять численность общественных организаций, обеспечивающих поддержку суицидентам и лицам, имеющим суицидальные намерения, обеспечить их материально-технической базой; необходимы высококвалифицированные специалисты — психологи, социальные работники, медики, психиатры; важным аспектом является и подключение средств массовой информации к информации населения о кризисных центрах и телефонах доверия.

## **§ 5. Реабилитация граждан, имеющих психологические отклонения и склонных к суициду**

*Реабилитация* — это система мер, имеющих своей целью возвращение человека к активной жизни в обществе, к общественно полезному труду. Этот процесс является непрерывным, хотя и ограничен во времени.

Следует различать следующие виды реабилитации:

1) медицинская реабилитация, направленная на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной утраченной функции организма или на возможное замедление прогрессирующего заболевания;

2) психологическая реабилитация, направленная на психическую сферу суицидента и имеющая своей целью преодоление в его сознании представления о его ненужности и никчемности;

3) профессиональная реабилитация, предусматривающая меры по обеспечению для реабилитируемых возможности участвовать в общественно-профессиональной деятельности;

4) бытовая реабилитация, обеспечивающая нормальные условия для жизнедеятельности суицидента;

5) социально-педагогическая реабилитация как система мер воспитательного характера, направленная на формирование личностных качеств, значимых для жизнедеятельности суицидента, активной жизненной позиции, способствующих его интеграции в общество;

6) социально-экономическая реабилитация как комплекс мероприятий, нацеленных на обеспечение суицидента возможными денежными выплатами, защиту его законных прав и интересов;

7) социальная реабилитация как процесс восстановления граждан, склонных к суициду, к жизнедеятельности в социальной среде, а также самой социальной среды и условий жизнедеятельности личности, которые и привели к психологическим затруднениям, суицидальным мыслям или намерениям.

В зависимости от личных особенностей клиента, испытывающего психологические затруднения или склонного к суициду, при проведении реабилитационных мероприятий следует учитывать, в каком состоянии находится человек. Это может быть предкризисное или кризисное состояние, обусловленное социальной запущенностью вследствие конфликтов в семье, с друзьями, в школе, на работе и т.д. Социальный работник должен владеть приемами экстренной диагностики ситуации, выявления причин возникновения психологических затруднений, которые привели к суицидальному поведению.

Основными видами помощи суициденту являются индивидуальные беседы; включение клиентов в тренинговые группы с целью коррекции негативных эмоционально значимых ситуаций; переориентация индивидуальных и групповых интересов; обучение социальным навыкам, способам эффективного общения, взаимодействия с окружающими, конструктивному поведению в конфликтных ситуациях; рекомендации для чтения специальной литературы; привлечение специалистов — психологов, юристов, социальных педагогов, психотерапевтов и т.д.

Эффективная реализация данных реабилитационных мероприятий возможна при соблюдении трех условий:

- высокая мотивация всех участников реабилитации;
- социально-психологическая компетенция специалистов и руководителей реабилитационного учреждения;

- координация деятельности различных государственных служб: образования, здравоохранения, правоохранительных и др.

В заключение можно сделать вывод о том, что суицидальные факторы современного социума столь многочисленны и разнообразны, что их невозможно преодолеть лишь за счет усилий кризисных и превентивных служб, деятельности только специалистов по социальной работе. Задача заключается в том, чтобы ограничить распространение самоубийств, научиться предупреждать их.

### **Вопросы и задания**

1. Каковы типологии самоубийств?
2. Выделите основные причины самоубийств.
3. Каковы особенности суицидоопасного состояния личности на различных этапах возрастного развития?
4. В чем заключается социально-коррекционная деятельность с лицами, склонными к суицидальному поведению?
5. Раскройте содержание профилактической работы с лицами, склонными к суицидальному поведению.
6. Реабилитация граждан, имеющих психологические отклонения, склонных к суициду.

### **Литература**

1. Бердяев Н.А. О самоубийстве. — М., 1992.
2. Гишинский В.Д. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и др. «отклонений» / Асс. Юрид. Центр. — СПб.: Юрид. Центр пресс, 2004.
3. Ефремов В.С. Основы суицидологии. — СПб: Диалект, 2004.
4. Мягков А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств // Социс. — 2004. — № 3.
5. Проблемы суицидологии (сборник научных работ) / Под ред. С.М. Уманского, П.Б. Зотова. — Тюмень: Вектор Бук, 2003.
6. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. Изд. испр. и доп. — М.: ИНФРА-М, 2006.
7. Рахматуллин Э.С. Девиантное поведение как социальная проблема. — Казань: КГУ, 2004.
8. Сорокин П. Самоубийство как общественное явление // Социс. — 2003. — № 2.

