

Социология

ЖУРНАЛ
РОССИЙСКОЙ
СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ
АССОЦИАЦИИ



1

2005

© 2005 г.

А.А. ИУДИН, И.А. ШЛИВКО

ИНДИКАТОРЫ СОЦИАЛЬНОГО НЕЗДОРОВЬЯ. ТИПОЛОГИЯ НОСИТЕЛЕЙ ИППП

Общество имеет выраженные симптомы социального нездоровья. К числу этих симптомов социологи относят рост нервных заболеваний и суицида, всплеск алкоголизма и наркомании. Сюда же следует отнести рост заболеваемости так называемыми социальными инфекционными болезнями: туберкулезом, гепатитами, ВИЧ-инфекциями, а также в целом инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). Все эти заболевания в максимальной степени распространены в пенитенциарной системе. Причем именно эта система продолжает бороться с данными явлениями наиболее активно и эффективно. Особенно наглядна ситуация с венерическими заболеваниями, которые заносятся в данную систему извне, «с воли». Именно это обстоятельство еще раз показывает, что заболевания, передающиеся половым путем, являются индикаторами состояния общественного нездоровья.

Как известно, влияние механизмов передачи инфекций на их распространение может происходить путем активации, замедления или прекращения передачи возбудителя. Совершенно особая ситуация складывается в случае заболеваний, путь передачи которых преимущественно половой. Этот путь зависит от целого комплекса не только биологических, но и социальных факторов, причем в определенных социальных условиях активность механизма передачи и возможности его реализации могут резко возрастать.

Для настоящего времени характерна резкая и качественно новая активация специфического механизма передачи возбудителей ИППП, связанная с социально-экономическими, политическими изменениями современного российского общества, а главное — с изменением стандартов полового поведения людей, сексуальной свободой, падением нравов.

В основе данного материала лежит анализ данных социологического исследования, проведенного в двух городских специализированных лечебных учреждениях и Нижегородском следственном изоляторе¹.

История России XX в. знала три больших эпидемии сифилиса: после Гражданской войны, после Отечественной войны и в период радикальной экономической реформы — на рубеже веков, в последние годы. С первыми двумя эпидемиями стране удалось справиться довольно быстро. Причины этому несколько. В 1920-е гг. еще сохранились остатки земской системы здравоохранения, общество еще не было анонимным в такой степени, как сегодня, и врачам удавалось проследить пути распространения болезни и локализовать ее, хотя в медицинском отношении они были оснащены значительно слабее, чем нынешнее поколение врачей. В конце 1940-х гг. с эпидемией удалось справиться благодаря карательным мерам в системе профилактики болезни, предусматривавшим в некоторых случаях уголовное преследование носителей заболевания, в

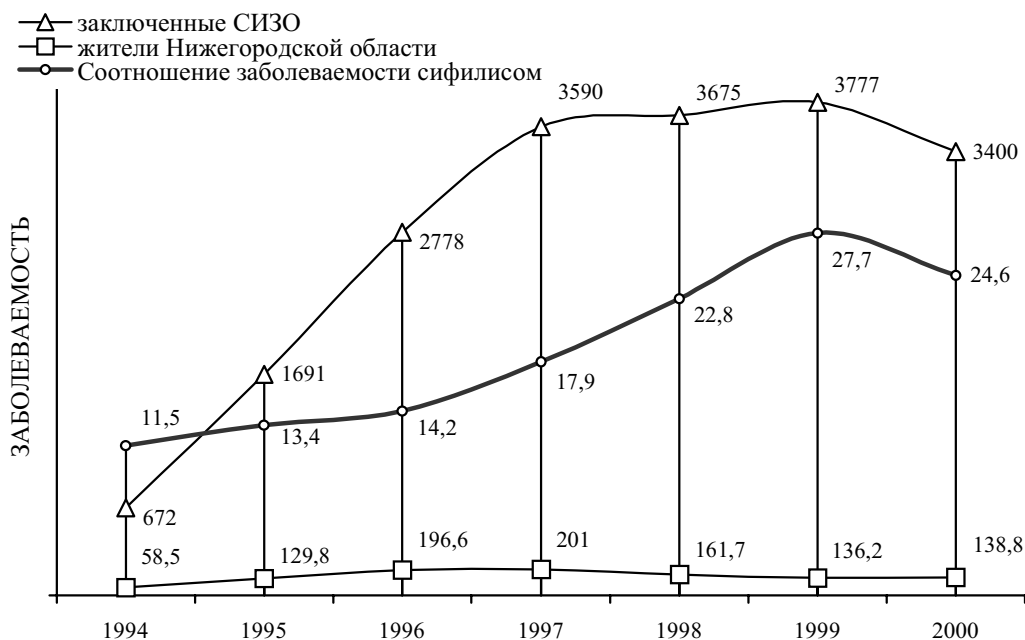
особенности лиц, скрывающих источник своего заражения. Сегодня регуляторы, позволяющие бороться с распространением эпидемии, в нашем обществе отсутствуют. Кроме того, подорваны социальные основания нравственности, что особенно драматизирует данную проблему.

