

Журнал входит в перечень ведущих рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук

1/2011 (155)		
«УРОВЕНЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНОВ РОССИИ»		
Научно-практический журнал		
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ/СПИД В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ		
ВИЧ/СПИД как комплексная социально-экономическая проблема современного общества		
Евсеев В. О.	Социально-экономическая политика и проблема СПИДа в системе жизненных смыслов	3
Василенко И. В.	ВИЧ/СПИД – наркомания, пути решения комплексной проблемы	15
Нестерова А.А.	Жизнеспособность и жизнестойкость личности как фактор психологической адаптации ВИЧ-инфицированных	20
Петрова Е.А. Красникова Т.В.	Исследование представлений о ВИЧ-инфицированных и стигмы, связанной с ВИЧ-СПИДом	25
ВИЧ и общие проблемы пенитенциарной системы		
Сочивко Д.В.	Актуальные проблемы современной пенитенциарной системы и методологии ее изучения	34
Щербаков Г.В.	Социальная работа в уголовно-исполнительной системе: наука, практика, образование	44
Корнеева Г.К.	Социально-психологические аспекты сопровождения ВИЧ-инфицированных осужденных	51
Социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ		
Мардахаев Л.В.	Деонтология социально-педагогического сопровождения людей, живущих с ВИЧ	55
Шимков Е.В.	ВИЧ-инфекция как комплексная проблема медицинского и социально-педагогического сопровождения	59
Сизикова В.В.	Педагогическое регулирование профессиональной подготовки специалистов для социальной работы с ВИЧ-инфицированными	65
Безопасность и профилактика ВИЧ-инфицированных в современном социуме		
Петрова Е.А. Коровина Е.П.	Психологическая безопасность образовательной среды как фактор профилактики СПИДа у подрастающего поколения	69
Калинова И.Л. Молостова Г.В.	Особенности принятия болезни и качества жизни ВИЧ-инфицированных осужденных женщин	75
Молостов А.В.	Образ жертвы как специфическая черта субъектности преступника	81
Филатова О.В. Блинкова Л.А. Макарова Ю.В.	Система социальной работы с ВИЧ-инфицированными осужденными (опыт учреждений исполнения наказания Орловской области)	89
Публикации докторантов, аспирантов и соискателей. Вопросы социализации и здоровья населения		
Козлов Ю.Н.	Формирование и использование рабочей силы на фоне ухудшения здоровья населения	93
Мякинин Д.А.	Занятость молодежи: общие проблемы и региональная специфика	98
Морозов В.И.	Стоматологическое здоровье в характеристике качества жизни населения России	103
Катасонов С.В. Кострикина И.С.	Проблемы социализации личности и методологические аспекты их изучения	108
Патрушев В.И.	Барометр социальных болезней - социальный иммунитет Заключительное слово	117
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ И АННОТИРОВАННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ		

Уважаемые читатели!

Предлагаемый выпуск журнала посвящен острой проблематике формирования и развития здорового общества в аспекте социальных и психологических деформаций человека, связанных, с рисками инфицирования ВИЧ, с пребыванием человека в пенитенциарной системе общества. Проблематика ВИЧ/СПИДа рассматривается в общем контексте формирования и реализации социальной политики, экономического развития современного общества.

Современный мир, в том числе и российское социальное пространство, в последние 1,5-2 десятилетия оказался масштабно ослабленным по здоровью, прежде всего за счет опережающего, массового распространения социальных болезней, среди которых особенно опасен ВИЧ-СПИД, эпидемия которого и в нашей стране стала реальностью. Эта ситуация в России рубежа XX-XXI веков оказалась серьезно осложненной еще и тем, что здесь стали по нарастающей проявлять себя отрицательные последствия вульгарно-рыночных, радикально-либеральных реформ, обостривших не только проблемы социальной защиты, но и физического, психического и социального здоровья, а также технологий его обеспечения, профилактики и лечения.

ВИЧ как комплексная проблема современного общества рассматривается, в контексте социально-экономической политики и социо-экономических деформаций жизнедеятельности человека. Практические зависимости влияния факторов жизненного пространства на характеристики распространения СПИДа отражены д.э.н., профессором Российской академии государственной службы при Президенте РФ **Евсеевым В.О.** Как комплексную проблему наркомании и опасного для общества поведения рассматривает ВИЧ **Василенко И.В.** – психиатр-нарколог, доцент кафедры психологии и педагогики Костанайского государственного университета им. А. Байтурсынова, к.м.н. (Казахстан). Доцент кафедры социальной психологии Российского государственного социального университета, к.псих.н. **Нестерова А.А.** обсуждает современные отечественные и зарубежные теории жизнеспособности человека в ситуации болезни (ВИЧ/СПИД). Описываются основные факторы, обеспечивающие жизнеспособность личности. Проблема дискриминации ВИЧ-инфицированных как одна из причин распространения ВИЧ-инфекции представлена **Петровой Е.А.** заведующей кафедрой социальной психологии Российского государственного социального университета, д.псих.н., проф., и **Красниковой Т.В.**, аспирантом кафедры социальной психологии Российского государственного социального университета.

ВИЧ и общие проблемы пенитенциарной системы рассматриваются в публикациях **Сочивко Д.В.**, профессора кафедры юридической психологии и педагогики Академии ФСИН России, д.псих.н., **Щербакова Г. В.**, начальника кафедры социальной психологии и социальной работы Академии ФСИН России, к.псих.н., доцента, подполковника внутренней службы, **Корнеевой Г.К.** заместителя начальника кафедры юридической психологии и педагогики Академии ФСИН России, к.псих.н. Вопросы социально-педагогического сопровождения людей, живущих с ВИЧ рассматриваются **Мардахаевым Л.В.** профессором Российского государственного социального университета, д.пед.н., **Шимковым Е.В.**, преподавателем Медицинского колледжа (Москва), **Сизиковой В.В.**, доцентом Российского государственного социального университета, к.пед.н.

Проблематика безопасности и профилактики ВИЧ-инфицированных в современном социуме отражена в статьях **Петровой Е.А.**, заведующий кафедрой социальной психологии Российского государственного социального университета, д.псих.н., проф., **Коровиной Е.П.**, аспиранта кафедры социальной психологии Российского государственного социального университета, **Калиновой И.Л.** начальника психологической лаборатории ФБУ ИК-5 УФСИН России по Московской области, **Молостовой Г.В.**, врача МУЗ ГБ № 5 г. Рязани, **Молостова А.В.** заместителя начальника кафедры социальной психологии и социальной работы Академии права и управления Федеральной службы исполнения наказаний. к. псих.н.

Публикации докторантов, аспирантов и соискателей отражают вопросы здравоохранения, социализации личности и методологии исследования.

Завершает выпуск заключительное слово д.соц.н., профессора РАГС, академика РАЕН, Президента академии наук социальных технологий и местного самоуправления, руководителя научного центра Проблем социального развития Всероссийского центра уровня жизни населения **Патрушева В.И.** «Барометр социальных болезней - социальный иммунитет», отражающая актуальность своевременного решения проблем ВИЧ/СПИДа в Российском обществе.

**Главный редактор,
д.э.н., профессор,
Заслуженный деятель науки
Российской Федерации**

В.Н.Бобков

**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА
И ПРОБЛЕМА СПИДА В СИСТЕМЕ ЖИЗНЕННЫХ СМЫСЛОВ**

Евсеев В.О.

Целью данной работы является выявление взаимосвязей между характеристиками СПИДа и характеристиками жизненного пространства, формируемого в системе жизненных смыслов. В рамках этой работы получены практические зависимости влияния факторов жизненного пространства на характеристики распространения СПИДа. Зависимости получены на базе статистической и социологической информации России и ведущих мировых стран.

Ключевые слова: СПИД, жизненный смысл, факторы жизненного пространства, менталитет, международная статистика, Эрих Фромм, Франсиско Гойя.

Смысл жизни, смысл бытия¹ — философская и духовная проблема, имеющая отношение к определению конечной цели существования, предназначения человечества, человека как биологического вида, одно из основных мировоззренческих понятий, имеющее огромное значение для становления духовно-нравственного облика личности.

Вопрос о смысле жизни также может пониматься как субъективная оценка прожитой жизни и соответствия достигнутых результатов первоначальным намерениям, как понимание человеком содержания и направленности своей жизни, своего места в мире, как проблема воздействия человека на окружающую действительность и постановки человеком целей, выходящих за рамки его жизни. В этом случае подразумевается необходимость найти ответ на вопросы:

- «В чём состоят жизненные ценности?»,
- «Что является целью (чьей-то) жизни?» (либо наиболее общей целью жизни человека как такового, человека *вообще*),
- «Зачем (для чего) мне жить?».

Вопрос о смысле жизни – одна из традиционных проблем философии, теологии и художественной литературы, где она рассматривается преимущественно с точки зрения определения, в чём состоит наиболее достойный для человека смысл жизни.

Необходимо отметить, что любой человек, тем более любой гражданин, живёт в иерархической, многоуровневой и сложноподчинённой системе смыслов жизни. Например, когда мы избираем Президента, депутатов, – мы предполагаем, что наши проблемы и наши чаяния становятся также их смыслами жизни, что правительство будет проводить социально-экономическую политику, направленную на уменьшение жизненных противоречий населения страны, на уменьшение имеющихся общественных деформаций.

Многочисленные службы национальных мониторингов отслеживают «смыслы жизни» граждан страны, политические партии лоббируют и «продвигают» осуществление «смыслов жизни» в программные документы. Если «смыслы жизни» руководства страны не совпадает со смыслами жизни граждан страны, граждане меняют руководство страны, иногда прибегая к насильственным мерам, и получается то, что мы видим в Тунисе и Египте.

Как соотносятся проблемы СПИДа и проблемы смысла жизни? С одной стороны, проблема СПИДа – эта проблема индивидуального, личного действия, с другой стороны – любое действие – это элемент, а возможно, и композиция жизненного пространства, которое, как уже говорилось, пронизано смыслами.

¹ <http://ru.wikipedia.org/wiki/>

Смысл жизни, это не абстрактная философская категория, а категория, имеющая и количественную и качественную оценку, напрямую связанную с мировоззрением, менталитетом и ресурсами жизнеобеспечения.

Действие, как композиция жизненного пространства, связано с условиями и процессами протекания жизни, которое, как известно, напрямую связано с социально-экономическими характеристиками этого пространства. Именно характеристики жизненного пространства формируют соответствующий тот или иной набор конструктивных и деструктивных действий, и их удельный вес в общем объеме действий.

Классический пример взаимосвязи между смыслом жизни и действиями: если вожак стада – баран, падает в пропасть, то всё стадо овец стремится за ним и также падает в пропасть. Смысл жизни не сама жизнь, а действие – следование за бараном. Подмена смысла жизни: жизнь меняется на некие действия вокруг её, - приём манипуляционного управления, который широко используется в практике технологий руководства обществом.

На рис.1. представлена гистограмма уровня «жизни» СПИДа в жизни общества соответствующих государств. Как видно из рисунка, более чем у шестидесяти экономически развитых государств процент СПИДа равняется 0,1% от взрослого населения, для России этот показатель равняется 1,1% от численности взрослого населения

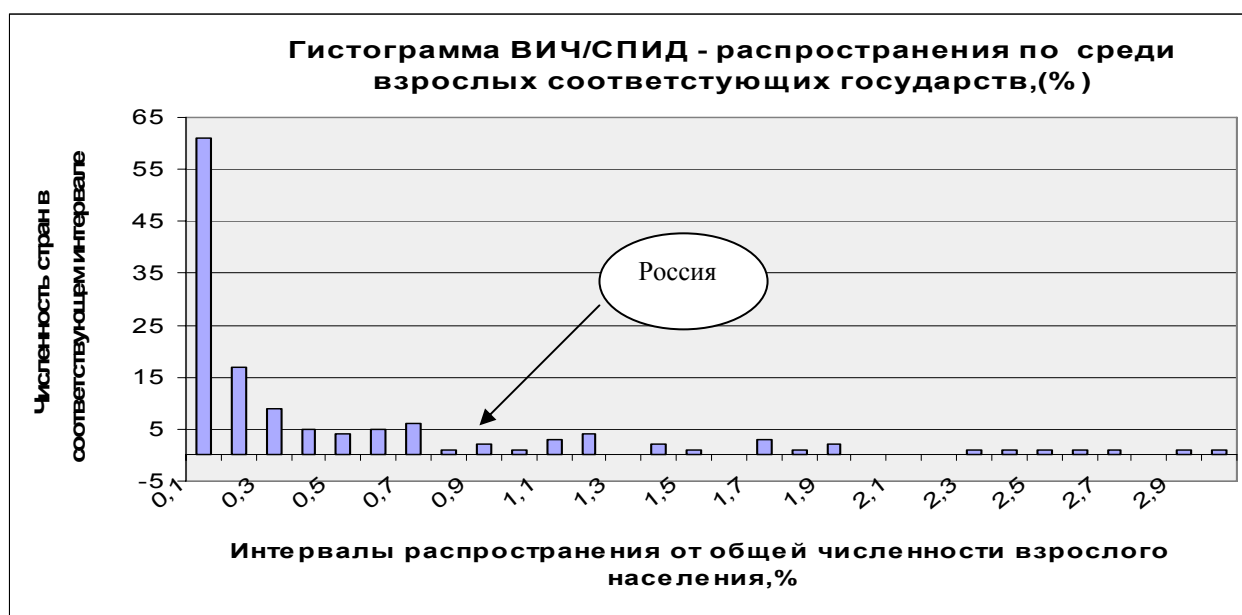


Рис. 1

Рассмотрим, какие композиции жизненного пространства, складывающиеся из социально-экономических факторов, способствуют такому действию, как распространение СПИДа. Понятие «жизненное пространство» является элементом нового научного направления: виталистская социология, опирающаяся на формирующуюся социологическую концепцию жизненных сил человека. Возглавляет это научное направление д.с.н., член-корреспондент РАО Григорьев С.И. [3].

В таблице 1 представлен рейтинг (выборочно) мировых стран по уровню распространению СПИДа среди взрослых (1- высокий уровень СПИДа).

Из таблицы видно, что страны с менее развитой экономикой, но с твёрдыми моральными принципами и этическими нормами семейной жизни (Афганистан) имеют низкий уровень распространения СПИДа.

ВИЧ/СПИД КАК КОМПЛЕКСНАЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Таблица 1

Рейтинг стран мира по уровню распространения ВИЧ/СПИД среди взрослых

Место в рейтинге	Страна	ВИЧ/СПИД - распространение среди взрослых (%)	Дата информации
1	Swaziland	38,80	2003 г. прогноз
2	Botswana	37,30	2003 г. прогноз
55	Estonia	1,10	2001 г. прогноз
56	<u>Россия</u>	1,10	2001 г. прогноз
65	Spain	0,70	2001 г. прогноз
70	Latvia	0,60	2001 г. прогноз
71	(США)	0,60	2003 г. прогноз
73	<u>Италия</u>	0,50	2001 г. прогноз
77	France	0,40	2003 г. прогноз
89	Canada	0,30	2003 г. прогноз
93	United Kingdom	0,20	2001 г. прогноз
105	(ОАЭ)	0,18	2001 г. прогноз
118	Finland	0,10	2003 г. прогноз
151	Japan	0,10	2003 г. прогноз
153	Israel	0,10	2001 г. прогноз
158	Germany	0,10	2001 г. прогноз
166	Afghanistan	0,01	2001 г. прогноз
168	Svalbard	0,00	2001

На рис. 2. представлена зависимость, из которой видно, что в конкурентоспособных странах рейтинг СПИДа невысокий. Конкурентоспособность страны нами определяется, как возможность разрешать государственные и общественно-значимые противоречия в общественно-значимое время.

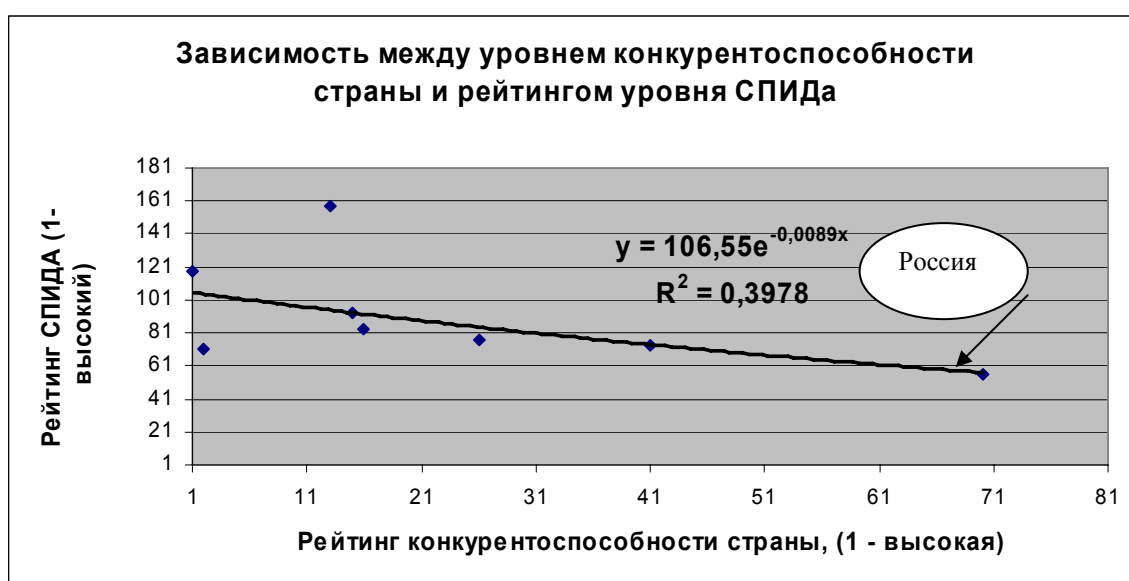


Рис. 2



Рис. 3

Рис.3 наглядно показывает, что государства, в которых создаются большие условия для развития человеческого потенциала, имеют меньше проблем со СПИДом (имеют более низкие рейтинговые показатели).

На примерах общественно-экономических и семейно- брачных отношений покажем, как деформации композиций их жизненного пространства способствуют или ограничивают распространение СПИДа в обществе.

На рис. 4 представлено влияние коррупции на уровень распространения СПИДа. Давно пора, говоря о коррупции, подразумевать только деньги, коррупция через сетевые причинно-следственные связи добирается до количественных и качественных характеристик человека и общества.

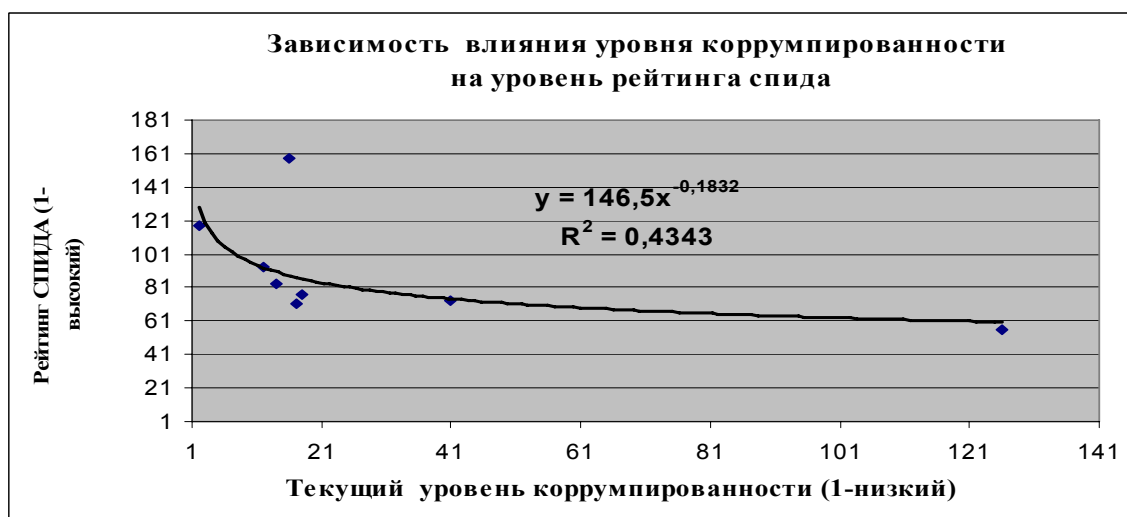


Рис. 4

В известном смысле результат на рис.4. является ожидаемым, т.к. конкурентоспособность и коррупция находятся в антагонистических противоречиях.

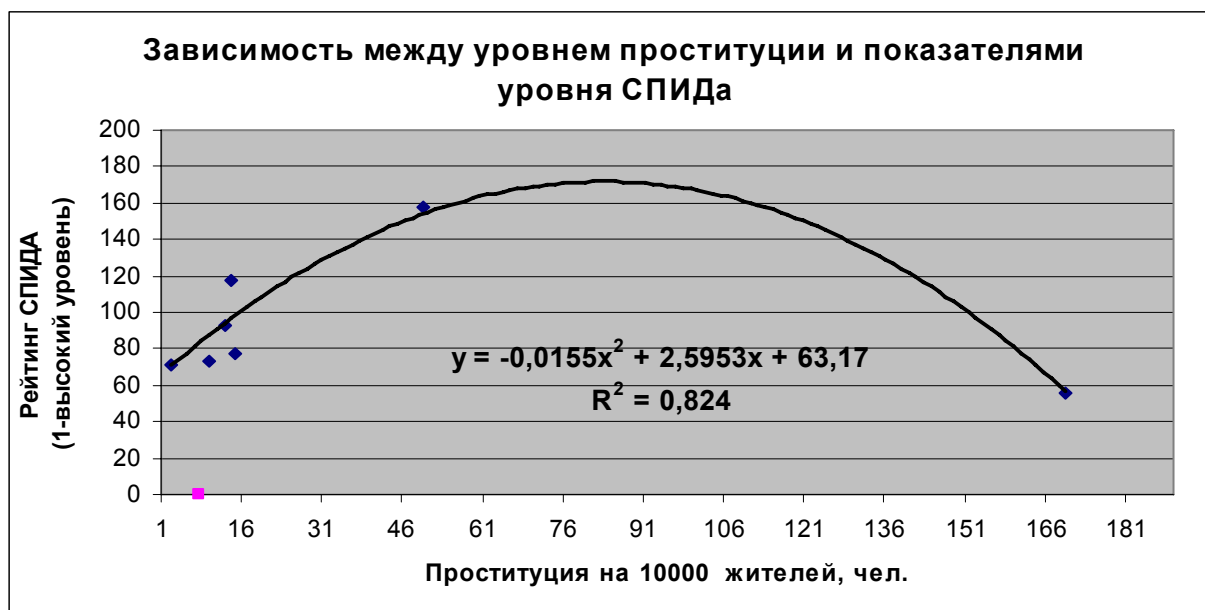


Рис. 5

На рис.5. приведенная зависимость между уровнем СПИДа и уровнем проституции имеет нелинейный характер. Для выяснения природы нелинейности требуются дополнительные исследования. Можно высказать предположение, что до определённых показателей проституции находится под жёстким контролем соответствующих государственных служб.

На рис. 6 и рис. 7 приведены зависимости семейно-брачных отношений: продолжительность брака до развода и процент разводов от общего количества заключённых браков. Из рисунков видно, как следовало ожидать, где характеристики института семьи крепче, там уровень распространения СПИДа ниже.

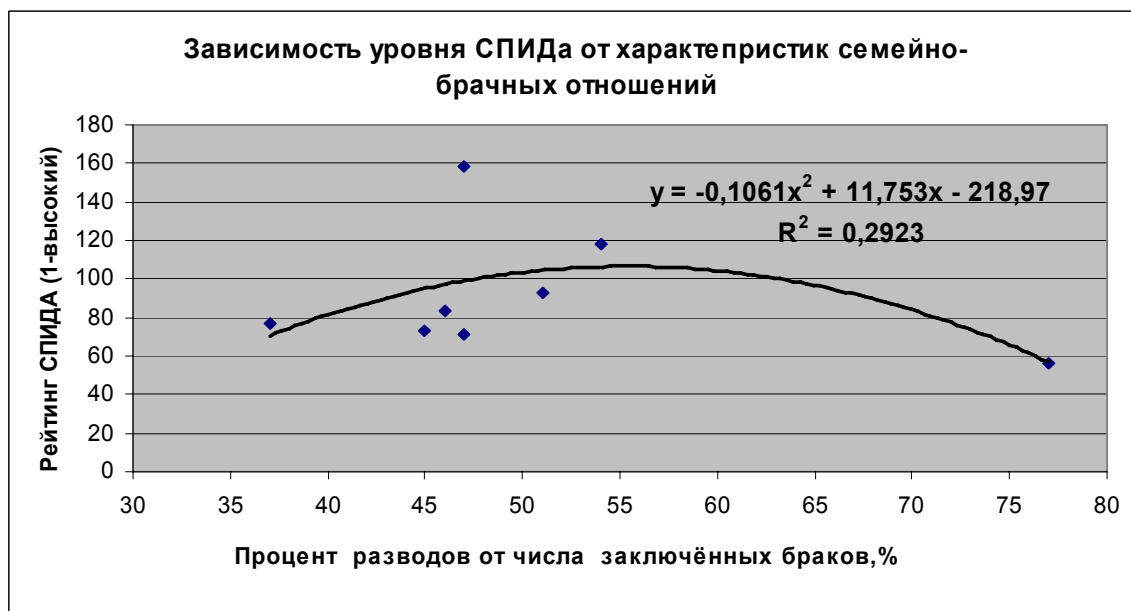


Рис. 6

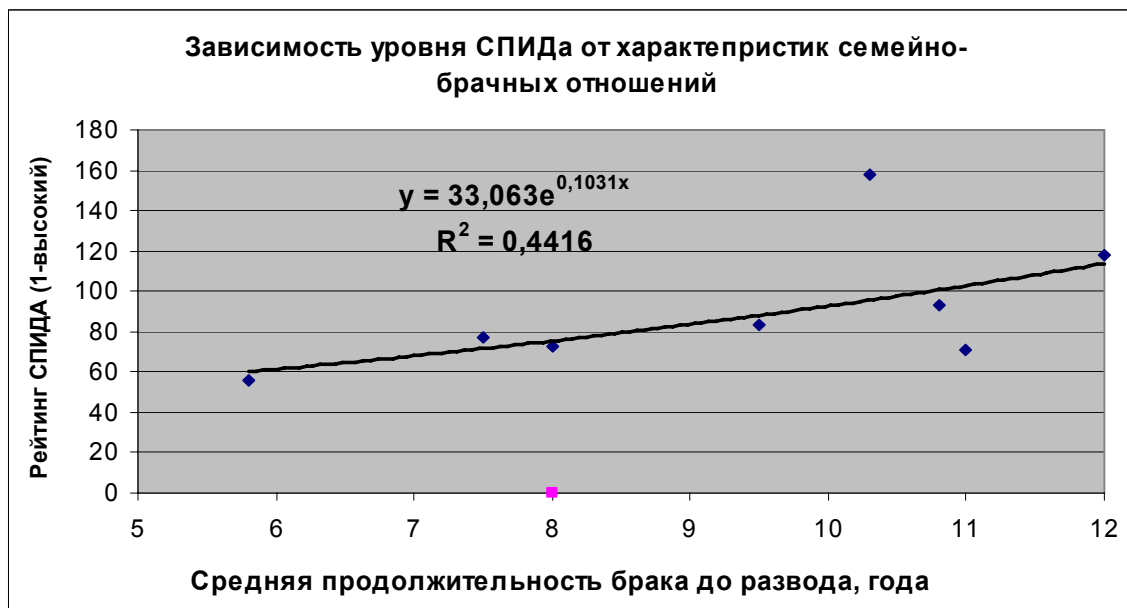


Рис. 7

На рис. 6 зависимость нелинейная и имеет точку перегиба, это говорит о том, что в современном мега-обществе должно быть определённое, разумное, число разводов, которые гармонизируют семейно-брачные отношения путём поиска нужного по жизни партнёра. В ином случае, отсутствие гармоничных отношений в семье, восполняется «свободным замещением», т.е. случайными связями на стороне.

На рис. 8 и рис. 9 приведены зависимости между уровнем распространения (рейтинга) СПИДа и структурой домохозяйств. Свой дом, своя квартира – это доминирующая идея и основной жизненный смысл любого поколения, это «база» улучшения и увеличения популяционных характеристик.

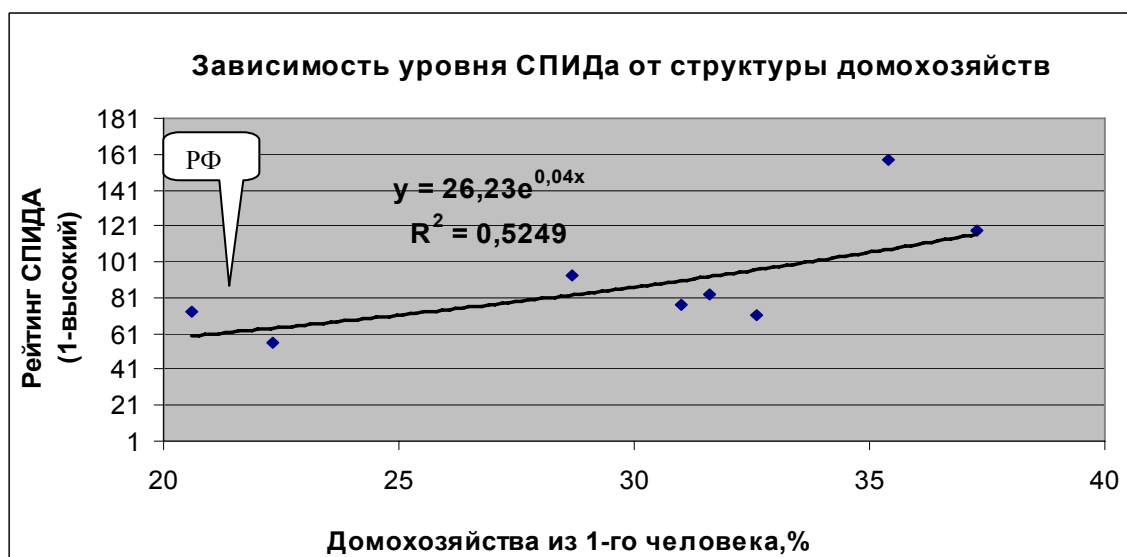


Рис. 8

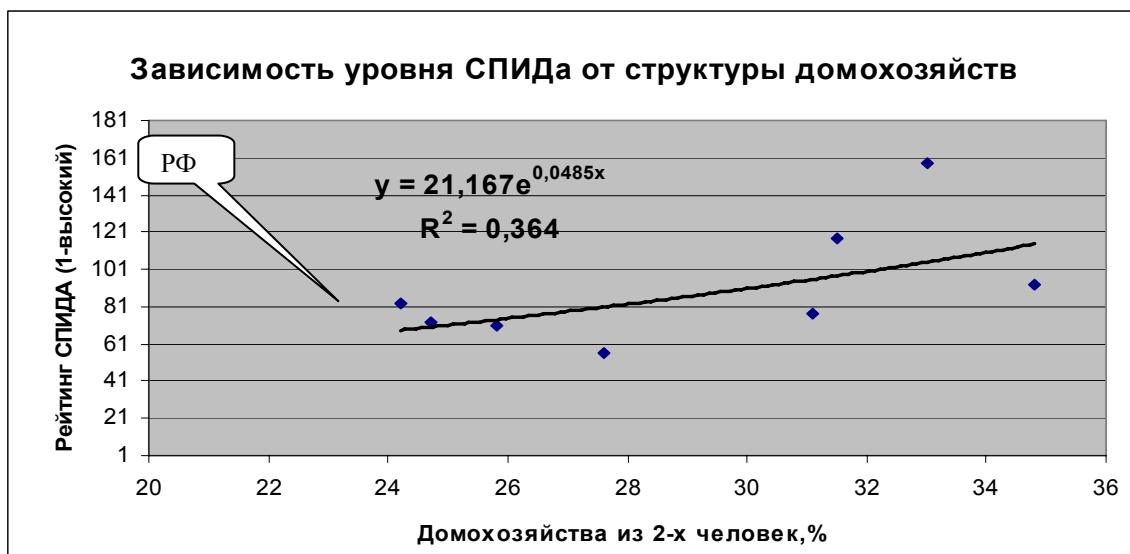


Рис.9

В России политика формирования домохозяйств не носит планомерный и системный характер, строятся много домов в больших городах, зачастую нарушая сложившуюся социальную и экологическую инфраструктуру. Рынок строительства жилья имеет все признаки спекулятивного и высоко коррумпированного. Запредельно высокие цены стоимости одного квадратного метра не позволяют молодому поколению свою энергию направить на создание семьи и благоустройства своего дома. В силу вступают деструктивные силы и действия из композиции деформированного жизненного пространства.

В отсутствия жилья и размытости семейных и общечеловеческих морально-нравственных ценностей, формирования общества с характеристиками потребления и сексуального наслаждения и не устойчивыми межличностными отношениями, формируется модель жизненного пространства, представленного на рис.10, эта модель общества не только способствует распространению СПИДа, но и обесценивает базовые основы человеческой жизни.

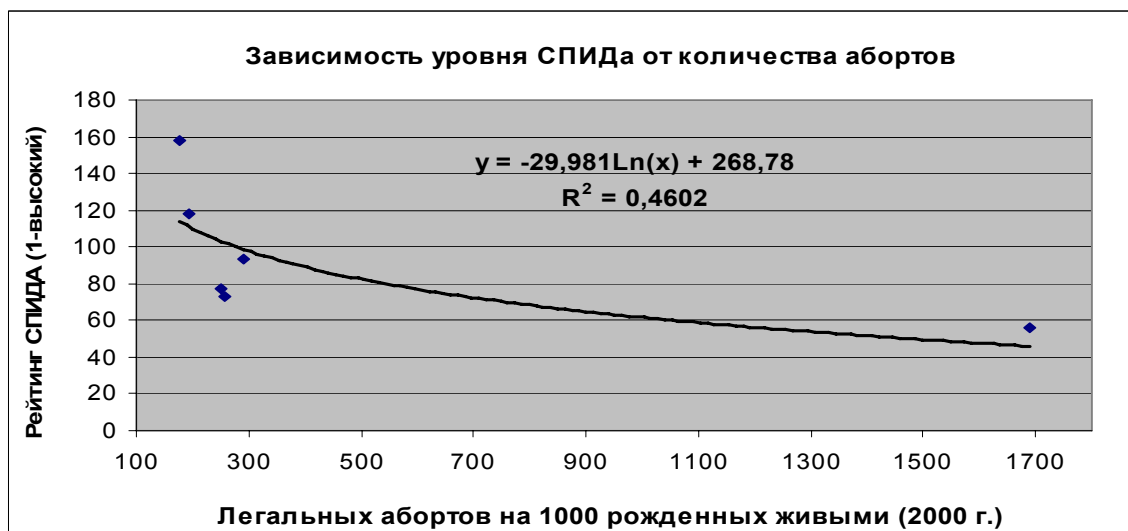


Рис.10

На рис.11 – рис. 13 представлены зависимости между уровнем (рейтингом) СПИДа и объёмами государственного финансирования (% отчислений на ВВП) на социальную защиту, здравоохранение и образование. Как видно из рисунков, увеличение

объёмов финансирования приводит к снижению деформаций в социальном пространстве и соответственно к снижению уровня СПИДа.

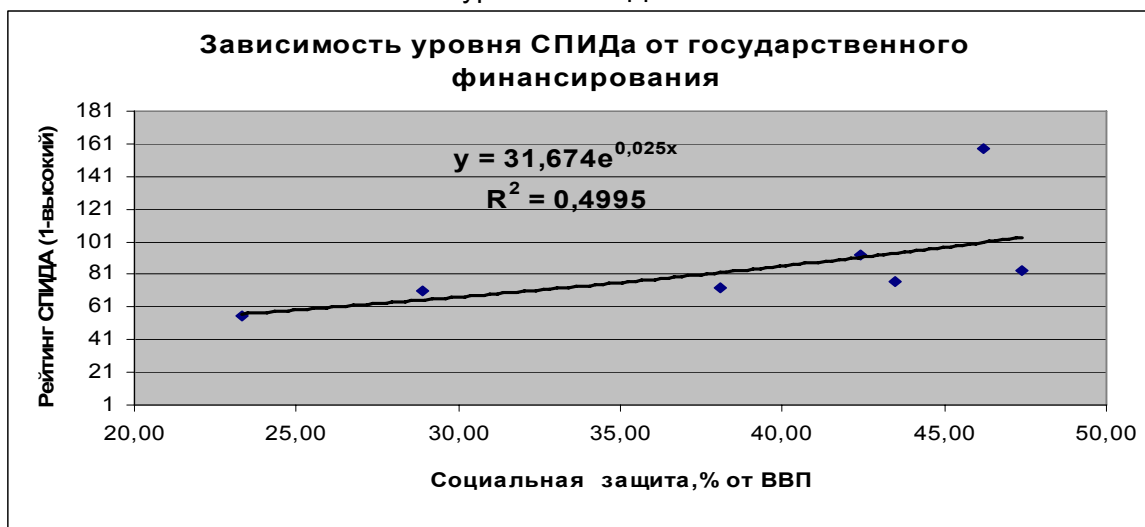


Рис.11

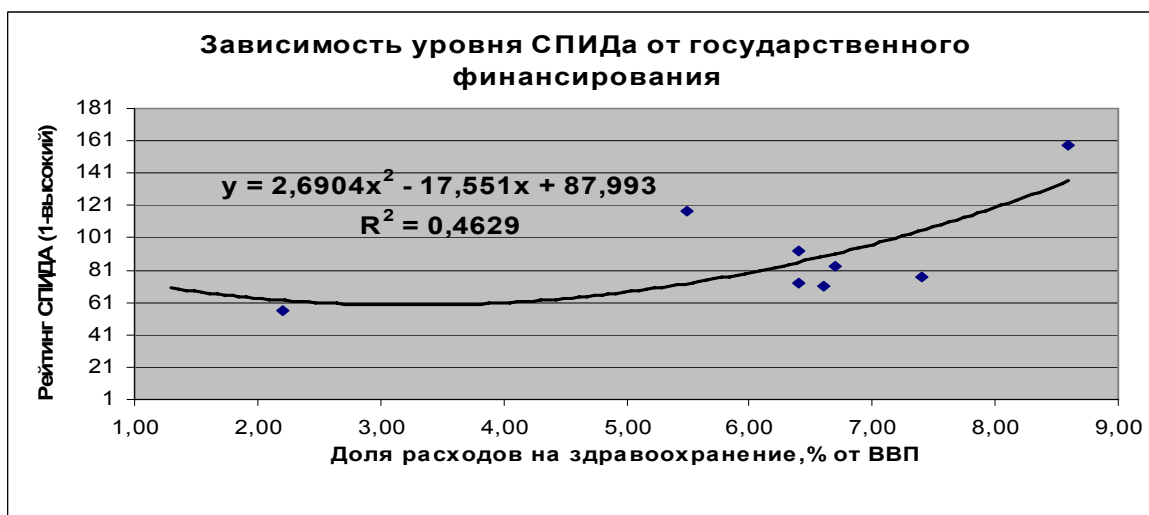


Рис.12.

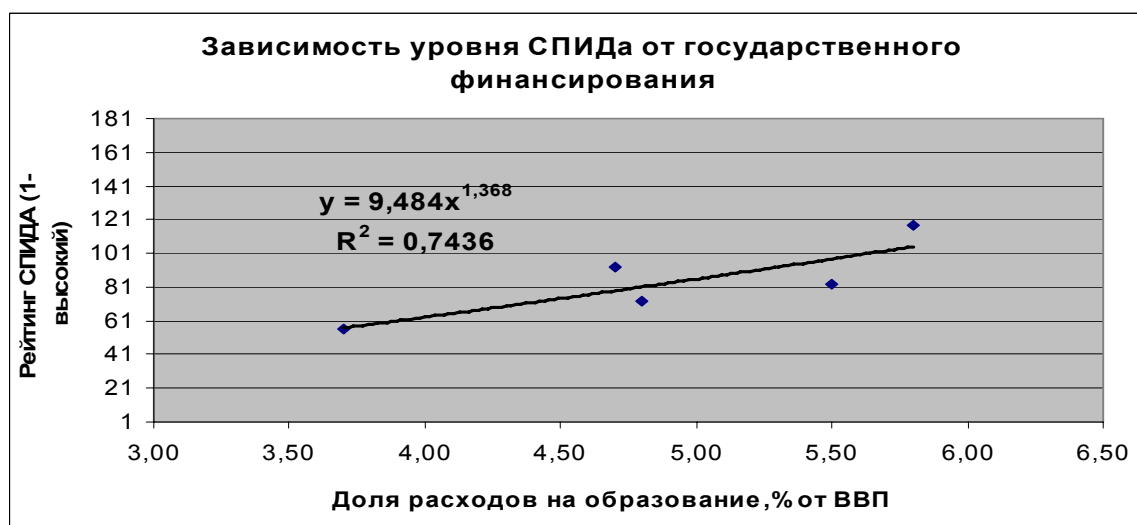


Рис. 13

Образование это не только профессия, это, в первую очередь, комплекс знаний, которые передаются на семейном уровне и которые формируют ментальное сознание подрастающего поколения, поэтому всякие «инновации» в области образования с точки зрения «оптимизации затрат» на него и создания ситуации расслоения общества по уровню знаний глубоко аморальны и должны встречать конструктивное сопротивление со стороны общества.

На рис.14 приведена нелинейная зависимость между уровнем распространения (рейтингом) СПИДа и расходами на личное потребление. Из рисунка видно, что недостаточный уровень и высокий уровень личного потребления являются теми элементами жизненного пространства, которые позволяют распространяться СПИДу.

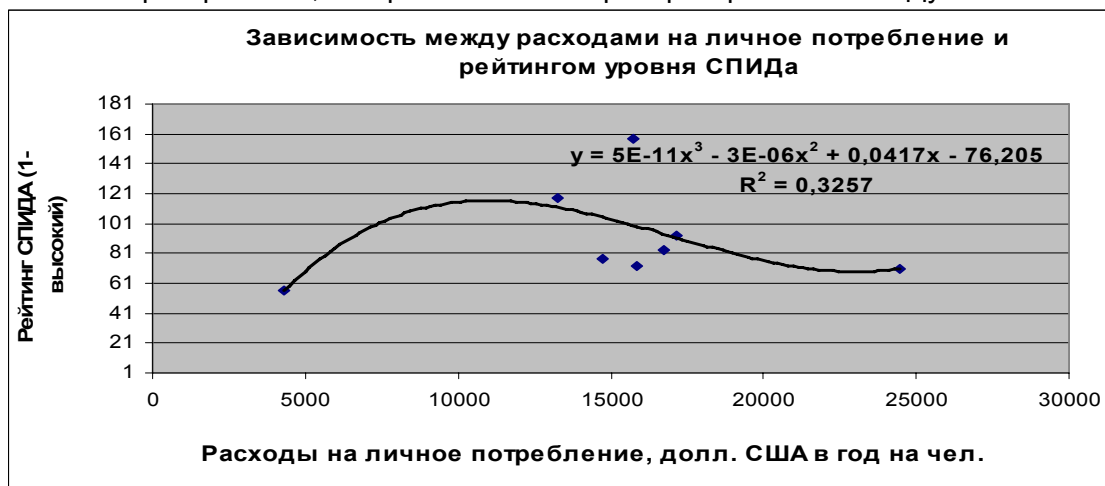


Рис.14

В современном деформированном обществе стандарты высокого уровня жизни включают «определённый сексуальный набор» отношений и с женщинами и с мужчинами, и если на высоком уровне этот «набор» как-то контролируется, то на более низком уровне жизни контроль за «чистоплотностью» отношений отсутствует. Важнейшими компонентами, влияющими на композицию жизненного пространства, являются свободный фонд времени и наличие фактора целеустремления, их отсутствие или присутствие гармонизирует или деформирует композицию, порождая деструкции в виде СПИДа. Рис.15 тому наглядный пример.

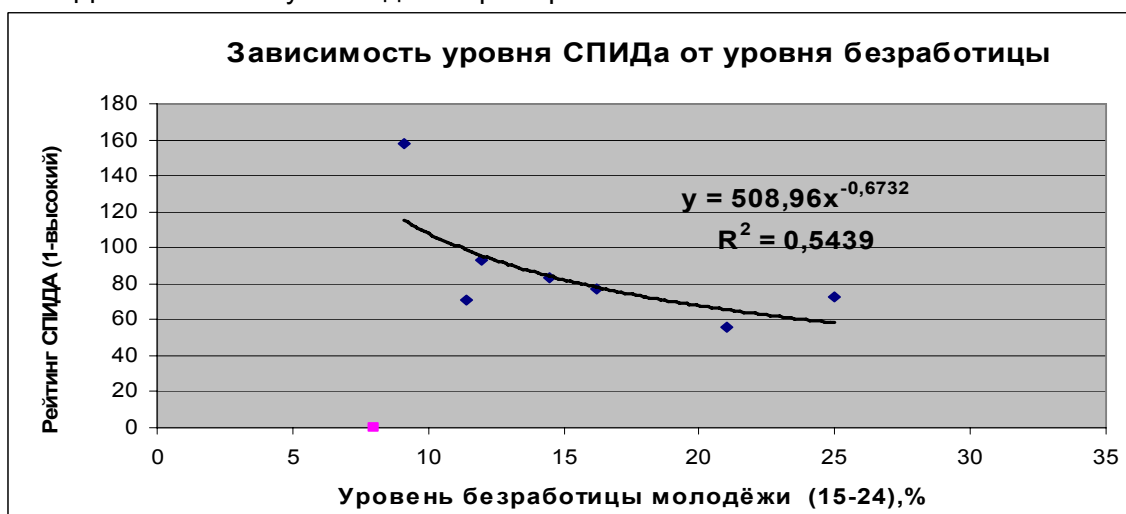


Рис.15

Безработица среди молодёжи, это не только проблема производства ВВП, эта проблема сохранения генофонда и возрастания социальных нагрузок на расходные статьи бюджета, связанные с лечением СПИДа. Пословица подтверждается: «Кто экономит на малом, теряет на большом».

Интересна и показательна зависимость, представленная на рис. 16, – зависимость между уровнем СПИДа и уровнем экспортных операций. Идёт борьба за рынки сбыта, в том числе африканские, азиатские где уровень распространения СПИДа высокий (см. табл.1). Современные экспортно-импортные операции – это пакет взаимосвязанных процедур на стороне импортёра и на стороне экспортёра: обмен делегациями, проживание, подготовка специалистов, бытовые проблемы образующихся национальных общин. Поэтому до определённого уровня экспортных операций растёт уровень контроля за распространением СПИДа, что приводит к снижению показателей его распространения. С определённого уровня экспортных операций разрешающие возможности системы контроля уменьшаются, что и приводит к дальнейшему распространению СПИДа.

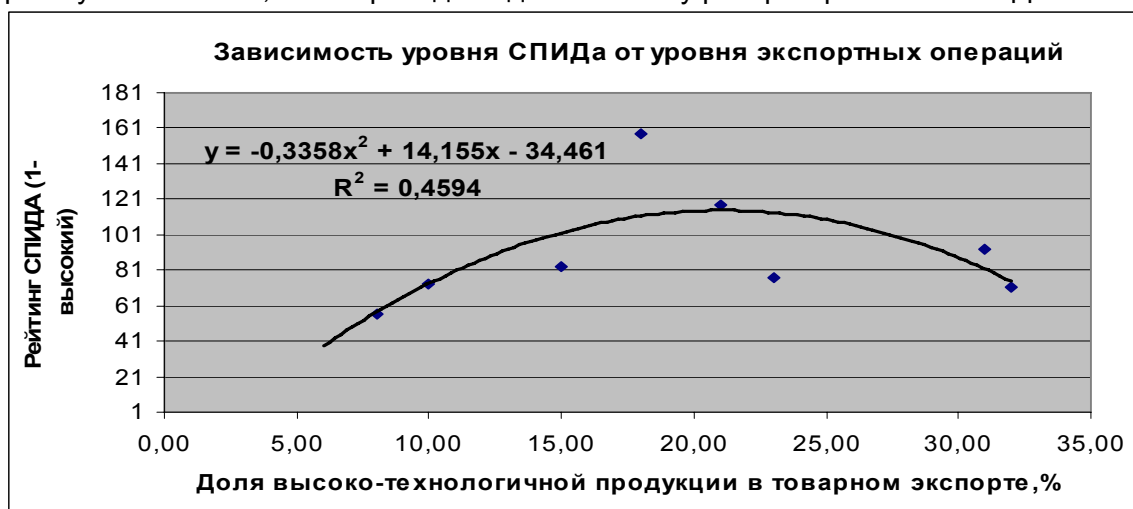


Рис.16

На предыдущих рисунках были рассмотрены зависимости между показателями распространения СПИДа и композициями жизненного пространства, формируемыми смыслами жизни и внешними социально-экономическими факторами.

Рассмотрим, как на характеристики СПИДа влияют внутренние композиции жизненного пространства – ментальные характеристики человека, которые формируют его жизненный смысл и определяют направления его межличностного поведения и конкретного действия.

Менталитет (фр. *Mentalite*) - образ мышления, мировосприятия², духовной настроенности, присущие индивиду или группе, который предшествует определённой деятельности. Менталитет – мировоззренческая матрица картины окружающего мира в сознании человека и адекватность его поведения в нём, это норма представления мира вокруг себя и себя в нём. Черты менталитета характеризуются категорийными парами, к примеру: интуитивизм, прагматизм, рационализм, конструктивизм, либерализм т. д.

Выделяют три структурных компонента ментальности: 1) эмоциональный (эмотивный); 2) когнитивный (вербальный); 3) поведенческий (конативный).

Рассмотрим следующие ментальные характеристики: ценность индивидуальных отношений; готовность к неопределённости в отношениях; предрасположенность к неравенству в отношениях.