# **Глава 18**

## **ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЖИЗНЕННОГО УРОВНЯ МАЛООБЕСПЕЧЕННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ**

### **§ 1. Показатели материальной обеспеченности людей**

Материальная обеспеченность человека, групп и слоев населения неразрывно связана с их потребностями. Потребности — это нужда в чем-либо необходимом для поддержания жизнедеятельности организма, человеческой личности, социальных и других групп, общества в целом; это внутренний побудитель активности. Осознанные потребности выступают в качестве интересов.

Потребности классифицируются по сферам деятельности — на потребности в труде, познании, общении, отдыхе; по объекту — на материальные и духовные, этические, эстетические и др.; по функциональной роли — на доминирующие и второстепенные, центральные и периферические, устойчивые и ситуативные; по субъекту — на индивидуальные, групповые, коллективные, общественные. Рассмотрим материальные потребности малообеспеченных групп населения.

Факторы, которые обуславливают удовлетворение потребностей людей (в том числе материальных), разнообразны:

1) объем и структура производства, численность и половозрастной состав населения страны, общественно-политический и экономический строй общества, его социальная структура;

2) климатические, географические, национально-исторические условия жизни населения, изменение физических особенностей человека;

3) величина и распределение национального дохода, денежные доходы населения, распределение их между различными группами и слоями населения, имеющиеся товарные фонды, цены на товары и услуги и др.

Все эти группы факторов (условно назовем их соответственно общественно-цивилизационными, природно-географическими и

социальными, или социально-экономическими) тесно взаимодействуют между собой. Однако их влияние неодинаково на разных этапах развития общества. В настоящее время в России на первый план выдвигаются факторы 1-й группы (в первую очередь переходный этап развития российского общества) и 3-й группы (содержание социальной политики, системный кризис российского общества).

Приведем лишь некоторые факты проявления системного кризиса в России за последние годы: по официальным данным, объем ВВП по итогам 2003 г. составил 79,4% от показателя 1990 г., а объем реальных доходов населения в 2003 г. — 60,1% от реальных доходов в 1990 г.

Если предельно-критическое значение падения промышленного производства в мировой практике составляет 50%, то в России в начале XXI в. оно составило 54%, что свидетельствует о деиндустриализации страны. По производству зерна Россия оказалась на уровне 1963 г., по численности крупного рогатого скота — на уровне 1961 г.; поголовье крупного рогатого скота сократилось в 3 раза, овец и коз — в 10 раз, свиней — в 4 раза.

Только за первую половину 90-х гг. поставки сельскохозяйственной техники сократились в 10–20 раз. Посевные площади уменьшились более чем на 15 млн га<sup>1</sup>.

В результате спада промышленного и сельскохозяйственного производства по потреблению продуктов питания Россия переместилась с 7-го на 40-е место в мире<sup>2</sup>.

В результате реформ резко снизился уровень жизни российского населения. Помимо указанных причин (спад производства — главная из них) на уровне жизни негативно сказалась «шоковая терапия» как метод проведения реформ: полное обесценение банковских вкладов большей части населения страны; ваучерная приватизация (в официальных документах сообщалось, что к концу первого этапа приватизации 500 крупнейших предприятий России стоимостью не менее 200 млрд долл. США были проданы фактически за бесценок — около 7,2 млрд долл.), давшая небольшой группе людей

---

<sup>1</sup> С тех пор ситуация не изменилась. — *Прим. авт.*

<sup>2</sup> С учетом, естественно, импортной продукции. В целом по стране более половины потребляемых населением продуктов ввозится из-за границы. Можно сделать вывод, что Россия теряет (если не потеряла уже!) продовольственную независимость. — *Прим. авт.* См.: Основы социальной работы: Учебник / Под ред. П.Д. Павленка. — С. 412–413; Отечественные записки. — Советская Россия, — 2005, — 13 окт.

огромные богатства; 10–20-тысячный рост цен без соответствующей индексации оплаты труда, пенсий и т.д. На уровне жизни населения сказывается массовая безработица, усугубленная наплывом миллионов беженцев из бывших союзных республик.

