

БРОШЕННЫЕ ДЕТИ: ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАННЕГО СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

Передача матерью новорожденного ребенка под опеку государства, или «отказничество», — острая социальная проблема. Она является предметом научного интереса различных специалистов во всем мире [2, с. 79]. По данным независимых экспертов и неправительственных общественных организаций¹, количество сирот вместе с беспризорными детьми в России в начале 2000-х гг. приблизилось к 1,5 млн: 21 % из них — это отказные дети [6, с. 96]. Средства массовой информации акцентируют свое внимание на таких факторах отказничества, как внебрачные связи и риски бедности: «...в среднем до 80 % “подкидышей” — дети, рожденные вне брака. Специалисты отметили резкое повышение и другого среднего показателя — с 45 до 70 % возросло число “отказников”, которые являются не первыми детьми в семье» [13].

Траектория принятия женщиной решения об отказе от ребенка включает следующие этапы: семья — женская консультация — роддом — детская больница — дом ребенка. Об устойчивости практики отказов говорят статистические данные, любезно предоставленные нам в одном из роддомов г. Саратова (табл. 1). Это крупное медицинское учреждение, рассчитанное на 250 койко-мест, в год здесь принимают в среднем 4000 родов.

Таблица 1

Статистика отказов по роддому

Год	Отказы		
	От детей, родившихся живыми	От больных новорожденных	Итого
2000	3335	874	47
2001	3710	1122	53
2002	3777	1078	55
2003	4377	1227	54
2004	3947	999	49
2005	4118	1123	55
2006	4027	1009	51
2007 ²	4218	649	30

Ребенок, получивший статус «отказного» в роддоме, попадает в стационар детской больницы, где он должен пройти необходимые обследования, а потом его направляют в семью или в учреждение для сирот (дом ребенка). Но из-за проблем с оформлением документов дети порой живут в больницах годами, долгое время проводят в палатах и отстают в развитии, главным образом из-за заброшенности, т. е. по причине отсутствия специального персонала [7].

Следует отметить, что по всей России число домов ребенка и детей в них сокращается, но пока незначительно: в 2000 г. в 254 дома ребенка попало 19,3 тыс. чел, а в 2007 г. в 249 учреждениях находилось 18 500 тыс. чел. [3]. В Саратовской области число маленьких

© Ярская-Смирнова Е. Р., Тепер Г. А., Грек Н. В., 2008

¹ Санкт-Петербургский благотворительный фонд помощи детям сиротам «Содействие».
<http://www.assistanceussia.org/>

² Снижение численности больных новорожденных и количества отказов в 2007 г., на наш взгляд, может быть связано с началом реализации в области государственной семейной и демографической политики, основные направления и приоритеты которой определены Концепцией демографической политики в Саратовской области на период до 2015 г. и Концепцией семейной политики Саратовской области на 2006—2010 гг., введением родовых сертификатов, материнского капитала.

воспитанников в домах ребенка увеличилось от 162 в 2002 г. до 196 чел. в 2006 г.³ Эта область в настоящее время относится к числу регионов, где служб профилактики отказов от новорожденных не существует, хотя проблема с отказничеством стоит остро. Проведение кейс-стади в одном из роддомов г. Саратова и изучение опыта работы Центра «Семья» г. Энгельса Саратовской области, а также интервью с экспертами⁴ позволили нам заключить, что отказ от материнства — это результат воздействия социальных обстоятельств, и для его профилактики необходимо принятие неотложных мер. В связи с этим становится актуальным анализ современной системы ранней профилактики социального сиротства, а также поиск путей ее развития.

Причины и факторы риска отказа от материнства

В соответствии с существующими правовыми нормами женщина, родившая ребенка, но не имеющая возможности или желания его растить, может передать его на попечение государства, для чего ей достаточно оформить несколько документов прямо в роддоме. Матери, не утруждающие себя процедурой юридического отказа, поступают еще проще, исчезая из родильного дома, и ребенок в этом случае оформляется органами опеки как брошенный.

Анализ причин попадания детей в дома ребенка позволил специалистам прийти к заключению, что от многих из новорожденных родители отказались прямо в родильном доме либо оформили документы на «временное помещение» ребенка на шесть месяцев, после чего не стали его забирать. Среди причин отказов — бедность, отсутствие жилья, работы, наличие в семье нескольких детей, неполная семья, серьезные конфликты в семье, юный возраст матери, злоупотребление алкоголем или наркотиками, рождение больного ребенка или ребенка с нарушениями развития. Нередко причиной отказа от новорожденного является послеродовая депрессия, которая, по данным зарубежной статистики, встречается в 5—15 % случаев [14].

К факторам риска отказа от материнства могут быть отнесены медицинские предпосылки со стороны ребенка либо со стороны матери. В качестве медицинских предпосылок ожидаемого либо непредвиденного отказа со стороны ребенка, на наш взгляд, следует рассматривать диагностированную внутриутробную патологию, выявленное после рождения тяжелое заболевание (родовая травма, врожденная патология), т. е. непредвиденный отказ. По данным Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития РФ, до 2006 г. детей в детских и родильных домах, детских больницах оставляли преимущественно студентки и женщины из малообеспеченных семей, тогда как в настоящее время причины несколько изменились: в основном оставляют больных детей с генетическими и врожденными аномалиями развития [4]. И хотя эти данные не подтверждаются нашим исследованием, отметим, что причина не только в плохом отношении родителей к таким новорожденным, а в их неуверенности в том, что дети, которым нужны высокотехнологические виды оказания медицинской помощи, особенно в первые месяцы их жизни, действительно смогут ее получить. Эти квалифицированные услуги должны предоставляться из средств федерального бюджета, тогда врожденные патологии и аномалии у новорожденных станут гораздо меньшим препятствием для родителей. Некоторые эксперты проводят

³ В Саратовской области в настоящее время функционируют четыре дома ребенка: в Саратове, Балаково, Балашове и Марксе (специализированный дом ребенка для детей с нарушениями физического и интеллектуального развития).

⁴ Эмпирическая база включает 17 интервью (заведующие детскими отделениями родильных домов, психолог женской консультации, специалисты по социальной работе, социальные работники и социальные педагоги Центра «Семья», социальный педагог и дефектолог дома ребенка), документы учреждений, в том числе журнал регистрации отказных детей и истории развития новорожденных, акты о брошенном ребенке.