² http://www.yestravel.ru/world/rating/hiv_aids_adult_prevalence_rate_rank_order/

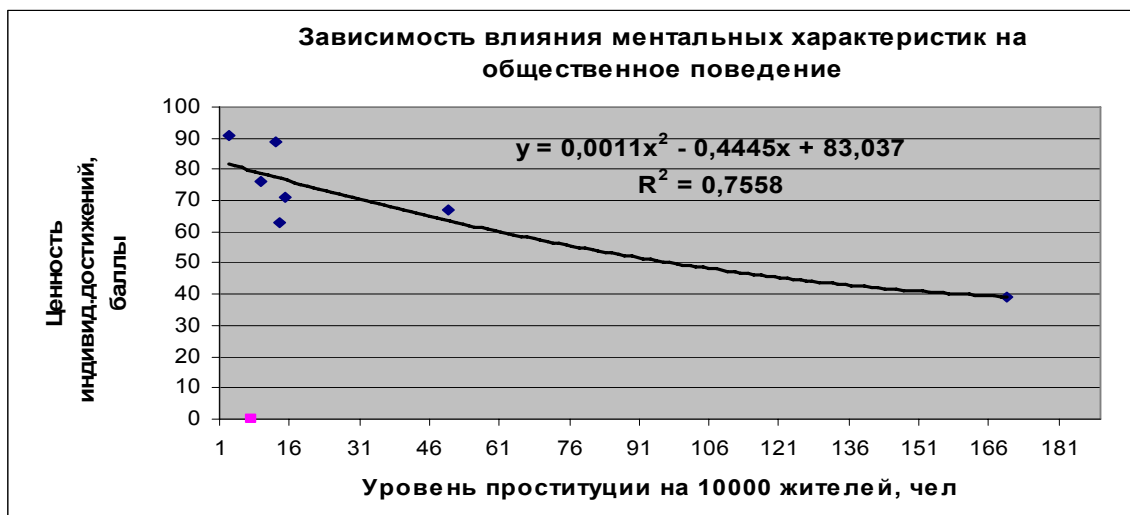


Рис. 17

На рис.17. приведена характерная зависимость между ментальной характеристикой «ценность индивидуальных достижений» и формой общественного поведения, которая провоцирует рост распространения СПИДа. Неверие в собственные силы, а возможно, и негативный социальный опыт и отсутствие соответствующих социальных служб, «выжимает» определённую часть молодых женщин на соответствующее общественное поведение. Деградация сознания и отсутствие системы по предотвращению рисков является плодотворной почвой для распространения СПИДа.

На рис.18 - рис. 20 приведены соответствующие зависимости между ментальными характеристиками и уровнем распространения СПИДа. В России низкие показатели характеристик менталитета населения, повышение которых должно быть первоочередной озабоченностью в жизненных смыслах руководства страны, где также идут непростые ротационные процессы с заменой государственных деятелей на государственных управленцев.

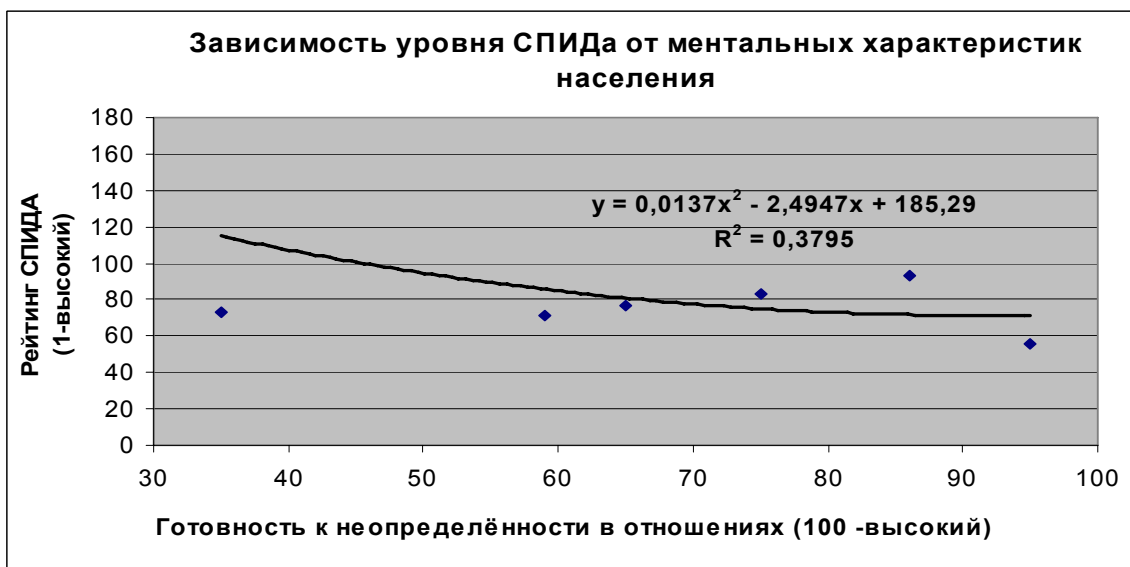


Рис. 18

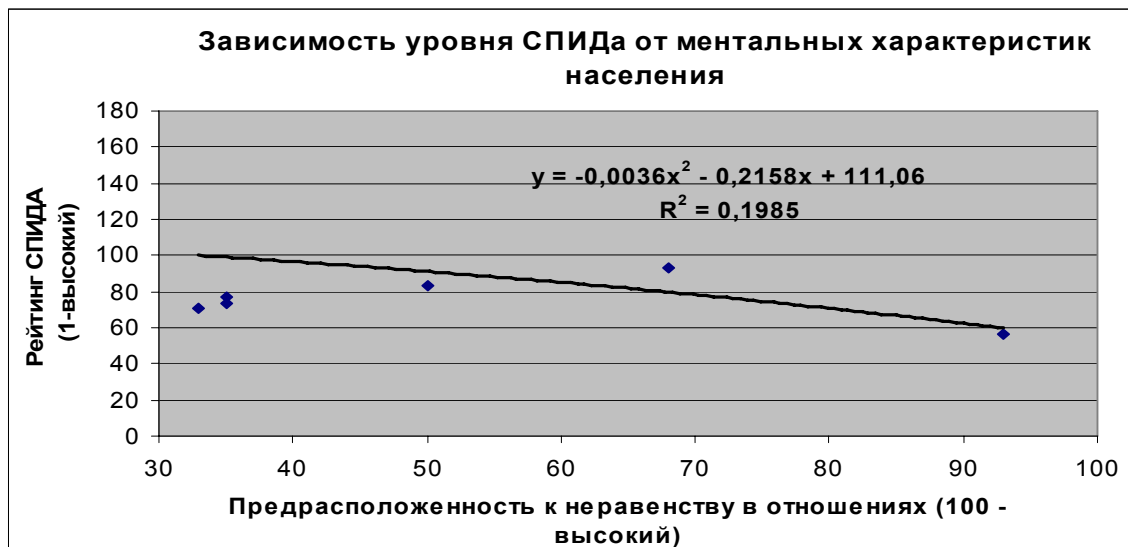


Рис. 19

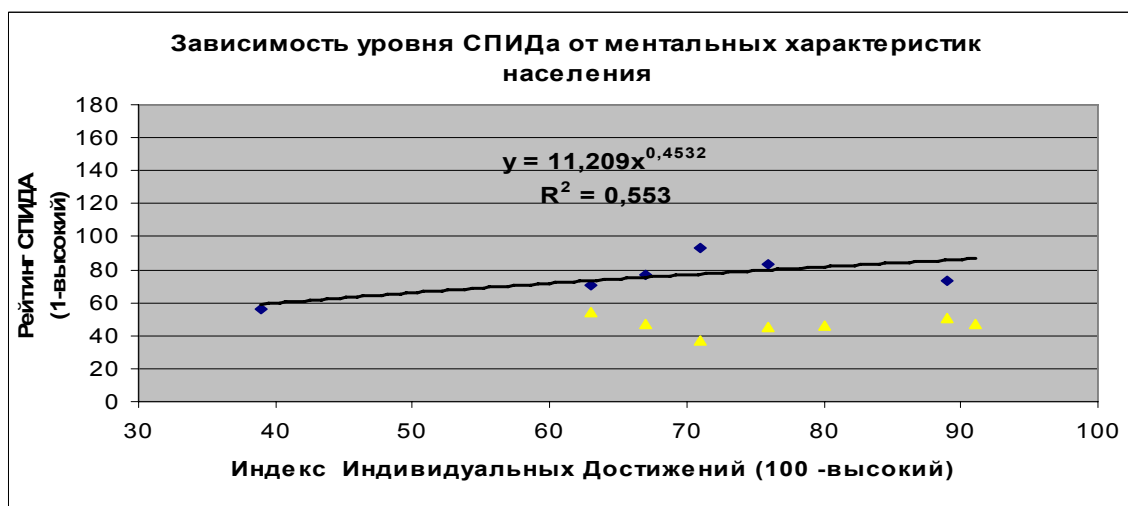


Рис. 20

В заключение необходимо отметить, что количественные и качественные характеристики распространения СПИДа являются производными от уровня деформаций жизненных смыслов, как во внешней среде, так и в самом человеке. Жизненные смыслы являются объектом конкурентной борьбы, как написал в своей книге Эрих Фромм, между «ИМЕТЬ или БЫТЬ».

Великий художник Франсiско Хосé де Гóйя-и-Лусьéнтес в своей серии офортов *Капричос* – сатире на политические, социальные и религиозные порядки своего времени, в соответствии с фабулой известного одноименного офорта написал: «Сон разума рождает чудовищ».

* * *

1. Бобков, В.Н. Качество и уровень жизни населения в новой России (1995-2005 г.г.) / под ред. Бобкова В.Н., 12 авторов. – М.: ВЦУЖ, 2007.

2. Волгин Н.А., Кокин Ю.П. Доходы населения и оплата труда в современной России: анализ ситуации, обоснование действий органов госу-

дарственной власти и управления: Монография. – М.: Изд-во РАГС, 2008.

2. Григорьев С.И., Дёмина Л.Д., Растов Ю.Е. Жизненные силы человека. Барнаул, 1996.

5. Евсеев В.О. Человеческие ресурсы в системе социоэкономических уравнений: Учебное пособие – М.: Изд-во Вузовский учебник». 2010.

Вич/СПИД – НАРКОМАНИЯ, ПУТИ РЕШЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОБЛЕМЫ

Василенко И.В.

Обозначена актуальность разработки инновационной модели первичной наркологической помощи, оказываемой в рамках программ снижения вреда от употребления наркотиков, представлены данные, ориентированные на наркологические службы и службы центров СПИД на реализацию профилактических программ. Изучено влияние программ третичной профилактики (программ снижения вреда от употребления наркотиков или программ СВ) на изменение опасного с точки зрения ВИЧ-инфицирования поведения на более безопасное.

Ключевые слова: наркопотребление, профилактика, наркологические службы и службы центров СПИД

Распространение ВИЧ/СПИД на территории стран СНГ тесно связано с наркопотреблением, так как от 69 до 87% ВИЧ-инфицированных людей являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). В отличие от стран Европы, где эпидемия ВИЧ распространялась в основном половым путем, в странах бывшего Советского Союза, основной путь передачи ВИЧ был через инструментарий для употребления наркотиков. Вспышка наркопотребления в период после распада СССР была практически во всех странах социалистического лагеря, ее пик пришелся на середину 90-х. Через два-три года произошел всплеск ВИЧ-инфицирования, который просто продублировал развивающуюся наркоманию. Скрытность популяции наркопотребителей, отсутствие адекватных программ вмешательства в этой среде привело к тому, что распространенность ВИЧ-инфекции стала достигать уровня эпидемии. Для осуществления профилактического вмешательства в наркосреде стали использоваться различные низкопороговые программы с использованием различных полевых форм работы с ПИН, построенных по принципу «равный – равному». Для работы в наркосреде стали использовать один из прагматичных подходов, называемый «снижением вреда от употребления наркотиков» и направленный в первую очередь на локализацию эпидемии в данной среде и предотвращение её выхода за пределы сообщества наркопотребителей. Данный подход был встречен неоднозначно, особенно трудно он воспринимался теми представителями медицины, которые не видели в нем «лечебный» эффект. Однако применение данного подхода было той самой «третичной профилактикой при инъекционной наркомании», именно он снижал риск ВИЧ-инфицирования и, как следствие, распространение ВИЧ-эпидемии. Длительное время данный подход не имел научной оценки на территории стран СНГ, а к опыту и научным заключениям специалистов из стран дальнего зарубежья в этом вопросе не хотели прислушиваться. В связи с этим нами в течение 2004-2007 годов на территории Казахстана и России было проведено исследование, которое должно было оценить эффективность программ третичной профилактики по ряду компонентов.

Актуальность разработки инновационной модели первичной наркологической помощи, оказываемой в рамках программ снижения вреда от употребления наркотиков, обусловлена:

- масштабами и темпами распространения наркозависимости, в частности, инъекционной формы потребления наркотических веществ (по некоторым оценкам в Республике Казахстан на начало 2010 г. насчитывалось до 140. тыс. ПИН);

- масштабами и темпами распространения ВИЧ/СПИДа (сентябрь 2010 г. общее количество выявленных ВИЧ-инфицированных по Республике Казахстан составило 15151), при этом основной путь инфицирования – использование нестерильного инструментария ПИН.

Необходимо также отметить то, что само наркопотребление усугубляется инфицированием гепатитом «С» и ВИЧ, что связано с технологией приготовления наркотика и методами его употребления. В ходе обучения проектами прерывается один из основных путей механизма передачи инфекции – использование общего инструментария – и появляется возможность иметь доступ к чистому инструментарию. Это приводит к резкому изменению существующей практики потребления наркотиков, которая неизбежно приводит к риску инфицирования. Практика программ снижения вреда началась именно как контрмера на распространение инфекций в среде наркопотребителей. Результатом такого подхода стало значительное снижение роста инфицирования среди ПИН, участников программ снижения вреда.

Исследование касалось оценки влияния программ третичной профилактики среди наркопотребителей на территории Казахстана и России. Участники исследуемой группы являлись наркопотребителями инъекционных наркотиков, проживающими в городах Республики Казахстан (Костанай, Караганда, Кокчетав, Актобе) и Российской Федерации (Москва, Пенза, Омск, Кемерово). Исследования проводились в пунктах доверия (пунктах обмена шприцев (ПОШ) и по месту проживания ПИН, с привлечением к работе наркопотребителей, работающих в программах снижения вреда в качестве уличных работников (АР).

Изучалось влияние программ третичной профилактики (программ снижения вреда от употребления наркотиков или программ СВ) на изменение опасного с точки зрения ВИЧ-инфицирования поведения на более безопасное.

Проведенное нами исследование позволило установить, что рискованное поведение ПИН в исследуемой группе значительно изменяется в сторону безопасного. Об этом свидетельствует ряд нижеследующих показателей.

Рисунок 1 наглядно показывает значительное уменьшение процента ПИН, использующих чужие шприцы в исследуемой группе, что является безусловным признаком более безопасного, с точки зрения возможности инфицирования, поведения.

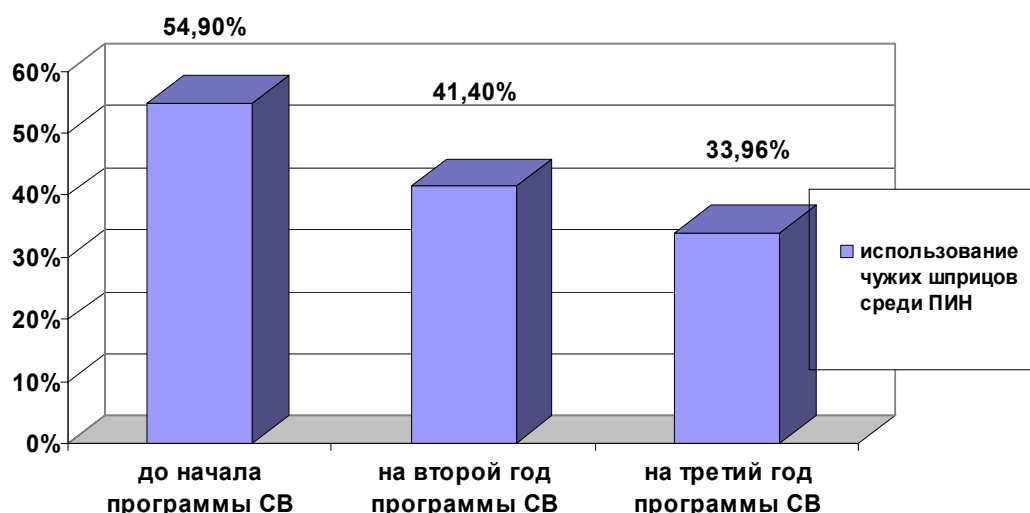


Рис. 1 Процентное соотношение возможности инфицирования в исследуемой группе пациентов

Следующий рисунок 2 отражает поведенческие изменения в отношении повторного использования шприцев. В исследуемой группе отмечается выраженная тенденция к увеличению числа ПИН, пользующихся стерильным шприцем только однократно (с 11,3% до 57%) и десятикратное уменьшение процентного числа ПИН, использующих шприцы более 10 раз (с 18% до 1,89%).

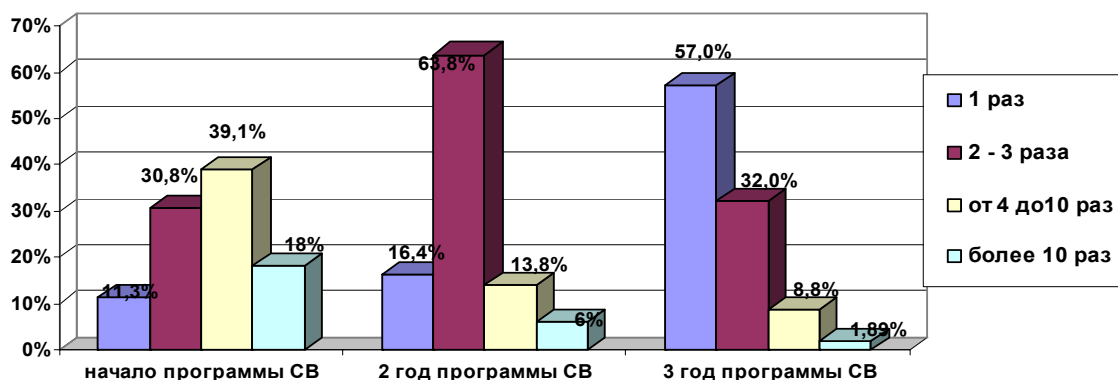


Рис. 2. Частота повторного использования шприцев в исследуемой группе пациентов

На рисунке 3 представлены данные, характеризующие использование стерильных шприцев при приготовлении и делении раствора наркотика. Достаточно часто именно на этом этапе происходит передача ВИЧ-инфекции и инфицирование гепатитами у ПИН, так как при делении раствора участвуют 3 - 5 человек, и в случае использования инфицированного инструментария (шприца) все участники подвергаются риску инфицирования.

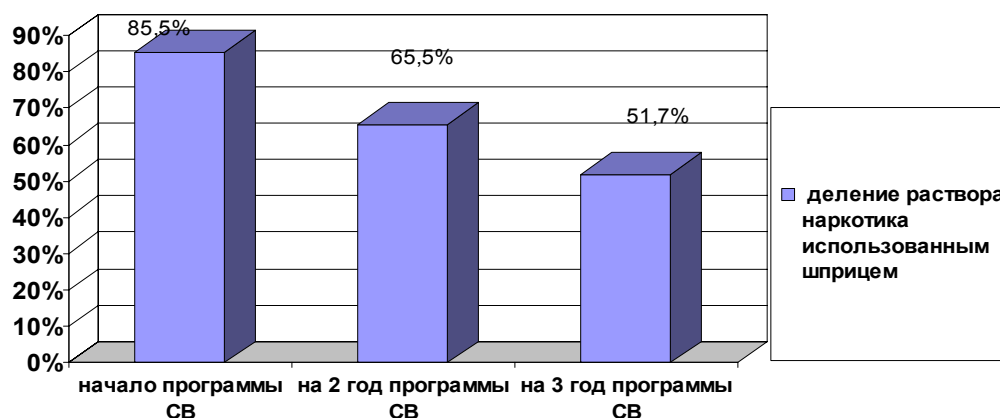


Рис.3. Применение использованного шприца для деления раствора в процентном отношении в исследуемой группе пациентов

Динамика следующего показателя – использование дезинфицирующих растворов при приготовлении, делении и употреблении наркотиков в группах, представлена на рис. 4.

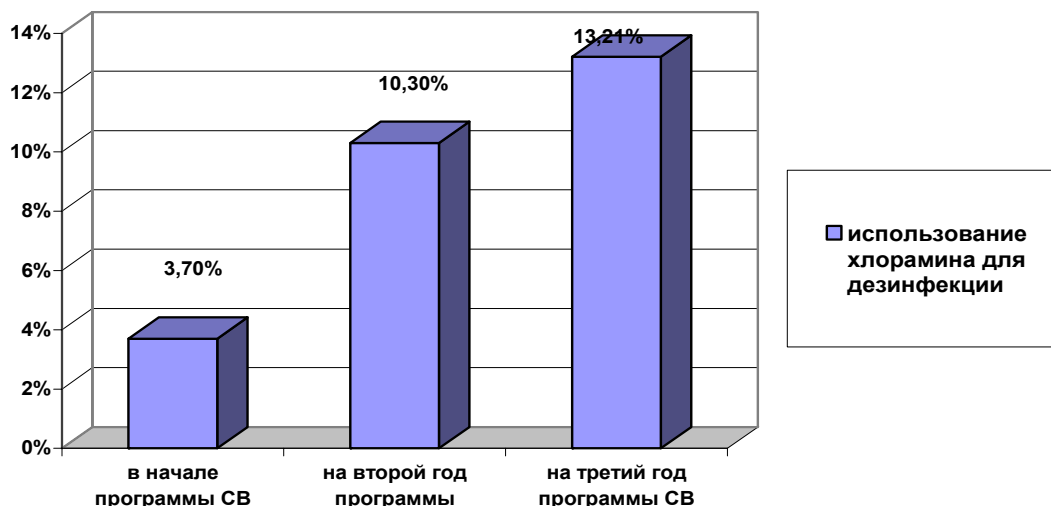


Рис. 4 Использование дезинфицирующих растворов при приготовлении, делении и употреблении наркотиков в процентном отношении в исследуемой группе пациентов

Практика дезинфекции инструментария у ПИН до начала программ снижения вреда практически отсутствовала. В лучшем случае в качестве дезинфицирующего раствора использовалась кипяченая вода. При этом, соответственно, инфицировалась посуда, инструментарий, места введения наркотика. В результате специального обучения в рамках программ снижения вреда и предоставления дезинфицирующих средств, в исследуемой группе произошли значительные поведенческие изменения. В то же время во второй группе сравнения по всем 4 анализируемым позициям существенных изменений не отмечалось.

**Таблица 1
Проецируемое количество новых случаев ВИЧ-инфекции в базовой популяции ПИН**

Случаи ВИЧ – инфекции	Исходная распространенность ВИЧ-инфекции (в % от общей популяции ПИН)									
	0,1%	0,5%	1%	5%	10%	20%	30%	40%	50%	60%
Новые случаи при наличии программы профилактики ВИЧ	0,8	3,7	7,5	36,1	68,3	121,4	159,4	182,1	189,6	182,0
Новые случаи в отсутствие профилактических вмешательств	2,3	11,3	22,6	108,2	205,0	364,3	478,1	546,2	572,0	534,0
Количество предотвращенных случаев ВИЧ-инфекции	1,5	7,6	15,1	72,1	136,7	242,9	318,7	364,1	382,4	352

Для оценки противоэпидемического влияния программ третичной профилактики использовалась комплексная методика, оценивающая не только поведенческое изменение, но и экономический эффект, который давали программы такого типа.

Реальное противоэпидемическое влияние программ весьма интенсивное. Для проведения оценки экономического эффекта, использовалась технология, разработанная Beth Israel Medical Center совместно с Всероссийским центром изучения общественного мнения.

Данные ожидаемого противоэпидемического влияния программ снижения вреда и экономической оценки по разным городам приведены в таблице 2.

Таблица 2

Ожидаемый противоэпидемический и экономический эффект программ снижения вреда от употребления наркотиков

Название города	Среднее число ПИН в городе по ЭОС (N) (чел.)	Количество случаев ожидаемого предотвращения ВИЧ-инфицирования за счет влияния программ СВ в год. (n)	Экономический эффект противоэпидемического влияния программы СВ в год. (E = n x стоимость поддерживающего антиретровирусного лечения в год)	
			млн. у.е. в год	млн. тенге в год
Караганда	6000	250	1,75	230
Томск	9000	375	2,62	345
Пенза	5500	229	1,6	211
Костанай	3800	158	1,1	145

Стоимость поддерживающего лечения ВИЧ-инфицированного составляет в среднем от 7000 у.е. в год. В результате проведения программ снижения вреда в регионах, где оценивался уровень ВИЧ-инфицирования, отмечалось его снижение, что в абсолютных числах составляет в среднем 253 случая предотвращения ВИЧ-инфицирования в год. Каждый случай предотвращения ВИЧ-инфицирования дает минимальный экономический эффект, равный стоимости годового курса поддерживающего лечения ВИЧ-инфицированного. Таким образом, условное экономическое противоэпидемическое влияние программы составляет от 1,77 млн. у.е.

Таким образом, наше исследование показало, что вмешательство в систему наркопотребления для предотвращения распространения ВИЧ инфекции дает не только противоэпидемический результат, но и совершенно конкретный экономический эффект.

Развитие программ третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей, как низкопороговая составляющая наркологической службы и службы центров СПИД, должна обеспечить охват ПИН с целью создания реального заслона распространения ВИЧ-инфекции в странах СНГ.



ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Нестерова А.А.

В статье обсуждаются современные отечественные и зарубежные теории жизнеспособности человека в ситуации болезни (ВИЧ, СПИД). Описываются основные факторы, обеспечивающие жизнеспособность личности. Теории жизнеспособности - многогранная область исследования, к которой за прошедшие несколько десятилетий обращаются социальные работники, психологи, социологи, педагоги и многие другие. Теория жизнеспособности изучает силы, которые проявляют люди в ситуации болезни.

Ключевые слова: жизнеспособность, жизнестойкость, социальная адаптация ВИЧ-инфицированных, СПИД.

ВИЧ как проблема для социально-психологического исследования возникла в середине восьмидесятых годов. Зарубежные ученые рассматривали эту проблему в разных ракурсах, с позиций различных теоретических подходов, фокусируя внимание на различных сторонах проблемного поля.

В России исследования в этой области проводятся, в основном, медицинскими организациями, такими как Центры по борьбе и профилактике СПИД или Центры медицинской профилактики. Они выполнены в основном в медицинском русле, и цель подобных исследований – получение данных о способах, причинах заражения или попадания в группы риска, а также определение половозрастного и социального состава ВИЧ-инфицированных. Считается, что такие исследования необходимы для выработки мер, направленных на профилактику и борьбу с эпидемией.

На наш взгляд, всеобщего внимания заслуживает и психологическая сторона вопроса, связанная с переживаниями людей, попавших в группу социально-уязвимых. То есть людей, объективно находящаяся в положении угрозы их здоровью, безопасности, нарушения их прав и свобод, нуждающаяся в психологической помощи и поддержке. В их число входят люди с диагнозом ВИЧ-инфекция.

Как отмечает Н.В. Александрова, изучение социально-психологических проблем больных с ВИЧ-инфекцией в настоящее время особенно актуально [1]. По заключению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в России отмечаются самые высокие в мире темпы заболевания ВИЧ-инфекцией. При этом 90% заражений ВИЧ-инфекцией происходит через инъекции наркотиков. ВИЧ-инфицированными являются 0,3% населения — 416 тысяч человек. Основной возрастной группой среди ВИЧ-инфицированных являются молодые люди социально продуктивного возраста 19-29 лет.

Проблемы распространения ВИЧ-инфекции в России подробно изучены целым рядом авторов, таких как: Бородкина О. И., Гончарова Н. П., Емельянова Г.Т., Киселев М.Ю., Михайлов В.В., Покровский В.В. и др., только подтверждают эту печальную статистику. Способы преодоления проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, более полно изучались в трудах Александровой Н.В., Беляевой В.В., Менделевич В.Д. Взаимосвязь между стратегиями преодоления проблем и психосоциальными факторами были выявлены в работах Болдыревой Т.А., Николаевой В.В. Результаты исследований механизмов психологической защиты у ВИЧ-инфицированных людей в работах других авторов, таких как Киселев М.Ю., Тухтарова И. В., также подтверждают гипотезу, что процесс совладания с ВИЧ-ин-

ВИЧ/СПИД КАК КОМПЛЕКСНАЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

фекцией является сложным феноменом, который связан с психологическим стрессом, личностными особенностями и социальной поддержкой. Обобщая исследования разных авторов (Дмитриева Т.Б., Кон И.С., Рубинштейн С.Л., Яковлева В.Н.) можно сказать, что психологические особенности ВИЧ-инфицированных проявляются как минимум в двух аспектах:

- высокий уровень стресса;
- стигматизация.

Традиционно качественной характеристикой, которую используют в отечественной психологии в континууме «здоровье - болезнь», выступает жизнеспособность (Адлер А., Божович Л.И., Братусь Б.С., Выготский Л.С., Мерлин В.С., Рубинштейн С.Л., Фромм Э., Эриксон Э., Юнг К.-Г. и др.). Жизнеспособность определяется как системное качество личности, характеризующее органическое единство психофизиологических и социальных способностей человека к эффективному применению средств позитивного самовыражения и самореализации в рамках конкретного культурно-исторического социума.

Обобщая психологические исследования, можно выделить два уровня жизнеспособности – психофизиологический и социально-личностный.

Психофизиологическая жизнеспособность характеризует жизнедеятельность человека на уровне биологического организма и индивидуально-типических свойств психики:

- свойственная организму человека достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде, проявляющаяся в сохранности привычного позитивного самочувствия;
- постоянство и идентичность эмоциональных переживаний в однотипных ситуациях;
- соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям [2].

Социально-личностная жизнеспособность характеризует жизнедеятельность человека на уровне субъектности (в трактовке Исаева Е.И. и Слободчикова В.И.):

- осознание индивидом непрерывности, постоянства и идентичности своего физического, психического и личностного «Я»;
- способность управлять своим поведением в соответствии с социальными нормами, правилами и законами;
- позитивная критичность к себе и собственной жизнедеятельности во всех ее формах и проявлениях, а также к ее результатам;
- способность к позитивному планированию своей жизнедеятельности и реализации этого плана в общих чертах;
- способность изменять поведение и уточнять смысл своего существования в зависимости от смены жизненных обстоятельств [6].

Мы выделили следующие качественные показатели сформированности жизнеспособности у любого человека, столкнувшегося с трудной жизненной ситуацией: способность к самомотивации и достижениям, способность к активности и инициативе, эмоциональный контроль и саморегуляция, позитивные когнитивные установки и гибкость, самоуважение и самоэффективность, социальная компетентность и социальная поддержка, адаптивные защитно-совладающие стили поведения, способность управлять своим временем и планировать будущее.

На наш взгляд, от сформированности этих позиций будет во многом зависеть поведение человека в ситуации болезни.

В зарубежной психологии на сегодняшний день остается очень актуальным вопрос, как происходит адаптация и принятие болезни людьми с ВИЧ. Такие исследования предоставляют информацию, которая может быть полезной для клинического анализа и управления психологическими осложнениями ВИЧ/СПИДа.

Как правило, здоровье человека оценивается по следующим критериям.

1. *Медицинская оценка здоровья*, находящая свое выражение в клиническом диагнозе – психиатрическом для нервно-психического или поведенческого расстройства, и соматическом – для физического заболевания.

2. *Субъективная личностная репрезентация* своего физического и (или) психического состояния, интегрально выраженная в самооценке здоровья.

3. Восприятие личностью адекватности своего функционирования в главных социальных ролях, оцениваемое *по уровню удовлетворенности* и целостно проявляющееся в общей удовлетворенности жизнью (субъективном благополучии, счастье, позитивном аффекте).

4. Адаптация индивида к социальному окружению, которая может включать самооценочные показатели, но обычно определяется по объективизируемым оценкам со стороны других людей, входящих в ближайшее социальное окружение индивида. Также используют *оценки уровня адаптации*, изучение жизненных случаев.

5. *Самооценка здоровья* используется для получения данных о физическом (соматическом) здоровье индивида. Ее адекватность как измерительного инструмента характеризуется по совпадению с клиническими суждениями врача. Совпадение самооценки с врачебными суждениями обычно низкое, причем самооценка сдвинута в сторону большего оптимизма. В самооценке здоровья находят свое выражение скорее успешность социального функционирования и чувство субъективного благополучия, чем собственно физическое состояние. Этим объясняется значительная неустойчивость самооценки здоровья и ее высокая подверженность различным плохо контролируемым воздействиям [5].

Адаптацию к болезни обычно рассматривают в терминах трех областей, которые, затрагиваются ВИЧ: психологические нарушения, представления о качестве своей жизни и личные системы верований и убеждений относительно своей жизни с ВИЧ (в том числе и внутренняя картина болезни).

Зарубежные исследования показывают, что жизнеспособность ВИЧ-инфицированных тесно связана с физическим и психологическим здоровьем, хотя причинные механизмы, лежащие в основе этой связи, не были достаточно объяснены [9].

Исследования показали, что люди с высоким уровнем жизнеспособности и жизнестойкости оценивают факторы своей болезни как менее опасные, показывают более высокую толерантность к заболеванию и используют более сосредоточенные на проблеме и ищущие поддержку стратегии совладания [10].

Зич и Тимошок обнаружили тесную корреляционную связь между жизнеспособностью и наличием социальной поддержки у людей с симптоматической болезнью ВИЧ и СПИДом, особенно если эта поддержка носит эмоциональный характер. В этом исследовании жизнеспособность также определяла качество настроения больного, являлась предиктором дисфории. Исследование людей с бессимптомной ВИЧ-инфекцией не обнаружило существенные связи между жизнеспособностью и психологическими нарушениями [11].

Интерес к феномену социальной поддержки и ее роли в сохранении психологического и физического благополучия, укрепления здоровья стремительно возрастает. Проведенные исследования показали, что люди, получающие разные виды поддержки от семьи, друзей, значимых для них лиц, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят повседневные жизненные трудности и заболевания (Сирота Н. А., 1994; Ялтонский В. М., 1995; Cobb S., 1976; Moos R. H., 1994).

Социальная поддержка, смягчая влияние стрессоров на организм, тем самым сохраняет здоровье и благополучие человека, облегчает адаптацию и способствует развитию индивида. Она является важной составляющей копинг-поведения, мощным средовым копинг-ресурсом, без которого не происходит ни адекватного развития, ни приспособления.

ВИЧ/СПИД КАК КОМПЛЕКСНАЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Существует несколько теоретических моделей, объясняющих связь социальной поддержки с исходами психологического и физического здоровья.

1. Модель основного (главного), или направленного, эффекта. Согласно этой модели наличие социальной поддержки само по себе непосредственно влияет на сохранение здоровья. Отсутствие поддержки или ее слабость приводят к ухудшению здоровья.

2. Буферная модель. Механизм, связывающий стресс с болезнью, включает серьезные нарушения нейроэндокринной или иммунной систем, внесение изменений в поведение, связанное со здоровьем (неправильное питание, употребление алкоголя, табака, наркотиков и т. д.). В ситуации стресса высокой интенсивности выраженная социальная поддержка выступает как буфер между стрессором и человеком, амортизирует его негативное воздействие, что позволяет сохранить хорошее здоровье.

3. Модель ненаправленного эффекта. Согласно этой модели, позитивное воздействие социальной поддержки на здоровье оказывается не направленно, а опосредованно, например, через самооценку. Высокая социальная поддержка повышает самооценку, которая определяет сохранение здоровья. Низкая социальная поддержка формирует негативную самооценку, которая негативно влияет на здоровье [4].

Исследования Тухтаровой показали, что копинг-стратегии, используемые ВИЧ-инфицированными больными в ситуации адаптации, в большинстве своем относятся к характерным для здоровых людей (Конфронтативный копинг, Дистанцирование, Самоконтроль, Поиск социальной поддержки, Принятие ответственности, Бегство – избегание, Планирование решения проблемы, Положительная переоценка) способам совладания со стрессом. Вместе с тем, репертуар копинг-стратегий пациентов с ВИЧ-инфекцией имеет свои особенности, заключающиеся в более частом использовании одних копинговых стратегий (Дистанцирование, Бегство-избегание и Конфронтативный копинг) и дефиците других (Планирование решения проблемы, Положительная переоценка, Поиск социальной поддержки, Самоконтроль», Принятие ответственности), направленных на поиск социальной поддержки, регулирование своих чувств и действий, а также признание своей роли в проблеме с попытками ее решения [7].

Конструкция жизнеспособности и жизнестойкости в ситуации болезни, с точки зрения зарубежных исследований, состоит из трех измерений, включая 1) вовлеченность, определяемую как смысл, содержательность и цели жизни в отношении себя и действия, сопряженные со смыслом и целями; 2) контроль, определяемый как степень автономии и способности влиять на собственный курс жизни и 3) принятие риска, определяемое как осознание того, что изменение – естественная часть жизни, обеспечивающей возможность роста [2].

Действительно, эти три области адаптации особенно относятся к болезни СПИД. Во-первых, ВИЧ-инфицированные могут показать широкий диапазон нарушения психологических реакций большей или меньшей интенсивности в зависимости от уровня «принятия риска». Во-вторых, клинические проявления ВИЧ/СПИДа затрагивают физические и эмоциональные стороны жизни. В-третьих, поскольку опасная для жизни болезнь имеет тенденцию бросать вызов основным личностным конструктам и убеждениям, необходимо рассмотреть особенности этих убеждений.

Особенно интересны три области убеждений в отношении людей с ВИЧ: 1) представления о благосклонности мира, включая предположения о врожденном совершенстве безличного мира и мира людей; 2) представления о содержательности мира, включая предположения о правосудии относительно распределения положительных и отрицательных событий жизни, управляемости результатов и хаотичности результатов; 3) представления о себе, включая предположения о своей нравственности, способности управлять своей жизнью, представлений о степени своей удачливости или неудачливости [8].

Исследование группы американских ученых из штата Джорджия показали, что ВИЧ-инфицированные с высоким уровнем жизнеспособности имеют меньше психологических проблем, субъективно лучше воспринимают качество своей жизни. У них более конструктивные убеждения в сравнении больными с низким уровнем жизнеспособности [8].

Фактор вовлеченности оказался в структуре жизнестойкости самым весомым в процессе адаптации. Интересно, что была обнаружена отрицательная связь между жизнестойкостью и базовыми личностными верованиями об управляемости мира. Это говорит о том, что люди с высокой степенью жизнеспособности более реалистично осознают границы своего влияния на обстоятельства своей жизни.

Люди с высокими показателями по шкале «Вовлеченность» имеют положительные представления об окружающем мире. ВИЧ-инфицированные с высокой степенью «Контроля» более позитивно относятся к окружающим людям и верят в их доброту и отзывчивость. Люди с высокими показателями по шкале «Принятие риска» в меньшей степени считают окружающий мир управляемым и предсказуемым. Это исследование дает возможность через коррекцию верований и убеждений увеличивать уровень жизнеспособности и жизнестойкости ВИЧ-инфицированных, что будет являться дополнительным условием для борьбы с болезнью [8].

Подводя итоги, можно сформулировать общие рекомендации по улучшению социально-психологической адаптации ВИЧ-инфицированных. Необходимо усиление взаимодействия с данной группой с целью формирования принятия ситуаций, позволяющих строить жизненные планы, формулировать цели и определять перспективы в соответствии с индивидуальными запросами и особенностями личности, а не ситуативными факторами.

На наш взгляд, необходимо формирование жизнеспособных форм поведения и психологической устойчивости по отношению к психотравмирующим событиям через принятие прошлого как части жизненного пути и основы благополучия в будущем, развития навыков моделирования будущей ситуации, умения формулировать цели и формирование активной жизненной позиции.

* * *

1. Александрова Н.В., Гордонова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ / СПИД. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2010.

2. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006.

3. Науменко Ю.В. Здоровьеформирующая функция образовательного процесса в школе: Монография. – Волгоград: Изд-во ВГИПК РО, 2008.

4. Профилактика ВИЧ/СПИДа в детско-молодежной среде: Учебное пособие для студентов педагогических вузов / Под ред. К. Г. Гуревича, Л. М. Шипицыной. – М., 2006.

5. Психология здоровья: учебн. пособие по дисц. «Психология здоровья» для студ. специальности 030301 «Психология» высш. проф. обр. /Сост. Третьякова М.В. – Пермь: РИГ НОУ ВПО ПГТИ, 2008.

6. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология человека. – М., 1995.

7. Тухтарова И.В. Комплексный подход к изучению адаптации больных с ВИЧ-инфекцией. Ежегодник психологического общества: матер. 3-го Всероссийского съезда психологов. В 8 т. – СПб.: Изд-во С.-Пб. ун-та, 2003. Т. 7. - СС. 557-559.

8. Eugene W. Farber, Ph.D., , Jennifer A.J. Schwartz, Ph.D., Paul E. Schaper, M.A., , DeElla J. Moonen, B.A., and J. Stephen McDaniel, M.D. (2000) Resilience Factors Associated With Adaptation to HIV Disease // *Psychosomatics* 41:140-146.

9. Funk S. C (1992) Hardiness: a review of theory and research. // *Health Psychology*; 11:335–345.

10. Wiebe D.J. (1991) Hardiness and stress moderation: a test of proposed mechanisms. // *Journal of Personal Social Psychology*; 60:89–99

11. Zich J, Temoshok L (1987) Perceptions of social support in men with AIDS and ARC: relationships with distress and hardiness // *Journal Social Psychology*; 17:193–215

Исследование представлений о ВИЧ-инфицированных и стигмы, связанной с ВИЧ/СПИДом

**Петрова Е.А.
Красникова Т. В.**

Дискриминация ВИЧ-инфицированных является одной из причин распространения ВИЧ-инфекции. Отечественные исследования представлений о ВИЧ/СПИДе и носителях этого вируса не позволяют создать эффективные модели для построения толерантного отношения к данной группе населения. Мы считаем, что наиболее рационально рассмотреть проблему дискриминации ВИЧ-инфицированных с точки зрения теории социальных представлений.

С развитием эпидемии ВИЧ/СПИДа, в нашей стране произошло много изменений, требующих коррективы основных направлений деятельности специалистов и организаций, работающих в данной проблематике. В последнее время возросла информированность населения о самом заболевании «ВИЧ-инфекция», методах его профилактики. Однако специалисты отмечают рост числа людей, которые непосредственно связаны с этой проблемой – это сами ВИЧ-инфицированные и их ближайшее окружение.

К середине 2009 года по данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом число случаев ВИЧ, зарегистрированное в Российской Федерации составило 494074.

Диагноз «ВИЧ-инфекция» означает присутствие в крови вируса иммунодефицита человека, которое может на протяжении долгих лет не сопровождаться никакими переменами в состоянии здоровья. Однако само знание о ВИЧ-инфекции практически всегда приводит к изменениям в жизни человека. Особенность этого диагноза в том, что он связан с множеством социальных и психологических проблем, внутренних кризисов, стрессов, трудностей в межличностных отношениях.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) давно стал не столько инфекционной, клинической, нозологической единицей, но и социально-психологической проблемой, и представляет интерес не только для медицинских работников.

На кафедре социальной психологии РГСУ в 2007 году, коллективом авторов - Е. А. Петровой, Т. Ф. Суловой, Т. В. Красниковой, была разработана технология социально-психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных, содержащая прежде всего техники и приемы работы психолога-консультанта с ВИЧ-инфицированными людьми, направленных непосредственно на преодоление специфических психологических проблем и ситуаций, вызванных стигмой и дискриминацией ВИЧ-положительного сообщества.

Западные ученые рассматривают эту проблему в разных ракурсах: формирование социальных репрезентаций и социальное конструирование болезни; исследование общественного мнения и реакций на ВИЧ с точки зрения классовой, возрастной, культурной принадлежности и уровня образования; организация борьбы с болезнью; жизнь с ВИЧ/СПИД (Pollak, 1992).

В российской науке исследования представлений о ВИЧ/СПИДе проводятся в рамках социологических исследований (фонд «Общественное мнение» 2005-2006 гг., Арефьев А. Л., Вовк Е), социально-психологический аспект учитывается рядом авторов (Бовина И. Б., Власова Е. В., Гурвич И. Н., Киселев М. Ю., Прохоров Б.Б, Горшкова И.В.)

как область психологии здоровья, оценка публикаций СМИ фондами борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Зарубежный опыт свидетельствует, что общественное мнение о проблеме СПИДа сформировалось в два этапа. Этап до открытия комбинированных терапий, замедляющих развитие заболевания, характеризуется несистематизированностью информации о ВИЧ-инфекции, домыслами и стереотипами как в СМИ, так и в общественном сознании. На втором этапе - после открытия терапий происходит широкое просвещение общественности и начинает складываться терпимость к ВИЧ-инфицированным. Сегодня Россия переживает первый этап, когда неструктурированность информационного потока о ВИЧ-инфекции и СПИДе приводят к разобщенности общественного мнения по этой проблеме. В середине 90-х годов, с развитием терапии против ВИЧ-инфекции, новых исследований распространения заболевания, благодаря превентивным компаниям во всем мире, художественным произведениям, повествующим о жизни с ВИЧ-инфекцией информацию получили широкие слои населения. На Западе образ болезни трансформировался, знание о заболевании и изменение отношения к больным, изменилось сексуальное поведение в различных группах населения.

В России исследования в этой области проводятся, в основном, медицинскими организациями, такими как Центры по борьбе и профилактике СПИДа. Цель подобных исследований - получение данных о способах, причинах заражения или попадания в группы риска, а также определение половозрастного и социального состава ВИЧ-инфицированных. Считается, что такие исследования необходимы для выработки мер, направленных на профилактику и борьбу с болезнью.

Теория социальных представлений С.Московичи (Moscovici, 1961), оказываясь на пересечении анализа коллективных и индивидуальных процессов, предлагает изучать связи макросоциального дискурса с индивидуальным поведением, когнициями, аффектами и образами (Jodelet, 1989, Moscovici, 1961). Данная теория на взгляд отечественных ученых позволяет искать ответ на вопросы, связанные с формированием обыденных представлений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных и аттитюдов в отношении больных, которые, в свою очередь, ориентируют поведение в отношении инфицированных.

Одна из функций социальных представлений заключается в том, что они ориентируют и «оправдывают» поведение индивидов (а в более широком смысле – и сами социальные отношения), они облегчают интрагрупповую коммуникацию.

Функция придания смысла неизвестному объекту или явлению за счет интеграции его в имеющуюся систему координат, говоря словами Х.Жоффе (Joffe, 1995), является защитной, ибо за счет такого превращения нечто странное и угрожающее перестает быть таковым, становится понятным.

Эта функция социальных представлений приобретает особое значение в случае приложения к ВИЧ-инфекции. СПИД сравнивали с чумой, сифилисом или раком, называя его то «чумой XX века», то «чумой геев» или «раком геев». Использование известного заболевания в качестве метафоры не только объясняет пока еще неизвестное заболевание, но и привносит определенные характеристики в представления о нем. Так, название СПИДа «чумой XX века» делало новую болезнь более понятной и характеризовало ее как нечто неизбежное, смертельно опасное, приводящее к многочисленным жертвам, вызывающее страх, а самих больных как источник опасно.

Отечественные исследования представлений о ВИЧ-инфекции рассматривались следующие вопросы [4]:

- уровень информированности учащихся образовательных учреждений всех типов, учителей и родителей учащихся о медицинских и социальных параметрах ВИЧ-инфицированности;
- установки и стереотипы в массовом сознании обследуемых в отношении ВИЧ-инфицированных;

ВИЧ/СПИД КАК КОМПЛЕКСНАЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

- степень социального дистанцирования или толерантности, устойчивости отрицательных стереотипов в отношении ВИЧ-инфицированных;
- готовность к участию в процессе социальной реабилитации ВИЧ-инфицированных.

Основным выводом всех исследований в данной области является то, что респонденты в целом высоко оценивают свою информированность о проблеме ВИЧ/СПИДа, большинство из них исключают любую форму физического контакта с ВИЧ-инфицированным, настроены негативно, а на уровне сознания - отчужденно к ВИЧ-инфицированным.

Доминирует представление, что носители ВИЧ-инфекции — это в основном молодые мужчины, преимущественно представители творческой профессии, имеющие нетрадиционную сексуальную ориентацию, потребляющие наркотики и проживающие в большом городе. Кроме того, весьма распространены представления о ВИЧ-инфицированных как о людях, которые тяжело больны, или ведут несправедливый (нездоровый) образ жизни; занимающиеся проституцией, бомжи, беспризорные [1].

Отечественные исследования представлений о ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфицированных в основном носят констатирующий характер или проводятся в рамках социологических опросов. По мнению автора, зачастую исследователи, не работающие в области ВИЧ-инфекция, будучи сами подвержены тем социальным установкам, которые они исследуют допускают ошибки, искажающие полученные ими результаты. Подменяются понятия «ВИЧ-инфекция» на «СПИД», при составлении опросов и интерпретации результатов используются термины уже носящие дискриминирующий характер, например «группы риска». Результаты исследований, проведенные на молодежной среде, носят оптимистичный характер (относительно высокая информированность и толерантность к ВИЧ-инфицированным), в то время как основной источник дискриминации человека, живущего с ВИЧ, не ближнем социальном круге, а со стороны людей из более старшей возрастной группы (на работе, в медицинских учреждениях).

Во время работы над теоретическим анализом зарубежной литературы по теме социальных представлений о ВИЧ-инфицированных, нами была рассмотрена работа «Common at Its Core: Across Contexts. HIV-RELATED STIGMA» - «Стигма, связанная с ВИЧ» (J. Ogden, L. Nyblade, 2005), так как это исследование не представлено на русском языке, не имеет аналогов в отечественной литературе и представляет научный интерес, мы считаем уместным привести его результаты в данной статье.

ВИЧ, а также, связанные с ВИЧ, стигму и дискриминацию, долго признавали как одно из главных препятствий профилактике, поддержке и лечению ВИЧ и СПИДа. Но все же не много было сделано, в широком масштабе, чтобы бороться с ними. Существует много причин этого бездействия, включая убеждение многих чиновников в том, что стигму трудно определить и измерить, а это мешает разработать и осуществить вмешательство.

Работа HIV-RELATED STIGMA - это синтез данных, полученных из четырех стран (Эфиопия, Танзания, Замбия и Вьетнам), подтверждающих, что несмотря на различный социальный контекст, имеются общие ключевые моменты, которые формируют природу и формы, стигмы, связанной с ВИЧ.

Данное исследование началось в апреле 2001 года, для того чтобы создать программу исследования стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ/СПИДом. Цель исследования состояла в том, чтобы создать фонд оснований, подтверждающих существование стигмы, через строгое описательное исследование, а затем создать инструментальные средства и программу коррекции проявлений стигмы и дискриминации. Были использованы качественные методы исследования, которые включали глубинные интервью, обсуждения в фокус-группах, дневники, информационный опрос, и полуструктурированные интервью.

Пандемию ВИЧ/СПИДА часто рассматривают не как единую, а как много различных локализованных эпидемий. Наиболее важные различия между африканской и вьетнамской обстановками с точки зрения стигмы, вызванной ВИЧ/СПИДом, происходят от различных типов эпидемии, которые они испытывают. Африканские страны испытывают общий универсальный тип эпидемии ВИЧ. Распространение ВИЧ и СПИД в этих странах больше не ограничено определенными группами риска, а эпидемия распространена среди населения в целом. Как следствие, передача вируса во всех трех странах прежде всего происходит через гетеросексуальный проникающий контакт.

С другой стороны, Вьетнам до сих пор испытывает так называемую «сконцентрированную» эпидемию: ВИЧ-инфекция распространена среди нескольких специфических групп населения, основной из которых являются потребители инъекционных наркотиков, которые составляют 60% из всех ВИЧ-инфицированных.