*Уровень жизни* характеризует меру и степень удовлетворения материальных и духовных потребностей преимущественно в их количественном измерении (денежных и натуральных единицах).

Он включает такие показатели, как уровень национального дохода, размер оплаты труда, реальные доходы, объем потребляемых благ и услуг, уровень потребления продовольственных и непродовольственных товаров, продолжительность рабочего и свободного времени, жилищные условия, уровень образования, здравоохранения, культуры и т.д.

Такое широкое толкование уровня жизни характеризует экономическое положение населения. В более узком смысле он означает уровень удовлетворения потребностей и соответствующий ему уровень доходов. Поэтому чаще всего в качестве обобщающего показателя уровня жизни населения, удовлетворения его материальных и духовных потребностей рассматривают *реальные доходы населения*. Они характеризуют количество приобретаемых материальных благ и услуг с учетом изменения розничных цен и расходов на выплату налогов, а также других обязательных платежей.

Важный показатель уровня жизни — *минимальный потребительский бюджет семьи*. Он складывается из минимально необходимого уровня потребления материальных благ и услуг с учетом уровня развития производительных сил и выражает (в денежной и натуральной форме) минимальные потребности человека (семьи) в продовольственных и непродовольственных товарах и услугах.

Институтом питания Академии медицинских наук разработаны нормативы потребления (набор продуктов питания), которые в целом соответствуют физическим потребностям человека по их калорийности и химическому составу и покрывают энергетические затраты организма, необходимые для нормальной жизнедеятельности взрослых и развития детей, сохранения здоровья в преклонном возрасте. Эти продуктовые наборы, предназначенные для различных половозрастных групп, дифференцируются в зависимости от различий потребностей в материальных благах и услугах, с учетом цен, природно-климатических, демографических, социально-этнических и экологических условий.

В начале 90-х гг. прожиточный минимум включал только 10 основных продуктов питания (табл. 18.1).

Рассчитанный потребительский бюджет лишь учитывает минимум удовлетворения потребностей на определенном этапе развития общества.

Таблица 18.1

**Прожиточный минимум из 10 основных продуктов питания на начало 90-х гг. в России (кг в месяц)<sup>1</sup>**

Продукты питания	В среднем на душу населения	Мужчины 16–59 лет	Женщины 16–54 лет	Пенсионеры	Дети	
					0–6 лет	7–15 лет
Хлебобудничные продукты	10,8	14,7	10,4	9,9	5,03	9,4
Картофель	10,4	13,3	10,0	7,5	7,1	11,2
Овощи	7,8	6,7	8,1	8,1	7,1	10,0
Сахар и кондитерские изделия	1,7	1,7	1,6	1,5	1,6	2,2
Фрукты и ягоды	1,6	1,2	1,1	0,9	2,8	2,0
Рыбные продукты	0,9	1,1	0,8	1,1	0,7	1,0
Мясные продукты	2,2	2,7	2,0	1,5	1,5	2,7
Молочные продукты	17,8	16,8	14,9	14,5	23,0	25,2
Яйца (шт.)	12,6	15,0	12,5	7,5	12,5	15,0
Масло растительное, маргарин	0,8	0,9	0,8	0,7	0,5	1,0

Минимальный потребительский бюджет является составной частью минимального прожиточного минимума, включающего в себя питание, непродовольственные товары, услуги, налоги и другие платежи. Соотношение между указанными элементами прожиточного минимума на первую половину 90-х гг. в России было, соответственно, 68,3; 19,1; 7,4 и 5,2%. С тех пор ситуация фактически не изменилась, т.е. основная статья расходов — питание, что свидетельствует о неблагополучии общества. Ясно, что питание является основной статьёй расходов в малообеспеченных и бедных семьях; зажиточные и богатые слои имеют другую структуру расходов.

Следует отметить также, что в статью расходов на непродовольственные товары ныне включены только предметы первой необходимости, санитарии и гигиены, лекарства, а услуги предполагают лишь затраты на жилье и транспорт. Покупку предметов длительного пользования (одежда, обувь, мебель и т.д.) прожиточный минимум не предусматривает. На наш взгляд, это отражает состо-

<sup>1</sup> См.: Аргументы и факты. — 1993. — № 54.

яние не только экономики, но и социальной политики современного российского государства.

