

работника и психолог имел диплом «Социальный педагог» (второе высшее образование). При этом у всех почти нет стажа работы.

Конечной целью структурированного процесса развития семьи и индивидуальных пакетов услуг является поддержка и выведение семей на уровень самодостаточности в уходе за детьми, когда они имеют знания, навыки и ресурсы для защиты и реализации прав своих детей на выживание и развитие сейчас и в будущем. Однако, это невозможно без мотивации семьи и выполнения ПРС. В целом поддержка предоставляется семьям, не более, чем 3-5 лет. Ожидается, что семьи должны иметь возможность стать самостоятельными в пределах этого срока, если ПРС разработан должным образом и семьи принимают активное участие в его выполнении

Список литературы

1. С.М. Джакупова., А.Т. Изакова., Т.А. Абдрашитова, Я.Н. Оспанова // Социологическое исследование по проблемам профилактики социального сиротства. Астана. 2008.
2. <http://www.parlam.kz/>
3. <http://www.sos-kazakhstan.kz/>
4. Методическое руководство по организации деятельности Проекта по укреплению и предотвращению социального сиротства – SOS Детские деревни Темиртау. 2013.
5. Руководство для организации «Детские деревни SOS» Программы укрепления семьи. 2007.

ПРИОБРЕТЕННАЯ БЕСПОМОЩНОСТЬ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТ

Богатырёв А.А., Шамсутдинов С.А.

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград, Россия, autarchy@mail.ru

Зарубежными исследователями (М. Селигман, 1965, Б. Овермаер, Д. Хирото, 1971) беспомощность рассматривается в основном в рамках когнитивно-бихевиорального направления психологии как состояние субъекта (выученная беспомощность) [1], а в отечественной науке как системное качество личности – личностная беспомощность (Д.А. Циринг, 2001, 2010, В.В. Шиповская, 2009, Е.В. Веденеева 2009) [2]. Однако независимо от времени, устойчивости и способов образования, данный феномен является продуктом социализации, то есть приобретается человеком в процессе социального взаимодействия, происходящего в рамках определенных социокультурных связей. Поэтому мы разделили понятия «выученная беспомощность» и «приобретенная беспомощность». Первое понятие отражает психологический феномен, второе – социальный. Именно приобретенная беспомощность выступает в виде социального факта, но для её рассмотрения в таком качестве необходимо обратиться к этимологии данной категории и рассмотреть основные подходы к его определению.

Впервые данное понятие было введено в социологию Эмилем Дюркгеймом (1858-1917) – социологом и философом, классиком французской социологической школы. Социальными фактами Э. Дюркгейм в своей работе «О разделении общественного труда» называет типы поведения или мышления, которые «не только находятся вне индивида, но и наделены принудительной силой, вследствие которой они навязываются ему независимо от его желания» Далее он пишет, что «социальный факт узнается по внешней принудительной власти, которую он имеет над индивидом. Определить это влияние возможно по существованию какой-нибудь определенной санкции, или по сопротивлению, оказываемому этим фактом каждой попытке индивида выступить против него. Его можно определить также и по распространению его внутри группы». Там же ... «между тем социальные явления суть вещи, и о них нужно рассуждать как о вещах. Вещью же является

все то, что дано, представлено или, точнее, навязано наблюдению. Рассуждать о явлениях как о вещах – значит рассуждать о них как о данных, составляющих отправной пункт науки. Социальные явления бесспорно обладают этим признаком» [3].

Но проинтерпретировать сложность и непредсказуемость внешнего мира либо отрицательный опыт субъекта в качестве принудительной силы, оказывающей влияние и формирующее особое состояние беспомощности, и даже индивидуальное или массовое сознание в соответствии с представлениями Э. Дюркгейма, не представляется возможным. Сама по себе беспомощность не представляет значимости для социума, так как её содержание раскрывается лишь в субъектной деятельности и в процессе социальных интеракций.

Интерпретации социального факта не ограничиваются только лишь положениями Э. Дюркгейма, но и содержат следующие более широкие определения. Согласно В.А. Ядову «В современной социологии социальными фактами принято считать: (а) совокупные, систематизированные характеристики массового поведения; (б) совокупные, систематизированные характеристики массового сознания – мнений, оценок, суждений, верований и т.п.; (в) совокупные, обобщенные характеристики продуктов человеческой деятельности, материальной и духовной; наконец, (г) в феноменологически ориентированной социологии в качестве социального факта рассматривается отдельное событие, случай, состояние социального взаимодействия, подлежащее интерпретации с позиций деятельного субъекта» [4]. Кроме того, по мнению Питирима Александровича Сорокина, любое социальное явление есть социальная связь, имеющая психологическую природу и реализующаяся в сознании индивидов, которая выступает за его пределы по содержанию и продолжительности. Всякое взаимодействие между кем бы оно ни было, раз оно обладает психическим характером (в вышеуказанном смысле этого слова), будет социальным явлением или фактом [5].