сравнение между советским и нынешним порядком, усматривая причины роста отказничества не только в увеличении социальной напряженности, но и в утрате учреждениями здравоохранения и медработниками ряда функций контроля и заботы [16].

Предпосылки к отказу со стороны матери предполагают наличие соматических или психических заболеваний в период беременности (алкоголизм, наркомания, ВИЧ) — ожидаемый отказ или после родов (послеродовая депрессия) — непредвиденный отказ. Помимо медицинских предпосылок в возникновении ситуации отказа от материнства существенную роль играют объективные факторы, среди которых отметим социально-экономическое неблагополучие (отсутствие условий для проживания с ребенком, отсутствие постоянного места жительства, низкий материальный уровень, многодетность). Существуют также биологические предпосылки, к которым следует отнести юный возраст беременной, культурные предписания, связанные с запретами рождения детей вне брака или представляющие нежелательным тот или иной пол зачатого ребенка.

Имеют значение также субъективные факторы, среди которых можно выделить психологические — неготовность к выполнению родительских функций, давление со стороны социального окружения (родители, врачи). Следует особо отметить поведенческие предпосылки — типы отношения к беременности, которые могут фиксироваться такими индикаторами, как срок постановки на учет (поздние сроки беременности), «недисциплинированность» беременной, невыполнение рекомендаций медицинского персонала, отказ посещать курсы для будущих матерей, общее пренебрежение своим здоровьем и здоровьем ребенка. Таким образом, к факторам риска раннего социального сиротства можно отнести нарушения здоровья матери или ребенка, психологические проблемы роженицы, а также сложный комплекс проблем, к которому применяют понятие «семейное неблагополучие».

Сознательный отказ от материнства — сложное и неоднозначное явление. Ему могут быть подвержены как женщины из групп риска, так и из вполне благополучных семей. В ряде случаев он выглядит «насильственным», вынужденным извне, основанным на социальных проблемах, а в других случаях неприятие ребенка происходит изнутри материнской личности. Создание приемлемых стартовых условий для жизни матери с ребенком, позволяющих им выжить вместе, а не по отдельности, как показывает опыт западных стран, значительно уменьшает количество отказов [6, с. 97]. Социально-экономические предпосылки отказа от материнства, по мнению О. Г. Исуповой, «являются более важными и распространенными. Прежде всего, огромное воздействие на поведение женщин оказал социальный и экономический кризис, а также практически полное отсутствие государственной поддержки рождаемости, недостаточное развитие соответствующих организаций» [там же, с. 99]. При этом в родильном доме по большей части не предусмотрены ставки психолога или социального работника, которые могли бы поговорить с матерью, выслушать ее проблемы, предложить необходимую помощь и тем самым помочь вернуть ребенка в семью.

Роддом как пространство для отказа

Все наши собеседники признают, что в роддоме необходима социально-медицинская работа с женщинами-«отказницами», т. к. самостоятельно, своими силами решить проблему они не смогут, в чем и стараются убедить администрацию учреждения. Со слов респондентов, медики пытаются решить проблему следующим образом: неоднократно разговаривают с «отказницами», стараются их переубедить, объяснить, как важна мама для ребенка.

В роддоме узнают о том, что женщина решила отказаться от ребенка от нее самой, когда она сообщает о своем намерении до или после родов, отказывается брать новорожденного на руки, прикладывает к груди, или через медицинский персонал, непосредственно с которым общаются беременные. Однако наши информанты могут

сказать сразу, какая из поступивших женщин откажется от новорожденного. По их мнению, такие женщины отличаются безразличием или повышенной нервозностью; она замыкаются в себе, не идут на контакт с другими женщинами, пытаются как можно быстрее подписать документы и уйти; в роддоме они находятся два-три дня, что почти вдвое меньше, чем другие женщины. «Отказницы» чаще всего встречаются среди тех женщин, которые поступили в роддом в тот момент, когда роды уже начались, однако бывают исключения: иными словами, случается, что от ребенка отказывается женщина, которая пребывала некоторое время в родовом отделении. Большинство таких женщин поступают без обменных карт, редко кто из них наблюдается в женской консультации.

Примерно у каждой второй из «отказниц», судя по оформленным документам, материальное положение ниже среднего, другие же благополучные или со средним достатком. Однако общие характеристики все же имеются: большинство из них одинокие, незамужние, нигде не работают. Уровень образования у таких женщин низкий, хотя встречаются и с неоконченным высшим образованием, например студентки вузов. Практически все они жительницы Саратова. Некоторые «отказницы» поступают в роддома с венерическими заболеваниями. Часто у таких женщин отмечается акушерская, экстрагенитальная патология. Есть женщины, страдающие алкогольной зависимостью, ВИЧ-инфицированные и наркозависимые.

Наши информанты считают, что «отказницы» имеют жилье, хотя некоторые живут в таких условиях, что не могут принести туда ребенка, а у других просто нет постоянного места жительства. По мнению специалистов, у «отказниц» существуют такие специфические черты характера, как повышенная тревожность, безответственность, им свойствен невротический тип личности; они «эгоистки, неуравновешенные, бессердечные», «их заботит собственное благополучие»; несовершеннолетние боятся осуждения родителей. По оценке информантов, психические заболевания или умственная отсталость вряд ли могут быть приняты за характерные особенности таких женщин: к примеру, в 2004 г. было всего две «отказницы», больные олигофренией. Хотя некоторые специалисты считают, что какие-то отклонения у «отказниц» все же есть: нашим информантам трудно представить, чтобы нормальная, психически здоровая женщина оставила своего ребенка.

Врожденная патология ребенка не так часто является причиной отказа: в 2004 г. было лишь два случая, хотя общее число новорожденных с патологией в роддоме в том же году составило 999. Несмотря на наличие заболеваний таких детей чаще всего забирают в семью. Отец ребенка ставится в известность об отказе лишь в том случае, если брак зарегистрирован. Случаи оформления временного отказа бывают, но не часто, такие дети находятся в 4-й или 2-й детской больнице до года, потом, если мама ребенка не забирает, он попадает в областной центр по усыновлению, опеке и попечительству или в дом ребенка.