Малоимущие — это люди, чей месячный доход на одного члена семьи меньше минимального потребительского бюджета (минимальной потребительской корзины) или равен минимальной заработной плате.

К сожалению, в настоящее время в России системный кризис предопределяет необходимость пользоваться в решении задач социальной защиты населения показателем минимальной заработной платы, а не показателем прожиточного минимума.

Уровень бедности в обществе используется для установления размера минимальной заработной платы, пенсий, пособий, стипендий, сметы расходов на содержание граждан в домах для престарелых, инвалидов, детей в детских домах и домах ребенка, больных в больницах, осужденных в исправительных трудовых учреждениях. Поскольку прожиточный минимум в нашей стране ныне один из самых низких в мире, то и указанные расходы на нужды малообеспеченных групп и слоев населения крайне низки по сравнению с аналогичными расходами в развитых странах.

Выход из кризиса и существенная корректировка социальной политики России должны привести к тому, что размер минимальной заработной платы будет установлен в соответствии с цивилизованным минимальным потребительским бюджетом, включающим в себя достаточно полный набор товаров и услуг. Как правило, эти товары и услуги группируются в следующем образом: 1) продовольственные товары, обеспечивающие полноценное питание и восстановление способности к труду и воспроизводству; 2) одежда и обувь (с установлением сроков износа); 3) предметы санитарии и гигиены, лекарства; 4) мебель; 5) предметы хозяйственного и бытового обихода; 6) культтовары (телевизоры, часы, стиральные машины и т.д.); 7) услуги жилищно-коммунального хозяйства; 8) услуги культурно-просветительского характера; 9) услуги службы быта (парикмахерские, прачечные, фотоателье, ремонт обуви, одежды и др.); 10) услуги при пользовании транспортом; 11) услуги связи; 12) садово-огородный инвентарь; 13) семена, корма, скот, птица и т.д. (для сельских жителей); 14) услуги детских дошкольных учреждений и т.д.

К сожалению, большинство из перечисленных услуг и товаров ныне недоступно для значительной части населения.

## **§ 2. Социальная защита малообеспеченных слоев населения**

Известно, что современное российское общество крайне дифференцировано по уровню материального положения различных слоев и групп. Разрыв в доходах 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения за последние 10–15 лет увеличился с 4 до 15 раз (по некоторым источникам — и более). Почти 2/3 населения имеют доходы ниже среднего уровня, доля малоимущих с конца 80-х гг. увеличилась в 2 раза. Ныне почти четверть населения получает доходы ниже прожиточного минимума. При этом Россия занимает 2-е место в мире (после США) по количеству миллиардеров (27 человек на март 2005 г.), состояние которых в совокупности составляло 90,6 млрд долл.

Среди малоимущих — прежде всего частично или полностью нетрудоспособные, многие из которых не имеют близких родственников; пенсионеры, инвалиды, многодетные семьи, неблагополучные семьи, одинокие пожилые люди.

Регулирование уровня жизни населения является одним из основных направлений деятельности любого политического режима. Правда, это регулирование осуществляется разными путями, с различной отдачей и неодинаковыми последствиями. Как правило, главную роль здесь играют отмеченные выше два фактора: состояние экономики страны и содержание социальной политики.

Если раньше регулирование уровня жизни населения осуществлялось централизованно, то сейчас данную проблему решают новыми методами, главными из них являются индексация и компенсация.

**Индексация** как механизм автоматической корректировки доходов призвана частично или полностью возместить возросшую стоимость жизни.

Зарубежная и отечественная практика показывает, что индексация осуществляется двумя способами: 1) путем увеличения доходов на определенный процент через определенное время (один раз в год, в квартал); 2) путем корректировки доходов по мере роста уровня цен на заранее оговоренный процент.

Как правило, индексируются все виды денежных доходов граждан (заработная плата, пенсии, пособия, стипендии, другие виды социальных выплат, за исключением единовременных). Индексации не подлежат доходы от собственности (акций, паев, недвижимости).

Выплаты по индексации осуществляются за счет государственного и местного бюджетов, за счет средств общественных организаций и средств предприятий и учреждений, работающих на коммерческой основе, что должно быть предусмотрено при подписании коллективных договоров.