Соответственно, чтобы эксплицировать некоторые факты окружающей социальной действительности в качестве социальных явлений, их необходимо рассматривать через призму деятельности и социальных взаимосвязей, с целью получения возможности выделения основных маркеров – регуляторов – характеристик, непосредственно доступных для восприятия субъекту взаимодействия. Применительно к приобретенной беспомощности такое рассмотрение становится возможным как раз в рамках феноменологически ориентированной социологии.

В рамках феноменологического подхода Чикагская социологическая школа в начале прошлого века акцентировала внимание своих исследований на субъективной регуляции социальной связи. Согласно представлениям данной школы, мир, окружающий людей, дискретный и непонятный, поэтому человек в своем понимании стремится придать ему целостность. Для этого люди вырабатывают

1. систему ценностей;
2. систему норм;
3. и систему соответствующих им стереотипных действий.

Усваиваясь (социализируясь) людьми, они становятся сознательными установками социальной связи. Передаваясь от одного поколения к другому, они оказываются объективными характеристиками повседневной жизни (системы социальных связей), важнейшего понятия феноменологической социологии.

В рамках этого направления сознательная или бессознательная установка человека (аттитюд), осуществ-

вляющего действие, принимается за эмпирический факт и отправной момент социологического анализа. В обиход социальных наук термин «аттитюд» — «процесс индивидуального сознания» был введен У. Томасом и Ф. Знанецким в их 5 томном исследовании «Польский крестьянин в Европе и Америке» (1918-1920гг.). В их совместной работе было проведено детальное исследование системы социальных установок и показано, что конфликты и социальная дезинтеграция возникают в случаях, когда индивидуальные определения ситуации личностью не совпадают с групповыми ценностями [6].

В дальнейшем был развит мультикомпонентный взгляд на аттитюд. Данная трехкомпонентная структура аттитюда была определена в 1942 г. М. Смитом, в которой выделяются: а) когнитивный компонент (осознание объекта социальной установки); б) аффективный компонент (эмоциональная оценка объекта, выявление чувства симпатии или антипатии к нему); в) поведенческий (конативный) компонент (последовательное поведение по отношению к объекту). Теперь социальная установка определялась как осознание, оценка, готовность действовать [7]. Такие представления об аттитюде напрямую согласуются с теорией М. Селигмана, в которой анализируются когнитивный, мотивационный и эмоциональный компоненты беспомощности.

Данные компоненты — т.е. дефициты, содержат определенный набор маркеров, на основании которых сторонний наблюдатель или субъект взаимодействия может сделать вывод о том, что имеет дело с приобретенной беспомощностью. Так выделенные компоненты беспомощности включают в себя следующие дефициты:

1. Эмоциональный: замкнутость, равнодушие, неуверенность, эмоциональная неустойчивость, склонность к чувству вины, ранимость, низкий контроль эмоций, обидчивость, тревожность, депрессивность, фрустрированность, астения.

2. Мотивационный: экстернальный локус контроля, мотивация избегания неудач, низкая самооценка, низкий уровень притязаний, страх отвержения, экстратенсивная мотивация, низкий уровень креативности, низкие показатели дивергентного мышления.

3. Когнитивный: низкая дивергентная продуктивность, ригидность мышления, пессимистический атрибутивный стиль, безынициативность, нерешительность, робость.

Кроме того, Солнцева Н.В. пишет о том, что наличие приобретенной беспомощности у человека можно определить на основе слов — маркеров, употребляемых в речи:

«Не могу» (просить о помощи, отказывать, найти друзей, строить нормальные отношения, изменить свое поведение и т.д.)

«Не хочу» (учить трудный предмет, менять образ жизни, решать существующий конфликт и т.д.) Осознание, что «Я не могу что-то сделать», тесно связано с переживанием того, что «Я — плохой, слабый, неудачник», то есть с очень дискомфортным состоянием. Поэтому происходит трансформация «Я не могу» в «Я не хочу» или «Это не мое».

«Всегда» («взрываюсь» по пустякам, опаздываю на встречи или работу, вечно все теряю и т. д., то есть «я всегда таким(ой) был(а), есть и буду»)

«Никогда» (не могу вовремя подготовиться к встрече, не прошу о помощи, у меня никогда не получится справиться с этой проблемой и т.д.)