Опрошенные специалисты считают, что на нарушение формирования материнского поведения влияет ситуация в родительской семье «отказницы». Опыт межличностных взаимоотношений в семье скорее всего был отрицательным, отношения с родителями «натянутыми», возможно, присутствовало физическое насилие. Отношения с матерью носили негативный характер, привязанности не было. Детство у таких женщин было проблемным: не хватало внимания, ласки родителей или же их просто избаловали. Вопреки сложившемуся народному стереотипу о том, что детдомовки сами бросают детей, воспроизводя поведение своих матерей, двое наших информантов придерживаются мнения, что среди «отказниц» мало женщин, воспитывавшихся в детских домах. Эксперты уверены в том, что женщины с опытом детдомовской жизни ни за что не бросают своих детей.

Важно отметить, что среди женщин, оставивших своего ребенка в 2004 г. в роддоме, у 29 уже были дети. При этом 23 женщины указали, что отказываются от ребенка по причине плохого материального положения. Характерно, что большинство женщин не

были заинтересованы в беременности, на учете в женской консультации не состояли, а каждая пятая поздно встала на учет. Шестеро женщин покинули роддом, не оформив отказ, и на их детей были составлены акты о брошенном ребенке. Приведем четыре случая легитимации отказов от новорожденных в 2004 г. по документам, хранящимся в роддоме.

Случай 1. Врожденная патология у ребенка. Роды первые, «отказница» не замужем, студентка одного из саратовских вузов. Порок развития был обнаружен в 28 недель при УЗИ. Мать ребенка отказывается заботиться о новорожденном, несмотря на то, что ребенка можно вылечить, считает, что такой ребенок просто не может быть здоровым, нормальным, что не сможет его полюбить. В будущем, после того, как доучится, планирует выйти замуж, родить двоих детей. Ее желание отказаться от ребенка поддержали родители.

Случай 2. Женщина, не работая, находится в затруднительном материальном положении. Роды вторые, имеет дочь девяти лет, работает продавцом на базаре, не замужем. Аборт не сделала, так как из-за гормональных нарушений затянула со сроком. Считает, что двоих детей не прокормит. Писала заявление с надеждой, что он попадет в хорошие руки. Ребенка к груди не прикладывала, не хочет его видеть, считает, что он уже не ее.

Случай 3. Ученица 11-го класса. Не может забрать ребенка по причине, что сама находится на иждивении у своей бабушки. Отец ребенка оказался женатым, родившийся ребенок ему не нужен. Не делать аборт посоветовали врачи, объясняя это тем, что в будущем может не быть детей. Хотела бы забрать ребенка, но не знает, что делать, ей некому помочь, а одной не справиться.

Случай 4. Безработная, находится в тяжелом материальном положении. Беженка с Украины, не замужем, воспитывает двоих детей, работает продавцом на базаре. На аборт сначала не было денег, а потом было уже поздно. Нет постоянного жилья, снимает комнату в частном доме. Приняла решение отказаться от ребенка, когда поняла, что аборт сделать уже не сможет, в период беременности старалась забыть о ребенке, не думать о нем. Изменила бы свое решение при условии, если бы было постоянное жилье, работа хорошая, муж. Отказывается от ребенка, так как не уверена в завтрашнем дне.

Полученные в ходе исследования данные позволили нам прийти к заключению, что в 2004 г. в родильном доме психолого-педагогическая, психопрофилактическая и социальная работа с будущими матерями, матерями с младенцами, входящими в группу риска, не проводилась из-за отсутствия специалиста по социальной работе, психолога, хотя все респонденты считают необходимым наличие социально-медицинской работы с женщинами-«отказницами». «Отказницы» поступали во время начавшихся родов без обменных карт; чаще всего это одинокие, незамужние женщины старше 18 лет, у которых уже есть дети. Половина из них мотивировала отказ от своих новорожденных детей по причине плохого материального положения, хотя следует обратить внимание на тот факт, что многие из «отказниц» — домохозяйки, а объясняют причину отказа тем, что «не работая, не смогут содержать ребенка». На нарушение формирования материнского поведения влияет и ситуация в родительской семье «отказницы». Опыт межличностных взаимоотношений в семье такой женщины, как правило, был отрицательным, отношения с матерью носили негативный характер, детство было проблемным. Специалисты считают, что у женщин-«отказниц» существуют специфические черты характера, которые могли бы нарушить естественное формирование готовности к материнству, — это безответственность, инфантилизм, повышенная тревожность. Вместе с тем тот факт, что большинство «отказниц» повторнородящие, в корне меняет представление о том, что такие женщины никогда не были или не хотели бы побывать в роли матери.

Оценка современной ситуации

Вопросы ранней профилактики социального сиротства мы обсуждали со специалистами медицинских учреждений в 2007—2008 гг. В качестве основных причин

отказов от детей эксперты вновь указали низкий материальный уровень женщин, отсутствие у них семьи, невозможность содержать ребенка. Все опрошенные респонденты считают ситуацию в регионе типичной для России в целом. Семьи группы риска в представлении респондентов — *«социально дезадаптированные»*, где отсутствуют *«комфортные условия, какие ребенок должен получать»*, причем речь идет не только о материальном уровне семьи, но и моральной ответственности, чувстве родительского долга. Как считают информанты, увеличение единовременного пособия при рождении ребенка до 23 тыс. р. не может служить гарантией обеспечения социального благополучия детей в подобных семьях, т. к. родители *«будут получать его [пособие] каждый месяц и могут вообще не работать, а жить только за счет этого бедного дитя»* (заведующая детским отделением роддома, г. Саратов, 2008).

Некоторые наши эксперты считают, что есть изменения в лучшую сторону, связывая это с изменениями законодательства, с мерами правительства по улучшению демографической ситуации в стране, реализацией Национального проекта *«Материнский капитал»*. Другие же утверждают, что количество отказных детей не изменилось, несмотря на принимаемые меры: *«Данная программа влияет на женщин хороших, которые ведут положительный образ жизни»* (заместитель заведующего детским отделением роддома, г. Саратов, 2008).

Один эксперт предположил, что количество отказных детей в регионе даже возросло, объясняя эту динамику распространением наркозависимости, ВИЧ и гепатита В. Судя по полученным нами в Министерстве здравоохранения Саратовской области данным, это предположение эксперта не лишено оснований: среднеобластные показатели заболеваемости населения превышают среднероссийские по болезни, вызванной ВИЧ, на 28,8 %, по сифилису — на 17,5 %. ВИЧ-позитивные женщины составляют более трети от общего числа ВИЧ-инфицированных в области (35,4 %). В общей структуре ВИЧ-инфицированных 97,1 % женщин находятся в репродуктивном возрасте. Соответственно, увеличивается число детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей. Среди женщин также отмечается рост заболеваемости сифилисом, в том числе среди беременных⁵.