**Компенсация** означает возмещение расходов тех или иных слоев и групп населения органами власти вследствие наступающего или ожидаемого повышения цен, межнациональных конфликтов, катастроф (землетрясения, наводнения и т.д.). В отличие от индексации компенсация не предусматривает постоянной, систематической поддержки людей. Исполнительные органы оказывают такого рода социальную помощь, исходя из наличия финансовых средств.

Каждый из этих способов регулирования доходов населения имеет свои преимущества и недостатки и используется в зависимости от ситуации в стране, экономических (финансовых) возможностей, целей и задач проводимой государственной социальной политики.

В странах развитых рыночных отношений и стабильной экономики четко определено, какие социальные группы и слои должны быть защищены государством в первую очередь (не имеющие возможности к самообеспечению), какова должна быть доля социальных отчислений из фонда оплаты труда, чтобы это не повлияло на мотивацию труда людей. Согласно расчетам эта доля в нынешних условиях не должна превышать 25% от фонда оплаты труда. Однако все зависит от «содержания» каждого процента, т.е. объема социальных выплат, обусловливаемого уровнем экономического развития общества, его нормального функционирования.

Оказывая материальную (финансовую) помощь, надо учитывать также имущественное положение семьи (наличие жилья, автомобиля, гаража, холодильника и других предметов жизнеобеспечения). В каждом случае требуется конкретный подход к решению вопросов оказания социальной помощи.

В числе мер, осуществляемых государством по социальной защите малообеспеченных граждан, важнейшими являются следующие:

- льготное налогообложение;
- предоставление бесплатных или льготных услуг (в здравоохранении, на транспорте, в коммунальном обслуживании и т.д.);
- пособия на детей и по безработице, пенсии и др.

Особое значение в решении проблемы материального обеспечения социально уязвимых групп населения приобретают *специ-*

*фические меры:* вовлечение средств населения в финансирование социальных программ (в здравоохранении, образовании, жилищном строительстве), в том числе за счет благотворительных акций; введение платных услуг наряду с бесплатными; развитие добровольного страхования (наряду с государственным); продажа в кредит предметов длительного пользования для малообеспеченных слоев населения; бесплатное (или льготное) наделение их земельными участками; адресная помощь малоимущим группам и семьям; сочетание финансовой и натуральной помощи и т.д.

В заключение отметим, что, поскольку ныне государство не в состоянии организовать всемерную поддержку всем нуждающимся группам населения, *развитие отечественной благотворительности* (имеющей глубокие исторические корни) в социальной поддержке малоимущих приобретает важнейшее значение. Различные благотворительные организации, фонды, промышленные предприятия, коммерческие и некоммерческие структуры выделяют немалые средства на организацию бесплатного питания малоимущих, для обеспечения их одеждой, обувью, средствами передвижения, постельными принадлежностями, продуктами питания, на посещение ими театров и концертных залов, организацию медицинских услуг, содержание домов для ветеранов труда, оказание надомной помощи пенсионерам, больным, инвалидам и т.д.

Однако в большинстве субъектов Российской Федерации благотворительное движение развито слабо. Поэтому именно государство обязано взять на себя основную заботу по социальной защите малоимущих граждан России.

### **Вопросы и задания**

1. Какое место занимают материальные потребности в структуре потребностей людей?
2. Какие факторы способствуют (не способствуют) удовлетворению потребностей людей?
3. Каковы причины малообеспеченности граждан в современной России?
4. Раскройте содержание и взаимосвязь понятий «уровень жизни», потребительский бюджет, «прожиточный минимум», «минимальная заработная плата».
5. Приведите примеры, свидетельствующие о поляризации российского общества.
6. Кто такие «малоимущие» и каков их состав?
7. Каковы сущность и содержание индексации и компенсации?

8. Раскройте содержание других мер государства по социальной защите малообеспеченных граждан России.

9. Каково значение и содержание благотворительной деятельности в социальной поддержке малоимущих групп населения?

### **Литература**

1. Антология социальной работы: В 5 т. / Сост. М.В. Фирсов. — М.: Сварогъ-НВФ, 1994—1996.

2. Васильев В.А. Измерение бедности: проблемы и перспективы // Социальные науки и социальное образование (научная школа члена-корреспондента РАН В.И. Жукова). — М., 2004.

3. Жуков В.И. Россия. Состояние. Перспективы. Противоречия развития. — М., 1995.

4. Методические рекомендации по разработке и реализации программ социальной защиты нетрудоспособных граждан, семей с несовершеннолетними детьми и других групп населения Российской Федерации, нуждающихся в государственной поддержке. — М., 1993.