«Все бесполезно»(ничего и пытаться, никогда ни у кого ничего в этой ситуации не получалось, и не такие как ты пробовали, но...)

«В нашей семье все такие» (семейные послания о способностях к определенным наукам, о неудачной судьбе или замужестве) [8].

Представления пациента о процессе и исходе лечения могут быть искажены приобретенной беспомощностью, которая меняет апперцепцию и экспектации субъекта. Любые попытки стимулировать его субъектность пациент может расценить как уход врача от ответственности либо расценить активность специалиста как нечто вредное либо неуютное его душевному состоянию. Пациент может иметь негативные ожидания об исходе лечения, о медицинских специалистах так как предыдущий опыт взаимодействия с таким персоналом мог оставить у него негативный опыт. Однако сама ситуация терапевтического взаимодействия подразумевает разумную самостоятельность и достаточную активность пациента вне зависимости от его субъективных установок в процессе лечения, а именно беспомощность создает преграды для осуществления эффективного взаимодействия, возможно создавая отношения зависимости, хронических заболеваний и даже депрессий.

В таком случае, приобретенную беспомощность можно рассматривать, в качестве той самой принудительной силы, меняющей интерпретации субъектом в сторону занижения его реальных возможностей, что особенно актуально в ситуации терапевтического взаимодействия. К тому же такие социальные факты как типы поведения или мышления не только находятся вне индивида, но и наделены принудительной силой, вследствие которой они навязываются ему независимо от его желания. Когда субъект добровольно соответствует свои поступки и деятельность с ними, он может не замечать их принуждающего влияния, но принуждение проявится тотчас же, как только субъект попытается сопротивляться.

Термин беспомощности в её понимании в рамках психологической науки был предложен М. Селигманом для обозначения того факта, что беспомощность уже является приобретенным состоянием под воздействием факторов (в том числе и социальных) внешней среды. Он указывает на три ведущих источника формирования беспомощности:

1. опыт переживания неблагоприятных событий, т.е. отсутствие возможности контролировать события собственной жизни; при этом приобретенный в одной ситуации отрицательный опыт начинает переноситься и на другие ситуации, когда возможность контроля реально существует. К неконтролируемым событиям Селигман относил обиды, наносимые родителями (можно добавить — и учителями и воспитателями детских учреждений), смерть любимого человека и животного, серьезную болезнь, развод родителей или скандалы, потерю работы;

2. опыт наблюдения беспомощных людей (например, телевизионные сюжеты о беззащитных жертвах);

3. отсутствие самостоятельности в детстве, готовность родителей все делать вместо ребенка [9].

Интерпретируя всё это сквозь призму социологического знания, можно сделать вывод о том, что беспомощность усваивается индивидом в процессе социализации, в рамках социокультурных связей.

Таким образом, поскольку беспомощность приобретает индивидом в процессе деятельности и в рамках социокультурных связей, а через усвоение аттитюдов происходит социализация, можно сделать вывод о том, что обладая возможностью распространяться от индивида к индивиду, обладая принудительной властью по отношению к индивиду, определяя его ожидания, представления, верования и т.д., приобретенная беспомощность как социальный факт в

рамках концепции феноменологической социологии представляет собой состояние сознания индивида, или негативный аттитюд (программу), усваиваемый в процессе социализации и проявляющийся в поведении особыми символами – вербальными, поведенческими, интеллектуальными и эмоциональными маркерами.

Список литературы

1. Селигман Мартин Э.П. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. Изд.: София, 2006.
2. Циринг Д.А. Психология личностной беспомощности: Автореф. дисс. докт. психол. Наук. Томск, 2010.
3. Эмиль Дюркгейм «О разделении общественного труда» Изд.: Директ-Медиа, 2011.
4. В.А. Ялов. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности / Москва: Омега-Л, 2007.
5. Сорокин П. Социологический этюд об основных формах общественного поведения и морали / Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992.
6. Гайделько П.П., Добренков В.И. и др. История социологии в Западной Европе и США Учебник для Вузов Изд. НОРМА Москва, 2001, С. 259.
7. Андреева Г.М. Социальная психология: учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева. М.: Аспект Пресс, 2012.
8. Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей // Материалы научно-практической заочной конференции «Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей» / Под редакцией В.Н. Панферова Е.Ю. Коржовой и др. СПб.: Издательство НИИРРР, 2011. С. 174-180.
9. Ильин Е.П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень. М.: Питер, 2011.

ФАКТОРЫ И МОТИВЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Горбунов А.Н.