Психолог женской консультации отметил, что определенные маркеры, позволяющие спрогнозировать будущий отказ, можно выявить уже при первичном осмотре беременной участковым гинекологом и заполнении карты ее социального патронажа. К ним, по мнению респондента, относятся: позднее обращение к гинекологу при постановке на учет в женской консультации по поводу беременности, семейный статус, уровень материального дохода, возраст женщины, место ее работы или учебы, изменение эмоционального фона во время беременности.

Как указали респонденты, профилактическая работа с женщинами, которые решили отказаться от ребенка, проводится в родильном доме и женской консультации. Однако, по мнению экспертов — врачей роддомов, ее уровень недостаточен: *«Проводим, конечно, но*

⁵ Данные Министерства здравоохранения Саратовской области.

что мы здесь можем? Если она уже пришла с этим решением. Бывает, я их переубеждаю» (заведующая детским отделением роддома, г. Саратов, 2008). Более действенным является начало профилактической работы до поступления беременной в роддом, на этапе посещения женской консультации:

Если женщина приняла [решение] четко, конечно же, мы стараемся узнать есть ли какие-то резервы, может ли она передумать, не сиюминутный ли это какой-то отказ, вот у нее какой-то порыв, вот ее накрутили дома, то есть, если мы видим, что это осознанное решение, у нас есть для этого время, у нас она все-таки встает на учет, 2, 3, 5 месяцев, кого как мы наблюдаем. За это время мы ведем с ней периодически диагностические беседы, исследования, проводим тестирование, смотрим, потому что иногда <...> выявляется совершенно иная картина ее состояния, ее эмоциональной психотравмы, то, что она не хочет, а под действием родственников, под действием, там, мужа иногда — это бывает крайне редко — она пытается отказаться от этого ребенка. Если мы все ресурсы испытали, мы должны, как бы это цинично ни звучало, уважать выбор женщины, даже в этом случае, и настраивать ее на будущую жизнь... (психолог женской консультации, г. Саратов, 2008).

Процедура оформления отказа от ребенка включает в себя несколько этапов, которые предусматривают участие персонала медицинского учреждения, в том числе психолога и юриста. Следует отметить довольно пессимистическую позицию в отношении возможностей сотрудников родильного дома предотвратить отказ от ребенка, высказанную респондентом:

Как правило, она уже отказывается сразу, говорит, что не будет брать ребенка. Потом это сообщается мне, я с ней беседую, спрашиваю, по каким причинам отказывается. Может, там действительно что-то серьезное. А может, и передумает, кто знает. Нет, я, конечно, не могу ее уговаривать, это не в моей компетенции. Это ее личное решение. Потом даешь ей документ, она пишет, заполняет. Все это в присутствии главного врача. Еще могут присутствовать психолог и юрист. Но, как правило, никакого результата нет. А раньше роль юриста и психолога выполнял главный врач, он сам и беседовал. Потом ребенка везем в детскую больницу (заместитель заведующего детским отделением роддома, г. Саратов, 2008).

По мнению всех респондентов, для уменьшения числа отказных детей необходимы меры социально-экономического характера, обеспечивающие для женского населения страны стабильность, уверенность в завтрашнем дне: *«Если у женщины будет работа, если она будет обеспечена, если она не будет зависеть от какого-то мужа, то можно исправить»* (заведующая детским отделением роддома, г. Саратов, 2008), а также проведение профилактической работы с беременными на самых ранних этапах социально-медицинского наблюдения за женщинами *«даже не в роддоме, а сразу с беременными»* (социальный педагог дома ребенка, г. Саратов).

Ранняя профилактика социального сиротства должна начинаться задолго до рождения ребенка и проводиться на самых начальных этапах социально-медицинского наблюдения за беременной. На каждом из этих этапов мать ребенка находится под патронажем специалистов служб, которые по определенным признакам могут предположить, откажется ли она от ребенка или нет. Сегодня фокусом исследований и задачами профессиональной помощи должен выступать не столько поиск факторов риска, сколько защитных механизмов и возможностей окружения, в котором живет ребенок. Существенная задача — анализ потребностей семьи и возможностей заботиться о ребенке. Таким образом, главной целью становится не изъятие ребенка из семьи и передача его на воспитание, а поддержка биологической семьи ребенка.

Сети профилактики и поддержки

Как было показано выше, вряд ли главными агентами отказов следует считать «матерей»: во-первых, это далеко не однородная группа, а во-вторых, в принятии решения об отказе прямо или косвенно участвуют другие члены семьи, ближайшего окружения

матери ребенка, а также институциональные акторы, чье действие или бездействие поощряет женщину передать новорожденного заботам «социального материнства». В частности, в соответствии с Письмом Министерства образования РФ № АФ-226/06 от 25 июня 2007 г. «Об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в отношении несовершеннолетних» [12] акцент делается на работе не только с социальными сиротами, но и с детьми, которые потенциально могут ими стать. Между тем органы опеки и попечительства контролируют только те семьи, где ситуация риска уже установлена каким-либо способом (по сигналу из милиции, из школы, от соседей, из центров «Семья»).

Мы полагаем, что акцент в профилактике следует делать прежде всего на предупреждении того самого семейного неблагополучия, которое является основным фактором отказа, а также на развитии институциональной среды, которая могла бы восполнить брешу в сети поддержки матери ребенка и всей семьи. Косвенно на статистику семейного неблагополучия указывают данные о детях, находящихся в так называемом социально опасном положении (табл. 2).

