

его приемной матерью из США. Мораторий на усыновление российских детей гражданами США действовал с 15 апреля 2010 по 13 июля 2011, его официальной причиной стало отсутствие детального международного соглашения, которое бы регулировало положение и контроль за усыновленными детьми из России в стране усыновителя. Усыновления российских детей гражданами США возобновились в период между 13 июля 2011 года и 27 декабря 2012 года. Федеральный закон от 28 декабря 2012 года № 272-ФЗ «О мерах воздействия на лиц, причастных к нарушениям основополагающих прав и свобод человека, прав и свобод граждан Российской Федерации» запретил данную процедуру.

Таким образом, основное содержание социальной работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей, заключается в защите их прав, контроле за условиями их содержания, социальной реабилитации и адаптации, помощи в трудоустройстве и обеспечении жильем. Реализация этих задач возлагается на органы опеки и попечительства. На них возлагаются обязанности по выявлению, учету и избранию форм устройства детей, оставшихся без попечения родителей, а также по контролю за условиями их содержания, воспитания и образования. Приоритетным способом устройства детей сейчас можно назвать создание патронатных семей. Государственная политика строится на том, чтобы дать, как можно большему количеству детей семью.

Список литературы

1. *Веселова Н.*, газета «Слово за нами!» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://pomogi-delom.ru>
2. *Опрос ВЦИОМ 10–11 января 2009 г.* / Пресс-выпуск ВЦИОМ № 1140. – 23.01.2009.
3. *Усыновления российских детей гражданами США возобновились в период между 13 июля 2011 года и 27 декабря 2012 года.* Федеральный закон от 28 декабря 2012 года № 272-ФЗ «О мерах воздействия на лиц, причастных к нарушениям основополагающих прав и свобод человека, прав и свобод граждан Российской Федерации» запретил данную процедуру.

Сидоркина Е.А.
РГППУ, г. Екатеринбург

УРОВНИ И МОДЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ ЛЮДЬМИ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Социальная работа в области охраны психического здоровья осуществляется на макросоциальном, микросоциальном и индивидуальном уровне. На макросоциальном уровне социальная работа заключается в мероприятиях, проводимых в обществе в целом. Сюда входят мероприятия,

повышающие уровень толерантности по отношению к психически больным, по преодолению стигматизации, а так же созданию новых и доработке уже существующих законов в области охраны психического здоровья и в социальной сфере, направленные на улучшения положения данной категории клиентов. Так же немаловажную роль в деятельности социального работника на макросоциальном уровне играет привлечение государственных и частных благотворительных организации, средств массовой информации к проблемам лиц с психическими заболеваниями, их реабилитации и повышению уровня психического здоровья по стране в целом. Для регулирования социальной помощи психически больным в психиатрических лечебницах был издан Приказ Минздравмедпрома РФ, который определяет должностные обязанности специалистов по социальной работе, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи. К этим обязанностям относятся: разработка системы социальной реабилитации больных, проведение мероприятий по социально-правовой защите больных, по улучшению их социального функционирования и др. [4].

Социальная работа, проводимая на микросоциальном уровне направлена на ближайшее окружение больного: семью, друзей, соседей, окружение по месту работы, учебы или проведения досуга на другие компоненты социальных сетей, а также на их замещение (осуществляется путем создания искусственной социотерапевтической среды и вовлечения больных в групповые формы активности, в том числе осуществление различных видов самопомощи, участие в психосоциальных клубах).

Социальная работа, проводимая на индивидуальном уровне, ориентирована на больного и проводится как индивидуально, так и в групповых формах. Так же Приказом Минздравмедпрома было утверждено Положение о специалисте по социальной работе, участвующем в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи. Данное Положение провозглашает то, что специалист по социальной работе обязан осуществлять индивидуальную и групповую работу с пациентами, руководствуясь положениями Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [1, с. 192-193]. Специалист, по социальной работе осуществляющий индивидуальную или групповую работу с клиентами, имеющими психические заболевания, должен опираться не только на законодательную базу, но так же и на определенные модели общественной психиатрии. Существует две наиболее часто применяемых и распространенных моделей общественной психиатрии это модель «менеджмент помощи», которая наиболее популярна на территории Англии, а так же модель «менеджмент случая», зачастую применяемая в США и Канаде.