Причина, побудившая нас к анализу ситуации с распространением заболеваний сифилисом именно в пенитенциарной системе, состоит в том, что именно в контингенте этой системы концентрируются наиболее выраженные носители этого заболевания или люди, психологически готовые стать его носителями. Здесь концентрируется эпидемиологически опасные люди, разносчики заболевания, своего рода ядерная группа болезни. Все лица, поступившие в СИЗО, подвергаются серологическим обследованиям на сифилис, поэтому понятно, что все носители заболевания получили его во время своей свободной жизни. При этом

анализ заболеваемости и структуры сифилиса у изучаемого контингента показывает, что образ жизни этого контингента «на воле» радикально отличается от образа жизни законопослушных, социабельных граждан, что находит свое выражение в значительном повышении заболеваемости именно в девиантных группах. Данный контингент имеет высокий риск оказаться вне сферы забот медицинских учреждений по месту жительства: они предпочитают не обращаться в медицинские учреждения за помощью, а медицина их не ищет, не проявляет активности к их выявлению.

Контингент СИЗО имеет не очень значительные отличия от контингента венерологического стационара. Отличие состоит только в гендерном аспекте: в СИЗО доминируют мужчины, а в стационаре — женщины. Наблюдения врачей-венерологов подтверждаются социологическими данными: оба эти контингента из одной социальной группы.

Рис. 1. Динамика заболеваемости сифилисом (на 100 000 населения) по Нижегородской области и СИЗО в 1994–2000 гг.



Сравнительный анализ данных системы ГУИН по Нижегородской области и всей Нижегородской области правомерен в связи с тем, что подавляющее большинство представителей контингента до заключения было жителями данной области. Следует отметить, что в рассматриваемый период выявлено существенное увеличение больных сифилисом среди лиц, поступающих в СИЗО, причем в 2000 г., несмотря на некоторое уменьшение числа поступивших больных, уровень заболеваемости остался на исходном уровне (рис. 1). Наибольшая заболеваемость в пенитенциарной системе была зафиксирована в 1999 г. и составила 3777,4 случая на 100000 лиц, поступивших в СИЗО. В 1994 г. заболеваемость сифилисом поступивших в СИЗО превысила аналогичные показатели среди населения Нижегородской области в 11, а в 1999 г. — в 27 раз. Данный факт наглядно свидетельствует о концентрации сифилиса именно среди девиантной части населения (рис. 1).

В Нижегородской области заболеваемость сифилисом тоже росла и достиг-

ла максимального значения в 1997 г., составив 201 случай на 100 000 населения. Наибольший прирост числа заболевших в области наблюдался в 1995 г.

Анализ заболеваемости сифилисом среди контингента СИЗО выявил некоторые ее хронологические особенности. Если общая тенденция развития эпидемической вспышки инфекции одинакова в обеих группах, то пик заболеваемости среди поступивших в СИЗО отстает от аналогичного областного показателя на 2 года (соответственно 1997 и 1999 г.). Существенное снижение заболеваемости сифилисом в регионе произошло в 1998–1999 г., в то же время она продолжала нарастать среди контингента, поступившего в СИЗО, и оставалась крайне высокой — 3400 в 2000 г., что выступает весьма неблагоприятным шлейфом, способным пролонгировать или реанимировать эпидемическую вспышку сифилиса.