Таблица 2

Дети, находящиеся в социально опасном положении

Численность	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Количество семей, находящихся в социально опасном положении	7001	7278	7738	6778	5877	4716	4180	3547
Количество детей в них	14053	14487	14824	12755	10749	8271	7336	6051
Численность детей, отобранных у родителей, лишенных родительских прав	1057	1241	1014	1105	1060	1114	1027	1225
Численность детей, отобранных у родителей без лишения их родительских прав	115	78	67	54	74	88	138	102

Обобщив работы ряда авторов [1, 15], можно дать следующее определение семейного неблагополучия — это состояние семейной группы, объективно препятствующее ее оптимальному функционированию, вызванное комплексом психофизических, социальных, экономических факторов. Семейное неблагополучие можно разделить на два типа: материальное (отсутствие постоянного жилья, работы, дохода) и социальное (отсутствие поддержки ближайшего социального окружения, специфический образ жизни родителей), которые, впрочем, могут пересекаться и быть тесно связаны друг с другом. Следовательно, основная работа должна вестись с теми семьями, находящимися в «социально опасном положении», где есть риск отказа от новорожденного. К этой категории можно отнести семьи, где один или оба родителя подвержены алкоголизации, наркотизации, семьи с низким достатком, а иногда это сочетается с особой структурой семьи — монородительская, многодетная. Другими факторами риска отказа от ребенка, как упоминалось выше, являются инвалидность, заболевание ребенка и/или матери, но, по сравнению с материальным неблагополучием и паттернами поведения людей, «зависимых от алкоголя и наркотиков», они занимают крайне незначительное место в общем числе отказов.

За редким исключением в российских регионах профилактикой раннего социального сиротства не занимается ни одно из учреждений социальной сферы (ни органы опеки, ни центры «Семья», ни женские консультации). Встает острый вопрос о рассогласованности их действий. Женские консультации при выявлении женщины группы риска (страдающей наркотической, алкогольной зависимостью, матери-одиночки, многодетной матери) не

передают эти сведения в органы опеки или в Центр «Семья», мотивируя это соображениями конфиденциальности. Работники женских консультаций не имеют права заставить женщину обратиться в ЦСОНы (центры социального обслуживания населения) или другие учреждения, способные оказать помощь в кризисной ситуации. Центры «Семья» в большинстве своем также не занимаются профилактикой раннего социального сиротства, поскольку работают по личному обращению семьи в случае тяжелой жизненной ситуации, и в сферу их полномочий не входит выявление семей группы риска. Органы опеки также не вовлекаются в решение этой проблемы, списывая эту обязанность на районный ЦСОН.

Между тем в работе с уже свершившимся фактом отказа от ребенка межведомственное взаимодействие налажено. Разные службы взаимодействуют между собой, в результате чего ребенок быстро передается по цепочке инстанций, задействованных во вторичной профилактике или воспроизводстве социального сиротства:

Медсестра несет документы в администрацию, в отдел опеки и попечительства, и второе сообщение — это областной центр по усыновлению, потому что они занимаются усыновлением. Мать оформляет это заявление, дает ребенку имя, и мы регистрируем этого ребенка в ЗАГСе. И уже с отказом, с медицинской справкой о состоянии здоровья, со свидетельством о рождении мы перевозим его в детскую больницу, потому что мы же не можем его тут держать несколько месяцев (врач роддома).

Мы работаем все-таки в одном направлении. То есть если нам нужна какая-то информация, мы посылаем запрос и получаем ответ. А если официального запроса не надо, просто нужна какая-то информация, то мы можем позвонить в центр по усыновлению, в детскую больницу и спрашиваем все по этому ребенку. Мы свободно обмениваемся информацией, все друг другу передаем (социальный педагог Центра «Семья»).

Как видим, органы опеки и попечительства узнают об отказе уже постфактум, когда медсестра родильного дома приносит заявление матери. Получается, что женщина поступает в роддом нередко уже с готовым решением об отказе, а в родильных домах отсутствует штатная единица психолога, либо эта ставка заполняется не профессиональным в этой области сотрудником (например, медсестрой или заведующим детским отделением), следовательно, никто не может воспрепятствовать решению роженицы. В итоге значительно затрудняется патронаж семей, а отсюда невозможно своевременное выявление семей группы риска, которые затем обвиняются в том, что «поставляют» государству социальных сирот. Межведомственное взаимодействие в основном сфокусировано на работе с детьми более старших возрастов и подростками, и это также является одним из факторов риска раннего социального сиротства. Такая ситуация наблюдается в большинстве районов г. Саратова.

В качестве исключения из сложившегося правила следует привести систему взаимодействия служб в некоторых районах Саратовской области. В г. Энгельсе существует достаточно развитая система профилактики раннего сиротства, которая базируется на согласовании действий тех учреждений, которые вовлечены в профилактику. Женские консультации г. Энгельса активно сотрудничают с местным Центром «Семья», на базе которого осуществляется ряд социально-психологических программ, направленных на формирование ответственного родительства: «Здоровый ребенок», «Школа материнства», «Радость материнства».

Рассмотрим вопросы взаимодействия двух ключевых учреждений, вовлеченных в профилактику раннего социального сиротства, — Центра «Семья» и женской консультации. Центр «Семья» в г. Энгельсе Саратовской области функционирует с 1996 г.; изначально он работал при местном ЦСОНе, но затем отделился от него и осуществляет свою самостоятельную деятельность.

В приемном отделении Центра занято около 20 специалистов по социальной работе, которые регулярно (один раз в две недели) совершают порайонный обход жилых домов с целью выявления семей, нуждающихся в социальной помощи. При этом они руководствуются не только личными наблюдениями, но и сообщениями социального окружения (соседей), что позволяет составить более полную картину об интересующей специалистов семье. Во время визитов специалисты раздают информационные буклеты, в которых содержатся сведения об организации:

Информированность, это, конечно, важно. Пусть мы не можем насильно заставить ее [женщину] прийти, да это и не нужно, но мы оставляем ей эти брошюры, все это. То есть даже если ей не сейчас, а потом помощь понадобится, она знает, куда обратиться (социальный педагог Центра «Семья»).

Речь здесь идет о женщинах из семей группы риска (одиноких, малоимущих, мигрантах, подверженных алкоголизации) и о несовершеннолетних беременных, т. е. о тех категориях, которые могут оказаться перед сложным выбором оставить ребенка в роддоме или взять домой. Многих из них можно отнести к группе с максимальным риском бедности [8]. Отметим, что, согласно решению Министерства здравоохранения и социальной поддержки Саратовской области, размер базового пособия на ребенка с 1 января 2008 г. составляет 225 р.⁶ Между тем для многих жителей области, занятых уходом за детьми в возрасте от полутора до трех лет, ежемесячное пособие на ребенка является практически единственным источником доходов [5]. Согласно закону Саратовской области № 68-ЗСО от 22 декабря 2004 г. «О государственной социальной помощи малоимущим семьям и малоимущим одиноко проживающим гражданам» [9], размер социальной помощи малоимущим гражданам не может быть более 2000 р. в год (т. е. не более 160 р. в месяц). Согласно Федеральному закону № 256 от 29 декабря 2006 г. «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» [10], семье предоставляется материальная поддержка в случае рождения второго и последующих детей. Такая пронаталистская политика (увеличение суммы родовых сертификатов, установление материнского капитала) имела, кроме ожидаемого роста рождаемости, и негативные последствия: возросло количество детей, рожденных в семьях группы риска (у матерей-одиночек, многодетных семей, подверженных алкоголизации родителей). По мнению экспертов⁷, в этих семьях возрос риск отказов от детей при рождении ввиду несоответствия ожиданий семьи реальной ситуации (невозможность мгновенного получения материнского капитала).