На основе полученных данных исследователями были выделены первопричины стигмы. Причины возникновения стигмы прежде всего связаны со знанием или пониманием ВИЧ и страхом перед передачей ВИЧ через обычные, неинвазивные ежедневные взаимодействия с теми, которые живут с ВИЧ и СПИДом, и то как они приводят к стигме. Во всех четырех странах боятся, что ВИЧ может быть передан через обычные, ежедневные взаимодействия с людьми, живущими с ВИЧ и СПИДом, которые включают обмена жидкостями тела, которые содержат ВИЧ. Страх и озабоченность передачи ВИЧ через каждодневный случайный контакт приводят непосредственно к стигме в форме изоляции людей, живущих с ВИЧ/СПИДом во всех аспектах ежедневной жизни. Данные из всех четырех стран (Bond, Chilikwela и др. 2003; Banteyerga, Kidanu и др. 2004; Гонконг, Van Anh и др. 2004; Mbwambo, Kilonzo и др. 2004), показывают, что респонденты знали, по крайней мере могут легко рассказать, три правильных способа передачи ВИЧ (секс, кровь, и от матери к ребенку). Однако, правильные знания действительно иногда сосуществуют с неправильными верованиями о передаче, и часто есть недостаток уверенности в том, как ВИЧ не передается.

Такие результаты предполагают, что постоянство сомнений о том, как ВИЧ передается, несмотря на знание, а напротив фиксация на наименее вероятных способах передачи, могли быть результатом нескольких взаимодействующих факторов: нехватка определенной, всесторонней информации о передаче ВИЧ; основанная на страхе передача сообщений в обществе; развитие знаний о ВИЧ и СПИДе.

Подобно страхам связанным передачей ВИЧ, предположения сделанные о моральной целостности людей, живущих со СПИДом были центральной причиной стигмы во всех четырех странах, и эти предположения подкрепляют тенденцию обвинять людей в их ВИЧ-инфекции, а также позор, стыд, который чувствуют на определенном этапе почти везде те, кто живыми с ВИЧ/СПИДом и тот связанные ними. Тенденция связывать ВИЧ и мораль могла быть связана с тем фактом, что несчастье часто воспринимается как проявление морального правонарушения.

Формы стигмы, зарегистрированные в каждой стране, могут быть разделены на четыре больших, приблизительно определенных группы: физическая, социальная, вербальная и формально узаконенная.

Формы физической стигмы могут быть объединены в изоляцию и насилие. Физическая изоляция людей живущих с ВИЧ/СПИДом происходит повсеместно, и дома, и в общественных местах, на работе. Общие проявления в пределах дома включают маркировку и разделение обычных бытовых предметов. Менее частые, но еще существующие, и более необычные проявления физической изоляции - это отвержение семьи, развод, отказ от детей. Пока физическое насилие против тех кто, живет с ВИЧ/СПИДом или причинение себе вреда (как например, самоубийство), было менее часто описываемой формой стигмы, тем не менее она имело сильно влияние, когда подобные случаи происходят, и таким образом вызывает страх, и препятствует раскрытию ВИЧ-статуса.

ВИЧ/СПИД КАК КОМПЛЕКСНАЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Проявления социальной стигмы могут быть сгруппированы в социальную изоляцию, потерю идентичности и статуса.

Третья форма стигмы – вербальная. Она может проявляться открыто (указывание пальцами, оскорбление, насмешка или обвинение) или косвенно (сплетни и слухи). Сплетни и слухи сосредотачиваются на предположении о том, имеет ли человек с ВИЧ, обычно из-за видимых признаков, болезней, поведения или ассоциации с группами «высокого риска». Как только человек представил себя как ВИЧ-инфицированного, люди часто размышляют о том, как он или она приобрели ВИЧ. Более прямые формы вербальной стигмы выражаются через оскорбления, насмешки, упреки, проклятья и угрозы в адрес людей, живущих с ВИЧ. Они так же включают выражение вины и позора, часто через разговор или поверхностные утверждения, указывающие на то, что люди с ВИЧ/СПИДом «получили то, что заслужили». Люди, живущие с ВИЧ, обвиняются в том, что заразились ВИЧ из-за их «безответственного» и «эгоистичного» поведения, и в том, что наложили позор на себя, свои семьи и общество, а так же стали бременем для семьи.

Формальная стигма отвечает в данном случае за дифференциальное отношение в пределах любого социального института, которое приводит к негативным последствиям для человека, живущего с ВИЧ. Главные области, зарегистрированные в исследовании, имеют отношение к потере (убыткам) или к неспособности иметь средства к существованию, жилью, здравоохранению, образованию. Также сюда включается потеря доступа к новым или будущим возможностям потому, что тест на ВИЧ требуется при приеме на работу, получении займа или образования, визы для путешествия; дифференциальное отношение в пределах учреждения, которое приводит к негативным последствиям. Эта форма стигмы приводит не только к уменьшению качества жизни людей с ВИЧ/СПИДом, но она также часто служит для того чтобы выделить человека с ВИЧ, подвергая его или ее другим формам клейма, обсуждаемых выше.

В результате исследования авторами были выделены следующие последствия и влияние стигмы, связанной с ВИЧ:

Последствия стигмы для людей, живущих с ВИЧ /СПИДом

Учитывая то воздействие, которое может иметь раскрытие ВИЧ-статуса на жизнь человека, не удивительно, что немногих хотят пройти тест на ВИЧ, и что многие из тех кто сделал тест и получил положительный результат, пытаются каким-либо образом предотвратить то, чтобы их ВИЧ-статус стал известен окружающим.

Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, во всех местах где проводилось исследование, сообщили, что одним из самых глубоких последствий стигмы было влияние, которое она оказала на их способность зарабатывать средства к существованию. Люди, состоящие на работе, были уволены после раскрытия их ВИЧ-статуса (добровольного или нет). Также респонденты выделяли в качестве последствий следующие ситуации: потеря брака и рождение ребенка как варианта жизни; плохое обслуживание здравоохранения; отказ в уходе на дому и другие.

Возможно одним из самых глубоких последствий стигмы, связанной с ВИЧ/СПИДом, для людей, живущих с этой болезнью, является феномен, иногда называемый «самостигма» или интериорезированная стигма», которая появляется когда сам ВИЧ-инфицированный применяет убеждения и действия стигматизации к себя. Не удивительно, что такое происходит: люди, живущие с ВИЧ, в конце концов, являются членами тех же самых культурных, социальных и моральных сообществ, что и люди клеймящие их. Они в значительной степени приписывают себе те же ценности и нормы, а так же имеют те же идеи о природе ВИЧ и как люди живут с ним.

Существует много форм усвоенной стигмы, вот те которые наблюдали авторы в своем исследовании: потеря надежды; чувства бесполезности (даже суицидальные чувства) и неполноценность; вера в себя как в человека без будущего.

В конечном счете, стигма, связанная с ВИЧ/СПИДом приводит к потере семьей и обществом уникального и ценного участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Самостигматизация, таким образом, усиливает серьезную утечку человеческих ресурсов, вызванную заболеваемостью ВИЧ-инфекцией и смертностью в сильно пораженных эпидемией странах, где есть сильное сокращение в числе необходимых рабочих, таких как учителя и медсестры.

Последствия стигмы для семей людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (вторичная стигма)

Последствия стигмы, связанной с ВИЧ/СПИДом не начинаются и не заканчиваются ВИЧ-инфицированными, а простираются дальше, включая их семьи, детей, друзей и даже людей, ухаживающими за ними. Этот феномен обычно называется «вторичная стигма» или стигма по ассоциации.

Подобное приписывания вины, так же как и отказ от физической близости, членов семей людей, живущих с ВИЧ /СПИДом, это одни из многих типов выражения стигмы, которые испытывают люди, живущие с ВИЧ, включая то, что они становятся объектом для сплетен, подвергаются социальному ostracismu и изоляции, а также теряют доход, работу или жилье. Дети людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, могут переносить худшее воздействие стигмы, иногда им отказывают в посещении школы или быть осмеянными, их дразнят и отвергают сверстники.

Последствия стигмы для ВИЧ и усилий по тестированию и предотвращению СПИДа

Эпидемия страха, стигматизации и дискриминации подорвала способность людей, семей и обществ, защитить себя, оказывать поддержку и одобрение затронутым ВИЧ. Это препятствует, не слегка, а мерам по предотвращению распространения эпидемии. Это усложняет решения о тестировании, раскрытии статуса и способности договориться о поведении предотвращения заражения, включая использование услуг планирования семьи. (Mbwambo, Kilonzo и др. 2004)

Воздействие стигмы на лечение

Во всех местах исследования, ясно, что наличие стигмы и страх перед преодолением ее эффектов оказывают глубокое влияние на способность и готовность людей получить доступ и использовать услуги, которые направлены на управление дальнейшим развитием эпидемии. Во всех городах, например, нашли, что стигма, связанная с ВИЧ/СПИДом мешает людям искать лечение инфекций, которые близко связаны с ВИЧ, таких как туберкулез, сыпь на коже и определенные типы диареи, запрещают людям, получившим положительный результат на ВИЧ, поиск лечения инфекций, которые близко связаны с ВИЧ, таким как ТВ, сыпь кожи, и определенные типы диареи (Bond, Chilikwela et al. 2003)..

Воздействие клейма на профилактику

Страх случайной передачи имеет эффект смещения фокуса на механизмы передачи, которые, в основном, невозможные и/или те способы, которые наименее рискованные, но над которым люди имеют наименее осознаваемый контроль. Аспект морального осуждения стигмы позволяет (по-видимому) незараженным отрицать риск для себя, потому что «я непохож на это» - в качестве сознательный член «морального

ВИЧ/СПИД КАК КОМПЛЕКСНАЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

общества," я никогда не мог получить такую инфекцию как ВИЧ, которую только получают "плохие" люди.

Если кто-то будет чувствовать себя или непосредственно испытывать большой риск из источников над которые он не может контролировать, или если человек не будет чувствовать риска, то он или она вероятно не будет принимать меры, необходимые, чтобы защититься от заражения ВИЧ.

Стигма помогает людям разными способами дистанцироваться от осмысления риска. С этой точки зрения стигма создает препятствие профилактике. Стигма мешает профилактике и другими способами тоже. Даже там где есть высокие показатели уязвимости к ВИЧ, стигма мешает способности людей и пар обсуждать использование презервативов, их использование регулярно и правильно. Сами презервативы подвергаются устойчивой стигме из-за их тесной ассоциации с ВИЧ в прессе и оздоровительными кампаниями.

Влияние стигмы на тестирование

Стигма, связанная с ВИЧ/СПИДом, также препятствуют тому, чтобы люди пошли проверить свой ВИЧ-статус, или после сдачи анализа вернулись, чтобы узнать результаты теста Это частично связано со способом, которым оказываются подобные услуги.

Например, много людей избегают ходить в клиники, известные как тестирующие на ВИЧ из страха быть замеченным другими и таким образом стать подозреваемыми как имеющие ВИЧ. Другой страх состоит в том, что результаты тестирования не будут сохранены конфиденциальными.

Воздействие клейма на раскрытие статуса

Чрезвычайно важное и сопутствующее стигме последствие - воздействие на способность и готовность людей раскрыть положительный результат теста на ВИЧ другим. Везде люди, живущие с ВИЧ, боролись с проблемой раскрытия ВИЧ-статуса. В некоторых случаях, люди живут со знанием, что у них есть ВИЧ в течение многих лет, не говорят даже их самым близким из страха стигмы и ее последствий, которые могут включать физическое насилие и/или изоляция. Интересно отметить, что во всех местах исследования большинство людей считало, что люди, имеющие положительный результат теста на ВИЧ, должны раскрыть свой статус публично.

На кафедре социальной психологии Российского Государственного Социального Университета, под руководством Е. А. Петровой, разрабатывается социально-психологическая технология формирования толерантности к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией. Результаты выше упоминаемого исследования были использованы нами для создания эмпирического инструментария данной работы, так как оно, гипотетически, отражает не только стигму и дискриминацию ВИЧ-инфицированных, но и возможно, в целом, социальные представления о ВИЧ-инфицированных.

Теоретико-методологической основой нашего исследования послужила теория социальных представлений Сержа Московичи. Для Московичи ключевой предпосылкой при определении представления является его отнесение к числу форм и способов обыденного познания действительности, которое в оппозиции к научному мышлению принято называть познанием здравого смысла. Социальные представления – способ интерпретации и осмысления повседневной реальности, определенная форма социального познания, предполагающая когнитивную активность индивидов и групп. Социальный субъект активен в познавательной деятельности, посредством представлений он воссоздает и как бы заново создает объекты, людей, события. Представление не является простым слепком окружающего мира, это – продукт и процесс активного социально-психологического воссоздания реальности.

Теория социальных представлений позволяет анализировать представления как динамический социальный процесс группового конструирования социального объекта. Основная функция социальных представлений – связывание мира и человека. Социальные представления – это своеобразная социальная призма, через которую воспринимается реальность. При этом социальное представление не является ни простой реакцией на раздражение (в бихевиористском понимании), ни отражением, фотографией мира (как в когнитивизме). Представление – это результат социального действия. Социальные представления выступают и как конституирующие блоки обыденного знания, и как строительные блоки реальности. Конструирующая сущность социальных представлений проявляется в том, что «представленное» превращается в «реальное».

Социальное назначение представлений видится не только в освоении и конструировании мира. Они обуславливают поведение индивидов и предписывают мыслить и действовать определенным образом. На уровне индивидуальной картины мира социальное представление рассматривается как феномен, разрешающий напряженность между привычным и новым содержанием, адаптирующий последнее к уже имеющимся системам представлений с помощью так называемых «моделей закрепления» и превращающий необычное в банальность. В итоге социальное представление создает ощущение упорядоченности, комфортности и защищенности мира.

Для использования социального представления в качестве средства эмпирического анализа С. Московичи предлагает структурную модель социального представления. Он выделяет в структуре представления три его важнейших структурных компонента: информацию, поле представления и установку.

Под информацией понимается сумма знаний об объекте представления.

Для реализации данного пункта исследования социальных представлений о ВИЧ-инфицированных мы используем тест на проверку знаний по теме «ВИЧ/СПИД». Он содержит вопросы с вариантами ответов об основных аспектах ВИЧ-инфекции, таких как суть заболевания, способы передачи, тестирование на ВИЧ. К тому же, этот тест позволит нам разделить респондентов на еще две группы (помимо половых различий): информированных и не обладающих достоверными знаниями о ВИЧ, так же необходимо нам для анализа зависимости уровня знаний о ВИЧ и представлений о ВИЧ-инфицированных.

Поле представления – это совокупность содержательных черт, образных и смысловых свойств объекта представления. Оно характеризует организацию представления с качественной стороны. Поле представления существует там, где представлено более или менее выраженное богатство содержания, имеются образные и смысловые свойства представлений.

Поле социально-психологических представлений о ВИЧ-инфицированных мы предлагаем исследовать с помощью метода «свободных описаний». Это особый вид ассоциативного эксперимента. Метод свободных описаний модальных стимулов (Артемьева, 1977) — модификация метода свободных характеристик, используемого в исследованиях по социальной перцепции (Бодалев, 1970, 1982). Предлагая испытуемому «описать стимул с помощью определений», мы снимаем трудности анализа результатов ассоциативного эксперимента, связанные с разноплановостью форм ассоциаций, и приближаем методику к атрибутивной (проигрываем по сравнению в степени стандартизации, но выигрываем в снятии эффекта навязывания категорий).

С помощью метода «свободных описаний» мы ставим задачу изучить существующие социальные представления у студенческой аудитории относительно образа ВИЧ-инфицированных. С этой целью просим студентов написать как можно больше качеств, характеризующих ВИЧ-инфицированного человека наиболее полно и точно.

Установка в концепции Московичи выражает общее (позитивное или негативное) отношение субъекта к объекту представления: готовность субъекта представления высказать то или иное суждение. В отличие от первых двух структурных компонентов, ус-

ВИЧ/СПИД КАК КОМПЛЕКСНАЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

тановка может существовать, и, как правило, существует при недостаточной информированности и нечеткости поля представления.

Данный компонент структуры социальных представлений нами будет раскрыт с помощью двух методологических инструментов.

Первым из которых является опросник, содержащий 30 мифов о ВИЧ/СПИДе и ВИЧ-инфицированных или иначе, наиболее распространенных заблуждений о ВИЧ-инфекции в виде утверждений, с которыми респонденту предлагается согласиться или посчитать его неверным.

А также, нами была составлена анкета, в которой описаны ситуации, затрагивающие все социально-психологические факторы заражения и жизни с ВИЧ (микросоциальная система, сексуальные отношения и создание семьи, репродуктивные права, здоровье и физическое самочувствие, отношения с врачом, противовирусная терапия, социальная уязвимость людей с ВИЧ-инфекцией, на которые респонденту предлагается выбрать способ своих действий в данном случае.

Целями нашего исследования является не только выявление, описание и анализ структуры представлений о ВИЧ-инфицированных людях, а также теоретическое и эмпирическое исследование социально-психологических особенностей представлений о группе людей с диагнозом «ВИЧ-инфекция/СПИД», но и формирование, на полученных данных, нового подхода к технологиям борьбы распространения ВИЧ-инфекции.

В настоящее время в литературе предложены два подхода к борьбе со стигмой: индивидуальное изменение и структурное. Наши данные и опыт указывают, что эффективный ответ на стигму должен включать оба эти подхода. Фактически, структурное изменение происходит через личность.

Используя такой комбинационный подход, программы и политика должны обратиться к двум ключевым первопричинам стигмы/ вызванной ВИЧ/СПИДом, описанным в этой работе: знание и страх; ценности, нормы и моральные суждения.

Во всех контекстах, необходимым работать на общественном уровне, включая работников здравоохранения, людей, с людьми, работающими в религиозных и общественных организациях, с людьми, живущими с ВИЧ, и членами их семей.

Настойчивое повторение во всех местах исследования утверждения «знать – не значить верить», что ВИЧ может быть передан только через три определенных маршрута, указывает, что преодоление этих сомнений и страхов является одним из ключевых шагов для любой программы, направленной на снижения стигмы, связанной с ВИЧ. То, что стигма порожденная этими страхами продолжает развиваться, несмотря на годы информирования, просвещений, проведения программ изменения поведения, указывает, что существующие стратегии разъяснения пути передачи ВИЧ и о СПИДе вообще, не полностью эффективны, а некоторых случаях даже способствуют укреплению страхов и стигмы. Более определенно, результаты нашего исследования демонстрируют, что необходимо сосредоточится на беспристрастном содержании сообщений, а также их стиле и методе донесения до аудитории.

* * *

1. Бовина И.Б. Представления о СПИДе и ВИЧ-инфицированных в молодежной среде // Социологический журнал. - 2004. N 3/4. - С. 70.

2. Культурные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа в России / Под ред. В.В. Колкова. - М., 2003. - С.15-45.

3. Социально обусловленные заболевания молодежи // Российская молодежь: проблемы и решения. - М., 2005. - С.54-75.

4. Шереги Ф. Э. Проблемы формирования толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным в образовательной среде: Социологический анализ. - М.: ЦСП, 2005. - 88 с.

5. Common at its Core: HIV-Related Stigma Across Contexts. Jessica Ogden and Laura Nyblade - The International Center for Research on Women. 2005, P. 274

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ
И МЕТОДОЛОГИИ ЕЕ ИЗУЧЕНИЯ

Сочивко Д.В.

Представлен методологический анализ проблемы определения предмета пенитенциарной психологии, обозначены основы определения и анализа десоциализированной личности.

Ключевые слова: пенитенциарная психология, личность террориста и преступника, десоциализация, самоидентификация

Современная пенитенциарная психология представляет собой весьма разветвленную область психологического знания, со сложившейся системой специфических методов и подходов к научным исследованиям. Структурно пенитенциарная психология входит в юридическую психологию, но выгодно отличается от этой более общей психологической дисциплины большей четкостью определения объекта и предмета своей науки. Действительно, все определения объекта пенитенциарной психологии ограничены осужденной к той или иной форме наказания личностью и личностью сотрудника, так или иначе исполняющего это наказание. Все дальнейшие вопросы, на которые указывают многие авторы (коллектив и его структура у тех или иных входящих в объект представителей, различные их психологические проявления, структуры личности и многое другое), определяя предмет пенитенциарной психологии [11], так или иначе связаны с личностью осужденного и сотрудника, исполняющего наказание. Дело в том, что теоретически личность как научный конструкт переносится в юридическую психологию, а следом и в пенитенциарную, в тех формулировках, которые уже имеются в общей и других областях современной психологии, безо всякого учета специфики пенитенциарной психологии как таковой. Это можно было бы назвать первой и наиболее актуальной проблемой современной пенитенциарной психологии, а именно, что весь понятийный ее аппарат, начиная с определения предмета науки, заимствован из других областей психологии с поправкой, что все это будет изучаться у осужденных и сотрудников уголовно-исполнительной системы. Так А.И.Ушатиков и Б.Б.Казак дают такое определение предмета пенитенциарной психологии: «Предмет исследования пенитенциарной психологии составляет изучение фактов, закономерностей и механизмов психической деятельности специфических групп людей (осужденных и общностей осужденных, а также воспитателей и коллективов сотрудников исправительных учреждений) и их деятельности» [11]. В чем специфические отличия этих людей от всех других с психологической точки зрения, точно не определено. Мы имеем лишь юридические определения. Так осужденные – это люди, совершившие преступление, признанные виновными в нем по решению суда.

Однако речь, конечно, не идет о том, что в целом неизвестны психологические особенности осужденных и сотрудников. Напротив, их исследовано и исследуется в настоящее время достаточно много, научно-психологические исследования в этой области ведутся весьма активно. И практически каждое такое исследование предлагает какие-то специфические черты личности осужденных или сотрудников. На данный момент не существует именно соответствующих обобщений, позволяющих представить

личность человека как субъекта определенной деятельности (поведения) в специфическом поле субъект-объектного взаимодействия (как это имеет место быть в социальной, педагогической, инженерной, некоторых других областях психологии), и что позволило бы точно определить предмет собственно пенитенциарной психологии. Следует, однако, заметить, что в такой формулировке проблема предмета подходит (и даже лучше подходит) для юридической психологии в целом, ветвью которой является пенитенциарная психология.

В целом ситуация складывается парадоксальная. Проблема предмета в пенитенциарной психологии за счет точного указания на тех, кого, собственно, изучаем (осужденные и сотрудники), стоит гораздо менее остро, чем в более широкой области юридической психологии. Получается, что пенитенциарная психология получает эту проблему скорее «в наследство», чем сама остро страдает от ее нерешенности.

В юридической психологии (как относительно молодой отрасли психологического знания) проблема ее предмета (и объекта – в отличие от пенитенциарной) стоит достаточно остро. Признание за этой областью психологического знания статуса отдельной науки требует дальнейшего уточнения предмета научных изысканий, т.е. определения круга тех специфических закономерностей человеческого поведения и психики, которые ни в какой другой области психологии не изучаются или же изучаются под совершенно иным углом зрения. Определение предмета науки, таким образом, непосредственно связано с определением ее методологии. Сходство предмета родственных областей научного знания может компенсироваться различной методологией исследования, той глобальной точкой зрения, на которой стоит ученый исследователь. По методологической позиции происходит и определение места научного знания в системе наук. Так некоторые авторы рассматривают юридическую психологию как «научно-практическую дисциплину, которая изучает психологические закономерности системы «человек — право»» [1]. Здесь явно делается акцент на прикладном характере юридической психологии, почему и предмет ее определен достаточно широко. Еникеев М.И. и Кочетков О.Л. рассматривают юридическую психологию как область, близкую к социальной психологии и изучающую «проявление и использование психологических закономерностей, психологических знаний в сфере правового регулирования и юридической деятельности» [2].

Еникеев М.И. детально исследует, в том числе, и вопрос статуса юридической психологии, подчеркивая, что, «являясь пограничной наукой между психологией и правоведением, юридическая психология остается психологической дисциплиной – ее теоретическая основа состоит в закономерностях и особенностях психики человека; **специфично лишь приложение**, учет и использование этих закономерностей и особенностей человеческого поведения (выделено нами): юридическая психология рассматривает их применительно к сфере правовой регуляции» [3]. Такое определение предмета научных изысканий уже полностью закрепляет за юридической психологией статус прикладной дисциплины, что отражено и в окончательном определении ее предмета: «юридическая психология исследует и систематизирует психологические основы правотворческой, правоспитательной, правоприменительной, правоохранительной и пенитенциарной деятельности».

Другая группа авторов считает, что юридическая психология имеет свой специфический предмет как сложившаяся или, по крайней мере, активно формирующаяся область научного знания. Так Костицкий М.В., тщательно проанализировав различные определения предмета юридической психологии, имеющиеся в литературе, приходит к выводу, что она изучает «психологию государственно-правовых явлений как целостность, в которой нельзя отделить юридическое от психологического». Здесь обоснованием специфичности предмета юридической психологии является указание на простое системное правило, что целое всегда больше простой суммы составляющих его частей, а, следовательно, является уже некой новой организацией (системой, с точки зрения системного подхода),

существующей по своим законам и требующей отдельного изучения, в данном случае – специальной науки.

В юридической психологии примером системного подхода в определении ее предмета может являться определение Романова В.В.: «предметом юридической психологии являются различные явления психики, индивидуально-психологические особенности личности участников правоотношений, вовлеченных в сферу правоприменительной деятельности, социально-психологические закономерности этой деятельности, воздействующей на психику и поведение участвующих в ней людей» [7]. В более лаконичном варианте предмет юридической психологии часто определяют как поведение человека в правовом поле. Предполагается, что можно в общем случае говорить о поведении людей и вне правового поля, что составляет содержание предмета других областей психологии. Хотя, в общем плане, очевидно, никакая отрасль психологии не может исследовать поведение человека вне правового поля, вне правоприменительной деятельности, хотя на этом и не делается акцент кроме как в сфере собственно юридической психологии. Но одного указания на этот акцент, по нашему мнению, совершенно недостаточно для того, чтобы определить предмет самостоятельной теоретической области психологического знания. Чтобы обойти этот вопрос, более осторожное крыло исследователей и указывает на исключительно прикладной характер юридической психологии. Но, вероятно, возможен и другой путь. По нашему мнению, определению предмета юридической психологии не достает теоретико-психологического анализа специфики поведения человека в сфере правоприменительной деятельности, в правовом поле. Необходимо определить те устойчивые изменения поведения человека, которые возникают под действием применения к нему правовых норм. Таким образом, при определении предмета юридической психологии на первый план должно выступить некоторое измененное поведение человека в условиях применения к нему норм права.

По мысли М.И.Еникеева к юридической психологии относятся исследования «особенностей поведения человека в системе жесткой соционормативной регуляции – в системе права» [7]. Но далеко не всякую соционормативную регуляцию поведения человека в системе права следует называть жесткой. Жесткой правовая регуляция становится, очевидно, только в ситуациях запретов, содержащихся в нормах права. Жесткой ее можно было бы назвать именно в пенитенциарной психологии. В этом случае психологически возникает противоречие между внутриличностными морально-нравственными установками и положениями правовых норм. А, следовательно, возникшая психологическая ситуация, в которой развивается поведение, становится в той или иной степени *экстремальной* для ее участников. Эта экстремальность редко бывает ситуативной. В пенитенциарной психологии она превращается в *экстремальность условий жизнедеятельности* (ЭУЖД) [8], в которых и осужденные и сотрудники проводят существенную часть своей жизни. Эти условия ведут к *изменению* личности и поведения человека, Научно-психологическое изучение и систематизация этих условий как ЭУЖД – детерминант личностных изменений, иногда необратимых, что может выражаться в глубокой криминализации личности осужденного, или же в профессиональном выгорании и деформации личности сотрудника УИС, представляет еще одну чрезвычайно актуальную проблему современной пенитенциарной психологии. Исследования, направленные на ее решение, в свою очередь, вносят существенный вклад и в определение предмета пенитенциарной психологии. Специфика здесь заключается еще и в том, что условия жизнедеятельности осужденных и сотрудников существенно пересекаются. Как любят повторять осужденные с большим криминальным опытом в беседах с сотрудниками: «это вы – в тюрьме, а мы-то дома». Такая специфика службы ставит новые проблемы профессиональной деформации личности сотрудников, в том числе и их криминализации или же деструктивных изменений в рамках правопослушного поведения, утраты смысла жизни, деструкции мировоззрения, формирования циничных установок и т.д. О неразработанности этой проблемы может свидетельствовать такое до сих пор имеющее широкое хождение мнение некоторых специалистов, что сравнительный анализ личности сотрудников и осужденных непозволителен не

только по моральным, но и по научным соображением, т.к. нет единого основания для сравнения. Эта квазинаучная установка уходит своими корнями в историю пенитенциарной науки 30-х – 50-х годов 20 века, когда осужденный негласно не считался полноценным человеком. Напротив, такие исследования совершенно необходимы и, прежде всего, для определения именно предмета пенитенциарной психологии, но в настоящее время проводятся крайне недостаточно. Это еще одна актуальнейшая проблема современной пенитенциарной психологии – исследование и классификация общих оснований сравнительного анализа личности сотрудника и осужденного. Одним из таких оснований может быть экстремальность УЖД. И те, и другие находятся в ЭУЖД, но по-разному. В другой работе нами была предложена психодинамическая классификация ЭУЖД для разных по закрытости социальных систем как объектов изучения в пенитенциарной психологии [10].

В основу классификации ЭУЖД положено совместное действие двух повышающих экстремальность факторов – интенсивности внешнего контроля поведения и интенсивности внутреннего ощущения социальной закрытости и также принятия наложенных ею запретов.

Таблица 1

Классификация типов испытуемых по двум критериям

	Высокая степень внутриличностной ответственности за нарушения установленных правил закрытости УЖД	Низкая степень внутриличностной ответственности за нарушения установленных правил закрытости УЖД
Высокая степень внешнего контроля за нарушениями правил социальной закрытости учреждения	Курсанты первого курса	Осужденные, отбывающие наказание в исправительных учреждениях УИС
Низкая степень внешнего контроля за нарушениями правил социальной закрытости учреждения	Сотрудники, несущие службу в исправительных учреждениях УИС	Курсанты четвертого курса

Можно привести пример формирования исследовательской выборки по предлагаемой схеме: курсанты первого курса в системе обучения в уголовно-исполнительной системе принимают внешние запреты, т.к. еще не умеют их обходить там, где это возможно, и не напрягаться при исполнении там, где это невозможно. Кроме того, они подвергаются более жесткому внешнему контролю.

Курсанты четвертого курса в меньшей степени подвержены внешнему контролю, и гораздо менее ответственны за соблюдения правил закрытости системы.

Осужденные по определению не отягощены внутренним чувством ответственности, всегда готовы нарушить любое правило, если могут надеяться, что не будут пойманы. Однако они находятся в ЭУЖД с самой высокой степенью внешнего контроля, установленного правилами режима.

Наконец сотрудники одинаково подвержены и внешнему и внутреннему контролю. Это уже не курсанты и понимают личную ответственность службы, хотя и исходя из возможных последствий любых нарушений закрытости системы. Кроме того, система законов и приказов, внутренних распоряжений существенно ограничивает их внешне.

Такая комплексная типология ЭУЖД позволяет, в частности, понять и такие парадоксальные с общепсихологической точки зрения факты, что по ряду психологических характеристик психических состояний личность сотрудника выглядит гораздо более деформированной, более проблемной, чем личность осужденного [8]. Это объясняется высокой внутриличностной ответственностью, высоким уровнем личностного принятия и переживания ответственности.

Очевидно, что при таком (психодинамическом, по существу¹) подходе можно строить разные классификации ЭУЖД, меняя входные критерии вертикального и горизонтального входа в таблицу. Эта еще малоисследованная проблема, которую можно сформулировать как проблему глубинного анализа и психодинамики личности и поведения в ЭУЖД, определенных пенитенциарной системой, является следующей важнейшей по своей актуальности. О психодинамике личности как следующей актуальной проблеме современной пенитенциарной психологии речь здесь идет как с современной, так и с классической точек зрения. Вообще психодинамический обозначает лишь частный случай глубинного подхода (наряду с экономическим и топографическим), описывающего психические феномены не в статическом, а в динамическом аспекте – как результат столкновения и сложения бессознательных влечений [5]. Эти бессознательные влечения могут порождаться внешними факторами, например, по типу таких, которые приведены выше в таблице, или интрапсихическими столкновениями противоборствующих побудителей к той или иной деятельности. Отличие современной психодинамики заключается в том, что она не сводит эти побудители к какой-либо одной узкой сфере, как это делали представители глубинной психологии (агрессивность и сексуальность у З.Фрейда, архетипы у К.Юнга, стремление к власти у А.Адлера). Мы в соответствующей работе предложили более широкое толкование психодинамики [8], когда всякое психическое проявление, состояние, свойство или процесс можно рассматривать как энергетически заряженное и запускающее то или иное поведение. Так психодинамически могут изучаться и когнитивные процессы, например в психоэнергетическом противостоянии анализа и синтеза, обобщения и конкретизации и т.д. Также и эмоции, и воля [8].

С другой стороны, наличие общности пространства и времени ЭУЖД у осужденных и сотрудников порождает и особенности сходства и различия психодинамики личности тех и других, что необходимо учитывать при решении такой наиболее актуальной современной проблемы пенитенциарной психологии как разработка научно-теоретических основ построения систем исправления осужденных, их ресоциализации, оказания им психологической помощи в процессе возвращения их к правопослушной жизни. Одной из попыток решения этой проблемы является предложенный В.М.Поздняковым субъектно-соучаствующий подход, суть которого состоит «в полноценном учете социокультурных оснований *со-участной* (даже в условиях мест лишения свободы) жизнедеятельности людей, а также развитию у отбывающих наказания просоциальной субъектной активности» [4].

В общем, проблема ресоциализации осужденных должна опираться на теоретические исследования тех основных деструктивных изменений личности осужденного, которые в первую очередь могут быть подвергнуты эффективной психокоррекции и психотерапии. Здесь становится понятным внимание современной пенитенциарной психологии к психодинамике и глубинному подходу, т.к. именно это общепсихологическое направление основано в первую очередь на теоретических исследованиях именно процессов психотерапии и психокоррекции личности, т.е. фактически имеет дело с деструкциями личности, в том числе и криминального плана.

Далее следует сказать о таких более частных, но не менее актуальных проблемах пенитенциарной психологии, которые определены как современной спецификой ее объекта, т.е. особенностями личности осужденного и сотрудника, так и социальным запросом к исследованию психологических механизмов преступного поведения осужденных. Это проблема исследования психологии и психодинамики личности осужденных за тяжкие преступ-

¹ Подробнее см. [8]

ления, представляющих особую социальную опасность, в том числе террористического, экстремистского и экономически-коррупционного плана, психология насильников, убийц, других тяжких преступлений против личности и жизни человека. Чрезвычайно важной и актуальной является также проблема исследования социально-психологических причин омоложения современной преступности в России, а также роста женской преступности, которая за последние 10 лет резко возросла, в процентном отношении – в два раза. Все это можно сформулировать как такую весьма актуальную проблему пенитенциарной психологии как глобальное изменение психологического портрета современного осужденного в России. Эта проблема важна еще и потому, что многие подходы совсем, казалось бы, недавней пенитенциарной психологии устаревают только потому, что мы имеем дело уже с совершенно другими по своей психологии осужденными. Остановимся здесь кратко на трех основных направлениях исследований в современной пенитенциарной психологии: психологии (причин) молодежной преступности, психологии (причин роста) женской преступности и психологии вовлеченных в террористическую деятельность.

Как нами уже было показано в ряде других публикаций, важнейшими причинами роста современной молодежной преступности является развал образовательной системы и связанный с ним скачкообразный рост вовлечения молодежи в субкультурные движения. В настоящее время молодежные субкультуры различных слоев Российского общества, а также складывающиеся в различных учебных и иных учреждениях, обретают все большее влияние на развитие современного молодого человека. Это влияние может принимать опасные формы в случаях криминализации или криминоподобности складывающихся в тех или иных субкультурах молодежи отношений, на что, в настоящее время обращают внимание многие авторы [9].

С этой точки зрения изучение психологических механизмов формирования мировоззренческих установок и индивидуально-психологических особенностей молодых людей в современных условиях воспитания и развития в России является чрезвычайно важной исследовательской задачей, решение которой позволит дать ответы на вопрос о тех средовых (семейных, учебных, социальных... и др.) и об индивидуально-психологически-личностных детерминантах, которые лежат в основе формирования психологии современного молодого человека в пространстве социокультурных и субкультурных влияний, в частности и той «субкультурной» психологии, которая приводит его в места лишения свободы.

Важными видовыми отличиями именно субкультурных форм поведения от всех других (социокультурных, религиозных, ритуальных, например) являются, на наш взгляд, следующие особенности этих (именно субкультурных) стереотипов:

- принципиальная протестность этих поведенческих проявлений, подчеркивающая отличительность представителя субкультуры. Эта протестность может носить более агрессивный (все несидевшие – лохи, их можно грабить, обманывать, даже убивать – тюремная субкультура, или скинхеды, то же самое говорящие об инородцах; менее агрессивны футбольные хулиганы, они призывают всего лишь бить чужих болельщиков, и т.д.) или менее агрессивный характер, когда неуважительное отношение к представителям других слоев общества или других субкультур сводится всего лишь к выразительному «фи», как у готов или «поэтов». Иногда эта протестность принимает аутоагрессивные формы – суицидальную направленность (ЭМО, реже – готы). Эта протестность, как мы покажем ниже, является «битвой» молодежи за личное пространство, естественно, битвой с ветряными мельницами, т.к. никто не ограничивает их личное пространство в области культурных проявлений (учебе, спорте, т.д.);
- обязательная обостренность ощущений, порождаемая в результате реализации субкультурных стереотипов в поведении. Субкультурное общение направлено именно на обострение ощущений и переживаний. С этой точки зрения можно также ввести простой критерий субкультуры в отличие от культуры. Субкультурные отноше-

ния возникают там, где обычные ощущения и переживания гипертрофируются, доводятся до высокого уровня психического разогрева посредством многих социальных отражений в среде единомышленников.

В специальных исследованиях нами ранее было показано [9], что все основные признаки криминальной субкультуры имеют место быть и в неформальных субкультурных объединениях молодежи в обычной жизни, в сферу влияния которых попадает практически каждый молодой человек, но в разной степени. В чем же смысл этого сделанного молодым человеком шага? Что приобрел он, попав в сферу субкультурных влияний.

Еще раз обратимся к криминальной субкультуре как наиболее полной модели и посмотрим, какой социально-психологический климат там имеет место. Специалисты определяют такие его черты:

1. **Жестокость** (бесчеловечность, антигуманность, садизм, озлобленность, жестокосердие, безжалостность, беспощадность, бессердечие, изуверство) по отношению к слабым и беззащитным, отсутствие чувства сострадания к ним. Думаю, не нужно доказывать наличие всего этого в нынешних свободно развивающихся молодежных субкультурах.

2. **Нечестность** (лицемерие, двурушничество, обман, мошенничество) в отношении к посторонними для группы лицам, а также в отношении "верхов" к "низам". Это в криминале. А теперь в обычной жизни. Статья в «Комсомольской правде», где-то год назад: «Я – гот, еду в электричке, в черном и белом, читаю Байрона. А вокруг эти все, старики какие-то, кроссворды разгадывают. Это же не люди. Их не должно быть» и т.д. Про дальнейший переход к ликвидации... нас с Вами... я уже сказал.

3. **Освященный традициями уголовной среды паразитизм**, стремление жить за счет других (как чужих, так и членов своей группы, стоящих на низших ступенях иерархии, путем вымогательства и поборов). Это о криминале. Но именно это стало основным отличием молодежных субкультур. Вспомним их дефицитарные потребности. Ни денег, ни друзей, ни близких, ни книг. Только личного пространства и острых ощущений надо искать.

4. **Вандализм** – склонность к бессмысленным разрушениям материальных ценностей. Здесь, я думаю, комментарии излишни, что касается представителей молодежных субкультур в современном Российском обществе. Достаточно практически в любом вузе, в любой аудитории посмотреть, какими словами и какими рисунками написаны парты.

Общий вывод таков. Любая молодежная субкультура является слепком криминальной (тюремной) субкультуры, но, справедливости ради, надо добавить: в той или иной степени. В контексте этой статьи для нас важен следующий вывод. В предмет пенитенциарной психологии должны входить и препенитенциарная профилактика, основанная на исследовании криминальной деструктивности личности, которая еще не привела к преступлению, но сравнительные (с осужденными) данные позволяют делать вывод о серьезной социальной опасности того или иного человека или группы лиц. Мы говорили о таких исследованиях молодых людей, теперь коснемся более взрослых, которые представляют собой благодатную почву для вовлечения в террористическую деятельность.

Для повзрослевшего молодого человека, испытавшего мощное воздействие в поле субкультурных влияний, характерны, если очень кратко, такие выявленные нами

изменения личности, как деформации структуры самоотношения, гипертрофированное развитие защитной сферы личности, снижение толерантности. При этом общая черта социально-психологического портрета современной молодежи – характерный запрос к обществу – личного пространства и острых ощущений [9]. Существуют и другие, более специальные. Так, например, молодые люди, осужденные за бандитизм и организованную преступность, отмечают существенное лишение друзей и внимания близких. То, что не дало общество, они нашли в банде. Молодые осужденные женщины отмечают лишения сладкого и также внимания близких. Эти представители молодежи, минуя растление субкультурой, сразу стали на путь преступления, чтобы получить то, что им не дала семья и образовательная система. Но вернемся к общей массе молодых людей.

Итак, следующий шаг молодого человека, вступающего в зрелость. С чем он пришел. Как мы попытались показать, пришел он с крайней формой социального отчуждения, неприятия общечеловеческой, мировой, национальной культуры, с минимумом образования (по чьим-то подсчетам нынешняя молодежь читает в 30 раз меньше, чем в СССР). Что же есть это социальное отчуждение современного молодого человека?

Здесь уместно будет привести результаты эмпирических исследований особенностей личности и психодинамики осужденных за террористическую деятельность. В результате обобщения эмпирических результатов, нам удалось описать общие черты их личности. Когда мы же сравнили полученные результаты с исследованиями молодежи, то были поражены имеющимся сходством.

Первое, на что следует обратить внимание, это **крайняя внутренняя противоречивость личности террориста**, которая проявляется буквально во всем. Это человек, который внутренне никогда не находится в мире с самим собой и окружением. Если он гордится своей национальностью, то одновременно находится в войне с собственным народом. Пытаясь объяснить свое поведение религиозной догматикой, он самым грубым и греховным образом нарушает самые ее основы (наркотики, блуд, алкоголь – вспомним «Норд-Ост»). Если он считает себя борцом за социальную справедливость, то одновременно позиционирует себя против общества. Характерно, что средний возраст осужденного за террористическую деятельность это 29-30 лет. Они никак не вписываются в общую тенденцию омоложения современной преступности. Далее, террорист в среднем лучше образован, чем обычный преступник (гораздо чаще имеет среднее специальное, в четыре раза чаще, чем другие осужденные, имеет высшее образование), но при этом категорически не хочет повышать уровень своего образования. Точно так же, имея специальность и возможность трудиться, он категорически отказывается это делать. Явно чувствуется чья-то воля по отбору молодежи в террористическое движение. Зеленых, не слишком умных и плохо образованных не берут. Оглянувшись вокруг, легко видеть, что указанная выше глубокая внутренняя противоречивость личности характерна для многих окружающих нас молодых людей, вступающих в зрелый возраст, не желающих работать и повышать уровень образования. Вот она – социальная база терроризма.

Вторая обобщенная черта личности террориста – это **внутренний запрет на социально ожидаемые формы общения и деятельности**, который представляет как бы оборотную сторону внутренней противоречивости личности. Мы назвали эту личностную особенность «крайняя психосоциальная изоляция». А теперь можно и задуматься, а не к тому ли ведут нашу молодежь современные субкультуры. Некоторые примеры (самоизоляция гота или трассера и др.) я привел выше.

Третья обобщенная черта личности террориста – это его **«принципиальная десоциализированность»**. Если обычный преступник десоциализирован в обществе, то террорист десоциализирован везде. В тюрьму он попадает сложившейся личностью,

прекрасно понимая, что он совершил. Выходя на волю, террорист попадает в ту среду, где он и сложился как личность (*так и хочется сравнить с милой сердцу молодого человека субкультурой*). Одна десоциализация сменяется другой.

Итак, террористов отличает высокая вероятность **сочетания** всех трех перечисленных особенностей в их крайней выраженности. Для них это типичный комплекс черт (см. «Подсознание террориста» под ред. Д.В.Сочивко).

Однако, заметим, что для вовлечения в террористическую деятельность, как показали наши исследования, необходим еще и возраст и хоть какое-то образование. Молодых и глупых не берут. Кто не берет? Боюсь, мы этого никогда не узнаем. А кого берут? – Того, кто по психологическим характеристикам готов к участию в террористической деятельности. А базой для этого и является та социальная отчужденность, которая, как мы пытались продемонстрировать, формируется при неспособности современной образовательной системы дать ответ на внутренние запросы молодежи, которые сложились в результате неадекватных действий этой системы в более раннем возрасте.

Совпадение личностных профилей представителей субкультур и средних исполнителей, вовлеченных в террористическую деятельность, поражает даже при самом поверхностном анализе результатов. Первичная социальная отчужденность перерастает в глубокую внутриличностную противоречивость, психоизоляцию и десоциализацию. В конце концов, не возьмут в террористы, есть еще много криминальных возможностей.

Схожим, но несколько более специфичным является и механизм роста женской преступности. Здесь также различия структуры самоотношения у осужденных мужчин и женщин, его реальной психодинамики являются той стержневой составляющей, что определяет весь комплекс гендерных различий психологических свойств личности. Роль самоотношения в структуре личности осужденного актуализирована, т.к. совершенное преступление, последующее осуждение и наказание как юридическое (лишение свободы), так и психологическое (совестливые терзания) оказывают самое существенное влияние именно на самоотношение. В местах лишения свободы человек вынужден пересмотреть свою жизнь: оценить прошлое (раскаяться или утвердиться в нем), адаптироваться в настоящем и выстроить планы на будущее. Как подчеркивал А.Р. Ратинов, «осужденный – это уже не тот человек, который совершил преступление, ибо само преступление наложило отпечаток на его психику, он пережил процедуру судопроизводства, испытал массу противоречивых воздействий в исправительно-трудовой колонии» [6]. Это замечание очень важно для того, чтобы удерживаться в рамках предмета именно пенитенциарной психологии.

На фоне этих общих изменений в самоотношении осужденного существуют и специфические гендерные изменения. А.И. Ушатиков и Б.Б. Казак пишут: «Итак, личность осужденных женщин обладает целым рядом отличительных-демографических, нравственных, уголовно-правовых и психолого-педагогических признаков. Нарушение первичных социальных связей, положительного семейного эмоционального контакта способствует возникновению и развитию у них нервно-психических аномалий, в свою очередь обладающих немалым криминогенным потенциалом.

В большей части осужденные женщины перенесли те или иные жизненные катастрофы, связанные с высокой тревожностью, вызванной отчуждением в семье и в окружающих их» [11].

Согласно нашим предположениям, весь многосоставной и сложный комплекс изменений интегрируется в структуре личности в процессе самоидентификации осужденного в местах лишения свободы, которая носит прежде всего гендерный характер. С теоретической точки зрения это означает, что комплекс изменений, которые проходит личность в период адаптации к местам лишения свободы, затрагивает наиболее глубинные ее архетипические слои и, прежде всего, архетип «мужественности-женственности». Поэтому так велика в тюремной субкультуре значимость адекватного

(традиционного) сексуального поведения. Поэтому субкультурная стратификация мужского типа в качестве низшей касты определяет именно феминизированных личностей («девки», «рабочие девки», они же опущенные, обиженные). Женский гендерный стереотип в местах лишения свободы ориентирован в силу тюремной субкультуры на архетип мужественности в качестве высшей страты – имеющих неформальную власть осужденных женщин. «Высокие значения самопривязанности говорят о ригидности Я-концепции, нежелании меняться на фоне общего положительного отношения к себе. Данные переживания часто сопровождаются привязанностью к неадекватному Я-образу. В последнем случае тенденция к сохранению такого образа – один из защитных механизмов самосознания» [11]. Как нам представляется, именно этот последний случай характерен для осужденных женщин. Удивительным, однако, представляется факт, что эта привязанность к неадекватному Я-образу сопровождается наличием самообличающего фактора, что сопряжено с осознанием этой неадекватности. В этом заключается парадоксальность у осужденных женского самоотношения: более высокое самопринятие на фоне развитого самообличения (на уровне внутреннего диалога: «Такая вот я сволочь»).

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что детализированный анализ самоотношения осужденных с применением гендерного подхода открывает широкие возможности понимания глубинных процессов самоидентификации личности в местах лишения свободы, что в свою очередь является научно-обоснованной платформой построения программ воспитательной и психокоррекционной работы с осужденными.

В целом, с теоретических позиций следует предположить, что процесс гендерной самоидентификации осужденных в местах лишения свободы имеет двухкомпонентную структуру: общее изменение психологической структуры самоотношения и его внутриличностных связей и влияний в целостной структуре личности осужденного. И характерное гендерное изменение самоотношения мужского и женского типа.

* * *

1. Васильев В.Л. Юридическая психология. - СПб., 1997.
2. Еникеев М.И., Кочетков О.Л. Общая, социальная и юридическая психология. - М., 1997.
3. Еникеев М.И. Структура и система категорий юридической психологии. - Автореф. докт. дисс. - М., 1996.
4. Поздняков В.М. Психология просоциального соучастования осужденных в местах лишения свободы // Прикладная юридическая психология. - № 1, 2007.
5. Психоаналитические термины и понятия: Словарь /Под ред. Борнесса Э. Мура и Бернарда Д. Фаина /Перевод с англ. А. М. Боковой, И. Б. Гриншпуна, А. Фильца. - М., 2000.
6. Ратинов А.Р. Психология личности преступника. Ценностно-нормативный подход // Личность пре-

- ступника как объект психологического исследования. - М., 1979
7. Романов В.В. Юридическая психология. - М., 1998.
8. Сочивко Д.В. Психодинамика. - М.: МПСИ, 2007.
9. Сочивко Д.В., Полянин Н.А. Молодежь России: образовательные системы, субкультуры, исправительные учреждения. Издание 2-е. - М.: МПСИ. 2010.
10. Сочивко Д.В., Савченко Т.Н., Головина Г.М. Субъективное качество жизни в различных по характеру социальной закрытости социумах // Прикладная юридическая психология. - № 4. 2010.
11. Ушатиков А.И., Казак Б.Б. Пенитенциарная психология: Учебник.- 2-е изд., перераб. и доп. – Рязань: Академия права и управления Минюста России, 2003. – С. 135

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ: НАУКА, ПРАКТИКА, ОБРАЗОВАНИЕ

Щербаков Г.В.

В статье рассматриваются актуальные практические и теоретические вопросы социально-психологической работы в уголовно-исполнительной системе в России, а также некоторые аспекты подготовки специалистов для работы в исправительных учреждениях.