Интересно, что темпы изменений числа больных сифилисом среди заключенных СИЗО и населения Нижегородской области в 1995–1999 гг. изменялись параллельно, хотя явное затухание

Рис. 2. Заболеваемость сифилисом по Нижегородской области и СИЗО, отнесенная к 1994 г.

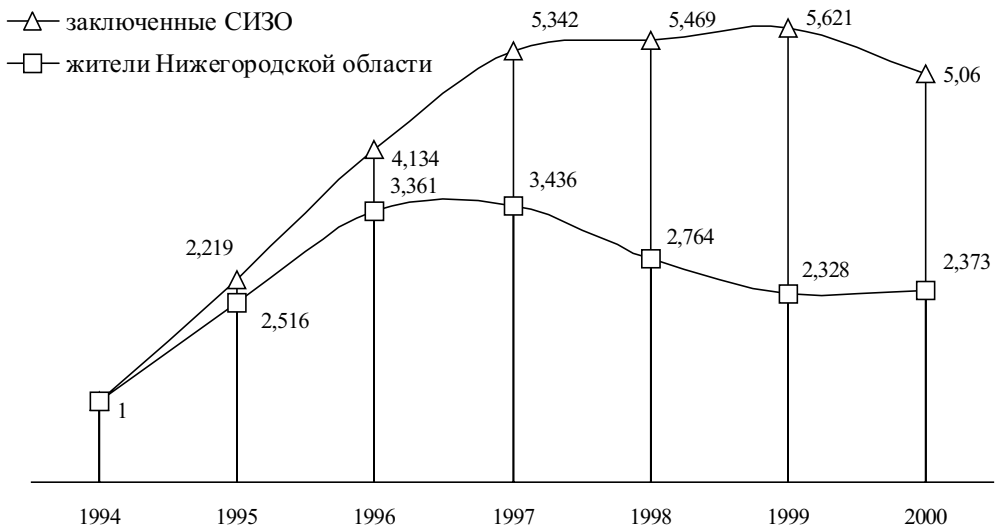


Таблица 1. Возраст начала половой жизни, %

Возраст	СИЗО		Стационар		КАОЛ	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
До 12 лет	2	3	0	0	0	0
12–14 лет	28	13	22	15	12	0
15–16 лет	38	35	27	36	35	35
17–18 лет	8	38	27	32	38	55
В 19 лет и позднее	4	6	15	14	15	10
Нет ответа	20	5	9	3	0	0

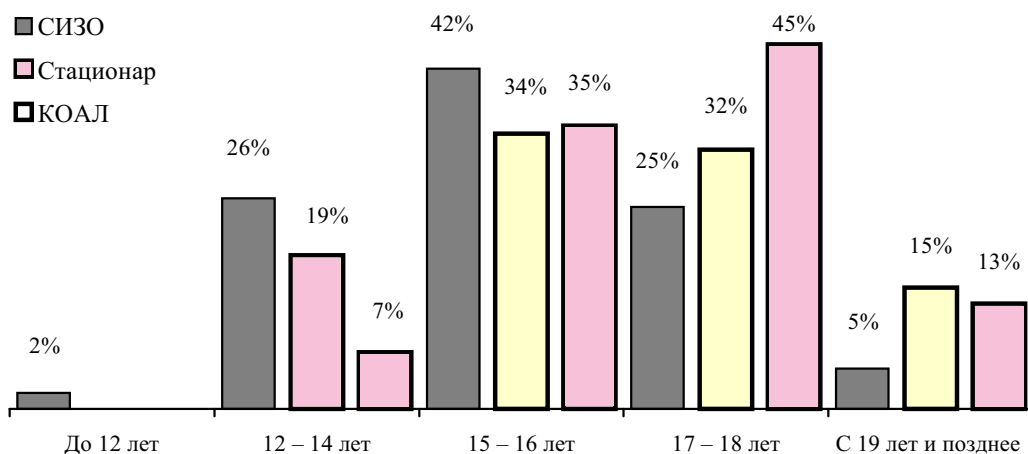
эпидемии «на свободе» сопровождалось только понижением темпов прироста заболеваемости «в зоне». И даже в 2000 г., когда заболеваемость начинает идти на убыль, число больных в СИЗО в пять раз превышает уровень 1994 г. (рис. 2). Таким образом, с 1995 по 1999 г. основной ядерной группой, инициирующей рост инфекции в Нижегородской области, были девиантные, социально-опасные, в частности, криминальные группы.