ФГАОУ ВПО «Северо-Кавказский федеральный университет», Ставрополь, Россия, chiff_321@mail.ru

За последние 100 лет наркомания из проблемы, бывшей предметом узкой области медицины – психиатрии, перешла в разряд экономических и социальных проблем. Как отмечается в стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации [3] современная ситуация в Российской Федерации характеризуется расширением масштабов незаконного оборота и немедицинского потребления высококонцентрированных наркотиков, таких как героин, кокаин, стимуляторы амфитаминового ряда, лекарственных препаратов, обладающих психотропным воздействием

Сегодня проблема распространения наркомании представляет реальную угрозу национальной безопасности страны [2]

Можно выделить группы факторов, определяющих распространение наркомании среди подрастающего поколения.

К социальным факторам относят ослабление социального контроля за девиантными формами поведения подростков и молодежи, доступность наркотических веществ, «моду», влияние группы сверстников, потребляющих наркотики.

Психологические факторы включают привлекательность возникающих ощущений, желание получать удовольствие Но главный психологический фактор, обуславливающий легкость и быстроту приобщения к потреблению наркотика – это тип акцентуации характера.

Среди биологических факторов приобщения к наркомании особо выделяют следующие: индивидуальную устойчивость к данному наркотику; отягощенную алкоголизмом наследственность; органическое поражение головного мозга; хронические заболевания печени и почек с нарушением функций. Но важнейшим из биологических факторов является природа того вещества, которым злоупотребляет подросток или молодой человек.

Возрастные психологические особенности подросткового периода (склонность к подражательству, подчиняемость, повышенная внушаемость, слабость воли и др.) ускоряют формирование желания употребить наркотические средства.

Можно выделить группы мотивов потребления психоактивных и наркотических веществ:

Социальные мотивы: желание занять место в группе сверстников и соответствовать принятым в ней нормам; подражание друзьям; стремление поддержать субкультурную «традицию», нерациональное проведение свободного времени.

Индивидуальные мотивы: любопытство; стремление получить удовольствие (физическое, психологическое); нейтрализация отрицательных эмоций; стремление выйти из состояния скуки, бездействия или усилить эффективность своей деятельности.

Патологические (болезненные) мотивы: мотивы ухода (назло себе, взрослым); потеря смысла жизни, протест, ощущение себя лишним в жизни; поведение, обусловленное психическими расстройствами; биологическая потребность на стадии физической зависимости от психоактивного вещества.

В традиционные модели профилактической работы, базирующиеся на манипулятивном воздействии (планирование и дозирование специальной информации с опорой на устрашение, усвоение однозначных оценок, отвлеченность информации от конкретных жизненных обстоятельств) и информационном подходе, показали себя как недостаточно эффективные [2]. В этой связи особую актуальность приобретает проблема совершенствования системы профилактики употребления наркотических средств среди молодежи, основанной на формировании у подростков личностных ресурсов, обеспечивающих повышение адаптационного потенциала, развитие социально-одобряемого жизненного стиля с доминирование ценностей здорового образа жизни, действенной установки на неприятие потребления наркотических и психоактивных веществ.

Список литературы

1. Поликарпова А.И., Савченко В.В., Черникова И.В. Инновационные подходы к профилактике употребления наркотических и психоактивных веществ в общеобразовательных учреждениях//Наука. Инновации. Технологии. 2008. № 6. С. 69-76.
2. Савченко В.В. Наркотизация молодежи российской провинции как угроза национальной безопасности страны //Национальная безопасность/nota bene. 2010. № 6. С. 126-136.
3. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020. Утверждена Указом президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690 [Электронный ресурс] URL: <http://graph.document.kremlin.ru/page.aspx;1285491>.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Долаева О.М., Вельмакин С.Е., Коваленко Е.В.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского
Минздрава России, Саратов, Россия,
oksana.dolaeva.93@mail.ru

Введение. В 2012 году Организация объединенных наций включила Саратов в список «вымирающих городов мира». По степени «вымирания» среди городов России Саратов оказался на 2-м месте после Нижнего Новгорода и 6-м во всем мире. По данным ООН, в 1990 году население областного центра составляло 901 тысячу человек, в 2010 году – 822 тысячи человек, а к 2025 году прогнозируется уменьшение до 797 тысяч человек, то есть минус 11,54% в сравнении с 1990 годом.

Цель исследования: анализ демографической ситуации, сложившейся в Саратовской области.

Материалы и методы: в процессе написания работы использовались официальные статистические данные Росстата, Саратовстата, Министерства здравоо-