Ключевые слова: социальная работа, уголовно-исполнительная система, гуманизация условий отбывания наказания, рецидив преступления, реформирование Федеральной службы исполнения наказаний.

Современный период гуманизации и приведения уголовно-исполнительной системы (УИС) в соответствие с международными стандартами исполнения наказаний характеризуется научно-теоретическим поиском и организационно-практическими усилиями, направленными на системное формирование пенитенциарной социальной работы. Она получила правовое закрепление в федеральных целевых программах реформирования и развития уголовно-исполнительной системы, в ведомственных директивных и нормативных документах Минюста России и Федеральной службы исполнения наказаний. В процессе ее институционализации в структуре исправительных учреждений всех видов созданы самостоятельные подразделения групп социальной защиты осужденных, определены организационно-содержательные основы деятельности специалистов по социальной работе с осужденными. В вузах ФСИН России создается система высшего и дополнительного профессионального образования специалистов для инновационной деятельности в местах лишения свободы. Наряду с активным изучением зарубежного опыта ведется научно-практический поиск отечественной модели организации социальной работы с осужденными, осмысление накапливаемого опыта.

Одним из важнейших направлений социально-экономических преобразований, осуществляемых в нашей стране, является реформирование Федеральной службы исполнения наказаний. В соответствии с поручениями Президента РФ, данными по итогам заседания Президиума Государственного Совета РФ 11 февраля 2009 года, Министерством юстиции РФ была разработана и в настоящее время утверждена Концепция развития уголовно-исполнительной системы до 2020 года. Основными целями Концепции являются:

- повышение эффективности работы учреждений и органов, исполняющих наказания, до уровня европейских стандартов обращения с осужденными и потребностей общественного развития;
- сокращение рецидива преступлений, совершенных лицами, отбывшими наказание в виде лишения свободы, за счет повышения эффективности социальной и психологической работы в местах лишения свободы и развития системы постпенитенциарной помощи таким лицам;
- гуманизация условий содержания лиц, заключенных под стражу, и лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы, повышение гарантий соблюдения их прав и законных интересов.

Как видно, особое место в процессе модернизации УИС должны занимать вопросы социального и психологического обеспечения исполнения и отбывания уголовных наказаний, решение которых способно значительно повысить результативность деятельности по ресоциализации и социальной адаптации правонарушителей.

Социальную работу в уголовно-исполнительной системе следует рассматривать в трех ее основных аспектах. Во-первых, в аспекте теоретического обоснования пенитенциарной социальной работы как научной дисциплины. Во-вторых, в аспекте ее практической реализации в пенитенциарных учреждениях и учреждениях, осуществляющих постпенитенциарное сопровождение. В-третьих, в аспекте профессиональной подготовки и переподготовки кадров для УИС по направлению «Социальная работа» со специализацией «Социальная работа в УИС».

Изучение источников по теории социальной работы показало, что если социальная работа с инвалидами, детьми, пожилыми, женщинами, безработными и другими категориями населения имеет довольно разработанное теоретическое обоснование, то теория социальной работы в пенитенциарной сфере в отечественной науке фактически не рассматривается. Возможно, потому, что долгое время считалось, что осужденные не могут быть клиентами социальной работы, так как они не являются полноправными членами общества и отбывают заслуженное наказание, не имея права на помощь социальных работников.

Некоторые аспекты теории пенитенциарной социальной работы обсуждаются в различных аспектах права, педагогики, психологии, психиатрии, социологии, однако, тем не менее, единой теории пенитенциарной социальной работы пока не существует. Особенность пенитенциарной социальной работы заключается в том, что она больше, чем все другие направления социальной работы в обществе, изолирована от этого общества, регулируется правовыми нормами в соответствии с уголовным и уголовно-исполнительным законодательством РФ, тогда как все другие направления социальной работы опираются в основном на гражданское, административное и социальное право.

В связи с этим, в рамках общей теории социальной работы представляется необходимым разработать единое теоретическое обоснование пенитенциарной социальной работы. Этого требует практическая деятельность пенитенциарной системы, преобразование которой усилиями одного пенитенциарного ведомства невозможно. Необходимы общественные институты, которые могли бы эффективно регулировать пенитенциарную систему. Одним из таких институтов и является социальная работа.

Принципы социальной работы в УИС являются одновременно и элементами научной теории и основополагающими правилами эмпирической деятельности. Наряду с общепринятыми принципами социальной работы социальная работа в пенитенциарной сфере обладает несколькими специфическими принципами, это: гуманизм, законность и справедливость.

Реализация принципа законности при исполнении уголовных наказаний состоит в том, что: во-первых, должно быть строго соблюдено правовое положение осужденных, обеспечено неуклонное выполнение ими возложенных на них обязанностей и запретов; во-вторых, должна быть обеспечена реальная возможность использования осужденными или лицами, представляющими их интересы, прав, предоставляемых законом. Однако зачастую применение этого принципа к осужденным носит преимущественно декларативный характер, и задача социального работника – обеспечивать и использовать данный принцип к осужденным в реальности.

Принцип справедливости содержит требование соответствия между практической ролью различных людей в жизни общества и их социальным положением, между их правами и обязанностями, деянием и воздаянием, трудом и вознаграждением, правонарушением и взысканием, заслугами людей и их признанием. Несоответствие в этих отношениях расценивается как несправедливость. Принцип справедливости должен реализовываться не только исполнением уголовно-карательных правоограничений, но и применением к осужденным льгот и поощрений. В целом справедливость – один из наиболее важных принципов, который должен обеспечиваться в деятельности социального работника в пенитенциарной сфере.

Принцип гуманизма является основополагающим в деятельности социального работника. Он находит свое выражение в Конституции РФ, провозглашающей, что:

«человек, его права и свободы являются высшей ценностью» (ст.2). Принцип гуманизма отражен в ст.7 УК РФ: «Наказание и иные меры уголовно-правового воздействия не могут иметь своей целью причинение физических страданий или унижение человеческого достоинства». Гуманизм – это отказ от так называемого «функционального» подхода к осужденному, когда он рассматривался как средство достижения уголовно-исполнительной системой экономических, финансовых, политических и т.п. целей. Гуманизм – это, прежде всего, признание возможности каждого осужденного вернуться к законопослушной жизни в обществе, это признание сотрудниками уголовно-исполнительной системы осужденных – как равных себе по их человеческому естеству и сущности. Однако в то же время принцип гуманизма не означает всепрощения, строгость режима исполнения наказания может даже усиливаться, но подобные меры не должны вести к разрушению человеческого в человеке, подрывать здоровье осужденного, превращать его в объект манипулирования.

Говоря о социальной работе в уголовно-исполнительной системе, мы подразумеваем, прежде всего, социальную работу с осужденными – такой специфический вид профессиональной деятельности по диагностированию, оказанию социальной помощи, поддержки и защиты осужденных в целях их ресоциализации в период исполнения уголовного наказания, а также социальной адаптации (реадаптации) в обществе после освобождения [2].

В настоящее время около 1700 социальных работников исправительных учреждений ФСИН России занимаются вопросами социальной адаптации и подготовки осужденных к жизни на свободе, привлекают общественные и религиозные организации к оказанию им социальной помощи.

В настоящее время профессиональная деятельность специалистов по социальной работе осуществляется в соответствии с Положением о группе социальной защиты осужденных исправительного учреждения (Приказ Минюста России № 262 от 30.12.2005 г.). Вместе с тем идет поиск оптимальной модели службы, поэтому существуют и другие формы организации социальной работы с осужденными в исправительных учреждениях.

В современных тенденциях модернизации УИС значительное место отводится проблемам обеспечения исполнения уголовных наказаний, не связанных с изоляцией от общества. В связи с этим представляется необходимым повышение роли уголовно-исполнительных инспекций (УИИ), превращение их в полноценные подразделения УИС, подобные службам пробации, существующим за рубежом.

На сегодняшний день службе пробации присущи как минимум две функции. Одна из них – осуществление собственно контроля за поведением поднадзорных. И вторая функция социальная – та социально-психологическая оценка правонарушителей, которую необходимо проводить до вынесения приговора. Этим должны серьезно заниматься социальные службы, иметь в своей системе социальных работников и психологов, имеющих специальное образование, имеющих навыки работы по предотвращению возможного рецидива у тех правонарушителей, которым были назначены альтернативные формы наказаний (в виде, например, обязательных работ) или условное наказание.

Предметом социальной работы при исполнении наказаний, не связанных с лишением свободы, является трудная жизненная ситуация, которая, в большинстве случаев, предопределяет совершение противоправных действий. Как правило, трудная жизненная ситуация включает в себя целый комплекс негативных социальных причин и условий, а также внутриличностных и межличностных конфликтов правонарушителя. В связи с этим перед уголовно-исполнительными инспекциями стоит сложная и многоплановая задача формирования правопослушного поведения осужденных и снижения вероятности повторных преступлений. Решение этой задачи требует комплексного применения всех средств, способных оказать позитивное воздействие на осужденных. В их числе использование достижений современной социальной и психологической

наук, обеспечивающих целенаправленное воздействие за счет расширения круга методов и форм воздействия на осужденных.

Главными субъектами социальной работы при исполнении уголовных наказаний, не связанных с лишением свободы являются сотрудники УИИ. Социально-психологическое сопровождение осужденных без лишения свободы осуществляется инспекторами совместно с психологами УИИ. Это позволяет понять внутренний мир человека и факторы, способствовавшие криминализации личности, прогнозировать его поведение, оказывать социальную и психологическую помощь в проблемных ситуациях. Оно включает изучение личности осужденного и влияния окружающей среды на его поведение; индивидуальное консультирование осужденных и их родственников; проведение психокоррекционных мероприятий.

К субъектам социальной работы с осужденными без изоляции от общества также следует отнести родственников, сотрудников милиции, членов учебных и трудовых коллективов, сотрудников службы занятости, медицинских работников, представителей общественных организаций и др. Все контакты с осужденными ориентированы на обеспечение позитивного влияния на них.

По содержанию постпенитенциарный этап ресоциализации должен в себя включать:

- оперативное решение вопроса, связанного с регистрацией по месту жительства;
- принятие бывшим осужденным незамедлительных мер для трудоустройства сразу же после освобождения;

- установление позитивных отношений с окружающими;
- соблюдение установленных правил поведения и проживания в обществе;
- правильное реагирование на проведение профилактических мер, проводимых правоохранительными структурами;

- построение бесконфликтных отношений с окружающими по месту работы (службы);
- принятие мер для повышения своего образовательного или профессионального уровня;

- проявление заботы о своей семье, родных и близких;
- инициативные намерения о снятии судимости в установленном законом порядке;
- реализация досуговых намерений и ведение здорового образа жизни в соответствии с нормами нравственности, установленными в обществе.

Способы контроля за ресоциализацией на постпенитенциарном этапе:

- получение информации от объекта и ее анализ;
- получение информации от членов семьи;
- получение информации от соседей;
- получение информации от лиц, осуществляющих совместную трудовую деятельность;

- получение информации от сотрудников из органов местного самоуправления;
- получение информации (устной, письменной) от сотрудников органов внутренних дел.

Таким образом, ресоциализация и социальная адаптация лиц, освобождающихся из ИУ и их постпенитенциарная ресоциализация, являются особенно важными для лиц, подвергшихся воздействию системы уголовного правосудия и криминальной субкультуры. Организация работы субъектов ресоциализации данной категории лиц настолько важна, что учет именно указанных направлений, как факторов в этой деятельности, может предопределять наступление конечных позитивных результатов.

Организационно-методической основой для сотрудничества всех субъектов ресоциализации лиц, отбывших уголовные наказания, может быть карта социального сопровождения.

Карта социального сопровождения осужденных – это форма ведения документации, используемая участниками процесса сопровождения, призванная оптимизировать механизмы межведомственного взаимодействия по их ресоциализации и социальной интеграции в обществе.

Карта социального сопровождения лиц, отбывших уголовные наказания, выполняет следующие функции:

- Информационная. Социальная карта содержит необходимые сведения о личности освободившегося, его ближайшем социальном окружении, а также информацию о деятельности учреждения, осуществляющего комплекс мер реабилитационного характера. Социальная карта сопровождения обеспечивает обмен информацией всех участников процесса систем исполнения наказаний и профилактики.

- Организационная функция и функция планирования. Содержание карты социального сопровождения включает основные направления социально-реабилитационной работы с освободившимся, а именно: деятельность по жизнеустройству, образованию, трудоустройству, организации досуга, медицинской, психологической, социально-трудовой реабилитации, в том числе по реабилитации ближайшего окружения.

- Координирующая функция. Карта социального сопровождения является не только компонентом деятельности конкретного учреждения, но и субъектов систем исполнения наказаний и профилактики, представляя собой один из механизмов межведомственной интеграции.

- Контрольная функция. Механизм передачи карты социального сопровождения из одного ведомства в другое обеспечивает социальный контроль за движением лица, отбывшего уголовное наказание в межведомственном пространстве систем исполнения наказаний и профилактики.

Социальная карта состоит из следующих разделов:

1. Социальная карта осужденного, освобождающегося из мест лишения свободы.
2. Актуальные социальные проблемы осужденного, выявленные в ИУ.
3. Краткое описание реабилитационных мероприятий, проведенных в исправительном учреждении и их результаты.
4. Показатели социальной интеграции осужденного.
 - 4.1. Жизнеустройство.
 - 4.2. Образование, профессиональное обучение, трудоустройство.
 - 4.3. Организация досуга.
 - 4.4. Работа с ближайшим окружением.
 - 4.5. Здоровье.
 - 4.6. Показатели уязвимости.
 - 4.7. Показатели серьезного вреда окружающим.
5. Протокольная страница.

Разделы 1, 2 и 3 заполняются специалистом по социальной работе исправительного учреждения на этапе подготовки осужденного к освобождению.

Раздел 4 заполняется специалистами, осуществляющими социальное сопровождение освободившегося после выхода из ИУ.

Предложенная карта социального сопровождения перекликается с весьма эффективной и популярной в настоящее время в Западной Европе «Теорией рисков», предполагающей знание социально-психологических закономерностей протекания адаптации к условиям свободной жизни и своевременное профилактирование совершения повторных преступлений освободившимися из мест заключения.

Следует также отметить, что большинство западноевропейских ученых и практиков констатируют проблемы в содержании и организации социальной работы с освобождающимися из мест лишения свободы, во многом схожие с проблемами, существующими в нашей стране.

Так, к числу наиболее обсуждаемых проблем в социальной работе западноевропейских пенитенциарных систем следует отнести [1]:

1. Как общество относится к людям, отбывшим уголовные наказания? Профессор университета г. Базель (Швейцария) Петер Аберсолд говорит о том, что постоянное исключение таких людей из общества – это не решение проблемы, нужна реинтеграция.

2. «Границы исправительных учреждений как социальных институтов» – доктор Клаудио Безоцци: «...на заключенных наказание действует по-разному – для кого-то это ад, а для кого – рай... поэтому для каждого осужденного нужен индивидуальный план работы...».

3. Концепция профессора Норрена Шааля (Германия) заключается в том, что «все институты должны друг с другом сотрудничать, в том числе необходима кооперация частных и государственных учреждений в реинтеграции осужденных».

4. «Социальный институт заботы» – доктор Шейла Фиш (Лондон). Работу по социальному сопровождению осужденных необходимо проводить несколькими институтам в одной команде – это помогает избегать трагедий.

5. «Социальная работа в различных учреждениях» – профессор Петер Зомерфельд: «...безопасность общества должна строиться на грамотно построенной ресоциализации осужденных...», «...теория и практика должны идти вместе...».

Перспективные направления решения обозначенных выше проблем:

1. Улучшить коммуникацию между различными учреждениями, ведомствами.
2. К социальной реабилитации, реинтеграции освободившегося из мест лишения свободы необходимо подключение сразу всех лиц с четким распределением ролей, функций, иерархий.
3. Создать инструменты обмена информацией с момента ареста и до освобождения, нужны конкретные методы и технологии работы.
4. Постоянное социальное сопровождение осужденных на всех этапах отбывания уголовного наказания и на этапе реинтеграции.
5. Нужна ли специализация на определенных проблемных осужденных?
6. Создание большего количества рабочих мест.
7. Продвижение позитивных историй успешно прошедших ресоциализацию бывших осужденных.
8. Создание горячей линии (форума, сайта) для социальных работников (пенитенциарных и непенитенциарных), занимающихся социальным сопровождением осужденных.
9. Социальная и психологическая профилактика во всех социальных институтах (семья, школа...).

Учитывая вышеизложенное, следует констатировать, что современный взгляд на проблему социальной реабилитации осужденных основывается на необходимости профессионализации пенитенциарной социальной работы, где без сомнения важным вопросом является вопрос подготовки кадров.

В настоящее время Академия ФСИН России, Вологодский институт права и экономики ФСИН России и Владимирский юридический институт ФСИН России осуществляют образовательную деятельность по программам высшего профессионального образования по специальности 040101.65 - **Социальная работа** со специализацией «Социальная работа в УИС». Первоначально разработка этой образовательной программы сначала в академии, а затем и в двух других ведомственных вузах осуществлялась в рамках российско-швейцарского проекта. По результатам совместной работы были разработаны и в настоящее время успешно реализуются оригинальные учебные планы, программы практического обучения, квалификационная характеристика (модель) специалиста по социальной работе УИС.

Подготовка специалистов по социальной работе осуществляется в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта. Рабочий учебный план включает целый ряд дисциплин, успешное освоение которых формирует из выпускников специалистов с достаточно редкой, но весьма востребованной для УИС профессиональной подготовкой. Кроме того, в образовательной программе заложены в качестве базовых учебные дисциплины, изучающие социологию, психологию, педагогику, экономику, правоведение, медицину и др.

Из всех проектов и программ международного сотрудничества российских организаций за последние годы самой эффективной и плодотворной признана Программа сотрудничества Федеральной службы исполнения наказаний и Швейцарского управления по развитию и сотрудничеству в области профессиональной переподготовки сотрудников УИС по специальности «Социальная работа». За 2005-2008 годы при методической и финансовой поддержке МИД Швейцарии в четырех ведомственных образовательных учреждениях повысили свою квалификацию 290 сотрудников групп социальной защиты осужденных исправительных учреждений 74 территориальных органов ФСИН России. В ходе проекта для социальных работников УИС организован выпуск учебно-методической литературы, открыт веб-сайт «Социальная работа в уголовно-исполнительной системе» - www.socialworks.ru, разработана и внедряется в исправительных учреждениях программа автоматизированного рабочего места социального работника «Социальное досье - 5». Уже стало традицией проводить на базе психологического факультета Академии ФСИН России Школу социальной работы. В октябре 2010 года состоялась уже Девятая школа социальной работы.

Без сомнения важным для высшего образования является переход с 2011 года на реализацию Федеральных государственных образовательных стандартов третьего поколения, согласно которым предусмотрена реализация основных образовательных программ по направлениям бакалавриат и магистратура.

Выпускники, получившие квалификацию бакалавра социальной работы, могут работать в уголовно-исполнительной системе на уровне учреждений на должностях инспектора группы социальной защиты осужденных, инспектора по трудовому и бытовому устройству, в перспективе расширения альтернативных видов наказаний – в уголовно-исполнительных инспекциях. Кроме того, образовательная программа и квалификация позволяют выпускникам осуществлять социальную, воспитательную и кадровую работу с персоналом уголовно-исполнительной системы, занимать должности инспекторов кадровых и воспитательных аппаратов, заместителей начальников по кадрам и воспитательной работе, как в учреждениях, так и в территориальных управлениях, управлениях федеральных округов и Федеральной службе исполнения наказаний. В перспективе создания социальных служб в ИУ и службы пробации магистры социальной работы должны ее возглавить.

На сегодняшний день можно констатировать, что в уголовно-исполнительной системе начинает формироваться сообщество единомышленников в области пенитенциарной социальной работы. Значительный вклад в развитие этого направления профессиональной деятельности внесли и продолжают вносить участники программы российско-швейцарского сотрудничества.

* * *

1. Материалы Международной конференции «Актуальные проблемы в социальной работе западноевропейских пенитенциарных систем». – Швейцария, г. Ольтен, Высшая Школа социальной работы. – Апрель 2010 г.

2. Социальная работа в пенитенциарных учреждениях. Под общ. Ред. А.Н. Сухова. – М., 2008. – С. 18.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ ОСУЖДЕННЫХ

Корнеева Г.К.

Исследование проблематики социальной адаптации ВИЧ-инфицированных показало, что возможное социальное отчуждение является более значимым переживанием, чем собственное здоровье и жизнь. Показано, что осознание ВИЧ-инфицированным осужденным того, что наличие заболевания не снижает его личностной ценности, способствует смещению локуса сознания с переживаний о собственном выживании как биологического индивида на социальные проблемы и ценности.

Ключевые слова: ВИЧ – инфекция среди осужденных, лишение свободы, просвещение по вопросам ВИЧ/СПИДа.

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы и темпы ее распространения во многом зависят от динамики этого заболевания в гражданском обществе. Показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди осужденных выше, чем среди населения страны в целом. По данным ФСИН России на 1 января 2010 года в пенитенциарных учреждениях содержатся 55,49 тысяч человек, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, что составляет около 10% от общего числа инфицированных, зарегистрированных в России. Большое значение в связи с этим придается различным аспектам работы по профилактике, лечению, психологическому сопровождению этой категории осужденных, и в первую очередь решению проблемы их социально-психологической адаптации.

Исследования ВИЧ-инфицированных осужденных показывают, что наличие неизлечимого заболевания в сочетании с нахождением в местах лишения свободы оказывает системное, в целом деформирующее влияние на их личность. Важнейшим фактором, определяющим это влияние, является формирование у данной категории осужденных смысловой парадигмы биологического выживания. Это объясняется отсутствием действенных методов лечения ВИЧ/СПИДа и, как следствие, снижение значимости ценностей, имеющих социальный характер. Все это усугубляет отрыв от привычной жизненной среды и необходимость адаптироваться в новой, асоциальной по своей направленности, а также разрыв семейных связей.

Опыт показывает, что фактором, отрицательно влияющим на личность ВИЧ-инфицированных осужденных, является содержание их в изолированных участках исправительных учреждений. Оказалось, что изоляция данной категории осужденных затрудняет процесс адаптации их к сложившейся жизненной ситуации и выработку новых ценностно-смысловых установок. С 2001 года Федеральным законом исключена норма, предусматривающая отбывание в виде лишения свободы ВИЧ-инфицированных осужденных в специализированных исправительных учреждениях и локальных участках, в связи с чем они в настоящее время отбывают наказание на общих основаниях.

Фактор ВИЧ в условиях повышенной психологической напряженности и конфликтности в местах лишения свободы приобретает дополнительную специфику, которая в настоящее время еще недостаточно хорошо изучена. Нахождение в местах лишения свободы, несомненно, усугубляет и без того сильные эмоциональные переживания ВИЧ-инфицированных, связанные с наличием неизлечимого заболевания. Возможно, что такой фактор, как лишение свободы, оказывает

более мощное влияние на эмоциональное состояние осужденных, маскируя и подавляя фактор ВИЧ, тем более, что в начальных стадиях заболевания они не ощущают соматического неблагополучия.

Необходимо выделить некоторые социально-психологические особенности ВИЧ-инфекции. Во-первых, несмотря на длительное протекание, СПИД относится к заболеваниям с неблагоприятным прогнозом, так как излечение невозможно. Во-вторых, в обществе существует предубеждение к болезни. В настоящее время можно говорить, что ВИЧ-инфекция сопровождается стигматизацией. Под этим термином мы понимаем сложный процесс социально-психологического взаимодействия, который ведет к отторжению обществом лиц с определенными нежелательными признаками (в нашем случае ВИЧ-инфицированность). В результате стигматизации происходит девальвация личности инфицированного, снижение его социального статуса, приклеивание «ярлыка». Можно полагать, что выраженная потребность в независимости от выбора решений и самореализации, с одной стороны, и потребность в гармоничных отношениях с окружающими, с другой стороны, являются способом обрести инфицированным ВИЧ новый личный социальный статус в сложившейся неблагоприятной обстановке. В результате стигматизации происходит девальвация личности инфицированного, «приклеивание ярлыка». В-третьих, среди часто случающихся нарушений прав ВИЧ-инфицированных отмечается дискриминация, в том числе при оказании медицинских услуг, нарушение конфиденциальности. Обязательное тестирование на ВИЧ лиц, находящихся в учреждениях ФСИН России, должно проводиться только в соответствии с постановлением правительства Российской Федерации от 28.02. 1996 № 221 «Об утверждении правил обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». В других случаях необходимо у каждого человека, отнесенного к группе риска по инфицированию, вырабатывать добровольное осознанное решение на прохождение обследования.

Краткое рассмотрение психосоциальных последствий ВИЧ инфекции позволяет считать ее не только биологическим, но и социально злокачественным заболеванием.

Наличие ВИЧ-инфекции является обстоятельством, при котором человеком не могут быть реализованы основные жизненные ценности. Проведенные эмпирические исследования ранжирования ценностей осужденных, инфицированных ВИЧ, показали, что на первое место по значимости ВИЧ-инфицированные осужденные ставят свободу, независимость в суждениях, позитивное отношение окружающих. Ценность же такого фактора, как здоровье, у данной категории обследуемых снижена из-за малой осведомленности о характере заболевания или как результат выраженной беспомощности перед неизлечимой болезнью. В качестве сравнения можно привести данные, полученные при изучении ценностно-мотивационной сферы личности ВИЧ-инфицированных отечественными и зарубежными исследователями. Анализируя переживания людей, живущих с ВИЧ, D. Wolcott и соавторы, в первую очередь, обращают внимание на их беспокойство о будущем, о продолжительности жизни и ее содержании. На втором месте находятся опасения по поводу работы и материального положения. Третье место занимают чувство одиночества, размышления о социальной изоляции, сексуальная неудовлетворенность, чувство вины.

По данным академика В.И. Покровского, в этом плане наблюдалась несколько иная картина. Так, на первом месте в переживаниях пациентов после сообщения им об обнаружении антител к ВИЧ был страх по поводу разглашения диагноза и лишения работы. Второе место занимали опасения по поводу возможного зара-

жения членов семьи. Тревога о своем собственном здоровье находилась на третьем месте. Приведенные данные убедительно показывают, что для ВИЧ-инфицированных в России возможное социальное отчуждение является более значимым переживанием, чем собственное здоровье и жизнь. Это связано с неготовностью нашего общества толерантно относиться к данной категории лиц, предубежденным отношением к ним.

Попытка сохранить или обрести смысл жизни у инфицированных ВИЧ осужденных, прежде всего, связана с реализацией ценности межличностных отношений. Именно поэтому очень важным является формирование положительного отношения сотрудников пенитенциарных учреждений и условно здоровых осужденных к ВИЧ-инфицированному, принятие его как личности.

Проведенный в различных учреждениях опрос об отношении сотрудников и здоровых осужденных к ВИЧ-инфицированным показал, что чаще всего сотрудники и условно здоровые осужденные испытывают по отношению к ВИЧ-инфицированным такие чувства как жалость, страх, брезгливость, реже сострадание, понимание. Больше половины сотрудников и осужденных психологически не готовы к общению с ВИЧ-инфицированными, а 13% опрошенных являются сторонниками «жестких» мер, применения к ним психологического и физического давления. Одной из основных причиной страха и негативных эмоций, направленных на ВИЧ-инфицированных, является недостаточная информированность, как сотрудников, так и осужденных о ВИЧ/СПИДе, поэтому необходимо в качестве направления психологического сопровождения осуществлять медицинское и психологическое просвещение. Просвещение по вопросам ВИЧ/СПИДа преследует две основные цели: профилактика заражения и уменьшение безотчетного страха, который возникает у людей при упоминании о СПИДе. В свою очередь более 30% ВИЧ-инфицированных осужденных выбирают негативный способ реагирования в процессе межличностного взаимодействия. Для них характерно стремление к оказанию противодействия путем агрессивных действий, активного обвинения, озабоченность негативным отношением окружающих к своей болезни, обвинительная позиция по отношению к источнику возможного заражения. Основной смысложивненной установкой для них становится сокрытие от окружающих факта своей инфицированности.

Наиболее целесообразным в этой связи следует считать проведение коллективных мероприятий с участием сотрудников, условно здоровых и ВИЧ-инфицированных осужденных. Это могут быть, во-первых, собрания, во время которых осужденные и сотрудники могут задать интересующие их вопросы, открыто высказать свои тревоги и опасения. Очень важно, если ответы они получают не только от психолога или медработника, но и от своих товарищей. Во-вторых, необходима организация проведения совместных культурных и спортивных мероприятий, конкурсов, концертов художественной самодеятельности.

Традиционно основным методом индивидуальной работы психолога с ВИЧ-инфицированными осужденными является психологическое консультирование (дотестовое и послетестовое), целью которого должно быть, в том числе, налаживание и укрепление их отношений с семьей, друзьями, сотрудниками и здоровыми осужденными. В процессе консультирования ВИЧ-инфицированный должен чувствовать уважение к себе, понимание своих проблем. Консультант ни в коем случае не должен проявлять осуждения. Осознание ВИЧ-инфицированным осужденным того, что наличие заболевания не снижает его личностной ценности, способствует смещению локуса сознания с переживаний о собственном выживании как биологического индивида на социальные проблемы и ценности. Практика проведения консультирования выявила наиболее часто встречающиеся ошибки психолога: кон-

троль, а не поощрение свободного выражения осужденным своих чувств; чтение морали; выражение чрезмерной опеки; необоснованное успокаивание – попытка внушить необоснованный оптимизм; лесть – убеждение клиента принять новый тип поведения при помощи комплиментов или обмана.

Особой проблемой психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных осужденных является для практического психолога наличие специальных знаний и навыков. Консультант должен быть компетентен в вопросах правовой и социальной защиты ВИЧ-инфицированных, иметь знания основ лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Психологическое сопровождение ВИЧ-инфицированных осужденных должно продолжаться вплоть до его освобождения. Основные задачи работы психолога на этапе подготовки к освобождению таковы:

1. Помочь осознанию того, что наличие неизлечимого заболевания не уменьшает человеческую ценность инфицированного. Помочь преодолеть тревогу и страх. Осужденные, охваченные этими чувствами, не способны самостоятельно принимать решения и рационально действовать.

2. Способствовать активизации у ВИЧ-инфицированных осужденных процесса целеполагания. Смещение локуса сознания и переживаний о собственном выживании как биологического индивида, на социальные проблемы и ценности. Сформировать у них установку на отношение к жизни как испытанию.

3. Способствовать созданию у инфицированных ВИЧ осужденных положительной установки по отношению к своей жизни, жизни окружающих людей. Это поможет им изменить свое поведение в плане снижения риска заражения партнеров. То есть в процессе психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных осужденных мы занимаемся профилактикой распространения инфекции.

4. Содействовать облегчению общения инфицированных ВИЧ осужденных с родственниками, сотрудниками учреждения. Поиск оптимальных вариантов взаимодействия между ними.

5. Сформировать установку на то, что каждый человек должен самостоятельно найти смысл своего существования и нести ответственность за осуществление этого смысла.

ДЕОНТОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНО - ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Мардахаев Л.В.

Социальный характер проблемы ВИЧ/СПИДа в современном обществе рассматривается через анализ феноменов стигмы и дискриминации больных и инфицированных людей. Подчеркивается, что субъект социально-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированного, помимо своего желания, может давать моральную оценку действиям своего клиента, которые могли стать причиной заболевания.

Ключевые слова: деонтология, дискриминация, паллиативная помощь, адвокация, моральная ответственность.

Начало XXI века характеризуется многими социальными проблемами, одной из которых является ВИЧ-инфекция. Социальный характер проблемы связан с причинами его распространения и отношениями к инфицированным со стороны окружающих и медицинских работников. О международном социальном характере данного заболевания свидетельствует такой факт, как создание международной Программы ООН по борьбе с ВИЧ/СПИДом (UNAIDS), направленной на объединение усилий стран мира в борьбе с этой социальной проблемой.

По заявлению Питера Пайота (Peter Piot), главы UNAIDS (Программы ООН по борьбе с ВИЧ/СПИДом), несмотря на достигнутый прогресс в борьбе с распространением ВИЧ-инфекции, в ряде регионов мира число ВИЧ-инфицированных продолжает быстро увеличиваться. И из числа наиболее неблагополучных регионов – Восточная Европа, в особенности – Россия и Украина. Данный факт диктует необходимость совершенствовать, с одной стороны, профилактическую работу по предупреждению распространения ВИЧ-инфекций, а с другой, – совершенствование работы с людьми.

Сложная социальная проблема, заключающаяся в обеспечении повседневной медицинской помощи, медицинского обслуживания и взаимодействия с ВИЧ-инфицированными. Особая проблема – взаимоотношения ВИЧ-инфицированного с медицинским персоналом. С одной стороны, обязанность медицинского персонала оказывать медицинскую помощь всем, кто в ней нуждается, в том числе и ВИЧ-инфицированному, а с другой – опасность и даже страх возможности стать самому инфицированным. Важность и сложность решения изложенной проблемы обусловили выбор как самостоятельного педагогического направления диссертационного исследования Е.В. Шимкова – «Подготовка младшего медицинского персонала к взаимодействию с ВИЧ-инфицированными».

Истари сложилось, что первым к больному идет врач. Он не считается ни с тем, что это опасно для другого, ни с тем, что сам может заразиться. Однако на практике имеется множество примеров неадекватного отношения к ВИЧ-инфицированным. Такая категория людей нуждается в постоянном сопровождении, что ставит людей, работающих с ними, в исключительно сложное положение. Как медицинский работник он знает, как взаимодействовать с таким больным, чтобы не заболеть, но фактор особой опасности болезни ставит перед ним вопрос: а вдруг? Данный факт требует от медицинского работника нравственного выбора: выполнение нравственного медицинского долга или уклонение от него. Изложенное диктует необходимость обратиться к такому явлению, как деонтология профессиональной деятельности медицинского работника по сопровождению ВИЧ-инфицированных.

Термин «деонтология» был введен английским философом, экономистом и юристом И. Бентамом (Jeremy Bentham) – (1748-1832). Этим термином он обозначал теорию нравственности. Чаще всего деонтология рассматривается как раздел этики, изучающий проблемы долга и должного; учение о морально-этических нормах и принципах поведения медицинского работника по отношению к пациенту [2, С. 184].

По мнению Г.М. Кертасовой, деонтология преимущественно имеет место в системе профессиональной деятельности «человек – человек». Реальная жизнь убедительно подтверждает, что проблемы долга имеют место не только в системе «человек – человек», но и в системе «человек – техника», «человек – природа» и пр. В каждой сфере имеют место свои нравственные идеалы, ценности, нормы, принципы и правила, определяющие уровень его ответственности перед другим человеком, техникой, природой. Они сложились исторически и понятны людям.

Изучение существа деонтологии социально-педагогического сопровождения позволяет утверждать – это учение о нравственных требованиях, нормах, принципах и правилах поведения в процессе совместного движения субъекта и объекта сопровождения, преодолевающих возникающие (возникшие) трудности в социокультурной среде. По отношению к ВИЧ-инфицированным это учение приобретает особое значение, так как многие люди боятся их и стараются держаться подальше, что выражается в проявлении стигмы (от др.-греч. *στίγμα* — знак, клеймо, татуировка, пятно, отметина) – несмываемого пятна позора и осуждения. Стигма в этом случае представляет собой стихийное применение моральных санкций через выражение презрения и публичного осуждения к нарушителям важных моральных норм [2, С. 2-22]. Число таких людей, проявляющих стигму и дискриминацию по отношению к ВИЧ-инфицированным велико. Об этом свидетельствуют многочисленные факты, встречающиеся в повседневной жизни, представленные на телевидении: детям с ВИЧ нередко запрещают ходить в общеобразовательные государственные школы, на клинических картах пациентов сотрудниками медицинских учреждений ставятся обозначения о ВИЧ-статусе пациента, женщинам рекомендуют прервать беременность, чтобы не рожать ВИЧ-положительных детей и пр.

Рост числа ВИЧ-инфицированных за последние годы определил необходимость формирования качественно нового социально-педагогического сопровождения человека с ВИЧ-инфекцией, начиная от получения ВИЧ-положительного статуса и заканчивая предоставлением паллиативной помощи и адвокации прав. **Паллиативная помощь** (от фр. *palliatif*, от лат. *pallium* – покрывало, плащ) – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки. Такая помощь утверждает ценность жизни, необходима для мобилизации внутренних резервов больного, чтобы противостоять недугу и относиться к своему состоянию как к естественному процессу, с которым необходимо жить и стремиться преодолеть болезнь; включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам; предлагает пациентам систему поддержки, чтобы они могли жить настолько возможно активно; предлагает систему поддержки близким пациента во время его болезни; использует при необходимости мультидисциплинарный командный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников, если возникает в этом необходимость; повышает качество жизни и может также положительно повлиять на течение болезни; решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с болезнью человека.

Адвокация – процесс воздействия на людей, принимающих решения, и на общественное мнение с целью защиты общественных интересов и прав различных социальных групп. Она направлена на мобилизацию усилий для достижения изменений в обществе по отношению к ВИЧ-инфицированным. Ценности адвокации заключаются в том, что она дает таким гражданам и их сообществам возможность быть услышанными, способствует внесению реальных изменений в жизнь этих людей.

Такое сопровождение осуществляется, как правило, врачом, медицинской сестрой или социальным работником. От того, какие отношения складываются между субъектом и объектом сопровождения, во многом зависит перспектива жизни ВИЧ-инфицированного, успешность активизации внутреннего потенциала в преодолении болезни. Некорректность во взаимоотношении медицинского работника с пациентом ведет к такому явлению, как

ятрогения (др.-греч. ατρός – врач + γενεά – рождение) – медицинский термин, предложенный в 1925 году немецким психиатром Бумке (Oswald Conrad Edouard Bumke). Он означает изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным словом врача или неправильным пониманием медицинской литературы. Может быть следствием использования врачом специальной лексики, которую больной не понимает, но интерпретирует применительно к себе в худшем смысле.

Когда речь идет о здоровье, то слова медицинского работника приобретают определенную внушающую силу. И чем опаснее болезнь, тем большую внушающую силу имеют слова представителя медицины. И медицинский работник, и больной в понимании заболевания исходят из так называемой «внутренней картины болезни», только у врача она складывается из систематизированных профессиональных знаний о природе болезни, клинической картины, опыта врачебной деятельности, а у пациента – исходя из информации, которую он слышал, читал. Благоприятным фоном для развития ятрогенных заболеваний служат особенности личности больного. В современных условиях широко развито бесконтрольное и безадресное распространение специальных медицинских знаний и сведений, реклама лекарственных средств, пропаганда самолечения, в том числе и о ВИЧ-инфекции, которые могут иметь ятрогенное воздействие на людей, страдающих ею.

Субъект социально-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированного, помимо своего желания, может давать моральную оценку действиям своего клиента, которые могли стать причиной заболевания. Такая оценка складывается из позиции понимания того, что «сам виноват». Эта моральная оценка играет негативную роль в процессе сопровождения, в формировании конструктивных отношений с больным. В подобной ситуации по отношению к субъекту сопровождения (медицинскому работнику) у больного складывается аналогичное отношение – неприятие, недоверие в том, что именно этот человек ему может помочь в создавшейся ситуации.

Для осуществления профессионального сопровождения ВИЧ-инфицированного необходимо понимать специфику болезни, существа деонтологии и деонтологии социально-педагогического сопровождения, т.е. по сути, обеспечивать контроль и регуляцию механизмов морали. Центральным звеном для субъектов социально-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированных является понятие долга. Под долгом в данном случае понимается твердая уверенность человека в необходимости лично осуществлять действия, направленные на реализацию своего предназначения. Существо долга может быть позицией субъекта, нормой его жизнедеятельности. Оно может официально приниматься человеком в связи с получением своего профессионального назначения (врач, получающий диплом), вступлением в должность (президент, мэр города и пр.). В медицине – это получило отражение в принятии выпускниками медицинских образовательных учреждений клятвы Гиппократова – врачебной клятвы, выражающей основополагающие морально-этические принципы поведения врача, а также клятвы, приносимой каждым, кто собирается стать медицинским работником.

По данным Википедии – свободной энциклопедии, клятвы, формулирующие моральные нормы поведения врача, существовали значительно древнее времени жизни Гиппократова (около 460 до н.э. – 377 до н.э., древнегреческий врач, естествоиспытатель, философ, реформатор античной медицины). Согласно преданию, клятва восходит к прямым потомкам Асклепия (др.-греч. ἄσκληπιός, «вскрывающий») – в древнегреческой мифологии – бог медицины и врачевания) и переходила в устном виде, как семейная традиция, из рода в род. Записана Гиппократом она была впервые в эллинистической Александрии (город в дельте Нила) и стала документом с III века до н.э. С тех пор текст клятвы многократно переводился на новые языки, подвергался редактированию, существенно меняющему его смысл.

Анализ клятвы Гиппократова свидетельствует, что в ней заложены важнейшие этические принципы врачебной (медицинской) деятельности, такие, как принцип непричинения вреда больному (гуманизма); принцип милосердия (обязательства оказания помощи больному); принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного;

принцип конфиденциальности (соблюдения врачебной тайны). Важность изложенных этических принципов имеют исключительно важное значение для субъектов социально-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированных.

В современных условиях, наряду с изложенными, к принципам социально-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированного можно отнести: принцип сотрудничества в процессе социально-педагогического сопровождения; принцип соблюдения рациональных интересов того, с кем работает; принцип личной ответственности за нежелательные последствия своих действий; принцип уважения прав и личного достоинства тех, с кем работаешь; принцип принятия каждого таким, каков он есть; принцип доброжелательности по отношению к тому, с кем работает специалист; принцип честности и открытости во взаимоотношениях; принцип отсутствия предрассудков и предубеждений в отношении того, с кем работаешь.

Каждый принцип определяет совокупность своих рекомендаций, требований, правил поведения субъекта социально-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированного. В своей совокупности они во многом определяют существо деонтологии сопровождения. Именно в них заложены основные этические нормы и правила поведения субъекта сопровождения. В процессе реализации задач социально-педагогического сопровождения ВИЧ-инфицированного помимо всего прочего, важно уделять пациенту максимум внимания, успокаивать его, разъяснять необходимость соблюдения режима, регулярного приёма лекарств, убеждать в возможности выздоровления или улучшения состояния. Нужно соблюдать большую осторожность при разговоре с больными. И в настоящее время остаётся значимым высказывание великого врача древности, отца медицины Гиппократ: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но, главное, оставь его в неведении того, что ему угрожает».

Особое значение в медицинской профессии приобретают такие общечеловеческие нормы общения, как умение уважать и внимательно выслушать собеседника, продемонстрировать заинтересованность в содержании беседы и мнении больного, правильное и доступное построение речи. Ещё в древнеиндийской медицине врач говорил своим ученикам-последователям: «Ты теперь оставь свои страсти, гнев, корыстолюбие, безумство, тщеславие, гордость, зависть, грубость, шутовство, фальшивость, леность и всякое порочное поведение. Отныне ты будешь носить твои волосы и твои ногти коротко остриженными, одеваться в красную одежду, вести чистую жизнь».

Моральная ответственность медицинского работника подразумевает соблюдение им всех принципов медицинской этики. Неправильная диагностика, лечение, поведение врача, представителей среднего и младшего медицинского персонала могут привести к физическим и нравственным страданиям пациентов. Недопустимы такие действия медицинского работника, как разглашение врачебной тайны, отказ в медицинской помощи, нарушение неприкосновенности частной жизни и пр.

* * *

1. Бентам И. Введение в основания нравственности и законодательства. - СПб., 1867. - С. 1-24.

2. Большой словарь иностранных слов / Сост. А.Ю. Москвин. - М.: ЗАО Изд-во Центрполиграф: ООО «Полюс», 2002. - С. 184.

3. Гофман И. Отклонения и девиация. (Стигма: заметки об управлении испорченной идентичностью. Глава 5 / Пер. А. Мактас) // Социологический форум. - 2000. - № 4.

4. Караханова Г.А. Формирование деонтологической культуры учителя в системе непрерывного профессионального образования: Дисс. д.пед.н. по спец. 13.00.08. - М., 2007.

5. Кертаева Г.М. Основы педагогической деонтологии: учебн. пособ. - Павлодар: Кереку, 2009.

6. Литинская Д. Мифология ВИЧ (По следам международной конференции "ВИЧ/СПИД и права человека") // Журнал Индекс/Досье на цензуре. - 2006. - № 23.

7. Пинский Д.А. Нормативно-этическая программа классического утилитаризма: гедонистическая концепция Иеремии Бентама // Топос. - 2002. - № 1(6).

8. Медведева Г.П. Этика социальной работы: Учебн. пособ. - М.: Изд. МГСУ "Союз". - 1998.

9. Федеральный закон о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции от 24 февраля 1995 г. № 38-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. - 1995.- № 14. - Ст. 1212.

ВИЧ ИНФЕКЦИЯ КАК КОМПЛЕКСНАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНСКОГО
И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Шимков Е.В

В статье обсуждаются вопросы медицинского и социального сопровождения людей, живущих с ВИЧ. Определяются недостатки существующих принципов сопровождения, обсуждаются их причины. Выдвигается идея о системном подходе в решении проблемы сопровождения путем создания мультидисциплинарных команд, где будет оказываться разнонаправленная помощь и поддержка людям с ВИЧ-инфекцией. Обосновываются ключевые принципы работы мультидисциплинарных команд.

Ключевые слова: ВИЧ, медицинское и социально-психологическое сопровождение, мультидисциплинарные команды, клиенториентированность, стигма, дискриминация.

По последним данным в России проживают более 500 000 человек с ВИЧ-инфекцией, эти данные отражают только число зарегистрированных людей, стоящих на учете в центрах по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа (далее центры ВИЧ/СПИДа), но примерно столько же людей еще не знают о своем ВИЧ-статусе. Люди, затронутые проблемой ВИЧ/СПИДа – это социальная страта, нуждающаяся в профильных услугах, ориентированных на ВИЧ-инфекцию. С одной стороны, эти услуги касаются медицинского, а с другой стороны психолого-социального сопровождения, ориентированного на удовлетворение потребностей этой группы. На данный момент не существует модели комплексного медико-социально-психологического сопровождения для ЛЖВ групп (люди, живущие с ВИЧ-инфекцией), что определяет их низкое качество жизни и безусловно демонстрирует социальную стигму и дискриминацию к ним.

Проблемы медицинского характера решают профильные учреждения – СПИД-центры, врачи которого оказывают медицинское консультирование, проводят диагностику состояния иммунной системы ЛЖВ, а также назначают препараты АРВ (антиретровирусных препаратов), которые пациенты получают бесплатно. При этом СПИД-центры не решают проблем, связанных с адекватным восприятием пациентом своего заболевания с психолого-социального уровня, хотя это является одной из ключевых задач в терапии ВИЧ-инфекции. Немедицинские проблемы решают некоммерческие организации, предоставляя ЛЖВ площадки для проведения групп взаимопомощи, обучая основам жизни с ВИЧ-инфекцией на социальных тренингах и семинарах, организуют психологическую помощь клиентам, анонимные телефонные линии, нацеленные на кризисное консультирование и предоставление базовой информации о жизни с ВИЧ. В России и в некоторых странах СНГ существует пропасть между оказанием медицинской помощи людям с ВИЧ инфекцией и социально-психологической помощи. Это обусловлено несколькими причинами [3]:

- Профильные медицинские учреждения (СПИД-центры) не рассматривают психолого-социальные аспекты жизни с ВИЧ, а ориентируются в основном на медицинскую помощь «в дверях», т.е. все сопровождение начинается и заканчивается в СПИД-центре, без дальнейшего сопровождения в психолого-социальные службы.

- Некоммерческие организации оказывают психолого-социальную помощь своим клиентам, ориентируясь на свои знания и опыт. Основной принцип консультирования в организациях, работающих с ЛЖВ, это принцип «равный – равному», т.е. консультирование проводит человек, у которого так же, как и у его клиента есть ВИЧ-инфекция. Но здесь србатывает тот же принцип, клиент помощь получает только «в

дверях», т.к. немногие организации в России имеют реальную возможность определить путь социально-медицинского сопровождения клиента, включающего как медицинский, так и социально-психологический компонент одновременно.

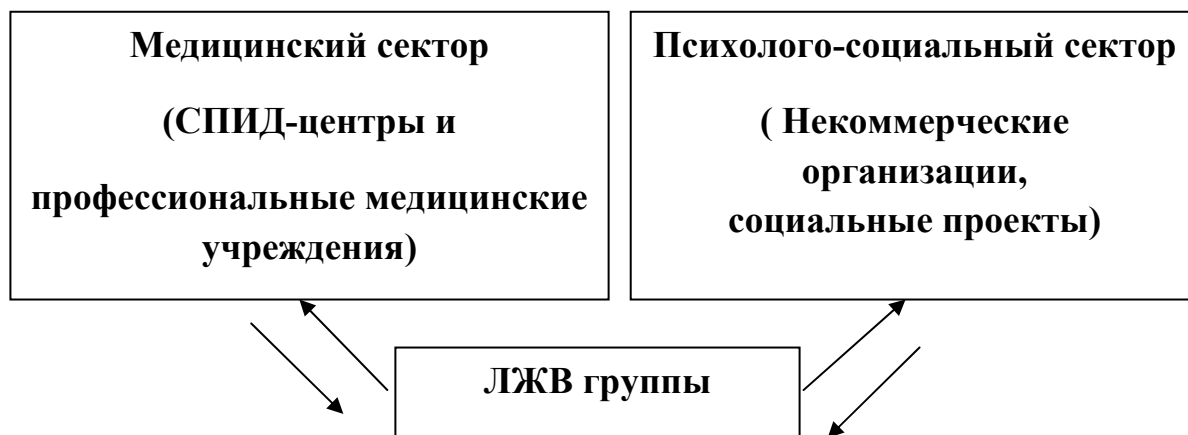
- Для человека, получившего диагноз «ВИЧ-инфекция», возникает ряд проблем, связанных со слабым пониманием самого диагноза; его принятием и осознанием; страха перед нарушением конфиденциальности о своем диагнозе и, следовательно, осуждение и изоляция от окружающих людей; экзистенциальный кризис.

В настоящее время действительной является классическая модель медицинского и социально-психологического сопровождения (схема 1). На ней стрелками обозначена направленность коммуникациям внутри медицинского и психолого-социального сопровождения обслуживания ЛЖВ, отделенных друг от друга.

В подавляющем большинстве случаев обратная связь по аспектам жизни с ВИЧ возможна только на базе некоммерческих организаций и социальных проектов. В СПИД-центры ЛЖВ приходят только для прохождения анализов на иммунный статус, определение вирусной нагрузки и выписку АРВ-препаратов. Человек, живущий с ВИЧ, не хочет обсуждать с лечащим врачом проблемы, связанных со своим заболеванием из-за страха перед социальной стигмой и дискриминацией по ВИЧ-инфекции, с одной стороны, с другой стороны – профессионалы медицинского сервиса не готовы объективно отвечать на конкретные вопросы ЛЖВ о жизни с ВИЧ-инфекцией.