Интересные закономерности выявляются при сравнении социальных установок и поведения представителей трех анализируемых групп. При сравнении данных о возрасте начала половой жизни по группам можно отметить совершенно определенные тенденции: респонденты из группы заключенных начинали половую жизнь раньше, чем

лица из групп стационара и кабинета анонимного обследования и лечения (КАОЛ) (рис. 3). Различия особенно наглядны, если выделить из всех групп лица, начавшие половую жизнь рано — до 16 лет. Так, до 16 лет включительно половую жизнь начали 60% заключенных, в то время как в группе больных стационара — 50%, а в группе КАОЛ — только 42%. Средний возраст первого полового сношения составил для заключенных — 15,6 лет, группы стационара — 16,6 лет, для респондентов КАОЛ — 16,9 лет.

Мужчины всех групп в среднем имели первый половой акт раньше, чем женщины аналогичных групп (см. табл. 1). Но особенно активны мужчины из СИЗО: почти треть из них начала сексуальные отношения до 14 лет, а две трети — до 16 лет. К тому моменту,

Рис. 3. Возраст начала половой жизни (% от числа ответивших)



когда закон устанавливает право вступления в брак, только 4% мужчин не имели половых связей (и еще 20% не нашли нужным отвечать на этот вопрос). Впрочем, женщины СИЗО ненамного пассивнее: до брачного возраста не вступили в сексуальные отношения 6% представительниц группы СИЗО и еще 5% отказались отвечать на данный вопрос.

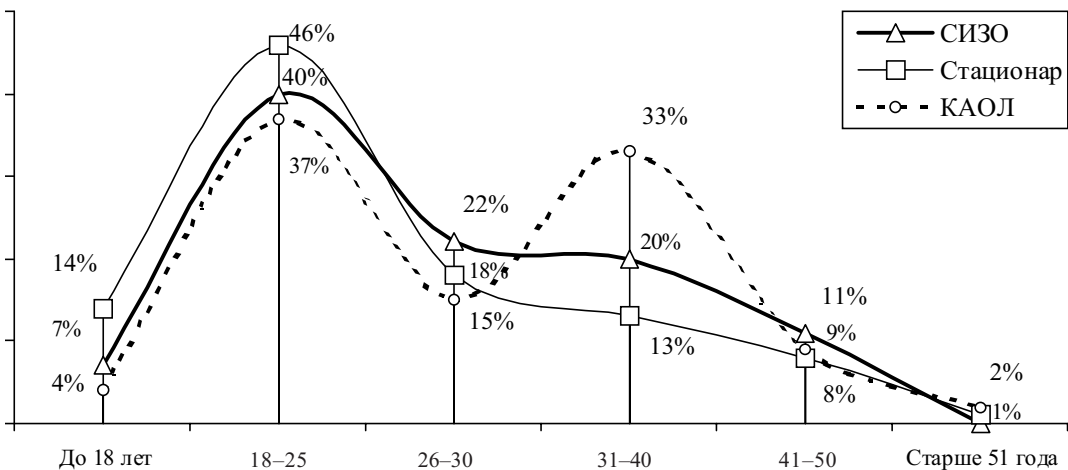
Несколько мягче ситуация в контингенте стационара. Здесь никто не начал свою сексуальную жизнь до 14-летнего возраста, однако после этого рубежа они радикально активизируются. Особенно в этом преуспевает женская половина стационара: к 16-ти годам более половины из них в полной мере вкусили прелести взрослой жизни. К возрасту совершеннолетия девушки из стационара по интенсивности вступления в сексуальные связи обгоняют молодых людей мужского пола.