В Центре «Семья» существует отделение помощи женщинам, оказавшимся в кризисной ситуации. Специалисты отделения оказывают женщинам психологическую, юридическую и педагогическую поддержку, составляют индивидуальную программу по социально-личностной адаптации и реабилитации, организуют тренинги. Одним из подразделений является социальная гостиница, которая предназначена для временного проживания и социальной адаптации женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (например, в случае семейного насилия). Кроме того, имеются отделения психолого-педагогической помощи, реабилитации несовершеннолетних с ограниченными возможностями, отделение срочного социального обслуживания населения — все это обуславливает комплексный характер работы данного учреждения.

Профилактика раннего социального сиротства осуществляется в Центре в рамках программы «Взрослое детство», которая дополняет программу «Маленькая мама», реализовывавшуюся с 2004 г. по запросу учреждений среднего специального образования, которые обеспокоились числом несовершеннолетних беременных учащихся (особенно это касается выпускниц школ-интернатов и детских домов). «Маленькая мама» осуществляет социальное сопровождение несовершеннолетних беременных (беременность

⁶ В Министерстве социального развития Саратовской области состоялась коллегия по итогам работы за 2007 г. и задачам на 2008 г. <http://www.saratov.gov.ru/news/official/detail.php?ID=23215>

⁷ По результатам интервью со специалистами домов ребенка, родильных домов.

несовершеннолетних является немаловажным фактором риска раннего социального сиротства). В программе есть важные составляющие: участковый принцип социальной работы, применение действенных технологий социальной работы (Интенсивная семейная терапия и Сеть социальных контактов), взаимодействие с женскими консультациями, взаимодействие с учебными заведениями.

Участковый принцип социальной работы — это технология выявления семей, находящихся в «социально опасном положении», которое, в частности, может привести к отказу от новорожденного. Принцип подразумевает территориальное разделение районов города на более мелкие подрайоны, к которым прикрепляется курирующий их социальный работник. Специалист должен регулярно осуществлять поквартирный обход с целью выявления индивидов и семей, нуждающихся в помощи. После обхода составляется карта, где указывается место жительства социально неблагополучных семей, которая затем передается в органы опеки и попечительства, где специалисты начинают работу с этими семьями. Данный принцип работы получил широкое распространение в скандинавской модели социальной работы, где упор делается именно на раннюю профилактику семейных кризисов. Такой метод позволяет выявить те случаи семейного неблагополучия, которые могут спровоцировать отказ от ребенка. Этим методом охватывают не только сам город Энгельс, но и удаленные от него районы. Патронаж семьи предполагает оценку ситуации, оказание помощи и мониторинг, что позволяет продолжать работать с открывающимися трудностями и корректировать допущенные недочеты. Раннее вмешательство в трудную жизненную ситуацию семьи помогает оперативно мобилизовать имеющиеся ресурсы (как Центра, так и самой семьи), тем самым препятствуя возникновению осложнений.

Факторы снижения успешности этой работы связаны, во-первых, с разрывами цепочки межведомственного взаимодействия, а во-вторых, с нежеланием самой семьи или несовершеннолетней беременной сотрудничать со специалистами Центра.

Проблема межведомственного взаимодействия отражена в социальных службах:

Мне кажется, должно быть налажено взаимодействие, четкая система взаимодействия. Хотя у нас есть договор, соглашения о взаимодействии, но как-то вот такое ощущение, что каждый сам по себе «варится в своей каше». Мне кажется, если мы вместе будем... я знаю, есть у нас там круглые столы, чтобы побольше этих мероприятий было, и они позволили наладить эту структуру, систему (социальный работник Центра «Семья»).

В случае сопротивления семьи сотрудничать со специалистами Центра у последних практически отсутствуют механизмы воздействия:

Если у нее есть проблемы, то мы с ней работаем, если говорит «нет», а мы все равно видим, что есть проблемы, требуется работа с семьей, то мы передаем информацию в органы опеки. А так мы не вторгаемся на территорию семьи (социальный работник Центра «Семья»).

Да, сложно, когда видишь, что, действительно, есть проблемы... Да не можем мы никак воздействовать на них, не можем. Я же не схвачу ее за руку, не поволоку за собой, право на неприкосновенность жилища никто не отменял. И вообще, у нас нет прав, чтобы оказывать на семью давление (социальный педагог Центра «Семья»).

Иными словами, при выявлении неблагополучной семьи специалисты не всегда вправе или в силах повлиять на ситуацию, за исключением передачи данных в другие инстанции (органы опеки, милиция). Однако вмешательство милиции и органов опеки носит прежде всего карательный характер, что не гарантирует результат в работе с семьей. К тому же работники таких структур не всегда оперативно реагируют на заявления:

Ну, нет, нет, не всегда они, конечно, к нам прислушиваются. У нас, когда еще в отделении нашем, районном, был другой рабочий состав, так и вообще могли сказать: «Не учите нас работать» или: «Идите сами, вам же надо». Сейчас, конечно, такого нет, они стараются сотрудничать, но они слишком загружены, чтобы наши запросы вовремя отслеживать (социальный педагог Центра «Семья»).

Центр «Семья» сотрудничает с женскими консультациями, что позволяет выявлять риски потенциальных отказов, как только мать встала на учет в консультацию. Эта практика достаточно уникальна по причине, во-первых, традиционных межведомственных разрывов, а во-вторых, из-за новых правовых барьеров, выстроенных законом о персональных данных [11].