Схема 1

**Классическое взаимодействие ЛЖВ групп
с медицинским и психолого-социальным сектором**



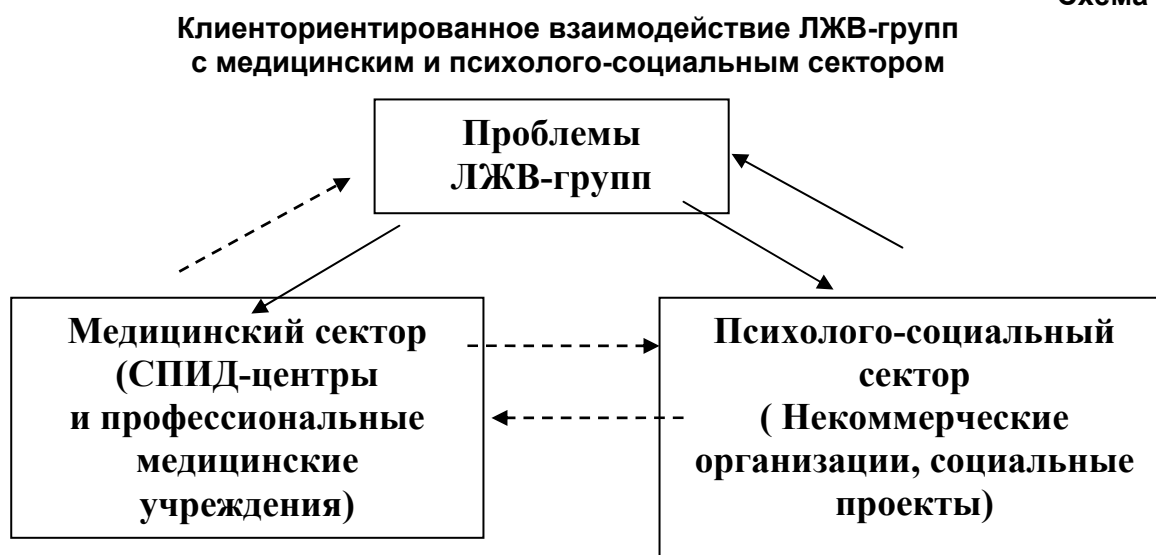
Слабая готовность объясняется тем, что даже у профессионалов, не работающих непосредственно с ВИЧ-инфекцией, мало информации об основных аспектах жизни с ВИЧ, а также о немедицинских психолого-социальных сервисах для ЛЖВ. Это вынуждает людей, получив негативный опыт, самим искать выходы на профильные психолого-социальные сервисы, рассчитывая на ответы. Получая информацию по принципу равный – равному в среде, лишенной стигмы и дискриминации по ВИЧ-инфекции, клиент рефлексирует, но в контексте консультирования клиент всегда может переключиться на сугубо медицинские аспекты, на которые, в свою очередь, не могут дать ответы консультанты. Из-за наличия стигмы и дискриминации со стороны работников здравоохранения непрофильных учреждений, отсутствия среди медицинских работников знаний в области социально-психологического сопровождения ЛЖВ-групп, отсутствия взаимодействия между социально-психологическим и медицинским сектором те-

ряется сам смысл системности и комплексного сопровождения, т.к. человеку с ВИЧ-инфекцией необходимо одновременно использование ресурсов обоих секторов.

Проблема становится решаемой в рамках *клиентоориентированного подхода*, когда связующей идеей выступает *не наличие ВИЧ-инфекции* у конкретного человека, а *человек*, у которого есть вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией (схема 2).

Пунктирными стрелками показаны связывающие коммуникации, необходимые для достижения системности в оказании комплексного медико-социально-психологического сопровождения ЛЖВ-групп. Особенно это касается взаимодействия врача и пациента на уровне прохождения тестирования на ВИЧ инфекцию и получения результата тестирования (как положительного, так и отрицательного). Помимо этого необходимо взаимодействие между медицинским и психолого-социальным сектором для определения уровня и характера вмешательства в решение проблем человека с ВИЧ-инфекцией. Это становится возможным при создании *мультидисциплинарных команд*, включающих специалистов разного медицинского профиля, социальных работников, психологов, юристов и др., которые обеспечивали бы весь комплекс услуг ЛЖВ-групп, ориентируясь на нужды и потребности человека в конкретной кризисной ситуации.

Схема 2



Работа мультидисциплинарных команд обеспечивается с помощью системы обменных карт, в которых специалист каждого профиля делает соответствующие записи, касающихся психологических, социальных проблем человека, а также вносит сведения медицинского характера. Карта является предметом медицинской тайны и может быть просмотрена только теми членами мультидисциплинарной команды, которые непосредственно закреплены за данным клиентом, все записи строго секретны и не могут быть разглашены лицам, не участвующим в медико-социально-психологическом сопровождении клиента. При таком типе медико-социально-психологического сопровождения не имеет значения, куда обратился клиент, имеет значение лишь его потребность здесь и сейчас.

Данный тип сопровождения возможен в рамках как дотестового, так и послетестового консультирования на ВИЧ-инфекцию. Согласно Федеральному закону «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», вступившему в силу 1 августа 1995 года, гражданам России гарантируется «доступность добровольного медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечением безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для ли-

ца, проводящего освидетельствование» (п.1 ст.4). Также в пункте 6 статьи 7 данного закона говорится, что «медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции». Проведение же добровольного, то есть по просьбе обратившегося или с его согласия обследования, без проведения дотестового и послетестового консультирования является нарушением Федерального закона Российской Федерации. То есть, при тестировании на ВИЧ, любой человек, должен получить бесплатные консультации (до теста и при получении результата). Такое консультирование называется дотестовым и послетестовым. Но в настоящее время в больницах кровь на ВИЧ инфекцию берут априорно в триаде общего обследования крови: ВИЧ, гепатит В,С, и RW (клинический анализ на выявление сифилиса), при этом нарушая законодательство сразу в двух пунктах: «добровольного тестирования или с согласия пациента», а также не осуществляя дотестового и послетестового консультирования.

Целями дотестового консультирования является информирование пациента о методике тестирования, оценке его сексуальных и прочих рисков для получения ВИЧ-инфекции и актуализации основных методов и средств профилактики, цели послетестового консультирования – сообщить пациенту результаты теста, объяснить, что они означают, и решить вопрос о дальнейших этапах сопровождения. В настоящее время такой механизм действует исключительно в СПИД-центрах и кабинетах анонимного тестирования, в остальных учреждениях здравоохранения пациенту лишь сообщается о положительном результате на наличие в его крови ВИЧ-инфекции и рекомендации обратиться в специализированные учреждения. Нетрудно понять, что после такого «сопровождения» человеком управляет страх и более ничего, в голове возникает множество вопросов, но, во-первых, задать их некому, а, во-вторых, рождается внутренняя стигма, с которой не всем удастся справиться. Опыт США, Израиля и Канады показывает, что дотестовое и послетестовое консультирование, проведенное грамотно и вовремя, снимает значительное количество вопросов у человека с ВИЧ-инфекцией, приводя его из состояния страха и безнадёжности к готовности действовать.

Таблица 1

Содержание медицинской, социальной и психологической поддержки

Медицинская поддержка	Социальная поддержка	Психологическая поддержка
<ul style="list-style-type: none"> • помощь в противостоянии болезни и побочным эффектам; • диагностика состояния организма; • назначение препаратов АРВ; • профилактика и лечение оппортунистических инфекций; • консультация специалистов; • оформление пенсии и санитарно-курортного лечения; • паллиативная помощь. 	<ul style="list-style-type: none"> • помощь при снижении качества жизни и социальной реабилитации; • семейное и парное консультирование; • группы поддержки; • помощь в получении льгот и пособий; • связь и посредничество с релевантными организациями по месту жительства; • помощь в общении с профессионалами; • помощь в организации лечения на дому. 	<ul style="list-style-type: none"> • противостояние изменениям в образе жизни; • поддержка и сопровождение прохождения стадий болезни (шок, лечение, тревога, ремиссия, возвращение болезни); • налаживание коммуникации между пациентом и врачом; • помощь членам семьи; • поиск ресурсов пациента для самостоятельного восстановления; • обучение навыкам саморегуляции.

Основными задачами, решаемыми внутри мультидисциплинарных команд, являются медицинская, социальная и психологическая поддержка, ориентированная на *основные проблемы ЛЖВ групп*:

- боязнь распространения болезни или негативных чувств;
- социальная изоляция;
- неприятие, отторжение;
- стресс;
- секретность;
- стигма;
- апатия.

Одной из главных задач является обучение мультидисциплинарных команд оказанию медико-социально-психологического сопровождения, основанного на понимании основных нужд и потребностей ЛЖВ групп (принцип клиенториентированности), а также на нивелировании стигмы и дискриминации по отношению к людям с ВИЧ-инфекцией (принцип безоценочных суждений).

Принцип клиенториентированности предполагает проведение любого вида консультирования для выяснения доминирующих потребностей клиента на «здесь и сейчас». Клиенту оказывается не «стандартное сопровождение ЛЖВ», а определяются такие аспекты медико-социально-психологического сопровождения, которые в данный момент помогут клиенту преодолеть кризисную ситуацию в одной из пяти стадий принятия своего ВИЧ-статуса (по Э. Кюблер-Росс): отрицание, гнев, торговля, депрессия, принятие. Целью принципа клиенториентированности является повышение общего уровня эмпауртмента клиента (С.Гено, Р.Армандо), т.е. достижения такой степени внутренней силы клиента, при которой он ближе всего окажется к стадии принятия своего заболевания и перестанет испытывать страх перед ним. Принцип клиенториентированности основан на следующих положениях [4]:

1. Анонимность – в отношении любого клиента соблюдается строгая анонимность, ни один из членов мультидисциплинарных команд не может разглашать какую-либо информацию о клиенте, кроме тех случаев, когда это требуется для оказания дальнейших этапов сопровождения и только после согласия клиента.

2. Идентификация – система знаний о клиенте и осознание его ценности как личности и понимание актуальности его проблем.

3. Актуализация – формирование понимания клиентом основных целей и задач сопровождения, внутри которого он получает медицинскую, социальную и психологическую помощь. Это положение позволяет формировать приверженность к такому типу сопровождения.

4. Дифференциация – отнесение клиентов к группам, по выбранным критериям актуальных потребностей. Разработка и предложение для каждой группы клиентов адекватных программ по медико-социально-психологическому сопровождению, соответствующих заявленным потребностям клиента.

5. Единая площадка – система структурного и коммуникационного взаимодействия внутри медико-социально-психологического сопровождения, где клиент, обратившись к любому специалисту, вправе рассчитывать на оказание помощи по его проблеме или на дальнейшее сопровождение.

ВИЧ-инфекция на данный момент рассматривается как индикатор социально нежелательных качеств, т.к. при словах «ВИЧ-инфекция», большая часть людей подразумевает за этими словами потребителей наркотиков, коммерческих секс-работников и гомосексуалов, благодаря СМИ и базовым представлениям о данном заболевании люди культивируют мифы о ВИЧ-инфекции и путях ее передачи [3]. Количество специалистов, проявляющих социальную стигму и дискриминацию по данной причине велико, и результаты мы можем наблюдать уже сегодня: дети с ВИЧ-инфекцией исключаются из общеобразовательных государственных школ и детских садов, взрослые лишаются работы, на клиниче-

ских картах пациентов сотрудниками медицинских учреждений ставятся обозначения о ВИЧ-статусе пациента, тем самым нарушается конфиденциальность диагноза.

В основе *принципа безоценочных суждений* лежит положение о том, что помощь ЛЖВ-группам могут оказывать только те специалисты, которые обладают низким уровнем социальной стигмы и не проявляют дискриминацию в отношении ВИЧ-инфекции и людей, затронутых этим заболеванием [5]. В противном случае специалист не сможет соблюсти принципы клиенториентированности, что не поможет, а еще больше навредит клиенту [1,2].

Решение проблемы медицинского и психолого-социального сопровождения ЛЖВ групп является одной из приоритетных задач на сегодняшний день. Результатом этого решения станет целостное понимание основных путей удовлетворения нужд и потребностей ЛЖВ групп и оказание им в последующем клиенториентированной помощи и поддержки. Для построения такого типа сопровождения необходимо соблюсти следующие условия:

1. Определить основные пути взаимодействия между медицинским, социальным и психологическим секторами сопровождения, актуализировать цели и задачи каждого из секторов.
2. Разработать основные программы для групп ЛЖВ, связанных с общими проблемами ВИЧ-инфекции.
3. Сформировать мультидисциплинарные команды специалистов и обеспечить повышение квалификации среди них.
4. Обеспечивать достаточный объем медико-социально-психологического сопровождения клиентов.
5. Проводить регулярный аудит качества медико-социально-психологического сопровождения.

Это позволит регулярно оценивать текущее состояние клиента и обеспечивать решение его медицинских проблем, с одной стороны, а также снижение негативного влияния психосоциальных факторов из-за ВИЧ инфекции, с другой. Необходимо помнить, что ВИЧ-инфекция перестала быть только медицинской проблемой, она так же и в большей степени сегодня является психосоциальной. Только комплексное решение позволит реально влиять на физическое состояние, ход лечения, приверженность к лечению и качество жизни пациента в целом.

* * *

1. Бентам И. Введение в основания нравственности и законодательства. - СПб., 1867, - СС. 1-24.

2. Гофман, И. Отклонения и девиация. (Стигма: заметки об управлении испорченной идентичностью. Глава 5. Пер. А.Мактас) // Социологический форум. - 2000. № 4.

3. Литинская, Д. Мифология ВИЧ (По следам международной конференции "ВИЧ/СПИД и права человека") // Журнал "Индекс/Досье на цензуру" .- 2006, № 23

4. Медведева, Г.П. Этика социальной работы: Учебное пособие. - М.: Издательство МГСУ "Союз", 1998.

5. Пинский, Д.А. Нормативно-этическая программа классического утилитаризма: гедонистическая концепция Иеремии Бентама// Топос.- 2002, № 1(6).

6. Руководство по профилактической медицине. Рекомендации по психической помощи онкобольным. Пер. с англ. И.В. Левандовского. - М.: Медицина, 1995

7. Федеральный закон «О предупреждении распространения ВИЧ-инфекции» от 24 февраля 1995 г. № 38-ФЗ //Собрание законодательства Российской Федерации.- 1995.- №14. - Ст. 1212.

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ

Сизикова В.В.

В статье автор обосновывает актуальность проблемы подготовки специалистов для работы с ВИЧ-инфицированными и необходимость педагогического регулирования ее регионализации.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные, социальная работа, регионализация, педагогическое регулирование

Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире и создает не только угрозу личной, общественной, государственной безопасности, но и угрозу существованию человечества. Эта болезнь поражает людей в репродуктивном и наиболее трудоспособном возрасте, имеет пожизненный характер и протекает с потерей трудоспособности за несколько лет.

Качество помощи ВИЧ-инфицированному с комплексом проблем зависит от межпрофессионального взаимодействия, то есть, от качества работы целого ряда специалистов: инфекционистов, психиатров-наркологов, психологов, врачей, социальных работников и др.

Специалист социальной работы осуществляет следующие функции:

- диагностическую – изучает особенности семьи, группы людей, ВИЧ-инфицированного, степень и направленность влияния на него микросреды, ставит социальный диагноз;
- прогностическую – прогнозирует развитие событий, процессов, происходящих в семье, микро-группе, моделях социального поведения;
- правозащитную – применяет законы и правовые акты, направленные на оказание помощи и поддержки ВИЧ-инфицированного клиента, его защиту;
- организационную – содействует организации оказания различных видов помощи и социальных услуг ВИЧ-инфицированному;
- предупредительно-профилактическую – содействует приведению в действие различных механизмов (юридических, психологических, медицинских, педагогических) предупреждения и преодоления распространения ВИЧ-инфицирования;
- социально-медицинскую – содействует профилактике здоровья, пропаганде здорового образа жизни, социально-медицинской реабилитации, овладению основами оказания первой медицинской помощи;
- социально-педагогическую – выявляет интересы и потребности ВИЧ-инфицированных клиентов в разных видах деятельности: культурно-досуговой, спортивно-оздоровительной, художественного творчества и привлекает к работе с ними различных учреждений, обществ, творческих союзов;
- психологическую – оказание различных видов консультирования и коррекции межличностных отношений, содействие социальной адаптации ВИЧ-инфицированных, оказание помощи в психосоциальной терапии и реабилитации;
- социально-бытовую – оказывает необходимую помощь и поддержку ВИЧ-инфицированным в улучшении их быта;
- коммуникативную – устанавливает контакты с нуждающимися, организует обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятия и понимания другого человека [7, СС.5-6].

Роль социального работника в составе мультидисциплинарной команды:

- информирует об особенностях жизни с ВИЧ-инфекцией и АРВ-терапии;
- настраивает пациента на сотрудничество с врачом;
- исследует микросоциальное окружение пациента, в том числе, посредством выхода в адрес проживания семьи;

- консультирует родственников и партнеров;
- устанавливает причины возникающих у пациентов трудностей по месту жительства, учебы или работы и степень их влияния на приверженность лечению;
- планирует индивидуальную профилактическую и реабилитационную работу с ВИЧ-инфицированными членами семьи;
- информирует об услугах Центров помощи больным СПИДом;
- разъясняет порядок оформления инвалидности и права на получение государственного социального обслуживания;
- организует и непосредственно оказывает социальные услуги по выходу пациента из трудной жизненной ситуации;
- координирует визиты к специалистам междисциплинарной команды [2, С.38].

На сегодня не существует специализированной подготовки социальных работников для работы с ВИЧ-инфицированными и членами их семей. Однако особенности клиентов определяют необходимость формирования профессиональных компетенций, позволяющих достичь максимальной эффективности социальной работы с ними. Кроме того, различия регионов по характеру и степени остроты социальных проблем формируют заказ системе образования в плане качественного результата – профессиональной компетентности выпускников – специалистов в области социальной работы, способных выявлять и эффективно решать спектр социальных проблем в интересах региона, что, в свою очередь, диктует необходимость ориентации системы социального образования на регионализацию профессиональной подготовки специалистов в области социальной работы.

Предпосылки становления и развития регионализации профессиональной подготовки специалистов в области социальной работы для работы с ВИЧ-инфицированными:

- *социально-экономические* (различия регионов по уровню и особенностям социально-экономического развития, определяющие их дифференциацию по характеру и степени остроты проблемы);
- *организационно-административные* (особенности социальной политики субъектов Федерации в отношении ВИЧ-инфицированных);
- *нормативно-правовые* (право субъектов РФ в соответствии с Законом «Об образовании» определять политику в области образования, разрабатывать и реализовывать региональные программы развития образования, формировать региональные рынки образовательных услуг, создавать региональные экспериментальные площадки для разработки новых подходов к содержанию и технологии образования и др.);
- *социально-культурные* (различия менталитета населения регионов в аспекте принятия/непринятия ВИЧ-инфицированных и как основания для самоидентификации в сфере образовательных потребностей);
- *социально-педагогические* (необходимость обеспечения адаптивности выпускников – специалистов в области социальной работы к профессиональной деятельности с ВИЧ-инфицированными в условиях конкретного региона, корректировки содержания, организационных форм и технологий их профессиональной подготовки с учетом специфики региональных социальных проблем).

Регионализация подготовки специалистов в области социальной работы с ВИЧ-инфицированными представляет собой сложное социально-педагогическое явление, процесс и результат полифункциональной подготовки студентов к профессиональной деятельности с данной категорией клиентов в соответствии со спецификой социально-экономических условий регионов, определяет совокупность общекультурных и профессиональных компетенций специалистов в области социальной работы, необходимых для успешной их адаптации и самореализации в профессиональной деятельности в условиях региона.

Сохранение баланса между интересами государства и регионов современной России выступает важным элементом образовательной политики, которая должна быть направлена на учет образовательных и культурных интересов регионов федеративного государства, связана с созданием необходимых условий для сохранения единого образовательного пространства и предполагает учет индивидуальных запросов личности студента.

А это связано с решением целого ряда проблем, касающихся содержания, организации, ресурсной поддержки образования, формирования новой системы связей между образованием и другими агентами региональных систем и предполагает необходимость регулирования процесса регионализации профессиональной подготовки специалистов.

Регулирование выступает в качестве способа управления социальными процессами [4, С. 40]. В социологической литературе присутствует несколько точек зрения относительно содержания понятия «регулирование (регуляция)». Так, исходя из направленности воздействия, регулирование определяется как разновидность косвенного управленческого воздействия, которое направлено на изменение не самого социального объекта, а условий его функционирования и развития [1, СС. 23-24]. С другой стороны, регулирование (регуляция) – это вид управленческого действия, а именно исполнительское действие, цель которого – приведение чего-либо в соответствие с установленными нормами, правилами [6, С. 134].

Следовательно, регулирование регионализации профессионального образования с позиции данного подхода – это действие, направленное на упорядочение процесса.

Цель регулирования регионализации высшего профессионального образования в области социальной работы – обеспечение сбалансированных интересов личности, общества и государства и задач социально-экономического развития региона.

Процесс регулирования регионализации высшего профессионального образования в области социальной работы имеет две стороны: регулируемую и регулирующую. Регулирующей стороной (осуществляющей воздействие) выступают социальные институты и организации, заинтересованные в регионализации высшего профессионального образования в области социальной работы либо в связи с собственными целями, либо же в силу институциональных обязанностей, и оказывающие существенное воздействие на процесс регионализации. Регулирующее воздействие осуществляется в рамках политических институтов, институтов социального контроля, институтов образования, экономических институтов, социально-адаптационных институтов и других.

Регулируемой стороной (различные элементы которой подвергаются воздействию) является процесс регионализации высшего профессионального образования в области социальной работы и факторы регионализации, которые являются «точками приложения» регулирующего воздействия.

Проблема педагогического осмысления и регулирования высшего профессионального образования в области социальной работы в региональном аспекте – новое направление педагогической науки, которое относится к числу комплексных и является предметом изучения различных теоретических направлений педагогического пространства.

Вместе с тем, в трудах по теории и практике социальной работы и социального образования изучались лишь отдельные направления развития педагогических идей совершенствования системы высшего профессионального образования в области социальной работы в региональном аспекте. Целостная концепция, системообразующей основой которой выступает потребность общества в подготовке высококвалифицированных специалистов, способных обеспечить развитие социальной сферы в регионе, а также педагогическое регулирование регионализации процесса профессиональной подготовки специалиста в области социальной работы, не разработана, что вызывает противоречия между педагогической теорией и практикой.

Педагогическое регулирование регионализации профессиональной подготовки специалистов в области социальной работы осуществляется на уровне вуза и представляет собой совокупность педагогических средств, форм и методов, направленных на обеспечение подготовки специалистов в области социальной работы, способных и готовых к решению социальных проблем региона.

Педагогическое регулирование как инновационный подход в понимании развития регионализации высшего профессионального образования в области социальной работы – направлено на обеспечение эффективности реализации социальной политики и модернизации высшего профессионального образования в области социальной работы.

Педагогическое регулирование, как конкретизация, прежде всего, социально-педагогического подхода к процессу регионализации высшего профессионального образования в области социальной работы, позволяет выстроить педагогически осмысленную совокупность целей формирования профессионала высшей квалификации, способного эффективно направлять процесс сохранения, функционирования и дальнейшего развития системы социальной защиты населения в регионе.

Целевые ориентиры педагогического регулирования регионализации профессиональной подготовки специалистов социальной работы с ВИЧ-инфицированными предполагают:

- профессиональную ориентацию и коррекцию образовательных и профессиональных траекторий (для сбалансирования профессионального образования и потребностей регионального рынка труда) [5, С. 3];
- интеграцию социальных партнеров с целью повышения качества профессиональной подготовки специалистов и соответствия запросам регионального рынка труда;
- оптимизацию структуры профилей и специализаций (на региональном уровне практически отсутствуют рычаги воздействия государственных и муниципальных органов, организаций-работодателей на руководство образовательных учреждений в отношении достижения соответствия профилей и специализаций подготовки потребностям субъекта РФ в специалистах; конвенциональная регуляция контрольных цифр приема в профессиональные учреждения по укрупненным группам специальностей не касается структуры профилей и специализаций внутри специальностей) [3, СС. 106-110];
- усиление практико-ориентированной составляющей образования;
- стимулирование работодателей к участию в подготовке специалистов (привлечение к участию в образовательном процессе наиболее квалифицированных специалистов-практиков на всех его этапах: на этапе определения, формирования и оценки необходимых профессиональных компетенций);
- определение наиболее оптимальных технологий педагогического регулирования регионализации профессиональной подготовки специалистов социальной работы, учитывающих цели регионального развития, социальную ситуацию, особенности функционирования и развития системы социальной защиты населения и стратегии поведения участников.

Психолого-педагогический анализ современной теории и практики педагогического регулирования регионализации профессионального образования в области социальной работы с ВИЧ-инфицированными показал, что задачи, стоящие перед российским образованием на современном этапе, требуют совершенствования не только структурно-содержательной стороны высшего профессионального образования, но также форм и методов профессиональной подготовки специалистов. Компетентностная парадигма модернизации пока слабо обеспечена средствами ее реализации, а многочисленные психолого-педагогические идеи относительно целей, содержания и способов подготовки специалистов в области социальной работы в большинстве своем имеют частный характер.

* * *

1. Данакин Н.С. Теоретические и методические основы проектирования технологий социального управления. – Белгород: Центр социальных технологий, 1996

2. Кольцова О.В. Роль социального работника в оказании паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе: руководство для специалистов по социальной работе и социальных работников системы здравоохранения. – М.: РОО СПИДинфосвязь, 2007.

3. Макеева Т.Е. Регулирование взаимодействия рынка труда и рынка образовательных услуг в регионе : Дис. ... канд. соц.наук. - Белгород , 2009

4. Реутова М.Н. Механизмы регулирования социальной мобильности молодежи в условиях трансформации российского общества: дисс. ... канд. социол. наук: - Белгород, 2004

5. Смольякова Т. Кадры решают все: Правительство одобрило концепцию действия на рынке труда // Российская газета. – 2008. – 27 августа

6. Социальное управление: Словарь / Под ред. В.И. Добренкова, И.М. Слепенкова. - М.: Изд-во МГУ, 1994

7. Холостова Е.И. Профессиональный и духовно-нравственный портрет социального работника. –М.: Изд-во «Союз», 1993.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ
КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ СПИДА У ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

**Петрова Е.А.
Коровина Е.П.**

Психологическая безопасность образовательной среды рассматривается авторами как важнейший компонент профилактики ВИЧ-инфекции в области снижения и устранения риска инфицирования.

Ключевые слова: психологическая безопасность, безопасность образовательной среды, профилактика СПИДа.

Любое социально ориентированное государство выделяет группы, которым необходимо повышенное внимание со стороны общества и особая охрана их права на жизнь. К этим группам населения, в первую очередь, относятся дети и молодежь. Логика демографического развития требует гарантированного создания условий для безопасного детства для каждого без исключений российского ребёнка, что связано с соответствующими направлениями деятельности систем здравоохранения, образования, безопасности и социальной защиты.

Серьезным препятствием на пути безопасного детства - становится эпидемия СПИДА. На 31 декабря 2007 года в России зарегистрировано 403 100 случаев ВИЧ-инфекции, из них 2 636 – среди детей. Пациентов с диагнозом "СПИД" – 3 639.

Развития эпидемии ВИЧ-инфекции имеет в Российской Федерации характерные особенности [1]:

1. Ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции продолжает оставаться инфицирование при парентеральном употреблении наркотиков.
2. Практически вся эпидемия сосредоточена в наиболее молодой, дееспособной и максимально активной (в том числе и в демографическом отношении) части населения. Свыше 80% ВИЧ-инфицированных составляют лица от 15 до 30 лет.
3. Имеет место стойкая тенденция роста случаев ВИЧ среди женщин, что позволяет говорить о феминизации эпидемии, также повсеместно отмечается повышение регистрации ВИЧ инфекции среди беременных женщин и как следствие рост числа детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.
4. Эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает распространяться на фоне продолжающихся эпидемии наркомании и развития индустрии сексуальных услуг.
5. Растет число находящихся на «поздних стадиях» ВИЧ-инфекции, и нуждающихся в антиретровирусной терапии, наблюдается рост регистрации вторичных заболеваний и смертности среди ВИЧ-инфицированных.

Несмотря на некоторые позитивные сдвиги, по прежнему актуальной остается проблема финансирования из национальных бюджетов мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции.

За последние два года в России отмечен значительный прогресс в улучшении доступа к профилактическому лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции, приняты беспрецедентные по масштабам национальные программы и проекты в этой сфере [5].

Степень государственного внимания к проблеме ВИЧ все больше устраивает россиян (в марте 2007 года - 35%, в 2009 году - 44%). Такого мнения придерживаются, в основном, 18-24-летние (50%). Одновременно, снижается доля тех, кто считает, что государство мало заботится об этом вопросе (с 52% до 43% соответственно), отмечается в пресс-релизе ВЦИОМ, распространенном в текущем году преддверии Всемирного Дня Борьбы со СПИДом.

	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год	2010 год
Диагностика	1200 млн. руб.	2277,5 млн. руб.	2799,932 млн. руб.	3400 млн.руб.	3404,74 млн.руб.
Лечение	1700 млн. руб.	5322,5 млн. руб.	4800 млн. руб.	5500 млн.руб.	8143,3 млн.руб.
Профилактические программы	200 млн. руб.	200 млн. руб.	200 млн. руб.	400 млн.руб.	400 млн.руб.
ВСЕГО	3100 млн. руб.	7800 млн. руб.	7800 млн. руб.	9300 млн. руб.	11948 млн.руб.

В целях эффективного выполнения задач, поставленных в рамках приоритетного национального проекта, изменена система организации и оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, которая перестала быть прерогативой только специализированных медицинских учреждений.

В деятельности образовательных учреждений сегодня особое внимание должно быть направлено *на формирование здорового поколения через создание в семье и ближайшем окружении детей и молодежи предпосылок создания культуры здоровья, законопослушного поведения и профилактики девиантного поведения в детской и молодежной среде* [9].

Создание этих предпосылок должно осуществляться путем создания безопасных условий развития ребенка на трех уровнях: физическом, психологическом, социальном.

Первый уровень достигается в результате создания экологически чистой среды проживания, натуральных продуктов питания, профилактики различных заболеваний, эффективного медицинского обслуживания, сведения к минимуму детского травматизма. Одним из главных элементов определяющих национальную безопасность страны, является здоровье ее населения, включая подрастающее поколение. Одним из важнейших направлений *деятельности образовательных учреждений становится сохранение и укрепление здоровья обучающихся, формирование здорового образа жизни ребенка, развитие физической культуры и культуры здоровья.*

Второй уровень обеспечивается, в первую очередь, созданием комфортного психологического климата в семье и образовательных учреждениях, условий для максимального развития способностей ребенка, его формирования как адекватного современным условиям существования общества гражданина. Это направление деятельности образовательных учреждений направлено *на формирование психологически безопасного и поддерживающего ребенка школьного окружения.*

Третий уровень предполагает осуществление государственной политики поддержки детства, формирования ответственного родительства, наличие определенных социальных программ, направленных на решение различных проблем современного образования и воспитания детей, профилактику различных отклонений в социализации. Это направление деятельности образовательных учреждений *направлено на семью, формирование безопасного и поддерживающего в здоровьесберегающем устремлении ребенка семейного окружения.*

Образовательную среду, в которой большинство участников имеет положительное отношение к ней, и в которой отражены высокие показатели индекса удовлетворенности и защищенности от психологического насилия, можно назвать психологически безопасной образовательной средой. Вне сомнений, психологическая безопасность – одно из требований безопасности образовательного процесса, одно из условий качества образования. Однако научные исследования свидетельствуют о том, что в образовательных учреждениях не только часто отсутствуют психолого-педагогические возможности для обеспечения психологической безопасности образовательной среды, но и увеличивается количество негативных тенденций в учебно-педагогическом взаимодействии.

Понимание путей повышения психологической безопасности в образовательной среде, требует определения условий и факторов опасности, которая может воздействовать на участника образовательного процесса.

Структура воздействия опасности существует в двух основных аспектах: статистическом и динамическом, при этом статистический аспект предполагает источник опасности, объект, подвергающийся опасности, средства, которые воздействуют на объект опасности; к динамическому аспекту же относятся: цель источника опасности, процесс воздействия на объект и результат воздействия.[14]

Применительно к проблеме психологической безопасности образовательной среды, названные понятия можно рассмотреть следующим образом:

1. источник опасности может содержаться в сферах профессиональной деятельности и поведении личности, носит субъективный характер;

2. объект опасности – всегда человек, то есть субъект. В школьной среде, как правило, присутствуют следующие виды опасности: неадекватно отражаемая объектом; воспринимаемая активно, нейтрально, либо пассивно; объект чаще не информирован об опасности и не подготовлен к ней – неосознанная опасность;

3. средства действия опасности могут быть структурно сложными и простыми, наиболее встречаемые – сложные и организованные воздействия, но, без сомнения, в образовательной среде данные воздействия можно предотвратить;

4. цель источника опасности может спланированной, либо стихийно возникшей, направленной на индивида, группы людей, либо общество;

5. по способу воздействия опасность может быть прямой и косвенной, и действующей либо постоянно, либо периодически;

6. результат воздействия опасности – ущерб может быть восстановим, или катастрофическим, невосстановимым.

Одним из отличительных признаков школы должна стать защитная функция по отношению к личности каждого члена школьного сообщества. Под защитой должны находиться все права человека – на свободный выбор содержания, форм, режимов образования (Маслоу, Роджерс). Гуманные отношения между людьми могут развиваться наилучшим образом, если будут существовать безопасность и защищенность. Согласно гуманистической ориентации защищенность можно определить как комфортность, степень толерантности во взаимодействии коллег, исключение каких-либо форм насилия[10].

По данным исследования, которое проводилось под руководством О.Е.Лебедева в 1999 году, хорошая школа, по мнению учащихся, должна обладать признаком безопасности, то есть без опасности насилия, унижения и оскорбления[2]. По мнению же родителей, в хорошей школе должно быть не только высокое качество образования, но и обеспечена безопасность детей, забота об их здоровье (исследование С.Г.Вершловского и его сотрудников). Г.А.Цукерман выделил условия, которые необходимы для воспитания человека, способного к саморазвитию: сотрудничество ребенка со взрослым, учителем, получение необходимой помощи; совместная работа учащихся; обеспечение психологической безопасности работы группы – это установление чувства доверия, общности, защищенности и поддержки [10].

Согласно интеракционистской теории личность, будучи внутренне относительно устойчивой в своих базовых свойствах, внешне может проявлять себя по-разному в зависимости от складывающихся обстоятельств. У каждого человека есть свои положительные и отрицательные черты, свои особые достоинства и недостатки. То, какой стороной, положительной или отрицательной, он выступает во взаимоотношениях с людьми, зависит от этих людей и социального окружения, от особенностей группы, в которую он включен в данный момент времени. Иначе говоря, поведение человека в группе определено не только личностью, но и особенностями группы.

Замечена такая закономерность: чем ближе по уровню своего развития группа находится к коллективу, тем более благоприятные условия она создает для проявления лучших сторон в личности и торможения того, что в ней есть худшего. И напротив,

чем дальше группа по уровню своего развития отстоит от коллектива и чем ближе она находится к корпорации (так называют группу, в которой складываются отношения, противоположные коллективистским), тем большие возможности она предоставляет для проявления в системе взаимоотношений худших сторон личности с одновременным торможением лучших личностных устремлений [10].

Таким образом, сознание групповой принадлежности, солидарности, взаимопомощи дает школьнику чувство эмоционального благополучия и устойчивости. Общение в группе оказывает воздействие на установки, ценности, самосознание, то есть на структуру мировоззрения учащегося, а различные группы могут быть частью школьной образовательной среды. Важным условием здесь является наличие психологической безопасности в группе, поэтому важно превращение школьной среды общения в референтную.

По мнению С.Д.Дерябо, образовательная среда представляет собой совокупность всех возможностей обучения, воспитания и развития личности, как позитивных, так и негативных [6]. Л.Н.Бережнова рассматривает школу также как возможный источник депривации, так как длительное ограничение возможностей самореализации ученика приводит к специфическому изменению его личности, побуждающему его выработать установки, исходя из переживаний разобщенности значимых связей и отношений, ощущения незащищенности. Как итог – отчуждение от школы воспринимается учеником как естественное поведение [10].

Исследователи связывают отчуждение с определенным видением учителями результатов своей деятельности, они его не замечают, так как безразличны к отношениям и больше ориентированы на учебные достижения. Специалисты Ярославской медицинской академии предложили термин синдром педагогического насилия, обозначающий возникновение комплекса отклонений в состоянии здоровья школьников под влиянием неадекватных педагогических методов, действий и программ. В.Н. Ганузин предложил классификацию данного синдрома:

1. Синдром легитимного (узаконенного) педагогического насилия.
2. Синдром административного педагогического насилия.
3. Синдром авторитарного педагогического насилия.

Синдром легитимного педагогического насилия проявляется под воздействием утвержденных министерством учебных программ, которые дети не могут усвоить в силу своих физиологических и психических особенностей. Возникновение функциональных отклонений и хронических заболеваний под влиянием образовательных программ чаще происходит у учеников 1–4-х и 10–11-х классов.

Синдром административного педагогического насилия – это развитие отклонений здоровья у детей, связанных с введением администрацией незаконных программ, обязательных и факультативных занятий, замены одних уроков другими – по профилю школы (например, физкультуры – иностранным языком или математикой и т.д.).

Синдром авторитарного педагогического насилия возникает при непосредственном контакте учителя и ученика. Давление со стороны педагога может быть направлено на целый класс, группу школьников или конкретного ребенка [11].

Обычно сам факт насилия открыто не обсуждается. Учителя дают понять детям, о чем не следует говорить. Бывают и другие ситуации – когда педагог открыто обсуждает конфликт и привлекает на свою сторону основную массу учащихся и таким образом способствует изоляции отдельного ребенка или группы школьников.

Еще одним следствием педагогического насилия может стать разочарование в школе. Многие ребята в силу причин (например, плохой подготовки, определенного типа мышления, частых заболеваний, вынужденных пропусков уроков) не могут усвоить новые темы, не имея базовых знаний. Постепенно количество предметов, по которым ученик имеет плохие оценки, увеличивается. Преподаватели, вместо того чтобы понять проблему и помочь, «записывают» таких ребят в двоечники. Иногда они получают обидные прозвища и оскорбления от сверстников [2].

Дети, которые не справляются с программой, терпят двойное насилие:

- 1) в школе, когда их принуждают заниматься тем, что им не под силу;
- 2) дома, когда их упрекают за плохие оценки и заставляют готовить уроки.

Результаты многих исследований показывают, что формальный уровень насилия системы (учебные программы и стандарты) влияет на неформальный уровень – на межличностные отношения детей со своими родителями (наказание за плохую успеваемость), с педагогами и со сверстниками [11].

Выделены факторы, способствующие насилию в школе:

1. Анонимность больших школ и отсутствие многообразия выбора образовательных учреждений.

2. Плохой микроклимат в учительском коллективе. Насильственность в поведении учителя обусловлена, в принципе, теми же факторами, что и у детей. В учительских коллективах, имеющих авторитарный стиль руководства, такие же отношения, что и между учениками и учителями: «Кто сверху — тот и сильнее». Раздражительность, неудовлетворенность учителей может выплескиваться и переходить в агрессию по отношению к детям.

3. Равнодушное и безучастное отношение. Перегруженные работой учителя часто не вмешиваются в детские разборки [6].

4. Наличие общепризнанных социальных ролей, включающих роли «жертвы» и «хозяина».

5. Традиции в социуме, пропагандируемые средствами массовой информации.

Насилию над детьми в школе со стороны учителя способствует также и то, что дети, как правило, не знают, что учитель не имеет права этого делать, не сообщают об этом родителям. Учитель в школе чаще всего прибегает к психологическому насилию, которое ни учениками, ни их родителями, как правило, не воспринимается как насилие.

Школьное насилие оказывает на детей прямое и косвенное влияние.

Во-первых, длительные школьные издевки сказываются на собственном «Я» ребенка. Падает самооценка, он чувствует себя затравленным. Такой ребенок в дальнейшем пытается избегать отношений с другими людьми. Часто бывает и наоборот — другие дети избегают дружбы с жертвами насилия, поскольку боятся, что сами станут жертвами, следуя старой учительской логике: «Каков твой друг — таков и ты». В результате этого формирование дружеских отношений может стать проблемой для жертвы, а отверженность в школе нередко экстраполируется и на другие сферы социальных отношений. Такой ребенок и в дальнейшем может жить по «программе неудачника».

Во-вторых, попадание в роль жертвы является причиной низкого статуса в группе, проблем в учебе и поведении. У таких детей высок риск развития нервно-психических и поведенческих расстройств. Для жертв школьного насилия чаще характерны невротические расстройства, депрессия, нарушения сна и аппетита, в худшем случае возможно формирование посттравматического синдрома.

В-третьих, у подростков школьное насилие вызывает нарушения в развитии идентичности. Длительный стресс порождает чувство безнадежности и безысходности, что, в свою очередь, является благоприятной почвой для возникновения мыслей о суициде [2].

Психологическое насилие представляет основную угрозу психологической безопасности образовательной среды, оно является исходной формой любого вида насилия и труднее всего формализуется, потому его структурные компоненты до сих пор не определены. Для того, чтобы отказаться от психологического насилия и создать безопасную окружающую среду, человек должен иметь представление не только о том, что является насилием, но и как создать условия для внутренней безопасности и безопасности референтной окружающей среды, должен уметь управлять чувствами и идентифицировать происходящее в группе, определять пути, с помощью которых опасное поведение может стать насильственным.

Отсутствие психологической безопасности следует рассматривать как некоторый негативно-универсальный фоновый фактор среды, противодействующий формированию

всех видов здоровья и способствующий распространению опасных заболеваний у подрастающего поколения в условиях современных образовательных учреждений. Идея психологической безопасности образовательной среды должна быть реализована в программах, реализуемых в трех уровнях этой профилактики: первичном, вторичном и третичном.

Как известно, первичная профилактика ВИЧ включает в себя виды деятельности, предназначенные для предотвращения инфицирования здоровых людей (например, путем сексуального просвещения, проведения пропагандистских кампаний об использовании презервативов, осуществление программ обмена использованных игл).

Вторичная профилактика ВИЧ связана с деятельностью, направленной на поддержание качества жизни ВИЧ-инфицированных (например, проведение тестирования на антитела на ВИЧ, чтобы люди могли узнать свой статус; консультирование о социальных правах; программы, направленные на изменение образа жизни; лоббирование против дискриминации).

Целью третичной профилактики ВИЧ является минимизация последствий болезни, которые испытывают люди с симптомами ВИЧ/СПИДа (например, профилактическое использование лекарств и дополнительной терапии; консультирование о социальных правах для получения максимальных льгот; образовательные программы о поддержке иммунной системы; лоббирование интересов больных).

Психологическую безопасность следует рассматривать как важнейший компонент профилактики ВИЧ-инфекции и в плане снижения риска, и в плане устранения риска инфицирования в образовательной среде.

Однако в практике работы образовательных учреждений на территории РФ такое понимание проблемы не стало всеобъемлющим и очевидным. В целом, сегодня профилактика ВИЧ связана исключительно с просвещением, а центральное место в «традиционном» просвещении занимает уровень знаний и разработка мероприятий, цель которых: проинформировать или обучить молодых людей в надежде на то, что те начнут вести более здоровый образ жизни.

* * *

1. Бережнова Л.Н.. Депривация в образовательном процесс. – СПб.,1999,С.32-38

2. Волкова Е.Н. Защита детей от жестокого обращения. – СПб.,2007..

3. Ганузин В.М., Черная Н.Л., Ганузина Г.С.Врачебная профессиональная консультация и профессиональный отбор школьников с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья. - Ярославль, 2002. - 80с.

4. Дерябо С.Д.. Экологическая психология: диагностика экологического сознания. - М.: Московский психологосоциальный институт, 1999. - С.52

5. Жуков В.И. «Социальный набат». - М.: Издательство РГСУ 2010. - 224 с.

6. Зиновьева Н.О.,Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия// Ребенок в кризисной ситуации. – СПб.,2003.

7. Келли Г. Две функции референтных групп // Современная зарубежная социальная психология. М.: Издательство Московского университета, 1984. СС. 197-203.

8. Лебедев О.Е Уклад школы как составная часть содержания школьного образования // Образовательная среда школы: проблемы и перспективы развития. – СПб.,2001. - СС.34-38.

9. Петрова Е.А. Практика реализации современных подходов к формированию в семье и ближайшем окружении детей и молодежи профилактики девиантного поведения (обзор научно-методических материалов// Социальная ортобиотика: теория, методология и практика: сборник научных трудов /Под ред. д. психол. н., проф. Е.А. Петровой. – М.: РИЦ АИМ, 2010. – С. 58-65

10. Попов Е.Б.. Проблемы безопасности и ЧС. - С.45

11. Проблемы насилия над детьми и пути их преодоления/Под ред.Е.Н.Волковой. – СПб.: Питер, 2008. – 240 с.

12. Рассоха Н.Г., Баева И.А. Психологическая безопасность и развивающее образование // Материалы 3 Российской конференции по экологической психологии. - М., 2002. - СС. 92-94

13. Социальная ортобиотика семьи: коллективная монография /Под ред. д. психол. н., проф. Е.А. Петровой. – М.: РИЦ АИМ, 2010. – 75 с.

14. Сухов А.Н. Социальная психология безопасности. М.:АКАДЕМИЯ, 2002. – 256 с. (СС.22-39).

15. Цукерман Г.А. Психология саморазвития: задача для подростков и их педагогов. – М.,2008. - 256с.

ОСОБЕННОСТИ ПРИНЯТИЯ БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ОСУЖДЕННЫХ ЖЕНЩИН

Калинова И.Л.
Молоствова Г.В.

В статье рассматриваются особенности самоотношения, общения и потребностной сферы ВИЧ-инфицированных осужденных женщин. Обозначены психологические модели переживания болезни ВИЧ-инфицированными осужденными.

Ключевые слова: самоотношение осужденных женщин, общение осужденных женщин, факторные типологии ВИЧ-инфицированных осужденных.

В настоящее время в пенитенциарных учреждениях России содержится более 49 тысяч ВИЧ-инфицированных осужденных, более 4 тысяч (8,5%) из них женщины [2].

Пребывание в местах лишения свободы является для ВИЧ-инфицированных осужденных своеобразным «двойным» стрессом. Это стресс от необходимости адаптироваться к болезни и одновременно к условиям отбывания наказания. Кроме того, ВИЧ-инфекция имеет явно выраженный психосоциальный компонент. С одной стороны, заражение происходит вследствие рискованного поведения, которое провоцируется и психологическими, и социальными факторами, с другой – заболевание имеет свои социально-психологические последствия [5]. Эти факторы обуславливают необходимость профилактики дезадаптации данной категории осужденных (в период отбывания наказания) и необходимость поиска специфических ресурсов, на которых строится их исправительная психокоррекция, способная увеличить вероятность их правопослушного поведения после освобождения.

Исследования социально-демографических и психологических особенностей ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, дающих понимание научно-психологических основ их психологической коррекции, в научной специальной литературе встречаются достаточно часто [см. например: 6].

Социально-психологическая характеристика осужденных женщин с диагнозом ВИЧ-инфекция в литературе встречается значительно реже и приводится преимущественно в контексте социально-медицинских исследований [см. например: 4]. Между тем, для психологов женских исправительных учреждений проблема построения исправительной психокоррекции данной категории клиентов очень актуальна. Процент ВИЧ-инфицированных осужденных в женских исправительных учреждениях несколько выше, чем в мужских.

Несомненно, наличие у человека тяжелого соматического заболевания накладывает отпечаток на его психологию, трансформирует его поведение.

Исследователи отмечают, что диагноз «ВИЧ-инфекция» в большей степени имеет «психологическую нагрузку». Этот диагноз означает угрозу потенциальную, реактивную, отложенную на неопределенный срок. При построении методик работы психолога с данной категорией клиентов, на наш взгляд, особенно важно понимать, как данный диагноз включается в структуру самоотношения, общения и потребностно-смысловую сферу осужденных. Учеными доказано, что самооценка себя в болезни очень важна в структуре адаптационных стратегий ВИЧ-инфицированных. Так в исследовании Т.А. Болдыревой показано, что особенности субъективной интерпретации актуальной жизненной ситуации ВИЧ-инфицированными осужденными в значительной мере определяют стратегии психологической работы с ними [1].

Для развития идеи поиска внутренних ресурсов адаптации личности ВИЧ-инфицированного к жизни со своим диагнозом в условиях исправительного учреждения нами проведено эмпирическое исследование особенностей, самоотношения, общения и потребностной сферы на выборке ВИЧ-инфицированных осужденных женщин.

В исследовании приняли участие 255 осужденных женщин с диагнозом ВИЧ-инфекция и 155 осужденных женщин, не имеющих диагноза ВИЧ.

Батарея тестов включала в себя: Опросник межличностных отношений (FIRO В. Щутца), Методику исследования самооотношения (МИС) С.Р. Пантелеева, методику САН.

Средний возраст опрошенных ВИЧ-инфицированных осужденных женщин 31 год, что несколько выше среднего возраста прочих осужденных - 28 лет. Этот факт, на наш взгляд, говорит о том, что к совершению преступления данные испытуемые приходят в старшем возрасте. Диагноз ВИЧ у большинства осужденных является следствием наркомании, а преступление совершается наркоманами спустя некоторое время после начала активного употребления наркотиков и является способом материально обеспечить свою наркоманию.

Таким образом, личность ВИЧ-инфицированной осужденной женщины сочетает в себе опыт переживания наркотической зависимости, опыт переживания и принятия смертельного диагноза и опыт специфического воздействия среды исправительного учреждения. При таких исходных предпосылках возможны различные и вероятно полярные варианты адаптации.

В анкету нами включались вопросы о дефицитах, испытываемых осужденными в детстве (рис.1).