Группы СИЗО и стационара сходны и в том, что эти больные очень молоды. Доминирующее положение среди заключенных исправительных учреждений, болеющих сифилисом, занимает молодежь в возрасте от 18 до 25 лет (34%). Лица более старшего возраста —

от 26 до 30 лет и от 31 до 40 лет, представлены здесь в равной степени (по 24%). Наиболее молодой из анализируемых групп являются больные стационара, большинство из которых находятся в возрасте от 18 до 25 лет (46%). Здесь также высок процент лиц, не достигших совершеннолетия (12%), что отчасти объясняется обязательной госпитализацией несовершеннолетних. Сходство социальных характеристик заключенных и больных стационара дополняется тем, что 11% больных стационара имели судимости.

Ранний сексуальный опыт и активное внедрение в сферу сексуальной свободы вознаграждается ранней потерей здоровья. Большинство заключенных впервые заразились сифилисом в возрасте от 18 до 25 лет (рис. 4). Еще раньше заболевают пациенты стационара: до 18 лет впервые заразились сифилисом 14% больных стационара, а с 18 до 25 лет — еще 46%. На перенесенный в прошлом сифилис указывают 11% заключенных, 3% больных стационара и 2% больных КАОЛ. Необходимо еще раз подчеркнуть, что больные стационара наиболее молоды и именно этим обстоятельством объясняется то, что

Рис. 4. Возраст первоначального заражения сифилисом



здесь сравнительно невысок процент тех, кто уже перенес венерическое заболевание. У них еще все впереди.

Важной чертой всех групп больных сифилисом, как мужчин, так и женщин, является большое число сексуальных партнеров. Здесь редкость, когда человек имеет одного партнера, причем в СИЗО таких людей нет совсем, а в стационаре и КАОЛ — 2–3%, обычно женщины. Больные СИЗО чаще всего или уклоняются от ответа на вопрос о числе партнеров, или отмечают, что их было много — не менее десяти. В стационаре и КАОЛ отмечаются случаи наличия двух-трех партнеров (13–14%), но чаще эти пациенты говорят о том, что у них было от четырех до десяти партнеров, а то и более десяти.

Довольно много среди заключенных, болеющих сифилисом, наркоманов (12%); практически отсутствуют непьющие люди, для 66% курение является привычкой. Проблема употребления наркотиков актуальна и для больных стационара; более четверти из них в той или иной степени потребляли наркотики.

Среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, высок удельный вес страдающих хроническими заболеваниями сердца (16%), легких (16%), печени (16%), желудка (16%), почек (9%). Высокая заболеваемость в данной группе связана с образом жизни, распространенностью вредных привычек среди контингента и неудовлетворительными бытовыми условиями в местах лишения свободы.

Больные сифилисом, проходящие лечение в КАОЛ, в возрастном отношении являются наиболее старшей группой. Здесь нет больных до 18 лет, доминируют возрастные группы от 18 до 25 лет (35%), от 31 до 40 лет (30%). Больные КАОЛ — наиболее благополучная в социальном плане и с точки зрения физического здоровья группа, но и среди них 4% отмечают, что упот-

ребление наркотиков является привычкой.

Женщины, получающие лечение в КАОЛ, не вступали сексуальные связи до 15 лет. Мужчины здесь несколько более активны, но и они начинают свою сексуальную жизнь в среднем несколько позднее, чем представители других групп. Несколько более упорядоченная сексуальная жизнь пациентов КАОЛ приводит к тому, что они говорят о более позднем возрасте заражения сифилисом. Среди них наблюдается два возрастных периода наиболее частого заражения сифилисом. Это возраст от 19 до 25 лет (37%) и от 31 до 40 лет (33%). Такое двугорбое распределение связано со спецификой мужского и женского поведения: женщины из кабинета анонимного обследования и лечения получают заболевание в более раннем возрасте, а мужчины в более зрелом — возрасте обретения материального благополучия.