В рассматриваемом случае происходит двусторонний обмен информацией: Центр «Семья» сообщает в консультацию о выявленных беременных, которые отказываются встать на учет. Работа ведется не только с несовершеннолетними беременными, но и взрослыми женщинами, оказавшимися в трудной жизненной ситуации. Как только случай выявлен, он попадает в сферу внимания одновременно и Центра «Семья», и женской консультации. Как правило, беременная женщина, находящаяся в тяжелой жизненной ситуации, не имеет ресурсов (материальных, социальных) для ее разрешения и поэтому охотно принимает помощь со стороны квалифицированных специалистов. При работе с женщиной и ее ближайшим социальным окружением используются инновационные технологии, заимствованные из скандинавской модели социальной работы, в том числе Сеть социальных контактов и Интенсивная семейная терапия.

Результаты взаимодействия Центра «Семья» и женской консультации, с использованием названных технологий, подтверждают примеры из практики специалистов.

Пример 1. После постановки на учет в женскую консультацию Марина больше там не появлялась. Участковый акушер-гинеколог, посетив ее через некоторое время, выявил, что она одинока и страдает алкоголизмом. Сведения о ней были переданы специалистам Центра «Семья», которые посетили эту женщину на дому. В результате обследования жилищно-бытовых условий ей была предложена программа помощи, на которую Марина согласилась. Основной целью программы было лечение девушки от алкогольной зависимости. Одновременно с этим программа включала в себя применение технологии «Сеть социальных контактов». Благодаря методике выяснилось, что Марина не одинока, у нее есть семья, с которой она не общается по причине своей зависимости. На следующем этапе реабилитационной программы применялась Интенсивная семейная терапия. И практически на первой же встрече Марины со своей семьей был достигнут положительный результат: мать и отец девушки ощутили ответственность за дочь и за будущего внука, возобновились теплые семейные отношения. Одновременно с прохождением реабилитации она посещала и врача женской консультации. После родов, которые прошли успешно, она забрала ребенка домой. В настоящее время ведет здоровый образ жизни, заботится о ребенке, поддерживает постоянный контакт с родителями.

Пример 2. Лариса обратилась в женскую консультацию с просьбой сделать аборт. Антона — отца ребенка — она не поставила в известность о своей беременности, поскольку тот был женат. Врач женской консультации проинформировал специалиста Центра «Семья» о ситуации и направил девушку в Центр. После того как специалисты применили технологию «Сеть социальных контактов», девушка решила рассказать все Антону, поскольку тот был наиболее значимым социальным ресурсом. Он отказался от участия в содержании и воспитании ребенка, ситуация приобретала характер серьезного конфликта. Тогда специалисты Центра «Семья» предложили Ларисе и Антону пройти курс интенсивной семейной терапии. Были выявлены мотивы обоих родителей, и в итоге было принято решение сохранить беременность при условии, что Антон будет помогать своему ребенку. Во время беременности девушки специалистам Центра «Семья» удалось быстро закрепить за ней жилье, поскольку она была выпускницей детского дома. После родов девушка забрала ребенка домой, на данный момент она успешно вышла замуж и нашла работу.

Пример 3. Айгуль (выпускница детского дома) является эмигранткой из Казахстана, беременность была незапланированной, сроки аборта упущены. Она родила девочку, но материальные условия не позволили ей содержать ребенка, и он был помещен на временной основе в дом ребенка. К специалистам Центра «Семья» она обратилась в состоянии глубокого кризиса (были зафиксированы суицидальные намерения). Применив технологию «Сеть социальных контактов», специалисты быстро определили ресурсы социального

окружения: в Саратове обнаружили родственники, которые были готовы поддержать и девушку, и ребенка. Они нашли возможные решения ситуации, а администрация города выделила девушке жилье. На данный момент она имеет работу на предприятии «Мясокомбинат», ребенок устроен в ясли.

Отметим, что межведомственное взаимодействие «Центр “Семья” — женская консультация», изучаемое в нашем кейс-стади, осуществляется по неофициальным каналам, поскольку ни социальные, ни медицинские службы не имеют права разглашать информацию о клиентах (пациентах):

Проблемный момент тот.... Его все-таки надо озвучить. Мы делаем запрос по предоставлению списков. Вообще, есть закон, но это уже не наша проблема, это их проблема, консультаций. Если они будут ссылаться на этот закон — эта информация закрыта — мы не сможем просто работать. На данный момент списки нам предоставляют, но в один прекрасный момент они могут нам отказать, потому что это конфиденциальная информация (социальный педагог Центра «Семья»).

Именно два этих учреждения особенно активно сотрудничают, поскольку информация, которой они обладают, взаимодополняющая: женская консультация узнает о ситуации нежелательной беременности в «неблагополучной семье» и передает эти сведения в Центр «Семья». Если же информация сначала поступает в Центр «Семья», то она передается в женскую консультацию, чтобы работа с потенциальной «отказницей» шла по нескольким направлениям.

Получается, что результативность работы зависит от налаженных неформальных отношений между социальной службой и женской консультацией. В противном случае, если такой контакт не налажен, то у социальной службы нет никаких каналов для получения этой информации. Психолог женской консультации г. Саратова, узнав о подобной практике в г. Энгельсе, крайне негативно ее охарактеризовала. Однако она же признает необходимость сотрудничества с социальными организациями:

Это надо как-то связываться с органами социальной защиты, вот, если это социально не устроенная женщина. Это они должны помогать, я же не могу сама, на свою зарплату всем помогать, это не мое, понимаете, дело.

Таким образом, коммуникация между двумя ключевыми организациями в системе профилактики социального сиротства оказывается зыбкой и не совсем легитимной. Возможен ли такой способ правового регулирования взаимодействия этих учреждений, который отвечал бы требованиям конфиденциальности и одновременно делал возможным передачу данных от одной организации к другой? Мы сталкиваемся с дилеммой — с одной стороны, отказ от ребенка не является преступлением, и у роженицы есть право выбора, взять ребенка или оставить его государству, приемной семье; с другой стороны, легитимным является и вмешательство социальных служб и органов опеки в частную жизнь семьи. А размытые определения «трудной жизненной ситуации», «неблагополучия» или «социально опасного положения» лишь усложняют решение этой дилеммы.