Модель «менеджмент случая» представляет собой индивидуализированный подход к лечению, основанный на гибком и длительном сотрудничестве учреждений и непрерывной помощи. Данная модель ориентирована на оказание помощи большому количеству

психически больных. В основе «менеджмента случая» лежит метод бригадной внебольничной терапии. Цель данной модели состоит в оказании и обеспечении доступности медицинской помощи клиенту, а так же координация всех предоставленных видов помощи. Непосредственными обязанностями специалистов по социальной работе является мониторинг, оценка уровня эффективности помощи, курирование клиента и оказание ему всех видов социальной поддержки. К принципам, на которые опирается данная модель, относятся: проблемно-центрированный подход, круглосуточная помощь больному, избегание стационарного лечения, в крайнем случае, кратковременная госпитализация в кризисный стационар под наблюдением социального работника, ведущего этого пациента. Результатом применения модели «менеджмента случая» является повышение уровня социального функционирования и уменьшение потребности в госпитальной помощи пациента. Экономический аспект данной модели заключается в том, что затраты на ее использование в два раза меньше, чем затраты на стандартную психиатрическую помощь. Она применяется для работы с тяжелыми психически больными, заболевание которых длится не очень большой период времени и в дальнейшем они могут быть ресоциализированы. Психиатры считают недостатком данной модели отсутствие медицинского наблюдения, что приводит к затруднениям в совместных терапевтических и реабилитационных программах [3, с. 69].

Модель «менеджмент помощи» была в 1993 г. в Великобритании. В этой модели специалист по социальной службе исполняет роль менеджера, как таковой социально-реабилитационной помощи пациенту не оказывает и не отслеживает уровень эффективности лечения. Целью социального работника является координация медико-социальной помощи. Данная модель является брокерской, при использовании данной модели социальной помощи денежными средствами, выделенными на лечебно-реабилитационную деятельность, распоряжается непосредственно брокер, в данной модели – специалист социальной службы. Функциями специалиста является координация процесса оказания помощи, направление больного в лечебные учреждения и выделение необходимого для этого финансов. Данная модель имеет много недостатков: появление разногласий у специалистов (специалиста по социальной работе и психолога) о потребности клиента, в том или ином виде помощи; возникает затруднение в распределении пациентов, иногда, из-за недостатка мест в определенном стационаре, появляются очереди, что приводит к более продолжительному сроку госпитализации; все учреждения для того чтобы иметь достаточный уровень финансирования должны постоянно доказывать свою рентабельность и эффективность [2, с. 125-126].

Осуществляя социальную помощь психически больным людям, специалист по социальной работе должен ориентироваться не только на определенные модели, но так же согласовывать свои действия с принципами, выработанными на основе многолетней практической деятельности как

зарубежных, так и отечественных специалистов в сфере социальной работы и психиатрии. Основными принципами помощи клиенту с психическим заболеванием являются:

- государственный характер помощи и гарантия соблюдения прав личности;
- доступность и своевременность социальной помощи и реабилитационных мероприятий;
- профилактическая направленность;
- ступенчатость, преемственность и комплексность оказываемой помощи;
- непрерывность и завершенность;
- ориентация на потребности индивида [2, с. 127].

Руководствуясь законодательной базой, моделями и принципами социальный работник должен осуществлять свою деятельность в отношении людей с психическими заболеваниями в системе здравоохранения. В Российской Федерации психиатрическая помощь осуществляется в учреждениях общей и психиатрической службы, в которую входят различные функциональные подразделения.

Список литературы

1. *Дементьева Н. Ф.* Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. Ф. Дементьева, Л. И. Старовойтова. – М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 272с.
2. *Зозуля Т. В.* Основы социальной и клинической психиатрии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 224 с.
3. *Ивачев П. В.* Социальная работа в сфере охраны здоровья и населения / Екатеринбург, Издательство УГМА Росздрава 2010 г. – 250 с.
4. *Приказ* Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 30 октября 1995 г. N 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=298008>

Снигирева К. А.,
РГППУ, г. Екатеринбург

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С БЕСПРИЗОРНЫМИ ДЕТЬМИ

В настоящее время в нашем обществе происходят глубокие социальные перемены, которые обострили положение детей в России. Возрастает преступность, увеличивается число правонарушений среди несовершеннолетних, серьезные масштабы приобретает детский алкоголизм