Причины этой и других особенностей во многом объясняются обстоятельствами заражения сифилисом. Заключенные СИЗО чаще других не знают, где они заразились (44%) и кто послужил источником инфицирования (55%). Половина из них называют источником заражения случайную половую связь, в меньшее число лиц указывают в качестве источника заражения супруга или постоянного полового партнера.

Наиболее осведомленной группой оказались пациенты КАОЛ: 57% из них знают свой источник заражения, при этом 35% женщин указывают, что источником был муж, а еще 40% называют виновником постоянного полового партнера, лишь в этой группе 5% женщин указывают на занятие проституцией и только здесь причиной заболевания стала профессия. Мужчины из контингента КАОЛ в 23% случаев считают, что источником их заражения послужила проститутка.

Таблица 2. Обстоятельства заражения сифилисом, %

Варианты ответов		СИЗО	Стацио- нар	КАОЛ
Место заражения	В случайной компании	22	24	28
	Среди знакомых	—	16	28
	На улице	—	4	0
	В своем доме	6	16	13
	В местах общественного пользования	4	2	0
	На работе	1	1	0
	Не знают	44	24	20
	Нет ответа	19	13	11
Осведомленность об источнике заражения	Знают свой источник заражения	33	54	57
	Не знают источника заражения	55	33	39
	Нет ответа	12	13	4
Источники заражения	Муж (жена)	6	15	15
	Постоянный половой партнер	12	28	26
	Случайная половая связь	50	38	26
	Связь с проституткой	7	3	13
	Занятие проституцией	0	0	2
	Контакты в быту	2	2	0
	Прием наркотиков	2	0	0
	Нет ответа	21	14	18

Таблица 3. Мотив первого полового контакта, %

Мотив	СИЗО			Стационар			КАОЛ		
	все	муж	жен	все	муж	жен	все	муж	жен
Чувство влюбленности	34	27	45	38	32	42	30	23	40
Любопытство	16	25	4	12	22	5	22	31	10
Чтобы не отличаться от друзей (подруг)	4	9	0	0	0	0	7	12	0
Неудержимое физическое желание	8	11	2	7	15	2	13	15	10
Алкогольное опьянение	5	4	6	2	5	0	2	4	0
Вступление в брак	9	3	17	10	7	12	9	8	10
Жалость	0	0	1	2	0	3	0	0	0
Изнасилование	7	0	15	9	0	15	2	0	5
Затруднились ответить	17	21	10	20	19	21	15	7	25

Заклученные довольно спокойно встречают известие о своем заболевании: 10% из них не испытали никаких отрицательных эмоций, здесь нередко отмечают, что рано или поздно это должно было с ними случиться. Лишь 14% заключенных при заражении венерическим заболеванием испытали шок. Среди больных стационара аналогичный показатель составляет 24%. Рав-

нодушие заключенных к факту заболевания сифилисом проявляется и в том, что 26% из них оповестили всех окружающих о своем заболевании.

Больные стационара реже, чем заключенные, стараются разглашать факт своей болезни. Три четверти представителей группы говорит о том, что об их болезни знают только родные и близкие. Только 5% считает, что многие зна-

ют об их болезни. Пациенты КАОЛ чаще скрывают от окружающих свое заболевание, рассказывая о нем только самым близким людям.

Особенности образа жизни и социальных установок представителей различных групп находят свое выражение и в мотивах первого полового контакта. Эти мотивы значительно отличаются у мужчин и женщин, причем межгрупповые отличия не столь выразительны, как гендерные (табл. 3). У мужчин в качестве мотива первого полового контакта на первом месте стоит любопытство и стремление не отличаться от друзей. Мужчин стационара в этом плане особо отличает неудержимое физическое желание и алкогольное опьянение. Впрочем, алкогольное опьянение нередко является основанием для первого полового контакта и у мужчин из КАОЛ.

Иная мотивационная структура у женщин. Здесь доминирует чувство влюбленности и факт вступления в брак. Женщины СИЗО и стационара, кроме того, нередко становятся жертвами изнасилования. Существенным мотивом первого полового контакта у женщин СИЗО нередко является алкогольное опьянение, а у пациенток стационара — чувство жалости к мужчине.