5. Можаев М. Методические вопросы определения прожиточного минимума // Экономист. — 1993. — № 2.

6. Образ жизни различных групп населения, находящихся в трудной жизненной ситуации: Материалы Международной научно-практической конференции. — М.: ГОУВПО «МГУС», 2005.

7. Организация социального обслуживания населения: Сборник нормативных актов (1993—1994 гг.). — М.: Минсоцзащиты; ВНИИК, 1994.

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

9. Социальные процессы и социальные отношения в современной России: тезисы выступлений (IV Международный социальный конгресс): В 3 т. — М.: Изд-во РГСУ, 2004—2005.

10. Социологическая энциклопедия: В 2 т. — М., 2003.

11. Тезисы докладов и выступлений на Втором Всероссийском социологическом конгрессе «Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы»: В 3 т. — М.: Альфа, 2003.

12. Энциклопедия социальной работы: В 3 т.: Пер. с англ. — М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993—1994.

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
----------------	---

## **Глава 1. ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ (ТЕОРЕТИКО- МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД) ..... 6**

§ 1. Понятие технологизации .....	6
§ 2. Методы и технологии .....	8
§ 3. Содержательная характеристика научных методов и их применение в социальной работе .....	9
§ 4. Технологии социальной работы .....	16

## **Глава 2. СОДЕРЖАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С БЕЗНАДЗОРНЫМИ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ ..... 19**

§ 1. Положение беспризорных детей и подростков в Российской Федерации .....	19
§ 2. Причины распространения безнадзорности в детской и подростковой среде .....	21
§ 3. Нормативно-правовая база социальной работы с безнадзорными детьми и подростками .....	24
§ 4. Основные направления деятельности учреждений по социальному обслуживанию безнадзорных детей и подростков .....	27

## **Глава 3. СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОСИРОТЕВШИХ И ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ..... 35**

§ 1. Причины распространения сиротства как социальной проблемы российского общества .....	35
§ 2. Проблемы детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.....	39
§ 3. Устройство детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в приемные семьи и учреждения семейного типа .....	41

- § 4. Деятельность учреждений по социальному обслуживанию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей..... 44

**Глава 4. АДАПТАЦИЯ ВЫПУСКНИКОВ ДЕТСКИХ ДОМОВ И ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ К ОКРУЖАЮЩЕМУ МИРУ..... 51**

- § 1. Характерные особенности воспитанников детских домов..... 51
- § 2. Основные проблемы выпускников детских домов после выпуска их из специальных учреждений ..... 53
- § 3. Нормативно-правовая база социальной защиты выпускников детских домов ..... 57
- § 4. Способы решения проблем адаптации выпускников детских домов ..... 61

**Глава 5. СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ДЕТЕЙ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И НАСИЛИЕ ..... 70**

- § 1. Понятие жестокого обращения с детьми ..... 70
- § 2. Формы и виды домашнего насилия над детьми..... 72
- § 3. Основные причины жестокого обращения с детьми в семье..... 76
- § 4. Социально-правовые основы защиты детей в случаях домашнего насилия ..... 78
- § 5. Профилактика домашней жестокости и насилия ..... 81

**Глава 6. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ И ИХ СЕМЬЯМИ ..... 86**

- § 1. Проблема детской инвалидности в России ..... 86
- § 2. Социальная защита детей-инвалидов в РФ ..... 88
- § 3. Социальная работа с семьей ребенка-инвалида ..... 92

**Глава 7. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С МОЛОДЫМИ СЕМЬЯМИ ..... 97**

- § 1. Молодая семья как особый тип семьи ..... 97
- § 2. Основные проблемы молодых семей ..... 99

§ 3.	Государственная социальная политика в отношении молодых семей.....	104
§ 4.	Основные направления социальной работы с молодыми семьями .....	107

## **Глава 8. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С НЕПОЛНЫМИ СЕМЬЯМИ ..... 111**

§ 1.	Неполные семьи, причины их возникновения .....	111
§ 2.	Типичные проблемы неполных семей в современной России .....	113
§ 3.	Государственная политика по оказанию помощи неполным семьям .....	116
§ 4.	Взаимодействие специалиста социальной работы и семьи как социальной и психолого-педагогической системы .....	119
§ 5.	Социальная работа с неполными семьями за рубежом .....	121