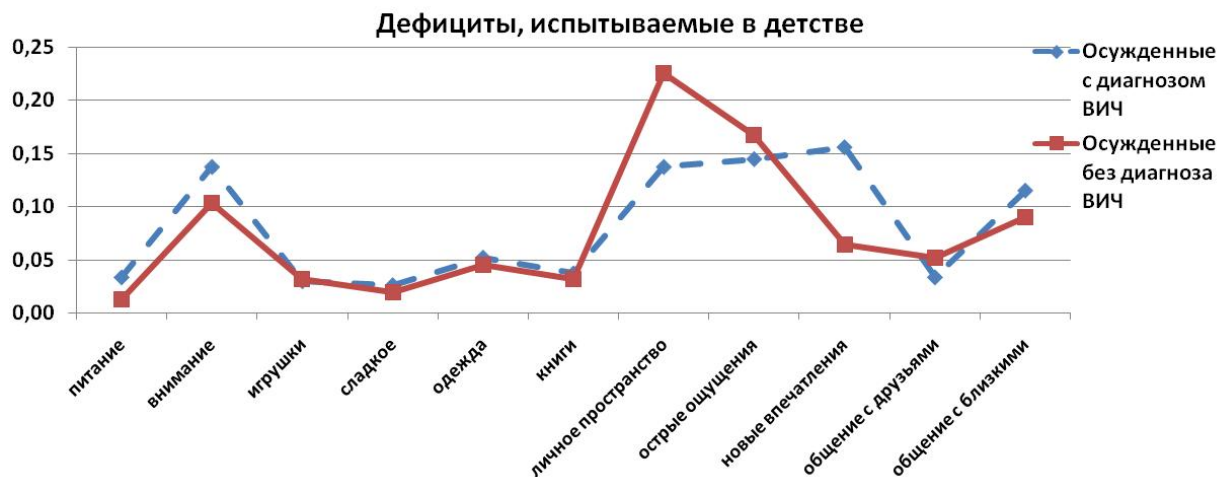


Рис. 1

Исследования личностных особенностей осужденных с включением в анкеты данного вопроса позволяют сделать вывод, что весомый вклад в оценку степени того или иного дефицита детства вносит актуальное состояние потребностей испытуемых.

Обследованные ВИЧ-инфицированные испытуемые значимо более других осужденных ориентированы на поиск новых впечатлений. Это, на наш взгляд, свидетельствует о том, что в выборке больных ВИЧ высок процент испытуемых, которые, осознавая смертельную угрозу заболевания, начинают ориентироваться на ценность познания нового и свое личностное развитие.

Сфера общения ВИЧ-инфицированных осужденных характеризуется значимо более низким показателем стремления контролировать общение, чем у прочих осужденных ($p < 0,01$) (рис. 2). Низкие значения по шкале Се – означают, что испытуемый в общении избегает принятия решений и взятия на себя ответственности. Низкая выраженность контроля в общении свидетельствует о приспособительной роли в общении, которую избирают испытуемые. Они так же, как и прочие осужденные, включаются в общение и ожидают такого же включения со стороны других людей, но не стремятся доминировать во взаимодействии и довольствуются тем, как его выстраивает собеседник. Подобная картина может говорить о большей выраженности у ВИЧ-инфицированных женщин субъект-субъектной позиции в отношениях с другими людьми.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В СОВРЕМЕННОМ СОЦИУМЕ

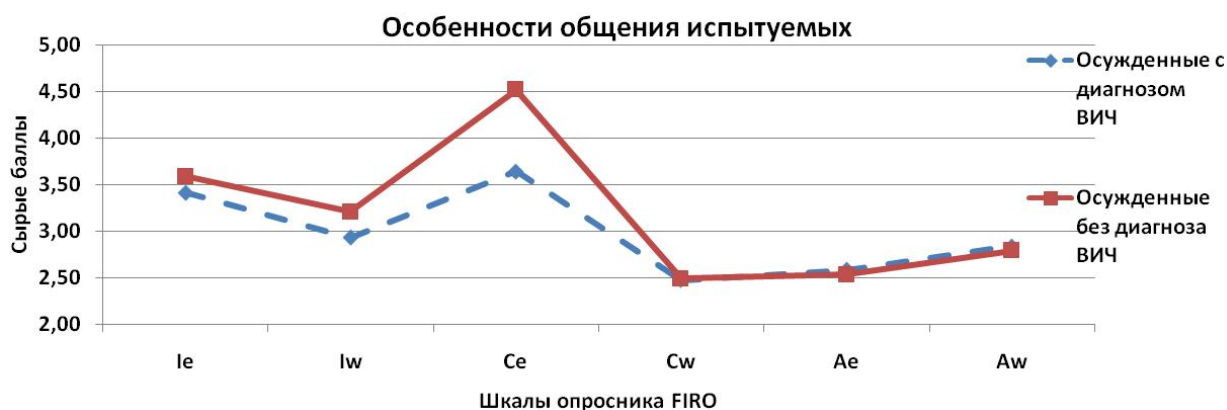


Рис. 2

Сфера самоотношения осужденных с ВИЧ по сравнению с прочими осужденными характеризуется значительно менее выраженными ($p < 0,01$) самоуверенностью и самооценностью (рис. 3), что также может говорить о более выраженной ориентации во взаимодействии на другого человека. То есть женщины с ВИЧ склонны ориентироваться во взаимодействии на других людей, без болезненного подчеркивания собственной ценности.



Рис. 3

Поведенный факторный анализ данных тестирования осужденных женщин с ВИЧ позволил построить факторную типологию ВИЧ-инфицированных осужденных. По соответствию критерию каменистой осыпи Р. Кеттела и полноте содержательных характеристик была отобрана 4-факторная структура (табл. 1).

Факторы нами обозначены как: 1 Воспитание без обоих родителей (детдом). Материальные дефициты. 2. Молодость. Легкость в общении. 3. Самоуважение и ауто-симпатия. 4. Воспитание без отца в неполной семье. Отрицание наркотиков.

Содержание 1 и 4 факторов показывает существенное влияние семейной дезадаптации на формирование испытуемых. В первом случае это воспитание вне семьи, вероятнее всего, в детском доме и существенно выраженные материальные дефициты (питания, игрушек и др.). Во втором случае это воспитание в семье матерью и другим человеком (очень часто это бабушка), но без отца.

2 и 3 факторы, на наш взгляд, могут характеризовать модели приспособления к диагнозу ВИЧ. Это (2 фактор) либо уход в эмоциональное общение и взаимоподдержку, характерный больше для молодых, либо поиск оснований для самоуважения (фактор 1).

Таблица 1

Содержание факторной структуры ВИЧ инфицированных
Factor Loadings (Varimax normalized) Principal components (> 0,40)

Переменные	Факторы	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Возраст		0,27	-0,45	0,09	-0,05
Не состояла в браке		-0,20	0,41	-0,19	0,03
Среднее образование		-0,17	0,11	-0,21	0,54
Среднее профессиональное образование		0,21	0,03	0,03	-0,50
Воспитывался в полной семье		-0,15	-0,15	0,28	-0,57
Воспитывался без отца		-0,12	0,08	-0,22	0,45
Воспитывался без обоих родителей		0,50	0,12	-0,18	0,31
Воспитывался другим человеком		0,24	0,04	-0,03	0,41
Испытывал дефицит питания		0,56	-0,02	-0,07	0,11
Испытывал дефицит игрушек		0,50	-0,09	-0,14	0,12
Испытывал дефицит сладкого		0,55	0,03	0,09	0,03
Испытывал дефицит книг		0,52	0,08	0,05	-0,04
Принципиально не употреблял наркотики		0,09	-0,24	0,15	0,44
le		-0,02	0,60	0,26	-0,05
lw		0,05	0,62	0,14	0,07
ce		-0,07	0,50	0,36	-0,20
cw		0,02	0,52	-0,10	-0,04
ae		0,13	0,40	0,04	-0,08
aw		-0,10	0,41	-0,05	-0,14
Самоуверенность		0,01	0,03	0,62	-0,10
Отраженное самоотношение		0,13	0,12	0,52	-0,05
Самоценность		-0,09	0,20	0,56	-0,17
Самопривязанность		0,10	-0,25	0,44	-0,12
Внутренняя конфликтность		-0,01	-0,04	-0,58	-0,03
Самообвинение		0,00	-0,05	-0,49	0,00

Медики и психологи исправительных учреждений отмечают факт, на наш взгляд, характеризующий психологические особенности личности ВИЧ-инфицированных осужденных женщин. Так, в выборке обследованных с диагнозом ВИЧ 53% женщин (141 исп.) минимизируют свои обращения за медицинской помощью. Таким образом, они изыскивают собственные ресурсы для самоподдержки и переживания своей болезни.

Факторизация данных тестирования осужденных женщин с диагнозом ВИЧ и не обращающихся к врачу позволила построить 3-факторную структуру. 1 фактор – легкое общение и самочувствие. 2 фактор – открытость и отказ от наркотиков. 3 фактор – воспитание без отца, внутренний конфликт. В этой структуре мы также отмечаем ведущую роль общения и открытости в модели самоподдержки ВИЧ-инфицированных.

На рисунке 4 показан график, иллюстрирующий результаты кластеризации факторных решений выборки ВИЧ-инфицированных женщин, не обращающихся за меди-

БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В СОВРЕМЕННОМ СОЦИУМЕ

цинской помощью. На графике видно, что акцент на легкость общения и активизация открытости и честности с собой – это самостоятельные модели переживания болезни. Но обе они приводят к тому, что женщина находит ресурсы, позволяющие переживать свою болезнь без обращения к врачам.

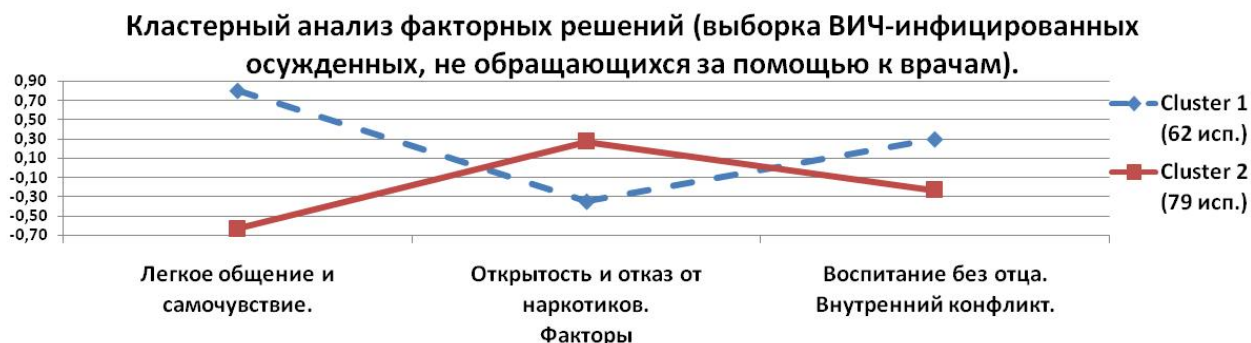


Рис. 4

В выборке осужденных с ВИЧ, систематически обращающихся к врачам, факторный анализ позволил построить 5-факторную структуру. Факторы были названы так: 1. материальное благополучие; 2. самоуважение; 3. большой возраст и затрудненность общения; 4. воспитание без родителей, непринятие себя; 5. Алкоголизм. В данной структуре легкость общения заменяется его затрудненностью, а открытость дополняется самоуверенностью и самооценностью при снижении самопринятия.

На рисунке 5 показан график кластеризации факторных решений, полученных на данной выборке.

Обращают на себя внимание следующие факты.

1. 86 испытуемых (75%) имеют затруднения неформального общения и в обращениях к врачам, скорее всего, пытаются компенсировать именно свою неудовлетворенность общением и, следовательно, основной тактикой психологической помощи этой категории клиентов психолога может стать включение их в различные формы общения (психотерапевтические группы, индивидуальные консультации).

2. Для 28 испытуемых (25%) характерна особая структура самоотношения, выраженные факторы самоуважения низким самопринятием. В исследованиях С.Р. Пантелеева [3] обнаружены отрицательные связи самопринятия с локусом контроля. То есть низкое самопринятие может говорить об интернальности локуса контроля. Таким образом, для данной группы испытуемых обращение к врачу может являться способом получения информации, необходимой для переживания своего заболевания. Подобная активная жизненная позиция совладания с болезнью несомненно способствует укреплению самоуважения.



Рис. 5

Анализ особенностей общения, самоотношения и потребностной сферы ВИЧ-инфицированных женщин, отбывающих наказание в виде лишения свободы, позволяет сделать следующие выводы.

В данной выборке встречаются как минимум 4 психологические модели переживания болезни.

1. Это уход в эмоционально насыщенное общение и взаимную поддержку, характерный для молодых осужденных. Осужденные с диагнозом ВИЧ создают малые группы взаимной поддержки и таким образом компенсируют психологические издержки болезни. К врачам исправительного учреждения они, как правило, не обращаются (24% испытуемых).

2. Это самоуважение за прекращение приема наркотиков и алкоголя, и стержнем жизни человека в этом случае становится энергия самопреодоления. Такие осужденные тоже не склонны обращаться к врачам, но очень нуждаются в поддержке и поощрении такого поведения со стороны психолога (31% испытуемых).

3. Обращение за психологической поддержкой к врачам в попытках компенсировать неудовлетворенную потребность в общении. В число таких больных входит 75% обращающихся за медицинской помощью к врачам. Роль психологического сопровождения в данном случае может сводиться к созданию микросреды общения и включения в нее таких осужденных (34% испытуемых).

4. Стремление самостоятельно управлять собственной жизнью, получая и анализируя информацию о болезни (12% испытуемых).

В целом характеризуя психологию женщин осужденных с диагнозом ВИЧ, можно отметить наличие у многих испытуемых потенциала саморазвития и конструктивного совладания с болезнью, являющегося следствием глобальной переоценки ценностей, происходящей в момент осознания и принятия факта неизлечимого заболевания.

На данном фундаменте можно строить стратегию психокоррекционного сопровождения данной категории клиентов психолога исправительного учреждения.

* * *

1. Болдырева Т.А. Субъективная интерпретация актуальной жизненной ситуации как предмет психологического исследования (на примере ВИЧ-позитивных заключенных колонии общего режима). // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2006. – № 9 (Сентябрь Часть 1). – СС. 87-93.

2. Никитин Д.А. К вопросу о введении специальных условий содержания ВИЧ-инфицированных осужденных. // Человек: преступление и наказание – 2010, № 1. – СС. 139-142

3. Пантелеев С.Р. Методика исследования самоотношения. – М.: Смысл, 1993. – 32 с.

4. Савосина О.Г., Сивак В.В. ВИЧ-инфекция и некоторые вирусные инфекции у бере-

менных женщин в условиях пенитенциарной системы Краснодарского края. //Аллергология и иммунология. – 2006. Т. 7. – № 3. – СС. 406-407.

5. Санникова О.Е., Соловьев А.Г., Сидоров П.И. Социально-психологические аспекты дезадаптации ВИЧ-инфицированных лиц в пенитенциарной среде. // Экология человека. – 2009, № 4. – С. 20-24.

6. Тенета Е.Л., Датий А.В. Некоторые аспекты характеристики ВИЧ-инфицированных осужденных в учреждениях ФСИН России. // Уголовно-исполнительная система: Право. Экономика. Управление. – 2007, № 2. – СС. 32-34.

ОБРАЗ ЖЕРТВЫ КАК СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЧЕРТА СУБЪЕКТНОСТИ ПРЕСТУПНИКА

Молоствов А.В.

Задача исследования определить личностные предпосылки и стечение средовых обстоятельств, учет которых позволит корректировать преступное отношение человека к другим людям. Отмечается, что одной из важнейших составляющих, определяющей особенности криминальной субъектности взаимоотношений преступников, являются представления (образ) о жертвах преступлений, поскольку именно они составляют эмоционально-когнитивную основу преступного поведения. Рассматривается влияние субкультурных норм на представления осужденных о жертвах, сравниваются представления осужденных и правопослушных граждан.

Ключевые слова: субъектность криминальной личности, отношения преступников и жертв преступлений.

«Почти всякое человеческое действие есть не только техническая операция по отношению к вещи, но и поступок по отношению к другому человеку, выражающий отношение к нему. Поэтому другой человек со своими действиями входит в «онтологию» человеческого бытия, составляет необходимый компонент человеческого бытия» [7]. Так писал С.Л. Рубинштейн, изучая особенности человеческих взаимоотношений. Высшей формой человеческих взаимоотношений, в которых проявляются все грани личности, являются субъект-субъектные отношения. Этот тип отношений, по словам Н.И. Сарджвеладзе, можно назвать интерсубъектным. «Другой (другие) в этом случае репрезентирован перед «взором» субъекта не в качестве объекта (объектов) рассмотрения, а как себе подобное существо – человек, в равной степени наделенный живой субъективностью. Отношение к другой личности персонализировано. Другой человек здесь выступает в качестве конечной цели, а не средством для достижений определенной личной цели. Инструментализм и утилитаризм в этом случае заменяется определенным бескорыстием и альтруизмом» [8].

Особым случаем субъектности отношений являются отношения преступников и жертв преступлений. Нам представляется весьма интересным рассмотрение особенностей субъектности криминальной личности и причин, которые приводят к своеобразному «перекосу» субъектности.

Изучение личности в подобном экстремуме позволит, на наш взгляд, определить те личностные предпосылки и стечение средовых обстоятельств, учет которых позволит корректировать преступное отношение человека к другим людям.

Одной из важнейших составляющих, определяющей особенности криминальной субъектности взаимоотношений преступников, являются представления (образ) о жертвах преступлений, поскольку именно они составляют эмоционально-когнитивную основу преступного поведения.

Представления о другом человеке являются одним из уровней психического отражения, основанным на схематизации образа другого за счет интегрирования в процесс непосредственного восприятия описательных конструкций стереотипного образа другого, созданных и разделяемых в сообществе и референтных группах, с которым идентифицирует себя носитель представлений.

Образы человека по определению субъективны, т.е. зависимы от потребностей, мотивов, целей, установок, эмоций человека и т.д., следовательно, мы можем сказать, что на содержание представлений человека о другом человеке влияют личностные характеристики носителя этого представления.

Основываясь на вышеизложенном, под представлениями осужденного о жертве преступления мы понимаем сформированный у него образ жертвы, основанный на опыте непосредственного восприятия потерпевшего от своего преступления, трансформированный принятием разделяемых в сообществе и в референтных для осуж-

денного группам (преступных группам) описательных конструкций стереотипного образа жертвы и зависимый от его личностных особенностей.

Таким образом, мы можем предположить, что:

1. Представления осужденных и неосуждавшихся (правопослушных) респондентов содержат сходные элементы (поскольку и те и другие являются представителями одного общества и одной культуры).

2. Представления осужденных и правопослушных респондентов содержат различные элементы (так как осужденные имели опыт непосредственного восприятия своего потерпевшего и разделяют описания жертв, транслируемые преступной субкультурой, а правопослушные респонденты строят свои представления о жертвах преступлений, основываясь на образах, транслируемых средствами массовой информации (СМИ) [11]).

3. Представления осужденных, отбывающих наказания за насильственные и корыстные преступления, о жертвах преступлений содержат различные элементы (эти различия обусловлены разными личностными характеристиками осужденных, совершивших преступления названных типов [1]).

Для проверки данных предположений нами было проведено полевое исследование представлений осужденных о жертвах преступлений.

На первом этапе исследования мы брали индивидуальные полуструктурированные интервью у осужденных за корыстные (ст. 158 УК РФ) и насильственные (ст. 105, 111 УК РФ) преступления.

В схему интервью мы включили открытые вопросы об эмоциональной оценке осужденным жертвы преступления, вопросы о личностных характеристиках жертв и вопросы о поведении осужденного и его взаимоотношениях с потерпевшим своего преступления.

Посредством контент-анализа нами были проанализированы тексты интервью, а затем данные сравнивались по группам (осужденных, отбывающих наказания за корыстные и насильственные преступления). Целью анализа было выделение часто повторяющихся компонентов определения «жертвы вообще» – ее роли в совершении преступления, ее переживаний, желаний и действий после произошедшего преступления. Анализ позволил выделить доминирующие представления и стереотипные утверждения относительно личностных характеристик жертвы, ее переживаний и поведения, отражающие характер отношений преступников к жертвам преступлений и ожидание определенного отношения к себе от жертв. Так во всех интервью опрошенные **обсуждали тему** определения **тяжести преступлений** (в качестве примера приводим выдержки из интервью с осужденными за кражу: «...вот если кто и ворует с работы, так это начальники и бухгалтерия и никто с них не спросит, так заведено... если у человека возьмешь, тогда да, это уже статья...»; «...если надо что-то взять, то обязательно возьмут и человек будет думать что потерял или страховка сейчас у всех – все выплатят, вреда-то нет»; «...гоп-стоп – это в основном отморозки, им что мужика, что бабу какую обувь, наркоманы одни...»). Основные идеи, высказанные осужденными, сводятся к тому, что наказания за преступления против конкретного человека и преступления, где нет конкретного потерпевшего человека (кражи с государственного предприятия) должны быть разными. Потому что, если жертва преступления не видит преступника (вора), то она не страдает или страдает меньше чем в случае, когда ее грабят, и что преступления против женщин, которые не могут защищаться, являются более тяжкими, чем преступления против мужчин.

Второй доминирующей темой рассуждений опрошенных была роль **жертв в процессе совершения преступлений** (например: «...разводят одинаково, как мужчин, так и женщин. Женщин проще, они более доверчивы...»; «...Жертва – это человек порядочный, который «ведется» на всякую ерунду, доверчивый безотказный человек. Если кому-то надо, чтобы ты был жертвой, ты будешь, найдется умный человек...»; «... он не жертва, он сам людей кидал...»; «...если у него «Пионер» в машине за 13 тысяч, то не надо оставлять панель, а он даже не выключает, когда уходит. Ее вытащить – минуту надо. И сам виноват, даже в Библии вон написано – не искушай...»). Опро-

БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В СОВРЕМЕННОМ СОЦИУМЕ

шенные осужденные в своих высказываниях поднимают темы вины жертвы в совершенном преступлении, преступного поведения самих жертв.

Третья группа суждений, которые фигурировали во всех интервью это **суждения о взаимоотношениях преступников и жертв**. При этом осужденные за корыстные преступления обсуждали в первую очередь личностные качества жертв, негативно их характеризующие «...Как правило, они все жадные, в глаза говорят одно, а на самом деле стоит уйти, говорят другое, прибедряются, строят из себя невинных овечек (терпило)...»; «...они первым делом иск пишут и остальное им пофиг..., с меня отступных запросил столько, сколько я и в руках-то не держал никогда...». Осужденные за насильственные преступления в своих высказываниях чаще воспроизводили доводы, объясняющие причины своего поведения («...он не оставил мне выбора, сам на меня кидался...»; «...этот барыга просто денег должен был человеку, мы ему разъяснили, противно на него смотреть было, он и в милицию-то от страха побежал, а потом, как пацаны его подтянули, он нагородил, что впятером его били...»). Таким образом, респонденты рассуждают о потребностях потерпевших, о том, что последние могут понять или не понять преступника, могут желать либо возмещения материального ущерба и наказания преступника, либо понять и простить. Осужденные также очень часто говорят о том, что жертвы боятся преступника.

На основе текстов интервью из всего перечня утверждений о жертвах преступлений мы выделили 15 стереотипных утверждений о «жертвах», которые присутствовали в каждом из интервью. Снабдив их униполярными шкалами, имеющими семизначную градацию – от «полностью согласен» (7) до «совершенно не согласен» (1), в инструкции мы просили испытуемых выразить степень своего согласия со стереотипным мнением.

На втором этапе исследования бланк с утверждениями был предложен для заполнения осужденным мужчинам, отбывающим наказания за насильственные (ст. 105, ст. 111 УК РФ) – 84 чел. и корыстные преступления (ст. 158 УК РФ) – 63 чел. в исправительных учреждениях общего и строгого режимов. Для сравнительного анализа и проверки гипотезы о специфичности представлений о жертвах преступлений у осужденных нами была опрошена группа правопослушных респондентов (57 мужчин и 33 женщины), в которую вошли студенты и гражданские служащие.

Таблица 1

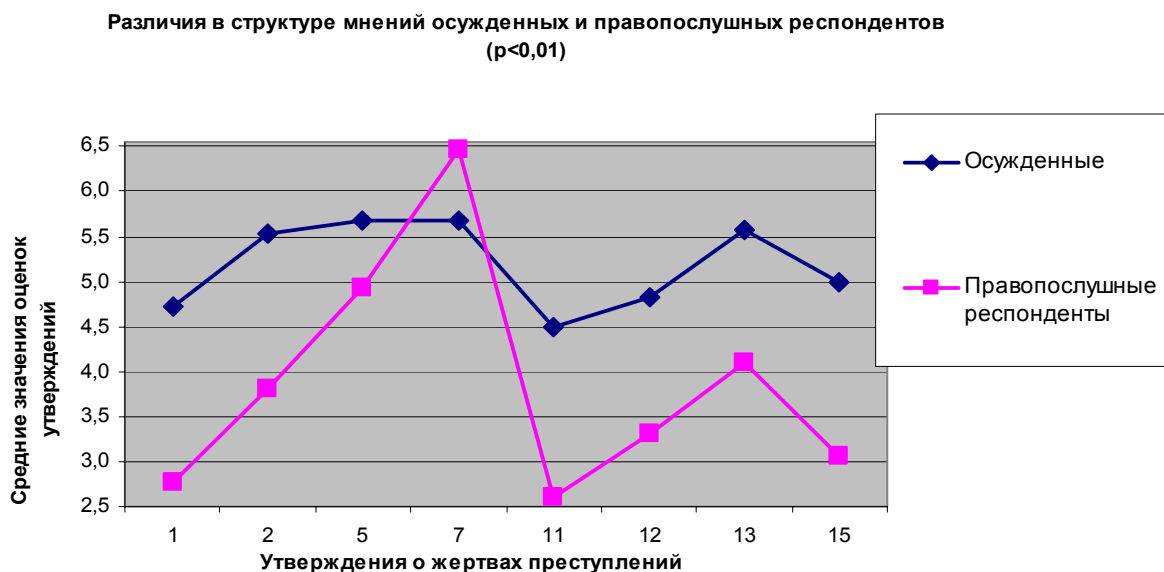
	Осужденные		Правопослушные респонденты	
	Средн. значение	Станд. отклон.	Средн. значение	Станд. отклон.
Утверждения, уровень различий по которым является значимым ($p < 0,01$)				
1. Жертвы преступлений сами виноваты в том, что с ними произошло.	4,72	2,26	2,77	1,57
2. Жертвы преступлений сами часто совершают преступления.	5,54	1,90	3,80	1,65
5. Жертва и преступник могут примириться.	5,67	1,79	4,93	1,96
7. Жертва преступления хочет наказать преступника.	5,67	1,66	6,47	0,67
11. Кражи с предприятий должны наказываться менее сурово, чем кражи личного имущества.	4,49	2,29	2,60	1,61
12. Преступления против женщин должны наказываться более сурово, чем аналогичные преступления против мужчин.	4,82	2,28	3,30	2,27
13. Жертва преступления в первую очередь хочет возместить материальный ущерб.	5,57	1,98	4,10	2,15
15. Преступник желает, чтобы потерпевший понял его переживания и раскаяние.	4,99	2,23	3,07	1,64

Для проверки предположения о специфичности представлений осужденных и их отличия от представлений правопослушных респондентов о жертвах преступлений мы

высчитали средние и дисперсию по обеим группам, и проверили значимость различий по каждому утверждению. По 8 утверждениям из 15 мы получили значимые различия ($p < 0,01$) (см. выше табл. 1).

Анализ графика распределения оценок утверждений показывает явные различия между группами осужденных, отбывающих наказания, и правопослушных респондентов (что подтверждает нашу 2 гипотезу). В целом график, иллюстрирующий ответы правопослушных респондентов, имеет больший разброс оценок, чем у осужденных, что может говорить о более категоричных и однозначных суждениях, доминирующих в группе осужденных.

График 1



Так правопослушные респонденты склонны отрицать вину жертвы в совершении преступления по сравнению с осужденными. Это можно объяснить тем, что представления о поведении жертв преступлений правопослушные респонденты получают в основном из СМИ, которые транслируют преимущественно сюжеты о насильственных преступлениях, где жертвы и преступники не знакомы (захваты заложников, терроризм), либо развлекательные криминальные сериалы, в которых действует положительный герой, встающий на защиту невинных жертв. В то же время научные данные свидетельствуют, что в 40-50% случаев жертвы преступлений сами вольно или невольно «помогали» совершению против них преступлений, так как вели себя в предпреступной ситуации либо в момент совершения преступления вызывающе, оскорбляли виновных, угрожали им или нападали первыми [6].

Так же различны показатели в изучаемых группах при оценке утверждения о том, что *жертвы преступлений сами часто совершают преступления*. Осужденные часто упоминают об этом в интервью и отмечают в анкете, правопослушные респонденты склонны с этим не согласиться. Это различие так же можно объяснить тем, что правопослушные респонденты не имеют опыта взаимодействия с жертвами преступлений, а информация о реальном поведении жертв в предпреступной ситуации и в момент совершения преступления им не доступна.

Возможности примирения жертвы и преступника более высоко оценивают осужденные, чем правопослушные опрошенные. Это объяснимо тем, что правопослушные респонденты стереотипно оценивают преступника и потерпевшего как непримиримых и не способных к компромиссу субъектов. Многие осужденные (в основном, совершившие насильственные преступления) в свою очередь размышляют о такой возможности

и в некоторой мере надеются и ожидают примирения.

Правопослушные респонденты более согласны, чем осужденные, с тем, что *жертвы преступлений хотят наказать преступников*. При этом степень согласия с этим утверждением в обеих группах близка к максимальной. Данные показатели правопослушной группы могут свидетельствовать о разделении ее членами представлений о справедливости, которые требуют, чтобы преступник был наказан, а жертва отмщена. Преступники же – это люди, которые непосредственно взаимодействовали с жертвами, анализировали их чувства и видели, что эти чувства и желания не однозначны. Другое объяснение может быть связано с фактом, что осужденные не признают своей вины в совершенном преступлении и не считают жертву вправе желать наказания преступнику.

Значительное различие взглядов отмечается в оценке респондентами утверждения о том, что кражи с предприятий должны наказываться менее сурово, чем кражи личного имущества. Правопослушные испытуемые скорее не согласны с ним, а осужденные скорее согласны. Подобные показатели подтверждают теоретическую идею о том, что одной из основных стратегий самооправдания преступников является стратегия деперсонализации жертв [10]. То есть, если нет конкретной жертвы, то преступление представляется преступникам незначительным, и, соответственно, наказание должно быть мягким.

Влиянием субкультурных норм на представления осужденных о жертвах можно объяснить тот факт, что они более, чем правопослушные опрошенные, склонны согласиться с тем утверждением, что преступления против женщин должны наказываться более сурово, чем аналогичные преступления против мужчин. Преступная субкультура активно транслирует идею о том, что преступления против женщин, детей и престарелых людей (которые не могут оказать сопротивления) являются «непрестижными» в «преступной карьере» и порицаются самим преступным сообществом [4]. Однако исследования преступности против женщин показывают, что доля женщин в числе всех потерпевших составляет в последние годы в среднем 40%, при этом динамика роста преступлений против женщин сохраняется [2]. Таким образом можно отметить, что на уровне криминальной идеологии данные принципы провозглашаются, а в реальности соблюдаются не всеми преступниками (об этом свидетельствует и значительная дисперсия оценок данного утверждения осужденными). Кроме того, этот факт может свидетельствовать о наличии в системе самооправдания преступников идеи о малом вреде своего деяния для жертв. Распространенным высказыванием, зафиксированным в интервью с осужденными, было: «...У них (жертв) последнее никогда не забираешь...», «...Они сами воруют и должны быть на нашем месте...». То есть, если жертва преступления заведомо не может оказать сопротивления преступнику (чаще это женщина), то такое преступление противоречит позитивной идентичности профессионального преступника, оно не имеет оправдания и должно более сурово наказываться. Показательными, на наш взгляд, являются цифры, иллюстрирующие высокую степень согласия осужденных с утверждением о том, что *жертвы в первую очередь хотят возмещения материального ущерба*. Это может объясняться тем, что многие осужденные, отбывая наказания, производят выплаты по судебным искам. На этапах предварительного расследования и судебного разбирательства часто в качестве критерия, по которому суд измеряет значимость ущерба для жертвы фигурируют денежные эквиваленты, а основанием для смягчения приговора суда является факт компенсации материального вреда. Подобная практика, вероятно, ограничивает ресоциализирующий потенциал следственных и судебных процедур, поскольку фокус внимания преступника переключается только на материальные составляющие причиненного им вреда¹.

Утверждение о том, что преступник желает, чтобы потерпевший понял его переживания и раскаяние, оценивают более высоко осужденные, а правопослушные испытуемые

¹ Альтернативный подход к построению процесса правосудия предлагают сторонники концепции «восстановительного правосудия». В данном подходе основной упор делается на необходимость посредничества в примирении преступника и потерпевшего. См. подробнее: [4].

не согласны с ними. Данная картина еще раз говорит о том, что правопослушные респонденты оценивают преступников стереотипно, как безжалостных и бездумных. Сами осужденные, в свою очередь, оценивая утверждение положительно, демонстрируют актуальность для них эмпатического взаимодействия с жертвами своих преступлений, что открывает дополнительные возможности исправительного воздействия на них.

Треть из предложенных утверждений (5 из 15) получили единодушные оценки респондентов из обеих групп (см. табл. 2), что доказывает нашу гипотезу 1.

Таблица 2

Утверждения	Осужденные		Правопослушные респонденты		Уровень значимости различий
	Среднее значение	Станд. отклон.	Среднее значение	Станд. отклон.	
Утверждения, различий по которым в исследуемых группах не отмечено					
3. Женщины чаще мужчин становятся жертвами преступлений.	5,09	2,00	5,13	2,04	0,88
6. Жертва нуждается в сочувствии.	5,39	1,82	5,60	1,36	0,34
8. Жертва преступления хочет понять преступника.	3,67	2,17	3,37	1,86	0,27
9. Потерпевший от кражи страдает меньше, чем потерпевший от ограбления с применением физической силы.	5,36	2,02	5,03	1,95	0,20
14. Жертва преступления боится преступника.	5,16	1,98	5,53	1,12	0,46

Так степень согласия с утверждением о том, что *женщины чаще мужчин становятся жертвами преступлений* и у осужденных и у правопослушных опрошенных одинаково высока. (Что может объясняться влиянием на представления опрошенных гендерных стереотипов, предполагающих, что женщина «слаба и зависима от мужчины»). С утверждением о том, что жертва нуждается в сочувствии, осужденные и правопослушные согласны одинаково. При этом и осужденные и правопослушные респонденты скорее не согласны с тем, что жертва хочет понять преступника. Идея о том, что потерпевший от кражи страдает меньше, чем потерпевший от ограбления с применением физической силы, одинаково высоко разделяется осужденными и правопослушными респондентами. Как и представление о том, что жертва боится преступника. Анализ приведенных утверждений позволяет сделать вывод, что в сообществе, к которому принадлежат все опрошенные нами респонденты, разделяются представления о том, что роль жертвы преступления приписывается скорее женщине, чем мужчине, при этом жертва безынициативна, боязлива и требует сочувствия. В качестве основного критерия вреда, наносимого преступлением жертве, считается применение против нее физического насилия. В то время как ряд исследований показывает, что переживания жертв имущественных преступлений сходны с переживанием жертв насильственных преступлений, поскольку и те и другие теряют ощущение безопасности и справедливости окружающего мира, примеряют на себя роль жертвы с вытекающими из этого психологическими издержками и пр. [4]. Так посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) имеет схожую выраженность как у жертв ограблений с применением физической силы, так и у жертв краж [9]. Учитывать наличие подобных представлений о жертвах преступлений в российской культуре полезно, на наш взгляд, при обеспечении работы присяжных, которые должны делать выводы о субъективном ущербе, причиненном потерпевшему преступлением.

Кроме того, одним из шагов апробирования технологий «восстановительного правосудия» в отечественной правоприменительной практике, о котором в последнее время пишут российские правоведы [3], должна стать работа, направленная на информирование

БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В СОВРЕМЕННОМ СОЦИУМЕ

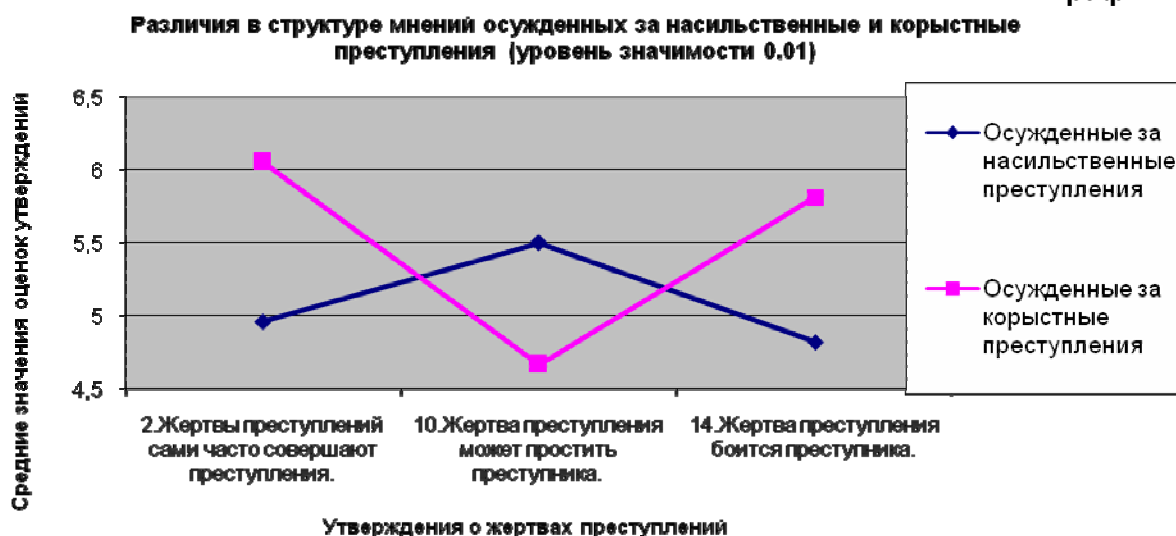
общественности о психологических и социальных проблемах жертв преступлений.

Сравнительная характеристика оценок предложенных утверждений, сделанных осужденными, отбывающими наказания за корыстные и насильственные преступления, между собой позволяет отметить значимые различия их представлений о жертвах преступлений, что подтверждает нашу гипотезу 3 (см. табл. 3; см. рис. 2).

Таблица 3

	Осужденные за насильственные преступл.		Осужденные за корыстные преступл.		Уровень значимости различий
	Средн. значение	Станд. отклон.	Средн. значение	Станд. отклон.	
Утверждения, уровень различий по которым является значимым (0,01)					
2. Жертвы преступлений сами часто совершают преступления.	4,96	2,22	6,05	1,05	0,000
14. Жертва преступления боится преступника.	4,82	1,90	5,81	1,72	0,001
10. Жертва преступления может простить преступника.	5,50	1,69	4,67	2,38	0,01
Утверждения, уровень различий по которым нуждается в дополнительной проверке (0,05)					
11. Кражи с предприятий должны наказываться менее сурово, чем кражи личного имущества.	4,32	2,31	5,05	2,12	0,052

График 2



Так средняя оценка утверждения о том, что *жертвы преступлений сами часто совершают преступления*, осужденными за корыстные преступления, по сравнению с оценкой этого же утверждения осужденными за насильственные преступления, говорит о выраженности у корыстных преступников такого элемента самооправдания, как обвинение другого человека в незаконном деянии. Отсюда логичным представляется снижение у них оценки по сравнению с насильственными преступниками при оценке утверждения о том, что *жертва преступления может простить преступника* и повышение оценки по сравнению с насильственными преступниками при рассмотрении утверждения о том, что *жертва боится преступника*. Утверждение о том, что кражи с предприятий должны наказываться менее серьезно, чем кражи личного имущества, также более разделяется корыстными преступниками, что дополнительно свидетельствует в пользу выраженности именно у корыстных преступников защитной стратегии,

связанной с деперсонификацией жертв. Единодушие у корыстных и насильственных преступников наблюдается в оценках таких утверждений как: жертвы преступлений сами виноваты в том, что с ними произошло; любой человек может стать жертвой преступления; жертва и преступник могут примириться; жертва нуждается в сочувствии; жертва преступления хочет наказать преступника; жертва преступления хочет понять преступника и жертва преступления в первую очередь хочет возместить материальный ущерб, преступник желает, чтобы потерпевший понял его переживания и раскаяние.

Сравнивая обобщенные представления о жертвах преступлений осужденных за корыстные и насильственные преступления, можно отметить, что для корыстных преступников жертва – это человек, совесть которого нечиста, который враждебно настроен к «своему» преступнику и боится его. То есть, он достоин того, что с ним произошло. Для насильственных преступников жертва – это человек, который сильнее и лучше их, этот человек их не боится, от него они ожидают прощения.

На основе указанных различий можно предположить, что для корыстных преступников при взаимодействии с жертвами характерна так называемая «пристройка сверху», а преступление есть способ восстановить «справедливость», забирая ценности у «недостойной» их жертвы. Для насильственных преступников при взаимодействии с жертвами характерна «пристройка снизу», а преступление – это способ превентивной реакции в отношении «опасной» для себя, более сильной жертвы.

В заключение можно отметить, что приведенный нами сравнительный анализ представлений различных групп респондентов о жертвах преступлений иллюстрирует широкие перспективы изучения когнитивных оснований преступности. И построения на этой основе когнитивных методик исправительного воздействия на преступников.

Так за счет регулирования представлений осужденных о жертвах преступлений посредством психологической коррекции можно добиваться снижения вероятности осуществления ими повторных преступлений после отбывания наказания, что повысит потенциал уголовно-исполнительной системы как института, обеспечивающего антикриминальную безопасность общества.

Точно так же возможно построение системы профилактических мер в системе работы с представителями предкриминальной молодежной среды. Для достижения указанной цели в рамках разрабатываемой нами темы перспективным представляется исследование представлений о жертвах преступлений у осужденных, отбывающих наказания за преступления различных типов (кражи, убийства, грабежи, террористическая деятельность и др.).

Кроме того, изучение особенностей образа другого в картине мира преступной личности позволяет, на наш взгляд, понять основания формирования различных особенностей преступного поведения.

* * *

1. Антонян Ю.М., Еникеев М.И., Эминов В.Е. Психология преступника и расследования преступлений. – М.: Юристъ, 1996. – 336 с.

2. Боголюбова Т. Женщины - жертвы преступлений: проблемы и статистика // Сексуальные домогательства на работе / МЦГИ. М.: АВА-СЕЕЛ: Женский консорциум, 1996. – СС. 59-64.

3. Восстановительное правосудие / Под общ. ред. И.Л. Петрухина. М.: МОО Центр «Судебно-правовая реформа», 2003. – 196 с.

4. Зер Х. Восстановительное правосудие: новый взгляд на преступление и наказание: Пер с англ. / Общ. ред. Л.М.Карнозовой. – М., 1998. – СС. 34-39.

5. Олейник А.Н. Тюремная субкультура в России: от повседневной жизни до государственной власти. М.: ИНФРА – М, 2001. – СС. 117-121.

6. Полубинский В.И. Криминальная виктимология: Монография. – М.: ВНИИ МВД России, 1999. – СС. 3-4

7. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. – М.: «Педагогика», 1973 г. – С. 366 (- 424 с.)

8. Сарджвеладзе Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. – Тбилиси: «Мецниереба», 1989. – 206 с.

9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: 2001. – СС. 24-25

10. Шнайдер Г. Криминология: Пер. с нем. / Под общ. ред. и с предисл. Л.О. Иванова. – М.: «Прогресс» – «Универс», 1994. – СС. 274-276.

11. Шнайдер Г. Преступность и средства массовой информации // Советское государство и право. – 1990. № 7. – СС. 118–122.

СИСТЕМА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ОСУЖДЕННЫМИ
(опыт учреждений исполнения наказания Орловской области)

**Филатова О.В.
Блинкова Л.А.
Макарова Ю.В.**

Сегодня в учреждениях исполнения наказания сложилась обстановка, требующая активной работы с ВИЧ-инфицированными осужденными. В статье представлен опыт Орловской области по этапной реализации системы социальной работы с осужденными, включающей себя адаптацию, к условиям отбывания наказания, решение социальных вопросов в основной период отбывания наказания, и подготовку к освобождению.

Ключевые слова: вирус иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция); лица, живущие с ВИЧ (ЛЖВ); система социальной работы с осужденными; социальная работа с ЛЖВ; формирование навыков жизни с ВИЧ.

Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), сегодня приобретает массовое распространение во всем мире. Специалисты характеризуют ВИЧ-инфекцию как медленно текущее хроническое инфекционное заболевание [2, с. 6].

В настоящее время в мире насчитывается около 47 миллионов человек, живущих с ВИЧ/СПИДом. Это значит, что в среднем один из каждых 150 человек ВИЧ-инфицирован. По состоянию на 1 октября 2010 года в России зарегистрировано более 568 тысяч ВИЧ-инфицированных [9].

В Орловской области по данным Орловского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями на 01 января 2010 г. зарегистрировано 117 9 человек, страдающих ВИЧ-инфекцией [7].

Противодействие распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа на территории России является одним из важнейших направлений деятельности российского правительства. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и программы Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией выделяются значительные средства на профилактику ВИЧ-инфекции, диагностику, лечение и уход за людьми, живущими с ВИЧ (ЛЖВ). Однако, несмотря на принимаемые меры, число ВИЧ-инфицированных продолжает расти.

Сегодня ВИЧ-инфекция рассматривается как проблема не только медицинская, но и социальная, при этом социальным проблемам уделяется недостаточно внимания. ВИЧ-положительный – это не только пациент медицинского учреждения, но и потенциальный клиент социальных служб, причем с каждым ВИЧ-положительным, как правило, связано несколько человек, прежде всего родственников, также нуждающихся в социально-психологической помощи. Другими словами, необходимо создание действенной системы социального обслуживания данной категории населения.

Особого внимания требуют ВИЧ-положительные, находящиеся в местах лишения свободы, так как в условиях исправительного учреждения многие социальные проблемы человека, живущего с ВИЧ, обостряются.

На сегодняшний день в России, в местах лишения свободы находится около 1% населения в возрасте от 20 до 64 лет (около 900 тысяч человек). Почти половина осужденных, страдает различными хроническими заболеваниями, в том числе ВИЧ-инфекцией [8].

По данным Николая Криволапова, заместителя руководителя Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН), в российских тюрьмах и колониях насчитывается 55 тысяч ВИЧ-инфицированных осужденных [8].

Находясь в пенитенциарном учреждении, люди с ВИЧ сталкиваются с особыми проблемами. Это проблема дискриминации со стороны сотрудников учреждения и со стороны осужденных. Часто они получают медицинский уход более низкого качества по сравнению с людьми, живущими с ВИЧ на свободе. Часто среди осужденных с ВИЧ встречается туберкулез, что осложняет течение основного заболевания.

Бывшим осужденным с ВИЧ сложно адаптироваться к жизни на свободе, так как часто они гораздо хуже защищены социально, сталкиваются с большими трудностями в отношении жилья и трудоустройства. У них велика вероятность возникновения проблем с социальными навыками, что делает раскрытие ВИЧ-статуса и обсуждение вопросов, связанных с ВИЧ, еще более проблематичными [4, с. 28-29].

Таким образом, в учреждениях исполнения наказания сложилась обстановка, требующая активной работы с ВИЧ-инфицированными [3, с. 78]. Необходимость социальной работы с ЛЖВ, в том числе с ВИЧ-положительными осужденными, обосновывается рядом проблем ЛЖВ:

1. Недостаток знаний:

- о возможности выбора медицинского ухода и лечения и оппортунистических инфекций;

- ограниченный доступ к информации;

2. Недостаток навыков:

- ограниченные возможности получения навыков;

- отсутствие возможности практиковать навыки (например, использовать презервативы);

3. Бесплезные предубеждения и представления:

- боязнь отличаться от других;

- отрицание ВИЧ;

- страх перед людьми с ВИЧ;

4. Социальное и культурное давление:

- стигматизация ЛЖВ;

- дискриминация и обвинения;

5. Ограничивающая среда:

- плохо информированные и неточные СМИ;

- бедность и недостаток средств;

- ограниченный доступ к медицинскому уходу [5, с. 14].

В Орловской области в соответствии с областной комплексной программой «О первоочередных мерах по социальной адаптации лиц, отбывших уголовное наказание в виде лишения свободы», предполагается оказание адресной социальной помощи наиболее нуждающимся (ВИЧ-инфицированным, наркоманам, больным туберкулезом, инвалидам, лицам без определенного места жительства, несовершеннолетним и другим категориям освободившихся из исправительного учреждения). Формы помощи самые разнообразные: лечебно-оздоровительные и профилактические меры, оказание услуг в ориентировании на рынке труда, профконсультирование, обучение и переподготовка по наиболее востребованным специальностям, организация временной занятости и трудоустройства по специальным программам на предприятиях области, квотирование рабочих мест, строительство центра социальной реабилитации, а также материальная помощь [1, с. 127].

В учреждениях исполнения наказания Орловской области социальная работа проводится как с осужденными, осознавшими свои социальные проблемы, так и с лицами, отнесенными в результате социальной диагностики к «группам риска» [1, с. 122].

Система социальной работы с осужденными строится в 3 этапа.

1-й этап – адаптация к условиям отбывания наказания. Специалист по социальной работе осуществляет социальную диагностику, проводит анкетирование осужденных, заполняет индивидуальную карту ресоциализации, составляет программу и указывает пути разрешения социальных проблем осужденных.

2-й этап – основной период отбывания наказания. Заключается в решении социальных вопросов осужденных непосредственно в центре психолого-педагогической и социальной работы на протяжении всего времени отбывания наказания.

3-й этап – подготовка к освобождению. Организация занятий в школе подготовки к освобождению, решение вопросов трудового и бытового устройства, контроль за оказанием материальной помощи при освобождении, проведение ритуалов освобождения [6, с. 63-64].

В настоящее время в России действует более десятка различных организаций, занимающихся в той или иной степени оказанием социальной и психологической помощи ВИЧ-инфицированным и членам их семей. Значительная часть из них относится к негосударственному сектору. Одной из таких организаций является Российский Красный Крест.

На территории Орловской области (а также в Хабаровском крае и республике Чувашия) при поддержке Орловского регионального отделения Российского Красного Креста (ОРО РКК) с 2005 по 2009 годы была реализована программа «Профилактика ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях». Цель данной программы – разработка системы мероприятий по эффективной профилактике ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации для дальнейшего ее воспроизведения.

Задачи программы: повысить/укрепить потенциал ОРО РКК и пенитенциарных учреждений по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе и поддержке осужденных и их близких, затронутых эпидемией; повысить уровень информированности целевых групп о ВИЧ-инфекции, путях передачи и способах защиты от заражения, способствовать снижению стигмы по отношению к ВИЧ-позитивным осужденным; улучшить качество жизни ВИЧ-позитивных осужденных, в том числе освобождающихся из мест лишения свободы (МЛС).

Данная программа была реализована на базе Исправительной колонии № 6 и Шаховской воспитательной колонии. Одними из целевых групп в рамках реализации программы являлись ВИЧ-позитивные осужденные (женщины и подростки) и ЛЖВ, освободившиеся из мест лишения свободы. Среди ВИЧ-инфицированных женщин, отбывающих наказание в исправительных учреждениях, была выявлена неблагоприятная динамика. У них отчетливо проявляется социальная и личностная деградация, происходящая быстрее, чем у мужчин: сужается круг интересов, исчезают прежние культурные запросы, появляется склонность к ведению асоциального образа жизни [1, с. 217].