Весьма различны в анализируемых группах также ориентации в сфере сексуального поведения. Заключенные в этом плане отличаются особой необузданностью и заметно чаще других говорят о допустимости постоянной смены сексуальных партнеров, большого количества сексуальных контактов, связей с проститутками, а также с несовершеннолетними и с больными венерическими заболеваниями (табл. 4). Пациенты стационара дают ту же систему предпочтений, хотя демонстрируют несколько повышенную сдержанность в своих оценках, причем значительно реже других говорят о допустимости связей с проститутками. Однако связи с несовершеннолетними они допускают столь же часто, как и заключенные.

Более умеренными на первый взгляд кажутся установки пациентов КАОЛ: здесь значительно реже говорят о допустимости постоянной смены сексуальных партнеров. Однако их явно отличает выраженная склонность к поиску новых сексуальных впечатлений. Так, они заметно чаще допускают гомосексуальные контакты, групповой, анальный и особенно оральный секс. Их кажущаяся сдержанность скорее свя-

Таблица 4. Ориентации в сфере сексуального поведения (отмеченные варианты поведения — допустимые или иногда допустимые), %

Варианты сексуального поведения	СИЗО	Стационар	КАОЛ
Постоянная смена сексуальных партнеров	70	53	39
Большое количество сексуальных связей	47	36	31
Оральная секс	45	45	81
Связь с проститутками	43	29	37
Анальная секс	25	33	55
Сексуальные связи с несовершеннолетними	24	24	15
Групповая секс	18	19	28
Сексуальная связь с больным венерическим заболеванием	13	5	0
Гомосексуальные контакты	4	7	11

зана со страхом заразиться или в своих действиях подпасть под статью уголовного кодекса. Очевидно, именно поэтому их активный сексуальный поиск ослабевает, когда речь идет о связях с несовершеннолетними. Эта часть большого контингента более зрелая, взрослая и образованная, но отнюдь не более здоровая в нравственном отношении.

В принципе применительно к инфицированным венерическими заболеваниями можно говорить о разных типах людей, разных социальных траекториях, приводящих людей в данную группу. Здесь явно просматривается два типа поведения: мужской и женский. Эти типы связаны с очевидными различиями в основаниях сексуальных инстинктов. Однако у них есть и социальная составляющая, наиболее зримо просматривающаяся в группе заключенных. Здесь удалось выявить наиболее полные типы сексуальных и нравственных установок.

Многомерный анализ ответов респондентов по поводу их отношения к проблемам заболеваний, передающихся половым путем, позволил выделить два основных вектора тенденций социальных и сексуальных установок заключенных, больных сифилисом. Один вектор характеризуется маскулинным или фемининным типом поведения. Маскулинный вектор характеризуется повышенной активностью в сфере сексуальных отношений, фемининный — спокойствием, избирательностью контактов и самоконтролем. Другой вектор связан с поведением осмотрительным, осторожным, с одной стороны, или вызывающим, авантюрным, подчас криминальным — с дру-

гой. В плоскости указанных векторов просматривается четыре типа поведения: авантюрно-маскулинное, осторожно-маскулинное, авантюрно-фемининное и осторожно-фемининное (табл. 5).

Существенная особенность каждой группы просматривается в основных социально-демографических характеристиках представителей этих групп.

Авантюрно-маскулинное поведение наиболее характерно для самых молодых и не очень образованных мужчин. Здесь чаще можно встретить рабочих, работников сельского хозяйства и безработных. Чаще всего эти люди не были женаты — в силу своего возраста и образа жизни, а отношения с родителями чаще были плохими. В детстве им, очевидно, недоставало материнской заботы: здесь чаще встречаются выходцы из семей, где не было матери, или воспитанники приемных родителей. Многие воспитывались матерью и отчимом или одним отцом. Нередко они воспитывались и в полной семье, но родители их часто ссорились. Несмотря на молодость, именно среди них встречаются люди, побывавшие в браке четыре и более раз.

Здесь довольно часто отец или оба родителя страдали алкоголизмом и имели судимость. Нередко имели судимость не только родители, но и другие родственники. Их поведению действительно свойственна криминальность: здесь чаще, чем в других группах, несмотря на сравнительно молодой возраст, встречается не одна-две, а три-четыре судимости.