Заключение

С одной стороны, налицо трудности взаимодействия ключевых учреждений, входящих в систему профилактики семейного неблагополучия, ведущего к отказам от новорожденных, а с другой стороны, сотрудничество более четко налажено в тех ситуациях, когда ребенок уже попал в систему государственных учреждений. Правда, и на этом этапе социальной депривации встречаются вопиющие разрывы межведомственного и внутриведомственного функционирования («складирование» новорожденных в детских больницах, пробуксовка семейного устройства детей с различными выявленными «дефектами» развития). Даже в самом оптимальном случае — устройстве в семью — отказной ребенок обязательно должен пройти через всю цепочку государственных учреждений: из роддома он попадает в детскую больницу, а оттуда — в дом ребенка. Как известно, ситуация значительно усложняется, если ребенок имеет какое-то заболевание

или инвалидность. В этом случае он нуждается в специальном уходе, как следствие, оставаясь в медицинском учреждении значительное время. Если же заболевание тяжелое, то ребенок практически не имеет шансов на усыновление, и его жизненная траектория проходит исключительно через государственные специализированные учреждения.

Если же рассматривать ситуацию именно в ракурсе первичной, пренатальной или неонатальной профилактики, то можно сделать вывод о том, что система учреждений настроена на попадание в нее ранних социальных сирот, но не уделяет должное внимание профилактике. Система государственных учреждений, задействованных в цепи профилактики/воспроизводства социального сиротства, имеет свои ресурсы и ограничения. Основным ее ограничением является недостаточно налаженное межведомственное взаимодействие по вопросам профилактики раннего социального сиротства, приводящее к невозможности изменения ситуации в лучшую сторону на момент отказа от ребенка. В то же время сама эта система может служить хорошим ресурсом для предупреждения отказничества при налаженном взаимодействии между различными службами и акценте на раннюю профилактику, а не на уже свершившийся отказ (вместе с тем, как мы видели в «случае Айгуль», возможно изменить решение матери даже после отказа от новорожденного, если будут изменены условия ее жизни).

Отметим, что в некоторых регионах (Санкт-Петербург, Краснодарский край) в роддомах не так давно были введены ставки психолога. Специалист работает по совместительству, его вызывают в соответствующих случаях. Это крайне важная практика, но довольно редкая для отечественной системы здравоохранения и родовспоможения, хотя за рубежом во всех стационарных медицинских учреждениях есть «клинические», или «медицинские соцработники», оказывающие социально-психологические услуги пациентам. В ряде регионов России (Екатеринбург, Санкт-Петербург, Хабаровск) успешно действуют службы по профилактике отказов от новорожденных детей при родильных домах. Алгоритм действия при оказании услуг целевой группе — новорожденным из группы риска по социальному сиротству и их матерям, нуждающимся в помощи, — включает в себя три этапа: родильный дом, грудное отделение детской больницы и семью [16].

В целях модернизации системы профилактики социального сиротства можно предложить следующие шаги, касающиеся центров «Семья» и женских консультаций. Налаживание четкого межведомственного взаимодействия центров «Семья», женских консультаций, роддома, грудного отделения детской больницы и семьи — это основное требование эффективной работы в сфере ранней профилактики социального сиротства (отказничества). Как уже упоминалось ранее, необходимы такие меры законодательного характера (хотя бы на уровне муниципалитета), которые делали бы возможным официальную передачу данных из одного учреждения в другое в целях оперативного вмешательства в кризисную беременность.

При работе с кризисной ситуацией в семье необходимо применять новые адаптированные методики (Сеть социальных контактов, Сетевые встречи, Интенсивная семейная терапия), поскольку носителем социальных проблем является не только женщина, планирующая отказ, но и ее социальное окружение. При взаимодействии специалистов с женщиной (или с семьей в целом) должны прорабатываться все возможные варианты решения проблемы, но клиент при этом сам выбирает, какой вариант наиболее приемлем для него в конкретной жизненной ситуации. Внедрение новых технологий и распространение лучших практик, очевидно, невозможно без развития конструктивного межсекторного диалога, ведь во многом именно благодаря международным и межрегиональным связям в рамках проектной деятельности открываются новые возможности, появляются новые навыки и идеи.

Библиографический список

1. Бреева Е. Б. Социальное сиротство: Опыт социологического обследования // Социол. исслед. 2004. № 4.
2. Брутман В. И., Варга А. Я., Хамитова И. Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психол. журн. 2000. Т. 21. № 2.
3. Выступление Е. Б. Мизулиной // Проблема законодательства, регулирующего положения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: Стенограмма парламентских слушаний Комитета Государственной думы по вопросам семьи, женщин и детей. <http://sirotstvo.ru/files/1201/GD150508.doc>
4. Выступление О. В. Шараповой // Проблема законодательства, регулирующего положения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: Стенограмма парламентских слушаний Комитета Государственной думы по вопросам семьи, женщин и детей. <http://sirotstvo.ru/files/1201/GD150508.doc>
5. Детские пособия хотят увеличить. <http://www.rambler.ru/news/russia/0/12721015.html>
6. Исупова О. Отказ от новорожденного и репродуктивные права женщины // Социол. исслед. 2002. № 11.
7. Лебедева Н. Отверженные: Кто поможет детям-сиротам вырасти полноценными людьми? <http://www.rg.ru/2007/02/08/siroti.html>
8. Овчарова Л. Н. Бедность и экономический рост в России // Журн. исслед. соц. политики. 2008. Т. 6. № 4.
9. О государственной социальной помощи малоимущим семьям и малоимущим одиноко проживающим гражданам: Закон Саратовской области № 68-ЗСО от 22 декабря 2004 г. // <http://www.mzsp/laws/.ru>
10. О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей: Федеральный закон № 256 от 29 декабря 2006 г. <http://www.semya2008.ru>
11. О персональных данных: Федеральный закон № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. // СПС «Консультант Плюс».
12. Об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в отношении несовершеннолетних: Письмо Министерства образования РФ № АФ-226/06 от 25 июня 2007 г. <http://www.garant.ru/law>
13. Откуда в России сироты? // Аргументы недели. 2006. № 22. 5 сент.
14. Программы поддержки семьи — успешный Российский опыт. <http://www.fireflykids.org/storage/firefly/documents/PART.2.Firefly.Duma.for.website.pdf>
15. Солодников В. В. Социально-дезадаптированная семья в контексте общественного мнения // Социол. исслед. 2004. № 6.
16. Трушкина С. В. Проблема отказов от новорожденных детей // Соц. работа. 2006. № 3. <http://nashideti.org/content103.html>