## **Глава 9. СПЕЦИФИКА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МНОГОДЕТНЫМИ СЕМЬЯМИ ..... 124**

§ 1.	Характеристика многодетной семьи .....	124
§ 2.	Проблемы многодетных семей в России .....	126
§ 3.	Практика социальной работы с многодетными семьями .....	130
§ 4.	Зарубежный опыт социальной работы с многодетными семьями.....	133

## **Глава 10. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ МИКРОКЛИМАТОМ, КОНФЛИКТНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ, ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ РОДИТЕЛЕЙ ..... 138**

§ 1.	Причины возникновения социальных проблем в семье .....	138
§ 2.	Педагогическая несостоятельность родителей. Семейное воспитание .....	140
§ 3.	Методы социальной работы с данной категорией семей .....	144

**Глава 11. ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В СИТУАЦИИ РАЗВОДА ..... 148**

- § 1. Развод в современном обществе ..... 148
- § 2. Причины возникновения супружеских конфликтов ..... 149
- § 3. Уровни возникновения супружеских конфликтов и стадии развода..... 151
- § 4. Социальные технологии, применяемые в работе с семьями, находящимися в ситуации развода ..... 153
- § 5. Социальная работа с разводящимися семьями в Германии и Швеции..... 159

**Глава 12. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ОДИНОКИМИ ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ И СЕМЬЯМИ, СОСТОЯЩИМИ ИЗ ПЕНСИОНЕРОВ ..... 163**

- § 1. Социальный портрет одинокого пожилого человека..... 163
- § 2. Проблемы одиноких пожилых людей в современной России ..... 166
- § 3. Роль семьи в социальном положении пожилых людей ..... 170
- § 4. Формирование системы социального обеспечения пожилых людей ..... 171
- § 5. Система социального обслуживания одиноких пожилых людей ..... 177

**Глава 13. СПЕЦИФИКА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ ..... 183**

- § 1. Понятие инвалидности и ее виды ..... 183
- § 2. Положение инвалидов в современной России..... 188
- § 3. Содержание социальной работы с инвалидами..... 193
- § 4. Деятельность социальных учреждений и служб по обслуживанию инвалидов..... 195

**Глава 14. СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧАСТНИКОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ПРИРАВНЕННЫХ К НИМ ЛИЦ ..... 204**

- § 1. Участники ВОВ и приравненные к ним лица как объекты социальной работы..... 204

- § 2. Пенсионное обеспечение участников ВОВ и приравненных к ним лиц ..... 210
- § 3. Социальная защита участников ВОВ и приравненных к ним лиц..... 211

**Глава 15. СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ГРАЖДАН, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВСЛЕДСТВИЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, ЯДЕРНЫХ ВЫБРОСОВ, ЯДЕРНЫХ ИСПЫТАНИЙ ..... 220**

- § 1. Характеристика граждан, подвергшихся радиационному воздействию ..... 220
- § 2. Характеристика социально-антропогенного воздействия ..... 224
- § 3. Формы социальной защиты граждан, пострадавших от воздействия радиации ..... 226
- § 4. Проблемы функционирования системы социальной защиты граждан, пострадавших от воздействия радиации ..... 229

**Глава 16. ПРОБЛЕМА БЕЗДОМНОСТИ В РОССИИ И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ ..... 233**

- § 1. Понятие бездомности и ее причины ..... 233
- § 2. Пути и методы решения проблемы бездомности в стране ..... 237

**Глава 17. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ЛИЦАМИ, СКЛОННЫМИ К СУИЦИДУ ..... 242**

- § 1. Типология и основные причины самоубийств ..... 242
- § 2. Особенности суицидоопасного состояния личности на различных этапах возрастного развития ..... 246
- § 3. Социально-коррекционная деятельность с лицами, склонными к суицидальному поведению ..... 249
- § 4. Профилактическая работа с лицами, склонными к суицидальному поведению ..... 251
- § 5. Реабилитация граждан, имеющих психологические отклонения и склонных к суициду ..... 255

<b>Глава 18. ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЖИЗНЕННОГО УРОВНЯ МАЛООБЕСПЕЧЕННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ .....</b>	<b>258</b>
§ 1. Показатели материальной обеспеченности людей .....	258
§ 2. Социальная защита малообеспеченных слоев населения .....	263