С ЛЖВ в рамках реализации программы были проведены следующие мероприятия:

- встречи с группами активистов ЛЖВ в учреждениях ИК-6 и ШВК, обсуждение их роли и степени участия в развитии проекта;
- формирование навыков жизни с ВИЧ у освобождающихся осужденных ЛЖВ во время занятий в школе подготовки к освобождению;
- консультирование близких ВИЧ-позитивных осужденных в комнате медико-социальной помощи ОРО РКК по вопросам жизни с ВИЧ и поддержки ЛЖВ.

Значительную роль для ВИЧ-положительных осужденных в рамках реализации программы «Профилактика ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях» имело проведение цикла из пяти семинаров для ЛЖВ, направленных на формирование навыков жизни с ВИЧ-инфекцией у осужденных. Семинары были проведены по следующим темам: «Общая профилактика», «Жизнь с ВИЧ», «Принятие статуса», «ВИЧ и беременность», «Приверженность». В течение цикла тематических семинаров были обучены все ВИЧ-положительные осужденные ИК-6.

В результате реализации данного проекта были достигнуты значительные результаты:

1. ВИЧ-позитивные осужденные и их родственники получили психологическую и информационную поддержку.

2. ВИЧ-позитивные осужденные, освобождающиеся из МЛС, получили поддержку от сотрудников ОРО РКК.

3. ВИЧ-позитивные осужденные получили помощь в лечении.

Таким образом, в учреждениях исполнения наказания Орловской области создана определенная система социальной работы с ВИЧ-инфицированными осужденными, включающая информирование в области СПИДа, пропаганду безопасного поведения, психологическую помощь, проведение обучающих семинаров.

* * *

1. Ананьев О.Г., Ананьева Е.О., Глазунов Н.С. Социальная работа в уголовно-исполнительной системе. Учебное пособие. – Рязань: Академия права и управления ФСИН России, 2005. – 372 с.

2. ВИЧ-инфекция. Пособие для специалистов, осуществляющих уход в домашних условиях. – Иркутск: Изд-во «Риэл», 2006. – 100 с.

3. Гражданков Сергей: «Сейчас во всех колониях сложилась обстановка, требующая активной работы с ВИЧ-инфицированными» // Круглый стол. – 2003. № 5. С. 78.

4. Недзельский Н., Морозова Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. – М.: Просветительский центр «ИНФО-Плюс», 2003. – 144 с.

5. Позитивное развитие: Создание групп поддержки и помощь в изменении ситуации. Руководство для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛВС) / В.Васильев. –Таллинн, 2003. 2-е издание. -144 с.

6. Организация социальной работы в исправительных учреждениях Управления федеральной службы исполнения наказаний России по Орловской области. Методическое пособие / И.И. Железкина [и др.]. – Орел: ГОУ ВПО «ОГУ», 2007. – 148 с.

7. Электрон. ресурс: <http://www.aiforel.efactory.ru>

8. Электрон. ресурс: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/07/13/hivprison/>

9. Электрон. ресурс: <http://www.stopspid.ru/actions/d.201011/id.1165/>



ФОРМИРОВАНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАБОЧЕЙ СИЛЫ НА ФОНЕ УХУДШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Козлов Ю.Н.

Рассмотрены стадии воспроизводства рабочей силы в увязке с состоянием здоровья населения. Проанализированы тенденции в области состояния здоровья населения Российской Федерации за 30-летний период, в том числе по заболеваниям туберкулезом, наркоманией и алкоголизмом, ВИЧ-инфекциями. Оценены потери рабочего времени, связанные с временной нетрудоспособностью.

Ключевые слова: рабочая сила; воспроизводство; здоровье; трудоспособность.

Воспроизводство рабочей силы, как любой производственный процесс, проходит 4 стадии: формирование, распределение, обмен и использование (потребление). Все стадии по-своему важны и значимы для обеспечения экономического роста, как в текущем, так и в перспективном периоде.

Формирование рабочей силы происходит путем:

- естественного воспроизводства населения;
- приобретения способности к труду посредством системы общего, специального и высшего образования, профессиональной подготовки;
- восстановления и развития способностей к труду в процессе трудовой деятельности.

Распределение и перераспределение (обмен) совокупной рабочей силы осуществляется в соответствии со спросом и предложением на региональных и внутренних рынках труда:

- по сферам приложения труда;
- видам занятости;
- отраслям экономики;
- регионам.

Использование рабочей силы подразумевает:

- собственно трудовую деятельность;
- обеспечение продуктивной занятости трудоспособного населения.

Состояние здоровья населения оказывает влияние на все стадии воспроизводства рабочей силы, создавая определенный фон происходящим изменениям. При этом самым мощным фактором, задающим тренд формирования и количественных и качественных характеристик рабочей силы, являются условия естественного воспроизводства населения, благодаря которым закладываются основы, прежде всего, физической составляющей трудового потенциала.

Таблица 1
Состояние здоровья новорожденных в Российской Федерации в 1980-2009 гг.

	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Родилось детей больными или заболели (массой тела 1000 г. и более):									
всего, тыс. человек	169,0	288,6	383,3	474,1	575,9	580,0	614,3	628,0	625,8
в процентах от числа детей, родившихся живыми	7,9	14,8	28,5	38,0	40,7	39,8	39,0	37,3	36,1

Источник: Российский статистический ежегодник. 2010: Стат.сб./Росстат. - М., 2010. С.285.

**ПУБЛИКАЦИИ ДОКТОРАНТОВ, АСПИРАНТОВ И СОИСКАТЕЛЕЙ.
ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Как показано в таблице 1, доля новорожденных, имеющих уже при рождении те или иные заболевания, составляет в настоящее время более одной трети от общего числа детей, родившихся живыми, увеличившись за последние 30 лет почти в 5 раз. Особенно интенсивно развиваются у новорожденных болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ, болезни нервной системы, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. Соответственно, дальнейшее развитие детей – потенциальной рабочей силы происходит при имеющихся недостатках их физического развития, что существенно затрудняет формирование трудовых и иных навыков.

Здоровье российских школьников также не вселяет надежду на изменение ситуации. По разным оценкам примерно 70% детей при поступлении в школу могут быть признаны условно здоровыми. Но в то же время 30% имеют функциональные отклонения. К моменту окончания школы уже 45-50% детей имеют хронические заболевания. Причем у подростков, как правило, это не одно заболевание, а несколько. Это связано во многом с нарушением образа жизни, с несоблюдением самых разных элементарных мероприятий, которые направлены на поддержание здоровья. Сегодня дети практически не гуляют. Очень большой вклад вносит электромагнитная нагрузка. Таким образом, вступая в трудоспособный возраст, большая часть молодежи не в состоянии полноценно участвовать в производственной деятельности. Это в значительной степени осложняет карьерный рост, не способствует повышению производительности труда, снижает трудовую мотивацию.

Если оценивать динамику состояния здоровья населения России в целом, то следует отметить ряд неблагоприятных тенденций, особенно в сравнении с 70-80 гг. прошлого столетия.

Таблица 2

Заболееваемость населения Российской Федерации активным туберкулезом

	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Выявлено больных с впервые в жизни установленным диагнозом:										
всего, тыс. человек	94,4	65,6	50,6	85,0	130,7	119,2	117,6	118,4	120,8	117,2
на 100 000 человек населения	72,5	47,4	34,2	57,8	89,8	84,0	82,6	83,3	85,1	82,6
из них с диагнозом туберкулеза органов дыхания:										
всего, тыс. человек	81,9	58,2	45,9	79,8	125,6	114,9	113,5	114,4	117,1	113,5
на 100 000 человек населения	62,9	42	31,0	54,2	86,3	81,0	79,7	80,5	82,5	80,0
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях:										
всего, тыс. человек	616,6	356,6	279,1	280,8	379,9	298,5	289,0	276,6	270,5	262,7
на 100 000 человек населения	472,2	256,8	188,2	191,0	261,5	210,8	203,2	194,7	190,7	185,1

Источник: Российский статистический ежегодник. 2010: Стат.сб./Росстат. - М., 2010. С.280.

Так, например, в 2000 году резко возросло количество больных активным туберкулезом с впервые в жизни установленным диагнозом. На протяжении последних 10 лет численность данного контингента уменьшилась незначительно и сохраняется с 2005 г. По настоящее время на уровне 117-120 тыс. чел. Вместе с тем, численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с данной формой заболевания, имеет устойчивую тенденцию к сокращению. В расчете на 100 тыс. человек населения этот показатель снизился по сравнению с 1970 г. в 2,5 раза. Хотя, начиная с

**ПУБЛИКАЦИИ ДОКТОРАНТОВ, АСПИРАНТОВ И СОИСКАТЕЛЕЙ.
ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

1990 г. процесс сокращения численности больных, состоящих на учете, резко замедлился и в 2009 г. фактически достиг уровня 1990 года. При этом характерно, что в 2009 г. 42,9% больных с диагнозом туберкулеза легких имели запущенную форму заболевания.

Негативно сказывается на использовании рабочей силы растущая заболеваемость населения психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, показанная в таблице 3.

Таблица 3

Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ

	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Взято под наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом:										
алкоголизм и алкогольные психозы										
всего, тыс. человек	124,8	338,2	224,9	229,7	188,7	209,2	192,9	174,9	173,4	159,7
на 100 000 человек населения	95,8	244,2	152,0	156,1	129,7	147,4	135,3	123,1	122,2	112,5
наркомания и токсикомания										
всего, тыс. человек	1,2	1,8	6,4	24,9	74,6	26,4	29,0	31,1	27,7	26,2
на 100 000 человек населения	0,9	1,3	4,3	16,9	51,4	18,6	20,3	21,9	19,5	18,5
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом:										
алкоголизм и алкогольные психозы										
всего, тыс. человек	603	2027	2466	2407	2191	2191	2152	2116	2083	2016,5
на 100 000 человек населения	462	1460	1663	1636	1508	1547	1513	1490	1468	1421
наркомания и токсикомания										
всего, тыс. человек	10,4	17,3	39,7	72,6	281,2	342,5	348,0	353,2	355,6	353,3
на 100 000 человек населения	7,9	12,5	26,8	49,3	193,6	241,9	260,8	248,7	250,6	249,0

Источник: Российский статистический ежегодник. 2010: Стат.сб./Росстат. - М., 2010. С.283.

Так, за последние 30-40 лет не произошло никаких качественных изменений в лучшую сторону в ситуации с заболеваемостью алкоголизмом. Напротив, отмечается постоянный рост численности больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы. Незначительные колебания в сторону снижения данного показателя в 2006-2009 гг. существенно не изменили ситуацию к лучшему. В расчете на 100 тыс. человек населения в 2009 г. стояло на учете в 3,1 раза больше больных алкоголизмом, чем в 1970 году. Динамика заболеваемости наркоманией и токсикоманией за тот же период с еще более яркой выраженной негативной составляющей – рост заболеваемости в расчете на 100 тыс. человек населения более чем в 30 раз.

Ухудшение здоровья населения кроме всего прочего ведет к значительным потерям рабочего времени, исчисляемым сотнями миллионов рабочих дней, что наглядно продемонстрировано на рисунках 1 и 2.

**ПУБЛИКАЦИИ ДОКТОРАНТОВ, АСПИРАНТОВ И СОИСКАТЕЛЕЙ.
ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**



* с 2005 года оплата пособий за счет средств Фонда с 3 дня временной нетрудоспособности

Источник: данные официального сайта Фонда социального страхования РФ <http://www.fss.ru/ru/statistics/35483.shtml>.

Рис. 1. Динамика расходов и количества оплаченных дней пособий по временной нетрудоспособности по обязательному социальному страхованию за 2003-2009 годы



* Численность работающих определена в соответствии с макроэкономическими показателями Минэкономразвития России

** С 2005 года пособие по временной нетрудоспособности за счет средств Фонда выплачивается с третьего дня заболевания

Источник: данные официального сайта Фонда социального страхования РФ <http://www.fss.ru/ru/statistics/35484.shtml>

Рис. 2. Количество дней временной нетрудоспособности в расчете на одного работающего за 2003-2009 годы

**ПУБЛИКАЦИИ ДОКТОРАНТОВ, АСПИРАНТОВ И СОИСКАТЕЛЕЙ.
ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Стремительно растет заболеваемость россиян ВИЧ-инфекцией. Как показано в таблице 4, только за последние 9 лет общее количество зарегистрированных больных ВИЧ-инфекцией увеличилось в 4,2 раза, а в расчете на 100 тыс. человек населения – в 4,4 раза.

Таблица 4

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией

	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Зарегистрировано больных ВИЧ-инфекцией:						
всего, человек	78571	234792	237237	267513	301251	332913
на 100 000 человек населения	53,4	164,5	166,8	188,4	212,2	234,6
из них с впервые в жизни установленным диагнозом:						
всего, человек	55449	32704	28508	38767	44101	50722
на 100 000 человек населения	37,8	22,9	20,0	27,3	31,1	35,7

Источник: Российский статистический ежегодник. 2010: Стат.сб./Росстат. - М., 2010. С.279.

При этом финансирование мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ-инфекцией не отвечает необходимым требованиям. Так, по итогам выполнения Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2011» годы фактическое поступление средств на реализацию подпрограммы «ВИЧ-инфекция» составило в 2007 году 77,3% и в 2008 году 86,9% по отношению к бюджетным (внебюджетным) назначениям на соответствующие годы.

Таблица 5

**Выполнение Федеральной целевой программы
«Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)»
(миллионов рублей)**

	2007	2008
1.4. Подпрограмма «ВИЧ – инфекция»		
Бюджетные (внебюджетные) назначения по программе (подпрограмме)	1101,2	835,7
Фактическое поступление средств на реализацию программы (подпрограммы)	851,7	726,4
Отношение фактического поступления средств на реализацию программы (подпрограммы) к бюджетным (внебюджетным) назначениям, процентов	77,3	86,9
Фактически использовано средств (кассовые расходы) на реализацию программы (подпрограммы)	750,0	725,3

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2009: Стат.сб. / Росстат - М., 2009. С.344.

Краткий анализ состояния здоровья населения России показывает, что сложившиеся тенденции в скором времени могут привести к необратимым последствиям для российской экономики, связанным не только с ухудшением качества рабочей силы и ее хроническим недоиспользованием, но и со значительными трудностями реального воспроизводства трудовых ресурсов, способных к плодотворной экономической деятельности.

* * *

1. Официальный сайт Фонда социального страхования РФ <http://www.fss.ru>
2. Российский статистический ежегодник. 2010: Стат.сб./Росстат. - М., 2010. – 813 с.

3. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2009: Стат.сб. / Росстат - М., 2009. - 503 с.

ЗАНЯТОСТЬ МОЛОДЕЖИ: ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ И РЕГИОНАЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА

Мякинин Д.А.

Рассматриваются вопросы развития рынка труда молодежи, представлена типология регионов России по условиям обеспечения молодежной занятости, проанализирована количественная и качественная асимметрия молодежного рынка труда в современных условиях.

Ключевые слова: молодежь, занятость рынок труда, безработица, региональная дифференциация

Обеспечение трудовой занятости молодежи всегда рассматривалось как одна из фундаментальных научных и практических задач в развитии человеческого общества. Разрабатываемые в этой области научные теории, накопленный опыт и нерешенные проблемы постоянно находились под особым вниманием ученых-теоретиков, государственных деятелей и руководителей предприятий. Специфика особого отношения к трудовой занятости молодежи объясняется не только сугубо экономическими интересами, но и тем социокультурным феноменом, который присущ молодежи как общественному явлению, определяющему будущее состояние страны и потенциал экономики.

За годы формирования рыночных отношений в стране созданы базовые условия регулирования трудовой занятости молодежи – сформирована нормативно-правовая система, определены гарантии труда, меры социальной защиты, материальной поддержки работающих и социальной помощи безработной молодежи. В центре рыночной трансформации отечественной экономики уже много лет находится процесс формирования и становления современного рынка труда молодежи.

Вместе с тем, потенциал молодежи, как важнейшей социально-демографической группы общества, все еще недооценен: уровень молодежной безработицы остается высоким, а меры по улучшению ее положения на рынке труда, не всегда учитывают всю специфику молодежи, ее место в социально-трудовых отношениях. Значительная часть молодых людей объективно с позиций профессиональной и социально-психологической подготовки все еще не готова к деятельности в условиях современного высоко конкурентного рынка труда. Оказались разбалансированными интересы образовательных учреждений и бизнеса, а государственные регуляторы еще недостаточно учитывают происходящие изменения на рынке труда и потребность в кадрах, в результате чего выпускники многих специальностей оказываются невостребованными и нуждаются в переобучении уже сразу после окончания учебы.

Россия является высокодифференцированной страной с точки зрения занятости населения, которые во многом определяются наличием разнообразных социально-экономических проблем. Предпосылки и условия возникновения данных проблем во многом обусловлены социально-экономическим развитием России в период социалистической системы хозяйствования, а также все еще существующими негативными последствиями перехода к рынку. Сложившаяся ситуация в области занятости населения свидетельствует о том, что социально-экономическое пространство страны сегментировано на зоны (группы регионов), значительно отличающиеся друг от друга по экономическому потенциалу, степени развития институтов, состояния рыночной среды, уровню жизни населения. Подобная дифференциация способствует дезинтеграции и фрагментации единого территориально-экономического пространства страны, росту социальной напряженности в обществе. Одновременно, неравномерное социально-экономическое развитие является неизбежным свойством современного состояния

**ПУБЛИКАЦИИ ДОКТОРАНТОВ, АСПИРАНТОВ И СОИСКАТЕЛЕЙ.
ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

рыночной экономики и системы управления государством, в определенном смысле отражая неравенство между субъектами страны в наличии экономического потенциала и возможностей его эффективного использования, конкурентном преимуществе, развитости институтов общества, инновационно-технологической базе производства, интегрированности в межрегиональные и мирохозяйственные процессы.

В целом основные признаки дифференциации регионов РФ с позиций занятости молодежи представлены в таблице 1.

Таблица 1

Дифференциация регионов РФ с позиций занятости молодежи

Сравнительный (типологический) признак	Описание признака	
	Центральные регионы	Другие регионы
Степень доступа к экономическим ресурсам	Высокая степень доступа к практически любым видам ресурсов, экономическим, научным и культурно – образовательным центрам общероссийского и мирового значения, богатейшим коммуникационным ресурсам	Ограниченная степень доступа к основным видам ресурсов, экономическим, научным и культурно – образовательным центрам общероссийского и мирового значения, богатейшим коммуникационным ресурсам
Предпосылки и условия для занятости населения	Высокие уровни концентрации капитала, интенсивность политической и деловой активности, образующих благоприятные предпосылки для занятости населения	Невысокие уровни концентрации капитала, ограниченность политической и деловой активности, образующих благоприятные предпосылки для занятости населения
Потенциал обеспечения взаимодействия органов власти для решения институциональных проблем по вопросам занятости молодежи	Высокий потенциал обеспечения взаимодействия органов власти всех уровней для решения институциональных проблем и оперативного принятия решений по вопросам занятости молодежи	Ограниченный потенциал обеспечения взаимодействия органов власти всех уровней для решения институциональных проблем и оперативного принятия решений по вопросам занятости молодежи
Степень интеграции в хозяйственные процессы	Высокая. Роль транзитно-логистического центра, перекрестка трудовых, финансовых, материальных, промышленных, товарных, миграционных и информационных потоков	Ограниченная и неблагоприятная. Сложность интеграции в финансовые и хозяйственные процессы. Неблагоприятный уровень миграционных потоков
Возможности диверсификации	Возможность широкой диверсификации производства, профессиональной и территориальной мобильности рабочей силы	Ограниченные возможности диверсификации производства, профессиональной и территориальной мобильности рабочей силы
Развитость малого бизнеса и благоприятность условий для его развития	В целом развитость малого бизнеса и условия для его развития удовлетворительные	В целом развитость малого бизнеса и условия для его развития неудовлетворительные
Возможности для трудовой занятости молодежи	Возможности для трудовой занятости молодежи в целом удовлетворительные	Неблагоприятные возможности для трудовой занятости молодежи

С точки зрения трудовой занятости молодежи следует условно выделить 2 группы регионов России: 1) небольшое количество относительно развитых регионов (Центральный, Северо-Западный, Приволжский федеральные округа), служащих экономической, организационной и институциональной основой развития отечественного хозяйства, обладающих способностью мультипликативного распространения институциональных изменений (например, технико-технологических, организационных и соци-

**ПУБЛИКАЦИИ ДОКТОРАНТОВ, АСПИРАНТОВ И СОИСКАТЕЛЕЙ.
ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

альных инноваций); 2) проблемные регионы (Северный Кавказ, Дальний Восток) с низким социально-экономическим потенциалом развития, характеризующимся экономической депрессивностью перенаселением и низкой инвестиционной привлекательностью.

Жесткие рыночные отношения не только заострили традиционные проблемы занятости, но и добавили к ним новые, связанные со структурной перестройкой экономики и возникновением новых трудовых отношений, обусловленных необходимостью получения успеха в конкурентной борьбе.

Таблица 2

**Состав безработных по возрастным группам
(в процентах к итогу)**

	Безработные - всего	В том числе в возрасте, лет						Средний возраст, лет
		до 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60 – 72	
Россия	100	9,3	33,7	20,3	20,3	14,2	2,2	34,7

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2009: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – С. 134.

Как видно, средний возраст безработных составляет 34,7 лет, что несколько меньше, чем средний возраст занятого в экономике – 39,6 лет. Это свидетельствует о том, что доля молодежи в возрасте до 30 лет среди безработных довольно высока – 43%. Если учесть, что молодая часть населения (до 30 лет) в составе занятого населения РФ занимает всего 25,1%, то оказывается, что доля безработной молодежи асимметрична и значительно превышает эту величину – на 17,9%.

Кроме того, во многих крупных городах России доля безработной молодежи также повышена, несмотря на то, что в них есть более широкие возможности для трудоустройства. Так, в г. Москве доля безработной молодежи в возрасте до 29 лет составляет 71,7%, что значительно выше, чем в Центральном федеральном округе (43%) и в России (43%). Соответственно и средний возраст безработных в г. Москве ниже, чем в других субъектах страны.

Необходимо также отметить некоторые особенности в занятости мужчин и женщин. По соотношению доли работающих мужчин и женщин предприятия негосударственного сектора обеспечивают занятость 75,9% всех мужчин против 24,1% в госсекторе; в отношении женщин это соотношение составляет 73,3% и 26,7%. Однако удельный вес женщин, занятых в государственном секторе, остается высоким и превышает как долю мужчин, так и долю женщин, занятых в негосударственном секторе, где, напротив, преобладают мужчины.

В настоящее время на государственной службе состоит 25% людей до 30 лет, тогда как пять лет назад их было только 19%. Женщины, особенно молодые, занимают в целом более низкие и менее оплачиваемые должностные позиции по сравнению с мужчинами, что также говорит о более низкой цене труда женщин. Кроме того, существует взаимосвязь доли занятых в отрасли женщин и величины в ней заработной платы. В тех отраслях, где доля женщин выше средней, величина заработной платы в целом ниже и ее среднего значения, и в сравнении с отраслями с низкой долей занятых женщин. Причем чем ниже доля женщин в отрасли, тем выше заработная плата. В негосударственном секторе такой зависимости не наблюдается.

Рассмотренное положение означает, что: 1) безработица в большей степени охватывает женскую часть молодежи; 2) на рынке труда молодежи имеет место феномен гендерной асимметрии.

По уровню образования безработные в РФ в 2009 г. распределились следующим образом (в %): высшее профессиональное – 11,4; неполное высшее профессиональное

– 3,3; среднее профессиональное – 19,3; начальное профессиональное – 19,5; среднее (полное) общее – 33,3; основное общее – 11,6; не имеют основного общего – 1,5.

Молодежная безработица в крупных городах страны «более образована»: в Москве, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону, Краснодаре, Екатеринбурге от 30 до 40% (в среднем – 32%) безработных имеет высшее профессиональное и неполное высшее профессиональное образование (в РФ – 14,7%). Данное положение можно объяснить тем, что скопление населения в крупных городах позволяет работодателям отбирать наиболее выгодных для себя и конкурентоспособных молодых специалистов на рабочие места.

Отраслевые особенности и трудовые приоритеты городов формируют соответствующий диверсифицированный рынок труда с относительно высокой степенью спроса в финансово-кредитной сфере, организациях, обеспечивающих коммерческую деятельность, электронную и транспортную инфраструктуру. При этом обслуживающие отрасли и сектора городского хозяйства, такие, как офисное и жилищное строительство, торговля, бытовые услуги, культура, образование, риэлтерский, спортивный, туристический, игорный бизнес, предъявляют значительный спрос на специалистов высокой квалификации, работников специфичных профессий и специальностей. Молодежь, в силу недостаточного профессионального опыта, проигрывает специалистам более старшего возраста. Однако значительная доля молодых людей, приехав в поисках работы в крупные города, изначально представляет для себя критерии такой работы и настроена за ее счет быстро добиться успеха и решить свои материальные и социальные проблемы. Поэтому, не найдя требуемой работы, молодые люди не сразу соглашаются на неприемлемые, на их взгляд, условия трудоустройства по фактически имеющимся вакансиям и длительное время находятся в поиске, расширяя тем самым круг безработной молодежи.

Следует отметить еще один важный аспект занятости молодежи. Мы считаем, что современный рынок труда нуждается в модернизации с учетом перспектив развития страны. Модернизация экономики страны, о которой заявил Президент РФ Д.А.Медведев, не может быть осуществлена без соответствующей модернизации рынка труда и всех определяющих его элементов. Это в полной мере, например, относится к квалификации молодых кадров, без которой предприятия, даже самые современные, очень скоро станут бесполезными. И по замечаниям специалистов «с этим у нас, к сожалению, ситуация не только не улучшается, а ухудшается, поскольку самые квалифицированные специалисты по естественным причинам покидают рынок труда, чаще всего не подготовив себе достойной замены». В стране сложился ряд внешних признаков современного постиндустриального общества (большой сектор услуг, Интернет, мобильная связь, переход к цифровой электронной технике и т.д.). Однако наряду с прогрессом в экономике России два десятилетия шла фактическая деиндустриализация, способствующая примитивизации хозяйственных процессов. Можно предположить, что когда в стране все-таки сложится полноценный рынок, главным препятствием для интенсивного социально-экономического развития станет дефицит квалифицированных специалистов, которые сегодня оказываются безработными или используются на простых работах.

В 2010 г. появились признаки улучшения занятости в России. Общая безработица в России постепенно достигла докризисного уровня: в ноябре 2008 г. было 5,3 млн. безработных (7% экономически активного населения), а в первой половине 2010 года – 5,2 млн. человек (6,8% экономически активного населения).

Кроме того, по данным Минздравсоцразвития России, к середине года численность официально зарегистрированных безработных снизилась в 74 из 83 регионов, составив 1806323 человека, т. е. на 21% меньше, чем в конце февраля. Объем вакансий на российском рынке труда в первом полугодии 2010 г. достиг докризисного уровня, а зарплаты уже превышают его. В банковском секторе за шесть месяцев число вакансий выросло на 58%, в автомобильном бизнесе – на 69%, в транспорте и логисти-

ке – на 70%, в индустрии спорта и красоты – на 80%, а спрос на молодых сотрудников-студентов подпрыгнул на 130%. При этом число поступающих вакансий, как и до кризиса, превышает число присылаемых резюме: в строительстве – в 3,2 раза, в банковской сфере – в 3,8 раза, а в сырьевой – в 5,2 раза.

Затихающий финансовый кризис в 2010 г. породил спрос на ряд профессий, которые ранее не входили в перечень популярных: юрист (специализирующийся на банкротствах, слияниях и поглощениях), инновационный менеджер, специалист по сокращению персонала, специалистам по безопасности (в том числе информационной), антикризисный управляющий, специалист в области финансового мониторинга и кредитных рисков и т.д. И все-таки, несмотря на рассмотренные выше изменения, доля безработной молодежи в общем количестве безработных оставалась достаточно стабильной (от 45 – до 50% по регионам России).

Это позволяет сделать вывод о том, что занятость молодежи и молодежный рынок труда в РФ не являются саморегулируемыми в краткосрочном периоде по ряду причин. Во-первых, в связи с тем, что из специфических качеств рыночного товара – рабочей силы молодежи, многие ее положительные стороны (стремление к самореализации, значительный физический потенциал, высокие способности к обучению и т.д.) оказываются невостребованными со стороны работодателей, а на первый план выходят негативные стороны этого товара (отсутствие опыта и практических навыков работы, завышенные притязания к оплате, качеству рабочего места и т.п.).

Во-вторых, в связи с принятой большинством российских предпринимателей стратегией снижения издержек в случае нарастания проблем в бизнесе. При этом недостаточно используются возможности прогноза, предвидения ситуации, адаптации предприятия к новым условиям, диверсификации производства и т.д. Используется самый простой и «надежный» способ снижения издержек – сокращение рабочей силы, и, как правило, приносящей наименьшую выгоду для предприятия.

В-третьих, возможности самой системы занятости молодежи и рынка труда ограничены имеющимися ресурсами, а также потенциалом поддержки со стороны государства, которые в период кризиса заметно снижаются.

В-четвертых, сложившаяся структура рынка труда молодежи является асимметричной по количественным и качественным характеристикам. Более половины молодых специалистов, получивших образование в области гуманитарных наук, оказываются невостребованными рынком труда. В то же время на рынке повышается востребованность в квалифицированных специалистах инженерно-технического, информационного, исследовательского направлений, что особенно проявляется в связи с формированием в стране инновационно-ориентированной экономики.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Морозов В.И.

В данной статье представлена краткая история развития стоматологической помощи России с позиций обеспечения ее качества и соответствия характеристикам качества жизни населения России. Проведен анализ понятий стоматологическое здоровье, качество стоматологической помощи, отношение населения к стоматологической помощи; удовлетворенность населения качеством стоматологической помощи. Намечены пути изучения отношения населения к стоматологической помощи.

Ключевые слова: стоматологическое здоровье; концепция качества жизни; качество стоматологической помощи; отношение населения к стоматологической помощи; удовлетворенность населения качеством стоматологической помощи; медицинское поведение

Сохранение здоровья населения в условиях демографического, экономического и экологического кризиса является одной из актуальных проблем современной России. Однако сегодня состояние отечественной стоматологической помощи не в полной мере удовлетворяет потребностям и ценностям здоровья и здорового образа жизни населения России. Особую озабоченность вызывает проблема оказания качественной стоматологической помощи и ее соответствие общепринятым в мировой стоматологии стандартам. Качество стоматологической помощи рассматривается как совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказания этой помощи имеющимся потребностям, ожиданиям пациента и общества, современному уровню стоматологической науки и технологий [18]. Понимание качества стоматологической помощи менялось в ходе развития системы стоматологической службы в нашей стране.

Так, государственный уровень организации стоматологических услуг в России начинает развиваться с 1881 г., когда в Петербурге была открыта первая школа для "изучения зубоврачебного искусства", основано "Первое общество дантистов в России", "Общество дантистов и врачей, занимающихся зубоврачеванием" [9]. С начала 20-х годов XX в. в результате реформы, начатой Наркомздравом РСФСР, создавалась система государственной специализированной зубоврачебной службы, которая позволяла сделать специализированную помощь массовой, доступной населению. 50-60-е г. характеризовались активным развитием материально-технической базы, расширением сети стоматологических клиник и сети стоматологических кабинетов в составе больниц общего профиля [4]. С начала 60-х гг. XX в. произошли изменения акцентов во внутренней политике в сторону усиления социального компонента: наметился общий подъем уровня жизни подавляющего большинства населения страны, увеличилась продолжительность жизни граждан СССР, улучшилась, в том числе, организация медицинской и стоматологической помощи. В середине 60-х годов система достигла определённого уровня зрелости: определилась специализация учёных и научных центров, в печати активно обсуждались вопросы профессиональной ориентации врачей-стоматологов, увеличился прием студентов на существующие стоматологические факультеты и др. [14]. Развитие стоматологических услуг 70-80-е гг. характеризовалось ростом количественных параметров деятельности стоматологической помощи, что являлось отражением общей государственной политики того времени в области экономического развития народного хозяйства [6].

До 1990 года в нашей стране функционировал закрытый рынок медицинских стоматологических услуг с монополией государственных лечебных учреждений, который не имел конкурентов и выполнял задачи, поставленные заказчиком по усредненным методикам в максимальном объеме с целью восстановления утраченной функции жевания. При этом создавались хозрасчетные лечебные учреждения, которые обеспечивали возможность сдельной формы оплаты труда, но учредителями этих учреждений были все те же государственные структуры, следовательно, эффективность их работы

оставалась такой же. С конца XX века в России появилась законодательная возможность создания лечебных учреждений с различными формами собственности. Открылся международный рынок товаров стоматологического назначения, пришли новые технологии лечения стоматологических заболеваний [6].

В 1991 году был введен в действие Федеральный закон РФ «О медицинском страховании граждан РФ», в 1993 году Федеральный закон «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», ориентировавшие работу здравоохранения в системе рыночных отношений. Начался период реформирования системы здравоохранения РФ. Однако существующая оценка эффективности стоматологической службы оставалась прежней и отражала сугубо медицинский, биологический подход и не учитывала всего многообразия жизни человека, духовной, социальной, финансовой сфер жизни.

С 1999 г. планирование медицинской помощи населению России осуществляется с использованием программно-целевого метода по основным видам медицинской помощи, в том числе стоматологической помощи, на душу населения в год. Реализация программы государственных гарантий проводится через госзаказ, представленный соответствующими плановыми показателями. Такая система нуждается в совершенствовании, так как она в большей мере ориентирована на решение задачи определения объема медицинской помощи, но не условий ее оказания.

Анализ деятельности сети стоматологических учреждений России в 1999-2006 гг. [11] свидетельствует о том, что стоматология становится одним из разделов здравоохранения, в котором сделаны первые шаги по реформированию специальности, адаптации ее к условиям рынка, где найдены дополнительные источники финансирования, внедрены современные технологии профилактики и лечения, проведены интенсивные обучения и переобучения кадров. Можно отметить положительные и отрицательные изменения в развитии стоматологии России в период перехода к рыночным отношениям. Среди первых: развитие многоукладных форм стоматологической помощи; внедрение новых технологий; улучшение качества стоматологической помощи; расширение источников финансирования; потребность в высококачественном лечении и специалистах; улучшение имиджа стоматолога в здравоохранении и в обществе; улучшение прав пациента; улучшение индивидуальной профилактики; увеличение ответственности стоматолога; свободный и любой выбор изделий для стоматологии; повышение роли общественных организаций и самоуправления; резкое развитие информатики; скачок в развитии имплантологии, ортодонтии, эндодонтии; усиление ответственности стоматологов. Среди отрицательных: дефицит бюджетного финансирования; ухудшение помощи детям, разрушение детской стоматологии; снижение социальной защиты пациента; уменьшение доступности стоматологической помощи; ухудшение школьной стоматологии; безответственность владельца за состояние своей собственности; разрушение материальной базы государственных стоматологических учреждений.

Как показала дальнейшая практика, положительные изменения оказались недостаточными для существенного повышения качества стоматологической помощи. Это обуславливает необходимость проведения специальных исследований, направленных на поиск факторов, которые могли бы в значительной мере определять и количественные, и качественные параметры деятельности стоматологической службы в России.

В процессе обращения за стоматологической помощью люди взаимодействуют друг с другом в структуре социального института здравоохранения. Упорядоченные и устойчивые социальные взаимодействия служат основой для становления социальных отношений, которые оказывают огромное воздействие на развитие института здравоохранения в период трансформации российского общества. Личность занимает позицию оценки (ценностную позицию) по отношению ко всем компонентам окружающей среды. Но осуществлять социальные действия в отношении кого-то она будет только из-за вещей, которые ценит и считает для себя полезными и желательными, т.е. ради ценностей [20].

Подход к изучению социальных отношений в сфере здравоохранения и стоматологических практик с точки зрения развития ценностей здоровья и здорового образа

жизни дает возможность проводить плодотворный социологический анализ. Целенаправленный поиск, проведенный в специальной литературе, приводит к выводу, что наиболее полный на данный момент набор ценностных критериев можно использовать, опираясь на концепцию качества жизни [5;7;8]. Разрабатывается Ноосферная стратегия охраны здоровья граждан России [13].

Определение понятия «стоматологическое здоровье», оценка и сохранение стоматологического здоровья населения, изучения совокупности факторов внешней среды, влияющих на состояние стоматологического здоровья, организация стоматологической службы в системе ОМС, внедрение коммерческих форм оказания стоматологической помощи, профилактика стоматологических заболеваний, оценка деятельности региональной стоматологической службы, выявление профилактики стоматологических заболеваний, отношение населения к организации стоматологической помощи, качество стоматологической помощи – вот неполный перечень вопросов, которые становятся приоритетными в подготовке реформирования территориальной стоматологии в современных условиях.

По мнению ряда авторов [19] стоматологическое здоровье – это состояние челюстно-лицевой области, характеризующееся отсутствием патологии, патологических изменений и эстетических недостатков с полным сохранением функции жевания. Однако данное определение не отражает в полной мере того, как стоматологическое здоровье влияет на общее состояние организма и качество жизни человека.

Особую значимость проблема оценки и сохранения стоматологического здоровья населения приобретает в регионах с экстремальными условиями проживания. В работе отечественных исследователей [3] приведён подход в определении уровня стоматологического здоровья населения северных территорий Красноярского края посредством анализа количественных показателей. Установлено снижение уровня стоматологического здоровья у коренного и пришлого населения северных территорий Красноярского края за счет снижения компонента “физическая сохранность зубов” – у коренного населения, а у пришлого населения – за счет снижения компонента “функциональная полноценность зубов”. В ходе изучения уровня оказания стоматологической помощи населению Чеченской республики [30] были использованы количественные показатели стоматологического здоровья: количество кариозных зубов у одного пациента, количество пломбированных зубов, количество удаленных зубов. Анализ интенсивности кариеса (индекс КПУ) у различных возрастных групп населения позволил сделать вывод о нуждаемости населения г. Грозный в стоматологическом лечении.

За последние годы накоплены данные о влиянии на распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний факторов окружающей среды [1; 15]. Ряд исследований подтверждают зависимость развития кариозного процесса (распространенность и интенсивность кариеса) от состояния атмосферного воздуха, содержания фтора в питьевой воде и др. [2; 10; 16].

В последние годы появилось достаточное количество работ, показывающих зависимость между здоровьем населения и качеством жизни [10], а также работ, в которых качество жизни изучено по 10 бальной шкале методом интегрирования экспертных оценок. В стоматологии таких работ явно недостаточно. Оценка качества проведенных коррекционных мероприятий у лиц с психическими и поведенческими расстройствами при помощи изучения опросников качества жизни, является едва ли не единственным репрезентативным показателем результативности стоматологической терапии [17]. Так, показано, что уровень качества жизни у лиц, страдающих опийной зависимостью в длительной ремиссии (до 1 года) с санированной полостью рта и закончивших ортопедическое лечение становится практически сравним с показателями КЖ больных группы сравнения.

Тем самым проблема повышения качества стоматологической помощи остается актуальной. С нашей точки зрения не последнюю роль в разрешении проблемы качества стоматологической помощи играют показатели, свидетельствующие об отношении населения к стоматологической помощи.

Отношение к стоматологической помощи – это сложное социальное явление. Решение пациента обратиться за стоматологической помощью является результатом психологической работы по пониманию ценности своего здоровья, осознанию собственного заболевания, потребности в стоматологической помощи, сложных работ по отбору стоматологической клиники и врача, которое зависит от тяжести заболевания и ряда других медико-биологических, медико-социальных, эколого-антропогенных и социально-экономических факторов. Оно представляет собой единство трех элементов: 1) реального или фактического медицинского поведения; 2) мотивов, потребностей, ценностей и установок к поддержанию стоматологического здоровья, осознание его ценности для поддержания и prolongation физической активности, предупреждения и лечения болезней, сохранения и укрепления здоровья; 3) оценки оказываемой медицинской (стоматологической) помощи.

Первый элемент отношения к стоматологической помощи – это социальная активность человека, проявляющаяся в таких формах поведения, как выполнение норм по поддержанию культуры стоматологического здоровья и его поведение по отношению к выбору стоматологических услуг. Можно предположить, что социальная активность человека по отношению к оказанию стоматологической помощи реализуется в социальной деятельности и соответствует трем формам ее проявления: здоровьесберегающей, познавательно-творческой, потребительской. *Второй, мотивационный, элемент* отношения к стоматологической помощи связан с мотивами, потребностями, ценностями и установками к поддержанию культуры здоровья (в том числе стоматологического), которыми руководствуется человек в процессе жизнедеятельности. *Третий, оценочный, элемент* – субъективная оценка человеком оказываемой стоматологической услуги.

Оценка предоставляемой стоматологической услуги, ее результатов зависит от соответствия между мотивами, установками, требованиями, предъявляемыми человеком к своему стоматологическому здоровью, собственно реальным медицинским поведением и конкретной обстановкой в сфере предоставления услуги. Тем самым отношение к стоматологическим услугам тесно связано с удовлетворенностью оказанной услугой пациента и состоянием его здоровья. Удовлетворенность оказанием стоматологических услуг – это состояние сбалансированности требований, предъявляемых пациентом к содержанию, характеру и условиям лечения, и субъективной оценки возможностей их удовлетворения. Удовлетворенность оказанием стоматологических услуг есть оценочное отношение человека (или группы людей) к собственной медицинской деятельности, различным ее аспектам, важнейший показатель адаптации пациента в условиях социума. Цель изучения удовлетворенности населения стоматологической помощью заключается в выявлении механизма его формирования и управлении им. Наиболее значимыми моментами при этом выступают изучение факторов, формирующих удовлетворенность стоматологической помощью, и определение степени его воздействия на показатели стоматологического здоровья.

Все факторы формирования удовлетворенности населения стоматологической помощью можно разделить на объективные условия и обстоятельства, связанные с особенностями функционирования системы здравоохранения и субъективные, связанные с отражением внешних условий в сознании и психике человека, с его индивидуальными особенностями. К объективным факторам можно отнести социально-экономические и иные социальные условия функционирования системы здравоохранения, а также обстоятельства и условия конкретной профессиональной деятельности в системе оказания стоматологической помощи (содержание услуги, ее производственные условия, организация и оплата, социально-психологический климат коллектива стоматологической клиники, система семейного и школьного воспитания, средства массовой информации и пропаганды в регионе). Большое влияние на формирование отношения человека к оказанию стоматологических услуг оказывают субъективные факторы: осознание ценности своего здоровья, информированность о требованиях, предъявляемым к качеству стоматологических услуг, предшествующий опыт обращения за стоматологической помощью, общая и профессиональная культура, психологические, демографические и социально обусловленные особенности человека (его пол возраст, образование, стаж работы, способности, склонности, потребительское поведение).

Предварительный анализ статистической информации об отношении населения Саратовской области к организации стоматологической помощи [12] позволяет предположить, что в настоящее время при складывающемся в последние годы дефиците бюджета по охране здоровья населения и невозможности компенсировать его дефицит из средств обязательного медицинского страхования, значительная часть населения Саратовского социума противоречиво относится к организации стоматологической помощи в период реформирования системы здравоохранения. Возможная причина этого в том, что население имеет различные представления о качестве стоматологической помощи, по-разному осознает ценность своего здоровья (в том числе стоматологического) и имеет противоречивый опыт взаимодействия с институтом здравоохранения в условиях его модернизации и в общем оценивает его невысоко.

Таким образом, стоматологическое здоровье является показателем качества жизни. Дальнейшее выявление наиболее существенных взаимосвязей и взаимозависимостей между выделяемыми объективными и субъективными факторами удовлетворенности населения качеством стоматологической помощи поможет изучить и проводить типологию пациентов по их отношению к оказанию стоматологической услуги, преодолеть социальную апатию к соблюдению здорового образа жизни и поддержанию культуры стоматологического здоровья.

* * *

1. Алимский, А.В., Алиева Р.К. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде // Стоматология для всех. - 1999. №1(6). - СС.44-45.

2. Бабаджанов Л.А. Профилактика кариеса зубов в условиях сельской местности на основе эпидемиологических данных: Автореф. дисс.канд. мед. наук. - М. 1981. - 22 с.

3. Бакшеева С.Л., Горбач Н.А, Алямовский В.В. Мероприятия по оптимизации стоматологической помощи населению северных территорий Красноярского края // Институт стоматологии. - М., 2009. № 2. - СС.12-14.

4. Евдокимов А.И. Настоящее и прошлое советской стоматологии 1917-1967. / А.И. Евдокимов / Стоматология. - 1967. №5. - СС.6-13.

5. Зараковский Г.М., Пенова И.В. Система компьютерной поддержки принятия решения по критериям качества жизни // Стандарты и качество. - 2005. №3.

6. Злотников С.А. Стоматологическая служба в условиях формирования рынка / С.А. Злотников // Регион. медицинский журнал Центрального Черноземья "Консилиум". - Воронеж, 1998. №11. - СС.2-11.

7. Казначеев В.П. Здоровье нации. Просвещение. Образование. - Москва 1996.

8. Качество и уровень жизни населения в новой России (1991-2005 гг.) Бобков В.Н. (руководитель авторского коллектива). - М.: ВЦУЖ, 2007. - 719 с.

9. Ковалев А. Краткий исторический очерк зубо-врачевания в России / А. Ковалев // Зубоврачебный вестник. - 1900. №5. - СС. 278-284.

10. Кузьмина Э.М., Васина С.А., Петрина Е.С., Смирнова Т.А.. Стоматологическая заболеваемость населения России и принципы планирования программ профилактики. // Стоматология (научно-практич. журнал). Спец. выпуск. 1996. - СС.11-12.

11. Леонтьев В.К.. Отчет Президента Стоматологической Ассоциации России «О результатах деятельности СТАР за отчетный период (2000-2003 гг.)» // Стоматология сегодня. - № 6 (28), 2003.

12. Морозов В.И. Отношение к оказанию стоматологической помощи населению. // Интегративные исследования в медицине. Сб ст. Всероссийской научно-практической конференции. - Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. - СС.170-173.

13. Рагимова О.А. Ноосферная стратегия охраны здоровья граждан России в XXI веке. - Изд-во ИЦ Наука. 2010. - 318с.

14. Рыбаков А.М. Советская стоматология за 60 лет. / А.И Рыбаков. - М., 1974. - 91 с.

15. Сивак. Е.Ю. Медико-гигиенические аспекты влияния питьевой воды на состояние органов полости рта у школьников. - Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. - Пермь. 2001. - 21с.

16. Стоматологическая заболеваемость населения России. / Под ред. Проф. Э.М.Кузьминой/. - М., 1999. - 228 с.

17. Струев И.В., Семенюк В.М., Четвериков Д.В. Качество жизни опиоид-зависимых лиц после стоматологической реабилитации. // Институт стоматологии. - М., 2005. №4.

18. Тё. И.А. Опыт сертификации стоматологических организаций с позиций обеспечения качества стоматологической помощи. - Институт стоматологии. - М., 2008. №1. - СС 36-38.

19. Чижов Ю.В. Методика комплексной оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста / Ю.В. Чижов, А.В. Цимбалитов, О.М. Новиков. - Красноярск, 2005. - 53 с.

20. Lasswell H., Kaplan F. Power and society: A framework for political inquiry. N.Y., 1963.

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ:
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИХ ИЗУЧЕНИЯ

Катасонов С.В.
Кострикина И.С.

В статье рассматриваются проблемы социализации личности, производится сценарное прогнозирование тенденций и динамики изменения поведения личности в социуме, с использованием метода трех плоскостей.

Ключевые слова: социализация, личность, метод трех плоскостей, системный, процессный подход, асоциальное поведение.

Проблематика асоциального поведения затрагивает различные сферы жизнедеятельности человека, в том числе и проблемы сохранности здоровья. В социально-психологических исследованиях тяжелых заболеваний отмечается, что часть больных с тяжелыми продолжительными заболеваниями являются группой риска в отношении приобретения тех или иных форм асоциального поведения. Наиболее ярким примером в этой области может являться ВИЧ и СПИД. Проблема усугубляется еще тем, что эти заболевания связаны с наркотизмом, такими его формами как алкоголизм, наркомафия, ВИЧ-инфицированные также часто страдают девиантными формами поведения. С другой стороны, в настоящее время собрана масса фактов успешной социализации ВИЧ-инфицированных и лиц, страдающих разными тяжелыми заболеваниями. В данном аспекте существенно актуализируется проблема развития методологии исследования социализации с целью выявления структуры факторов, препятствующих и способствующих социализации.

При постановке экономических задач человек рассматривается с позиции макроэкономического мышления (домашнее хозяйство, трудовой ресурс, социум, рабочая сила и т.д.). Построенные с этих позиций модели дают высокую погрешность, слабо учитывают динамику развития экономических отношений, особенно в условиях мирового кризиса или в условиях нетривиальных жизненных ситуаций (природные форсмажоры или тяжелые заболевания и т.д.). Предлагаемый метод моделирования позволяет построить модель поведения человека в социально-экономической системе, используя ее в микро- и макроэкономических исследованиях.

Человек является основным элементом социально-экономической системы и как ее элемент находится в сложном пространственно-временном континууме, а все факторы (в том числе внешние), определяющие экономическую деятельность, могут быть скомпонованы по плоскостям с учетом темпоральных характеристик. Таким образом, модель человека в социально-экономической системе представляет собой взаимосвязанные и взаимозависимые отношения личности и общества (как окружающей среды), происходящие в пространственно-временной континууме. Эти отношения определяются следующими основными документами.

Всеобщая декларация прав человека (Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 года).

Статья 7. Все люди равны перед законом и имеют право, без всякого различия, на равную защиту закона. Все люди имеют право на равную защиту от какой бы то ни

ПУБЛИКАЦИИ ДОКТОРАНТОВ, АСПИРАНТОВ И СОИСКАТЕЛЕЙ. ВОПРОСЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

было дискриминации, нарушающей настоящую Декларацию, и от какого бы то ни было подстрекательства к такой дискриминации.

Статья 29

1. Каждый человек имеет обязанности перед обществом, в котором только и возможно свободное и полное развитие его личности.

2. При осуществлении своих прав и свобод каждый человек должен подвергаться только таким ограничениям, какие установлены законом исключительно с целью обеспечения должного признания и уважения прав и свобод других и удовлетворения справедливых требований морали, общественного порядка и общего благосостояния в демократическом обществе.

Конституция Российской Федерации (Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.)

Глава 2. Права и свободы человека и гражданина

Статья 17

3. Осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц.

Статья 45

1. Государственная защита прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации гарантируется.

Рассмотрим взаимосвязь факторов определяющих понятие личности (рис 1).

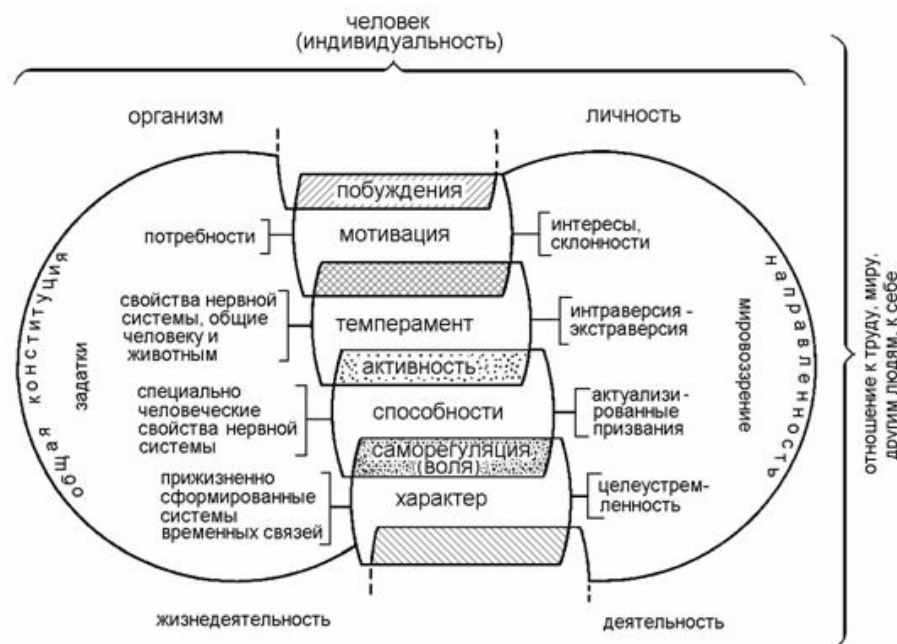


Рис 1. Взаимосвязь факторов определяющих личность

Личность рассматривается, с одной стороны, как человек (индивидуальность) – результат процесса семейного воспитания и самовоспитания, с другой стороны социализация отношений к труду, миру, другим людям, себе. Таким образом, процесс воспитания можно разделить на две составляющие:

– семейное воспитание как результат психологического взаимодействия личностей в системе семейных отношений;

– общественное воспитание как результат воздействия взаимосвязанных факторов (стимулов) ближнего и дальнего окружения.

При постановке задачи на исследование экономических проблем строится пространственная модель поведения личности в социально-экономической системе.

Все факторы (внешние факторы), влияющие на поведение личности, скомпонованы по плоскостям представленных в виде трехуровневой (человек, ближнее окружение, внешняя среда) пространственной модели социально-экономической системы. Для построения модели взаимозависимости человека и внешних факторов ближнего и дальнего окружения используем метод трех плоскостей (рис 2), разработанный автором.

Выделяем три измерения

1. НПА - нормативно правовые акты,
2. ФЭП – финансово-экономические показатели,
3. СПО - социально-психологические отношения.
4. Время - $t^{y1}, t^{y2}, t^{x1}, t^{x2}, t^{z1}, t^{z2}$ размерность граничных условий.

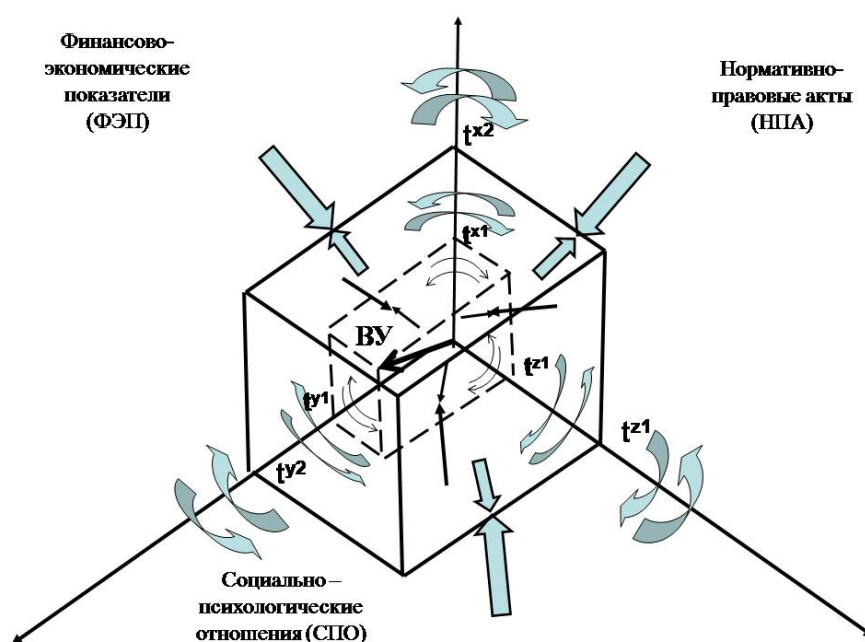


Рис 2. Метод трех плоскостей

Выделяем три объемных пространства исследования субъектов отношений:

- Внешние (за сферой) - дальнее окружение.
- Область ближнего окружения (внутри сферы).
- Человек в системе факторов (параллелепипед, определяющий проекции вектора управления поведением **ВУ**).

Стрелки между плоскостями показывают наличие прямых и обратных связей, а прямые встречные стрелки показывают реакцию взаимовоздействия (управления), что позволяет выявить комплекс факторов, формирующих связи между элементами системы, расположенными на различных плоскостях уровней. Проследив связи, можно построить критический путь, который станет основой прогнозного сценария, показывающего вероятную реакцию человека на изменение внешней среды. Предполагается (принцип допущения), что система изначально статична, а появление иницирующего воздействия вызывает возмущения, которые приводят к появлению переходных процессов в системе, вызывая ответную реакцию. Статичность обусловлена прямыми и обратными связями, темпоральными (временными) характеристиками.

В основе деятельности личности является принятие решений, которое может быть представлено в виде функций управления (рис 3). Задающими в пространственно-временном континууме является вектора мотивов и целей.

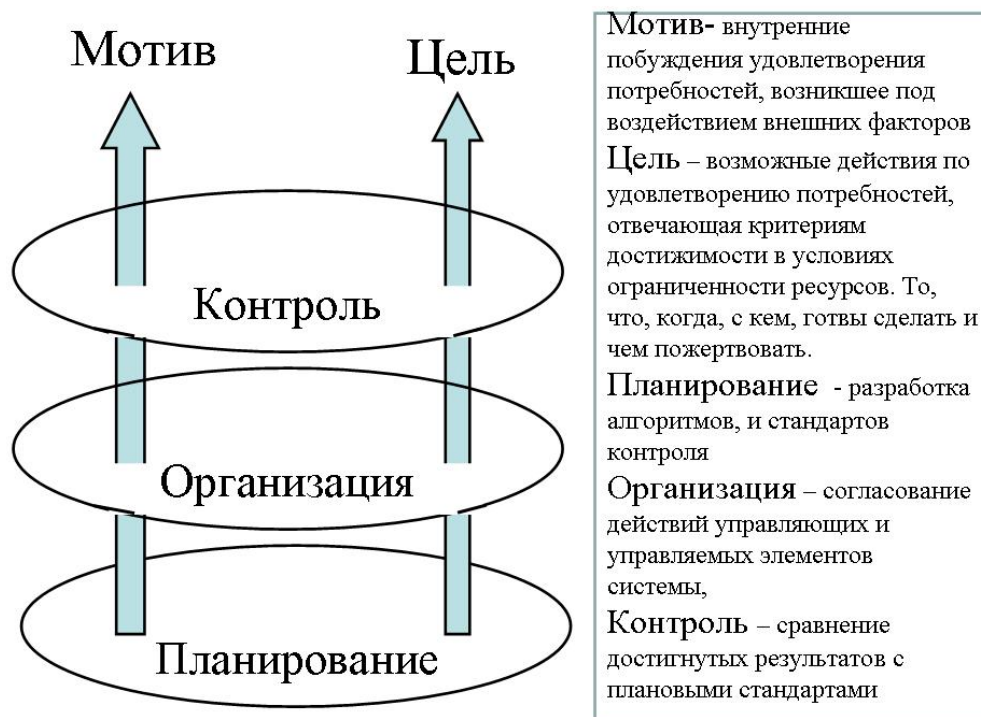


Рис 3. Векторные характеристики функций управления

Если учесть что мотивация возникает под воздействием внешних факторов и внутренних побуждений, то в данной модели экономического человека речь идет о самоуправлении (реакция на изменение).

Используя методы факторного анализа, построим сценарий поведения (вектор управления) человека в системе факторов ближнего и дальнего окружения по плоскостям анализа (ФЭП, СПО, НПА), с позиций логического мышления, применяя методы контент-анализа.

Для удобства анализа представим, что:

Система отношений человека и окружающей среды изначально статична, все ограничения приняты сторонами.

Оси ординат являются граничными условиями определяющими размерность отношений во времени.

Время - t^{y1} , t^{y2} , t^{x1} , t^{x2} , t^{z1} , t^{z2} - размерность граничных условий, определяемая как интегрированный показатель приведенных величин (временных коэффициентов).

Ближнее окружение – находящиеся рядом люди связанные системой правовых, экономических и социальных отношений.

Дальнее окружение – система власти, обеспечивающая соблюдение ограничений, какие установлены законом исключительно с целью обеспечения должного признания и уважения прав и свобод других и удовлетворения справедливых требований морали, общественного порядка и общего благосостояния в демократическом обществе.

Плоскость НПА: границы определяются нормативными актами, с одной стороны, и обязательствами по их соблюдению, с другой стороны, – при этом:

- прямая ($0; t^{z1}$) показывает границу обязательств между человеком и государственной системой (нормативно-законодательные акты). Зеркальное отражение этой прямой (верхняя грань) показывает уровень ответственности человека в рамках закона перед другими людьми.

- прямая ($0; t^{x1}$) определяет нормативное (определенное НПА) количество ресурсов (уровень) необходимых для выполнения обязательств человека перед государством. Зеркальное отражение этой прямой (правая грань) определяется как обязательства перед государством по использованию ресурсов.

- площадь плоскости по указанным граням определяет период действия соглашений, с одной стороны, и ответственности об их соблюдении, с другой стороны.

Определяемая нормативами плоскость НПА задает правила взаимодействия Государства (НПА) и человека при наличии ресурсов, зеркальное отражение – взаимодействия человека и ближнего окружения (социума) ближним окружением в рамках установленных правил.

Плоскость ФЭП – границы задаются экономическими интересами сторон:

- прямая ($0; tx1$) – ресурсы, обеспеченные государством, обществом, Зеркальное отражение этой прямой (правая грань) показывает их использование (целевое расходование).

- прямая ($0; t^{y1}$) показывает ресурсное обеспечение жизнедеятельности человека. Её зеркальное отображение показывает экономический интерес личности, ограниченный ближним окружением.

Площадь прямоугольника ФЭП ($0; t^{x1}; t^{y1}$) показывает ресурсы, а её зеркальное отражение – степень ограничения социумом использования этих ресурсов.

Плоскость СПО границы показывают социально-психологическую составляющую (отношение к нормативам и удовлетворенность обеспечения ресурсами):

- прямая ($0; t^{z1}$), как говорилось ранее, показывает зону нормативных отношений (социальных норм) и принятыми обязательствами личности, её зеркальное отражение – отношение к этим обязательствам со стороны личности.

- прямая ($0; t^{y1}$) показывает ресурсное обеспечение жизнедеятельности личности в системе ОУ (ресурсное обеспечение соблюдения социальных норм). Её зеркальное отражение показывает отношение личности к удовлетворению собственных потребностей, путем использования этих ресурсов.

Таким образом, в основании СПО лежат основы социального поведения, а её зеркальное отражение – система ответственности за соблюдение норм социального поведения (взаимодействие с социумом).

В условиях статичности системы взаимосвязь факторов ФЭП, СПО, НПА, равнозначна (равноразмерная), функции управления (самоуправления) четко определены. При этом границы разделов (границы, плоскости) являются источниками концентрации информации внутренней и внешней среды и, как следствие, формируют зоны возможных проблем (конфликтные зоны). Априори – проблема в условиях ограничений рассматривается как задача и при заданных условиях – решение достигается путем достижения договоренностей (соглашений) на период времени.

Так как система изначально рассматривалась как статичная, то подразумевается, что эти конфликты разрешены (достигнуты соглашения) и отсутствуют на период времени $0- t^{y1}; 0-t^{x1}; 0- t^{z1}$.

При исследовании взаимодействия личности и социума используется системный и процессный подход.

В системном подходе время выступает как особого рода интегрированный показатель (характеристика) особенностей формализации показателей личности и ближнего окружения. Привязка показателей времени к человеку в современном динамично развивающемся мире позволяет строить сравнительные характеристики качества жизни

ни – средняя продолжительность жизни. Для решения нашей задачи, время определяет отношение личности к используемым параметрам (НПА, ФЭП, СПО), и может рассматриваться как интегрированный показатель приведенных величин.

$0-t^{y^1}$ - интервал времени, необходимый для использования ресурсов (ФЭП);

$0-t^{x^1}$ - время действия (интервал времени) нормативных ограничений по финансово-экономическим показателям (право или возможность их использования);

$0-t^{z^1}$ - нормативное (договорное) время взаимодействия личности и окружения;

Например: $0, t^{y^1}$ – реальная производительность (нормо-час); $0, t^{x^1}$ - нормативная (расчетная) производительность (нормо-час); $0, t^{z^1}$ - законодательно оговоренные периоды труда и отдыха (нормо-час).

Аналогичный подход используем для рассмотрения временных интервалов ближнего окружения.

В рамках системного подхода можно детально рассчитать цифровые показатели факторов в системе, но при этом возникает необходимость формирования алгоритма расчета (формул). Алгоритм расчета представляет собой сценарий реакции поведения человека на изменение внешних факторов и внутренних мотиваций.

Рассмотрим ситуацию конфликта человека и социума с учетом межфакторных (прямых и обратных) связей.

Строим сценарий поведения человека, используя предлагаемую идеальную модель (рис 2):

Личность, исходя из задатков, на основании своих прав расширяет свое влияние в области СПО, захватывая ресурсы (прирост $0; t^{y^1}$), путем игнорирования (уменьшения) НПА (сокращение $0; t^{z^1} - \Delta t$) (рис 4).

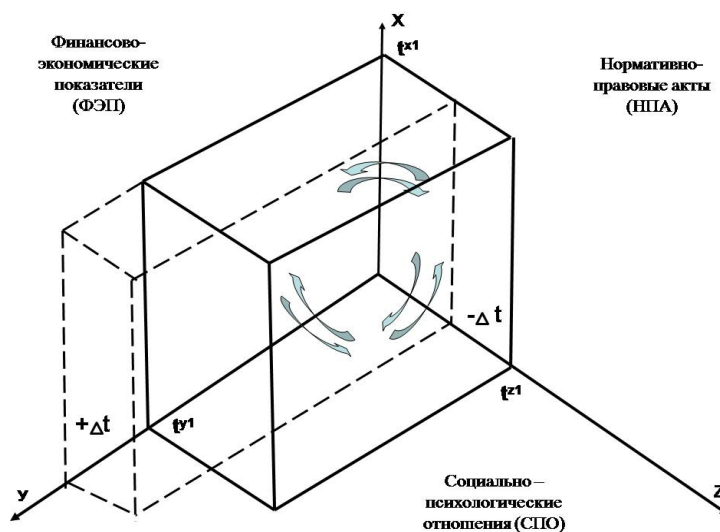


Рис 4. Захват ресурсов

Происходит прирост ресурсов ($0, t^{y^1} + \Delta t$), растет степень удовлетворенности ресурсами ФЭП, а зона $0; t^{z^1} - \Delta t$ оси Z становится зоной без ответственности (неисполнения обязательств), – мотивация материальных выгод становится приоритетной, с учетом человеческих различий возможны три варианта противодействия ближнего окружения:

1. Социальное противодействие (возврат ресурсов методами убеждения, в том числе и силовыми) – возврат на уровень первобытно-общинного строя (у кого больше ресурсов, тот и прав).

2. Соглашательство и добровольная переуступка ресурса взамен использования зоны безответственности (передача ресурса «вождю» и снятие с себя ответственности «вождь всегда прав»).

3. Обратиться к закону через органы государственной власти (Осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц. Государственная защита прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации гарантируется).

Следуя законам самосохранения системы, первые два сценария приводят к изменению соотношений системы, появляется тенденция к нерегулируемому обществом перераспределению ресурсов («революционная ситуация»). Следуя положениям формальной логики – в условиях ограниченности ресурсов необходимо стабилизировать объем потребления (ФЭП), на что должна последовать ответная реакция внешней среды (рис 5.) – пересмотр показателя $(0, tx1 - \Delta t)$, приведение в соответствие прав и обязанностей (сокращение $0, tz1 - \Delta t)$, что автоматически увеличивает ресурс НПА ближнего окружения, осуществляя саморегулирование системы ближнего окружения $(0, ty2; 0, tx2; 0, tz2)$, рис.1).

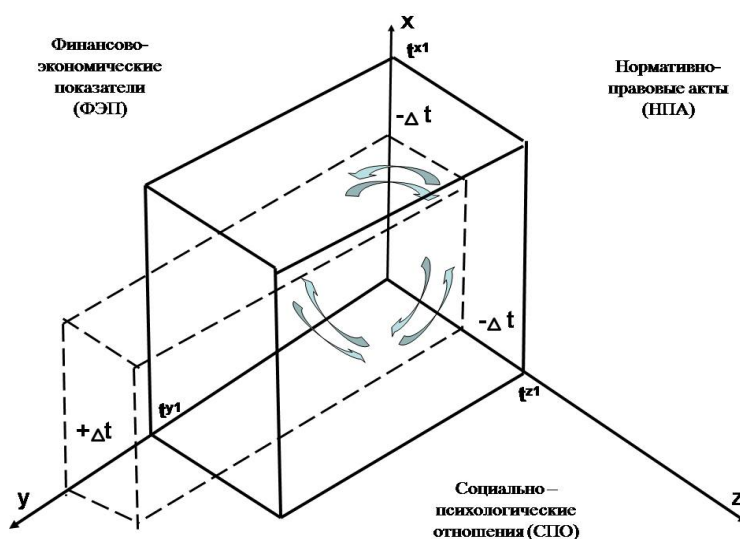


Рис 5. Реакция системы на захват ресурсов

Используя метод процессного подхода, строим сценарии изменения системы общественных ценностей ближнего окружения (рис 6).

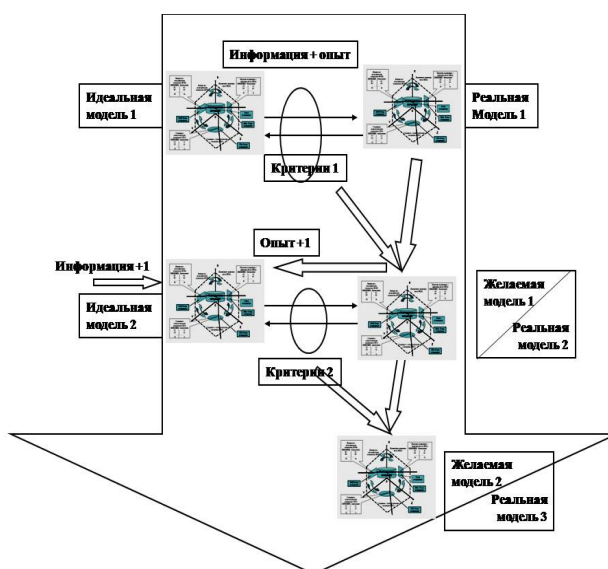


Рис 6. Процесс динамики изменений

Для личностей с асоциальным поведением, реакция ближнего окружения выполняет роль ограничителя возможностей захвата ресурсов. В то же время для личностей с социально-активным (в т.ч. – социально-адаптивным) поведением ситуация стабильная, есть возможность использования дополнительных (добровольно-делегированных ближним окружением) ресурсов регулируемого развития. Как следствие асоциальное поведение становится невыгодным для рационально мыслящей личности, что приводит к изменению ценностей организационной культуры и как следствие ментальности населения.

Регулируемое развитие человека представляет собой увеличение интегрированного ресурса путем рационального использования собственных и делегированных ресурсов, полномочий, ответственности. В этом случае можно выделить три сценария развития системы ближнего окружения: лидерство (рис 7); руководство (рис 8); власть (рис 9).

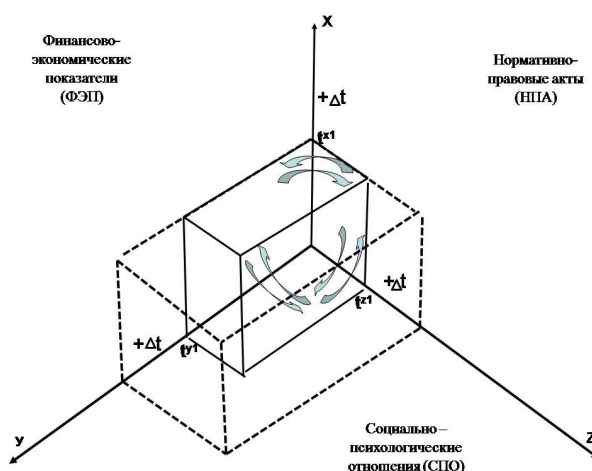


Рис 7. Лидерство

Лидерство формируется путем добровольной передачи (соучастия) части ресурсов ФЭП на Δt , на условиях, выгодных для ближнего окружения, при этом как следствие ответственность лидера автоматически возрастает.

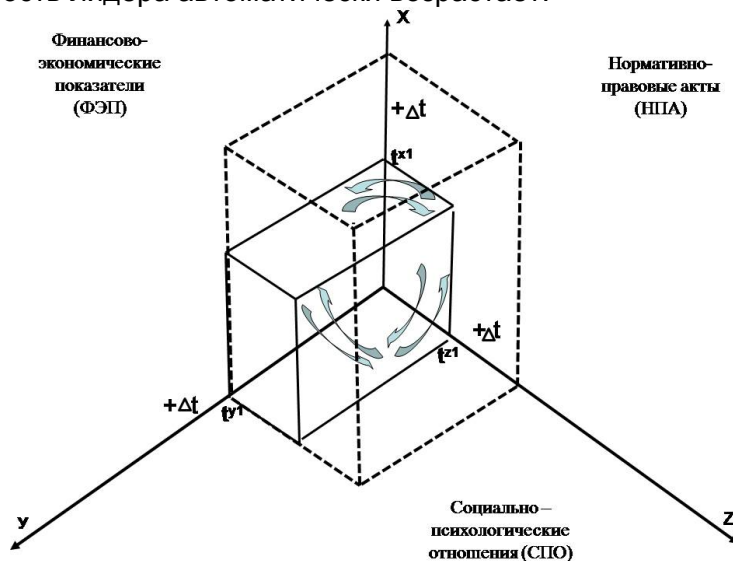


Рис 8. Руководство

Наделение полномочиями по распределению ресурсов в рамках собственных ресурсных ограничений, предусматривает рост ответственности перед ближним окружением при увеличении прав. Классическая ситуация предпосылки к захвату дополнительных ресурсов (см. рис 4).

Власть, с одной стороны, наделение, с другой стороны, делегирование полномочий позволяет обеспечить «комфортную» жизнедеятельность лиц, делегировавших полномочия (рис 9). Система работает сбалансировано при условии жесткой иерархии связей.

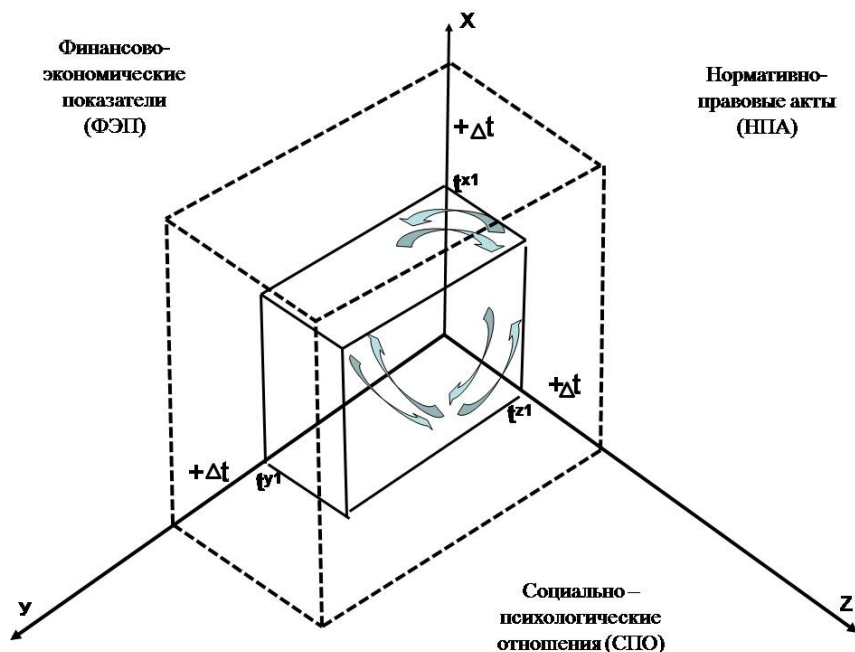


Рис 9. Власть

Таким образом, модель экономического человека позволяет рассчитать прогноз развития событий на макро- и микроэкономическом уровне в социально-экономической системе. Данная модель может быть применима для описания и прогнозирования процессов социализации человека при наличии факторов, осложняющих жизнедеятельность.

* * *

1. Абдикеев В.А., Данько Т.П., Ильднменов С.В. Киселев А.Д. Реинженеринг бизнес процессов. Учебник М.: Изд-в Эксмо, 2005 – 592 с.

2. Аганбегян А.Г. Управление и эффективность. М.: Экономика. 1981 г.

3. Зуб А.Т. Локтионов М.В. Системный и стратегический менеджмент. Методология и практика – М.: Генезис, 2001 г.; Иванов М., Феберр М., Руководство по маркетингу консалтинговых услуг. – М.: Альпина Паблшер, 2003 г.

4. Катасонов С.В. Философские аспекты анализа, исследования, проектирования сложных социально-экономических систем. – Сб. научн. трудов Сургутского филиала ВЗФЭИ / Под ред. академика Поляка Г.Б.; ВЗФЭИ. – М.: Экономическое образование, 1998. – 224 с.

5. Катасонов С.В. Использование метода экранов при анализе ситуации на рынке труда. // Приложение к журналу «Экономические науки» Современная экономика. – Вып. 1. 2004 г. Изд-во УЧЛИВУЗ. – Москва. 2004. – 14 с.

6. Катасонов С.В. Применение метода экранов в экономической теории. – Сб. науч. трудов эконом, ф-та СурГУ /под ред. Э. Б. Вороновой, А. В. Наумова, И. Ю. Малышевой; Сургут, гос. ун-т. – Сургут: Изд-во СурГУ, 2005. – 260 с.

7. Мазур И.И. Шапиро В.Д. Ольдерогге Н.Г. Управление проектами. Учебное пособие – М.: Омега-Л 2004 г.

БАРОМЕТР СОЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ – СОЦИАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ

В современных условиях возрастает внимание к таким наукам, как социальная вирусология и социальная иммунология. И это не случайно. Эксперты отмечают существенное снижение социального иммунитета российской нации, особенно молодежи. Такие социальные вирусы, как потребление крепких спиртных напитков, наиболее тяжелых и смертоносных инъекционных наркотиков, потребление сигарет, разводы, аборт, брошенные дети, убийства, кражи и т.п. разъедают социальный организм России. По самым опасным социальным показателям мы оказались «впереди планеты всей». Более половины (55%) молодых людей в России, согласно опросу института социологии РАН, готовы переступить через моральные нормы ради достижения успеха.

В последние 15 лет существенно обесценились понятия «долг», «совесть», «нравственность», «патриотизм». В обществе формируются негативные стереотипы социального поведения, такие, как правовой нигилизм, маргинальное правосознание. Как следствие – неисполнение законов, пренебрежение исполнением гражданского долга и конституционных обязанностей. Произошла оторванность подрастающего поколения от своей национально-культурной идентичности.

Около 80% опрошенных представителей старшего поколения и более 70% молодых людей уверены в том, что современная молодежь недостаточно интересуется историей и культурой своей страны и ориентирована преимущественно на западные ценности. По данным статистики, с 50% до 18% сократилась доля россиян, регулярно читающих книги. По определению экспертов, в стране развиваются индустрии, эксплуатирующие пороки. И мы, вольно или невольно, помогаем им получать сверхприбыль, в основе которой судьба молодого поколения россиян. Кровь, секс, развлекательные передачи и другие низменные ценности являются предметом непрофессионального антигуманного смакования, информации «живьем», «с места события». Легкая веселая жизнь, крутые «тачки» ежедневно показываются молодежи, прививая вирус праздной, беззаботной, не обремененной семьей и детьми, жизни! По количеству брошенных детей, так называемых социальных сирот, наша страна занимает 1-е место в мире. За последние 20 лет доля сирот среди российских семей утроилась. Это почти в 2 раза выше, чем в Украине.

Многие городские и сельские поселения стали арендой необузданного эгоизма и нравственного хаоса. Бизнес, эксплуатирующий пороки – алкогольный, наркотический, порнографический, игорный – возник в начале 1990-х годов с появлением в стране «дикого» капитализма и лжедемократии. Неконтролируемым развитием все его виды «обязаны» отсутствию государственного и общественного сдерживания. Праздный образ жизни становится нормой поведения. С экранов телевизоров почти полностью исчезла проблема труда, качественного, высокопроизводительного, героики труда, опыта и практики производственных коллективов, профессионализации молодежи, наставничества и многих других социальных технологий, которые широко применяются в развитых странах. В Германии, Японии, Южной Корее, Китае прививается культ честного добросовестного труда. Мы же сознательно разрушаем социальную организацию – трудовой коллектив, которая призвана поддерживать и обеспечивать социальный иммунитет. Такие социальные институты общества как семья, школа, вуз, армия, церковь, государство, местное самоуправление, к сожалению, также ослаблены, плохо взаимодействуют и не могут противостоять распространению социальных вирусов.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Начинать нужно с идеологии, национальной идеи, объединяющей, сплачивающей, сдерживающей натиск социальных болезней. Такой идеей, по нашему мнению, является ноосферное общество. Ноосфера как мечта, как путеводная звезда, как стратегическая цель, как смысл жизни, может и должна пройти в сознание каждого через систему ноосферного образования и воспитания. Только гармония человека, общества, природы и космоса, ноосферный иммунитет на принципах духовности, нравственности, ответственности, общинности, соборности, веры, надежды и любви всегда и во всем, от мелких до героических поступков, может реально противостоять социальным болезням.

Ноосферная общественная академия наук, объединяя ученых ноосферного крыла российской науки, предлагает обществу ноосферный проект инновационного и технологического развития России, проектирует и внедряет гуманистические технологии повышения социального иммунитета российской нации. Всероссийский центр уровня жизни (ВЦУЖ) как генеральный штаб академии сегодня выносит на обсуждение общественности проблему ВИЧ/СПИДА. Мы не только анализируем, вскрываем причины этой страшной вирусной болезни, а бьем в набат и приглашаем *homo sapiens* к сотрудничеству через понимание, осознание опасности. Мы переходим точку невозврата, точку сингулярности. Впереди – ноосферная цивилизация, которая убедительно доказана в науке и философии русских космистов М.В. Ломоносова, Д.И. Менделеева, В.И. Вернадского. И начинается она в России. Иного не дано.

Главный актив России – это ее интеллектуальный, человеческий, креативный и социальный капитал. Такой капитал могут создавать только передовые инноваторы и креативные личности, способные подтверждать свои идеи получением практического результата. Общественный интеллект и управляемая социоприродная эволюция – таковы главные ограничители социальных вирусов и источники роста социального иммунитета, фундаментальные основания ноосферной цивилизации.

Приглашаем всех приверженцев ноосферной идеологии, ноосферной парадигмы зарегистрироваться на нашем сайте. Наш принцип: «Только помогая другим, ты помогаешь себе».

С уважением,

В.И.Патрушев
д.с.н., проф., президент Общественной академии наук
инновационных социальных технологий и местного самоуправления,
академик РАЕН

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ
И АННОТИРОВАННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

<p>Блинкова Людмила Александровна <i>L.Blinkova</i></p>	<p>Студентка 5 курса социального факультета, ГОУ ВПО «Орловский государственный университет» 302026 г. Орел, ул. Нормандия-Неман, д. 74, кв. 90 Тел.: 8-953-613-12-80 e-mail: lusi12-89@mail.ru; <i>5 th year student of the Social Faculty of the Oryol state university</i></p>
<p>Василенко Игорь Викторович <i>I Vasilenko.</i></p>	<p>Психиатр-нарколог, доцент кафедры психологии и педагогики Костанайского государственного университета им. А. Байтурсынова, к.м.н. Казахстан, 110000, г. Костанай, ул. А. Байтурсынова, 47 Тел.: 7142 – 51-11-95 <i>Psychiatrist , assistant professor of psychology and pedagogy Kostanay State University A. Baitursynov named, candidate of medicine</i></p>
<p>Евсеев Вадим Олегович <i>V.Evseev</i></p>	<p>Профессор кафедры труда и социальной политики Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации 117606, Москва, Вернадского просп., 84 e-mail: manrus@mail.ru <i>Professor of the Labor and Social Policy Department of the Russian Academy of State Service under President of Russian Federation.</i></p>
<p>Катасонов Сергей Васильевич <i>S.Katasonov</i></p>	<p>Доцент кафедры управления персоналом Сургутского госуниверситета Тюменской области, к.э.н. 628417, г. Сургут, ул. Ленина, 13, кв.116 ХМАО – Югра Тюменской области Тел.: 904 471 24 64 e-mail: ksv3101@front.ru <i>Associate Professor, Department of Personnel Management Surgut State University, Tyumen region</i></p>
<p>Калинова Ирина Леонидовна <i>I.Kalinova</i></p>	<p>Начальник психологической лаборатории ФБУ ИК-5 УФСИН России по Московской области. Москва, ул.Верхние поля, д.65 Тел.: (495) 359-63-74 e-mail: irinakalinova72@yandex.ru <i>Head of psychological laboratory FBU IR-5 FPS of Russia in Moscow region</i></p>
<p>Козлов Юрий Николаевич <i>U.Kozlov</i></p>	<p>Аспирант ОАО «Всероссийской центр уровня жизни» Тверская обл., г. Калазин, ул. Волжская, д.33, кв. 57 Тел.: 8-916-235-51-65 e-mail: ynkozlov@gmail.com <i>Post-graduate student JSC «VCUG»</i></p>
<p>Корнеева Галина Константиновна <i>G.Korneeva</i></p>	<p>Заместитель начальника кафедры юридической психологии и педагогики Академии права и управления Федеральной службы исполнения наказаний, к.псхл.н. 390036, г. Рязань, ул. Сенная, 1 Тел.: (4912) 938-229 e-mail: sochivo@mail.ru <i>Deputy Head of Legal Department of Psychology and Pedagogy Academy of Law and Administration of the Federal Penitentiary Service, Candidate of psychology sciences</i></p>
<p>Коровина Екатерина Петровна <i>E.Korovina</i></p>	<p>Аспирант кафедры социальной психологии Российского государственного социального университета. Москва, ул. Вильгельма Пика, дом 4 Тел.: +7 (499) 187-60-25 e-mail: info@rgsu.net <i>Post-graduate student Department of Social Psychology, Russian State Social University</i></p>

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ
И АННОТИРОВАННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

<p>Кострикина Инна Станиславовна</p> <p style="text-align: right;"><i>I.Kostrikina</i></p>	<p>Заместитель главного редактора журнала «Уровень жизни населения регионов России, доцент, к.психл.н. 105037, Москва, 4-я Парковая ул., 29 Тел.: (499)164-97-44 e-mail: costrikina.inna@yandex.ru <i>Deputy chief editor of «Living standards in Russia's regions», Associate Professor, Candidate of psychology sciences</i></p>
<p>Красникова Татьяна Викторовна</p> <p style="text-align: right;"><i>T.Krasnikova</i></p>	<p>Аспирант кафедры социальной психологии Российского государственного социального университета. Москва, ул. Вильгельма Пика, дом 4 Тел.: +7 (499) 187-60-25 e-mail: kaktamtebj@mail.ru <i>Post-graduate student Department of Social Psychology, Russian State Social University</i></p>
<p>Макарова Юлия Владимировна</p> <p style="text-align: right;"><i>J.Makarova</i></p>	<p>Ассистент кафедры андрагогики и акмеологической педагогики, ГОУ ВПО «Орловский государственный университет» 302520 Орловская область, Орловский район, пос. Знаменка, ул. М. Горького, д. 65 Тел.: 8-920-818-98-39 e-mail: belochka11@list.ru; <i>The assistant to chair androgogic and acmeology pedagogics, GOU «The Oryol state university»</i></p>
<p>Мардахаев Лев Владимирович</p> <p style="text-align: right;"><i>L.Mardahaev</i></p>	<p>Заведующий кафедрой социальной и семейной педагогики Российского государственного социального университета, д.пед.н., проф. АДРЕС: ул. Вильгельма Пика, дом 4 Тел.: +7 (499) 187-60-25 e-mail: info@rgsu.net <i>Chair of social and family pedagogics Department of the Russian state social university</i></p>
<p>Молоствов Алексей Владимирович</p> <p style="text-align: right;"><i>A.Molostvov</i></p>	<p>Заместитель начальника кафедры социальной психологии и социальной работы Академии права и управления Федеральной службы исполнения наказаний. к. психл. н 390036, г. Рязань, ул. Сенная, 1. Тел.:89038 39 65 94 e-mail: avm135@yandex.ru <i>The deputy chief of chair of social psychology and social work Academy of Law and Administration of the Federal Penitentiary Service , Candidate of psychology sciences</i></p>
<p>Молоствова Галина Владимировна</p> <p style="text-align: right;"><i>G.Molostvova</i></p>	<p>Врач МУЗ ГБ № 5 г. Рязани Тел.: 89038 39 65 94 e-mail: avm135@yandex.ru. <i>Doctor City hospital of Rязan</i></p>
<p>Морозов Виталий Игоревич</p> <p style="text-align: right;"><i>V.Morozov</i></p>	<p>Аспирант кафедры физиологических и клинических основ детства Пединститута ГОУ ВПО СГУ им. Н.Г. Чернышевского 410056 г. Саратов, ул. Чапаева, д. 6А, кв 70. Тел.: 8 905 369 27 71 e-mail: morozov@san.ru <i>The post-graduate student of chair of physiological and clinical bases of the childhood of Teacher's college GOU VPO SGU of N.G. Chernyshevsky</i></p>
<p>Мякинин Дмитрий Анатольевич</p> <p style="text-align: right;"><i>D.Myakinin</i></p>	<p>Начальник управления Департамента семейной и молодежной политики в Северном административном округе г. Москвы 119620, Москва, Солнцевский пр-т, д. 23, кв. 127 Тел.: 499 16439 12 e-mail: shin_neveya@mail.ru <i>The head of a family Department and youth policy in Northern administrative district of Moscow.</i></p>

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ
И АННОТИРОВАННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

<p>Нестерова Альбина Александровна <i>A.Nesterova</i></p>	<p>Доцент кафедры социальной психологии Российского государственного социального университета, к.психл.н. Москва, ул. Вильгельма Пика, дом 4 Тел.: +7 (499) 187-60-25 e-mail: info@rgsu.net <i>Assistant professor of social psychology of the Russian State Social University, Candidate of psychology sciences</i></p>
<p>Петрова Елена Алексеевна <i>E.Petrova</i></p>	<p>Заведующий кафедрой социальной психологии Российского государственного социального университета, д.психл.н., проф. Москва, ул. Вильгельма Пика, дом 4. Тел.: 8-905-74-84-274 e-mail: nfo@rgsu.net <i>Head of the Department of Social Psychology of the Russian state social university d.pshl.n., prof.</i></p>
<p>Сизикова Валерия Викторовна <i>V.Sizikova</i></p>	<p>Доцент Российского государственного социального университета, к.пед.н. Москва, ул. Вильгельма Пика, дом 4 Тел.: 4 926 326 91 06 e-mail: nfo@rgsu.net <i>The senior lecturer of the Russian state social university, the candidate of pedagogical sciences</i></p>
<p>Сочивко Дмитрий Владиславович <i>D.Sochivko</i></p>	<p>Профессор кафедры юридической психологии и педагогики Академии права и управления Федеральной службы исполнения наказаний, д.психл.н. 390036, г. Рязань, ул. Сенная, 1 Тел.: 8 90383396594 e-mail: sochivo@mail.ru <i>Professor, Department of legal psychology and pedagogy Academy of Law and Administration of the Federal Penitentiary Service, d.pshl.n.</i></p>
<p>Филатова Ольга Викторовна <i>O.Filatova</i></p>	<p>Доцент кафедры теории и истории социальной педагогики и социальной работы ГОУ ВПО «Орловский государственный университет»; к.пед.н. 302001 г. Орел, ул. Гагарина, д.49, кв. 44 Тел.: 8-903-029-46-69 e-mail: ov_filatova@mail.ru; <i>Associate Professor of Theory and History of social pedagogy and social work GOU VPO Orel State University, Candidate of pedagogical sciences</i></p>
<p>Шимков Валерий Евгеньевич <i>V.Shimkov</i></p>	<p>Преподаватель Медицинского колледжа № 5, 117638, Москва, Нахимовский пр-т, д. 4 "А". Тел.: 8-499-794-66-40 <i>College of Medicine № 5, Teacher</i></p>
<p>Щербаков Григорий Викторович <i>G.Sherbakov</i></p>	<p>Начальник кафедры социальной психологии и социальной работы Академии права и управления Федеральной службы исполнения наказаний, к.психл.н., доцент, подполковник внутренней службы 390036, г. Рязань, ул. Сенная, 1. Тел.: 8 90383 396 594 e-mail: sochivo@mail.ru <i>Head of the Department of Social Psychology and Social Work at the Academy of Law and Administration of the Federal Penitentiary Service, associate professor, colonel of internal service, Candidate of psychology sciences</i></p>

1/2011 (155)

**«LIVING STANDARD OF THE POPULATION
IN THE REGIONS OF RUSSIA»**

Theoretical and practical journal

SOCIALLY – ECONOMIC PROBLEMS HIV-AIDS IN A MODERN SOCIETY

HIV-AIDS as a complex social and economic problem of a modern society

V.Evseev	SOCIO-ECONOMIC POLICY AND AIDS IN THE LIFE MEANINGS SYSTEM	3
<p>The purpose of this study is identification relationships between the characteristics of AIDS and the characteristics of living space, which is formed in the sense of life. In frame this investigation are obtained depending on the practical impact of factors of living space on the characteristics of the spread of AIDS. The curves were obtained on the basis of statistical and sociological information in Russia and the world's leading countries. Keywords: AIDS, the meaning of life, the factors of living space, the mentality, international statistics.</p>		
I. Vasilenko	HIV-AIDS – NARCOTISM, WAYS OF THE DECISION OF A COMPLEX PROBLEM	15
<p>The importance of development an innovative model narcological assistant program is denoted. The services and servant data are presented. The influence of the pro-gram of tertiary prevention (harm reduction from drug use and harm reduction programs) to change the dangerous from the standpoint of HIV infection in reference to the more secure. Keywords: substance abuse, prevention, treatment services and service centers AIDS.</p>		
A.Nesterova	VITALITY AND VIABILITY OF THE PERSONAL-STI AS A FACTOR IN COPING WITH HIV	20
<p>The article discusses the current domestic and international viability of the theory of man in the situation of the disease (HIV, AIDS). Describes the main factors ensuring the viability of the individual. Viability of the theory - a multi-faceted area of research, to which over the past several decades, turning social workers, psychologists, sociologists, educators, and many others. The theory examines the viability of the forces that show people in situations of illness. Keywords: viability, vitality, social adaptation of HIV-infected and AIDS.</p>		
E.Petrova T.Krasnikova	RESEARCH OF REPRESENTATIONS ON A HIV-INFECTED AND HIV-RELATED STIGMA	25
<p>Discrimination of a HIV-infected is one of the reasons distribution of a HIV-infection. Domestic researches of representations about HIV/AIDS and carriers of this virus do not allow to create effective models for construction of the tolerant attitude to the given group of the population. We consider that most rationally to consider the problem of discrimination of a HIV-infected from point of theory of social presentations.</p>		
HIV-AIDS and shared problems of penitentiary system		
D.Sochivko	ACTUAL PROBLEMS OF MODERN PENAL SYSTEM AND METHODOLOGY OF ITS STUDY	34
<p>The methodological analysis of the problem defining the subject of prison psychology, marked by identifying and analyzing desocializing personality. Keywords: Prison psychology, the personality of terrorists and criminals, desocialization, Identity.</p>		
G.Sherbakov	SOCIAL WORK IN THE PENAL SYSTEM: SCIENCE, PRACTICE, EDUCATION	44
<p>The article deals with actual practical and theoretical issues of social and psychological work in the penal system in Russia, as well as some aspects of training professionals to work in correctional institutions. Keywords: social work, criminal-executive system, humane conditions of serving punishment, recurrence of crime, reforming the Federal Penitentiary Service.</p>		

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ
И АННОТИРОВАННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

G.Korneeva	SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE MAINTENANCE OF HIV-INFECTED INMATES	51
<p>The study of the social adaptation of HIV-infected people showed that the possible exclusion is more meaningful experience than their own health and life. The awareness of HIV-infected situation about they personal values is shift locus control of consciousness on social problem. Keywords: HIV - infection among inmates, incarceration, education on matters of HIV / AIDS</p>		
Socio-pedagogical support for people living with HIV		
L.Mardahaev	DEONTOLOGY SOCIO-PEDAGOGICAL SUPPORT OF PEOPLE LIVING WITH HIV	55
<p>Social nature of HIV / AIDS in contemporary society is considered through the analysis of the stigma phenomena and discrimination of patients and infected people. It is emphasized that the subject of socio-pedagogical support of HIV-infected person, against his will, can give a moral assessment of the actions of his client, which could cause disease. Keywords: ethics, discrimination, palliative care, advocacy, moral responsibility.</p>		
V.Shimkov	HIV INFECTION IS A COMPLEX ISSUE OF MEDICAL AND PSYCHO-SOCIAL SUPPORT	59
<p>The article discusses the medical and social soprozhdeniya people living with HIV. Determined by the shortcomings of existing principles of support, discusses their causes. The idea of a systematic approach in solving the problem by creating multidisplinary support teams, which will be provided to multidirectional support and assistance to people with HIV infection. Justified by the key principles of multidisciplinary teams. Keywords: HIV, health and socio-psychological support, multi-disciplinary team klientorientirovannost, stigma, discrimination.</p>		
V.Sizikova	PEDAGOGICAL REGULATION OF VOCATIONAL TRAINING OF EXPERTS FOR SOCIAL WORK FROM A HIV-INFECTED	65
<p>In article the author proves an urgency of a problem of preparation of experts for work about a HIV-infected and necessity of pedagogical regulation of its regionalization. Keywords: a HIV-infected, social work, a regionalization, pedagogical regulation.</p>		
Safety and prevention HIV-infected people in modern society		
E.Petrova E.Korovina	PSYCHOLOGICAL SAFETY OF THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT AS A FACTOR IN AIDS PREVENTION I N THE YOUNGER GENERATION.	69
<p>Psychological safety education environment is considered by the authors as an essential component of HIV prevention in reducing and eliminating the risk of infection. Keywords: psychological safety, security, educational environment, the prevention of AIDS.</p>		
I.Kalinova G.Molostvova	FEATURES OF ADOPTION OF DISEASE AND QUALITY OF LIFE OF HIV-INFECTED WOMEN CONVICTS.	75
<p>The article discusses the features of samootnosheniya, communication, and consumerism in HIV-infected women convicts. Marked psychological models of illness experiences of HIV-infected inmates. Keywords: samootnoshenie female convicts, female convicts communication, energy-factorial typology of HIV-infected inmates.</p>		
A.Molostvov	IMAGE OF THE VICTIM AS A SPECIFIC FEATURE OF SUBJECTIVITY OFFENDER	81
<p>Objective of the study to determine the personal background and coincidence environmental circumstances, consideration of which will adjust the ratio of the criminal human spacecraft to other people. It is noted that an ode to the most important components determining the characteristics of criminal offenders subjectivity of relations, is the representation (image) of the Victims of Crime, as they are emotional and cognitive basis for criminal behavior. Examines the impact of subcultural norms for reporting convicted of the victims, compared to representations of convicts and law-abiding citizens. Keywords: subjectivity of the criminal personality, attitude of offenders and victims of crime.</p>		

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ
И АННОТИРОВАННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

O.Filatova L.Blinkova J.Makarova	SYSTEM OF SOCIAL WORK WITH HIV-INFECTED PRISONERS (EXPERIENCE OF PENITENTIARY ESTABLISHMENTS IN OROYL REGION)	89
<p>Today there is a situation demanding active work with HIV-infected prisoners in penitentiary establishments. There is the experience of Oryol region of realization of system social work with HIV-infected prisoners in this article. This work includes adaptation, to conditions of serving of punishment, the decision of social problem in the basic period of serving of punishment and preparation for remission. Keywords: Human immunodeficiency virus (HIV – infection), persons living with HIV, system of social work with prisoners, social work with HIV-infected, formation of life skills with HIV.</p>		
<p>Publications of doctoral candidates, post-graduate students and competitors. HIV problematics in a context of questions of socialization and population health</p>		
U.Kozlov	FORMATION AND USE OF LABOR AGAINST DETERIORATION OF HEALTH OF THE POPULATION	93
<p>Stages of reproduction of labor in coordination with a population state of health are considered. Tendencies in the field of a state of health of the population of the Russian Federation for the 30-year-old period, including on diseases by a tuberculosis, a narcotism and alcoholism, HIV-infections are analysed. The losses of working hours connected with time invalidity are estimated. Keywords: labor; reproduction; health; work capacity.</p>		
D.Myakinin	YOUTH EMPLOYMENT: GENERAL ISSUES AND REGIONAL SPECIFICITY	98
<p>The questions of youth labor market, the typology of Russian regions in terms of providing youth employment, analyzed the qualitative and quantitative asymmetry of youth labor market in modern conditions. Keywords: youth, employment, labor market, unemployment, and regional differentiation.</p>		
V.Morozov	DENTAL HEALTH IN THE CHARACTERIZATION OF THE QUALITY OF LIFE IN RUSSIA	103
<p>The article is presented short history of development stomatologic help of Russia from positions of maintenance of its quality and conformity harak-teristikam qualities of life of the population of Russia. The analysis of concepts stoma-tologicheskoe health, quality of the stomatologic help, the relation on-settlement to the stomatologic help is carried out; satisfaction of the population quality of the stomatologic help. Ways of studying of the relation of the population to the stomatologic help are planned. Keywords: stomatologic health; qualities of life; quality of the stomatologic help; the relation of the population to the stomatologic help; medical behavior.</p>		
S.Katsonov I.Kostrikina	THE PROBLEM OF A PERSON SOCIALIZATION I N THE SYSTEM OF EDUCATION	108
<p>In the article are considered the problems of a person socialization in the system of education of Russian Federation, it is made a scenery forecasting of tendencies and dynamics changes of a person behavior in society, with a use of a method of three planes. Keywords: socialization, person, a method of three planes, the system process approach, asocial behavior.</p>		
V.Patrushev	BAROMETER OF SOCIAL ILLNESSES - SOCIAL IMMUNITY <i>Concluding remarks</i>	117