Представители группы **осторожно-маскулинного** поведения также чаще

Таблица 5. Типы поведения заключенных, больных сифилисом

Типы	Авантюрный	Осторожный
Маскулинный	27%	28%
Фемининный	25%	20%

мужчины (хотя здесь встречается треть женщин) более зрелого возраста (26–40 лет), они имеют несколько более высокий уровень образования, здесь понижено количество рабочих и повышен уровень ИТР, студентов и безработных. Они чаще других отмечают удовлетворенность своих отношений с родителями и нередко говорят о том, что эти отношения являлись или являются хорошими. Впрочем, часто представители этой группы воспитывались с одним отцом, с мачехой и с другими родственниками. Как и представители другой маскулинной группы, они чаще живут одиноко, многие из них никогда не были женаты или, чаще, находятся в разводе. Представители этой группы реально включены в систему криминальных отношений: многие из них имеют родственников с судимостью в прошлом или настоящем. Представителям данной группы свойственна некоторая скрытность: они чаще других уклонялись от ответов на многие вопросы.

Среди представителей группы авантюрно-фемининного поведения повышен процент женщин сравнительно молодого возраста (26–30 лет). Следует отметить, что это не чисто женский тип поведения, процент мужчин здесь ненамного меньше среднестатистического по выборке. Здесь чаще можно встретить рабочих и безработных со средним образованием, сравнительно часто имеющих две судимости. О родительской семье они предпочитают умалчивать, а в своей семье они часто ссорились и даже разрывали отношения. Именно в группах авантюрного поведения встречаются люди, вступавшие в брак по три-четыре раза. В авантюрной мужской группе эта черта более выражена, но и среди женщин, которые также относительно молоды, встречается большое число браков. Вместе с тем предста-

вители женской авантюрной группы чаще других состоят в браке. Криминальное окружение и алкоголизм различных родственников в этой группе распространены относительно слабо. Однако можно предположить, что и в ответах на этот вопрос проявляется скрытность людей по поводу своей семьи.

Группа **осторожно-фемининного** поведения является наиболее женской и наиболее зрелой по возрасту. Здесь совсем нет молодых людей в возрасте до 18 лет, зато значительно повышен процент людей от 40 до 50 лет и только здесь встречаются люди старше 51 года. Это довольно образованная группа: у многих здесь среднее специальное образование. Логично продолжает характеристику группы то, что в ней повышен процент служащих, предпринимателей. Впрочем, очень много здесь и домохозяек: это все-таки женская группа. Чаще они воспитывались в полной семье, хотя нередко с отчимом. Чаще других они отмечают, что отношения в родительской семье были хорошими. В большинстве они удовлетворены отношениями и в своей собственной семье. Но здесь несколько повышен процент тех, кто находится в разводе, и значительно повышена доля вдов.

И моральные установки, и сексуальный опыт в значительной степени коррелируют как с женским или мужским типом поведения, так и с характеристикой авантюризма или осторожности. Для маскулинного типа поведения, который может быть свойственен и некоторому числу женщин, характерна сексуальная активность и неразборчивость, ранний опыт половых отношений. Авантюрный тип добавляет сюда склонность к риску, пренебрежение здоровьем — как своим, так и окружающих, спокойствие и некоторую разнузданность.

Таблица 6. Характеристика семейных отношений контингента, %

Характеристики		Все	АМ*	ОМ	АФ	ОФ
Тип родной семьи	Мать и отец	28	33	29	35	18
	Одна мать	28	31	22	25	36
	Мать и отчим	15	18	16	18	8
	Один отец	3	4	4	0	4
	Отец и мачеха	2	2	7	0	0
	Другие родственники	6	4	11	2	8
	Приемные родители	0	2	0	0	0
Характер отношений с родителями	Хорошие	56	55	53	60	56
	Удовлетворительные	22	18	27	20	20
	Плохие	9	15	9	2	8
Количество браков	Один раз	46	42	44	52	50
	Два раза	14	9	11	30	8
	Три раза	0	0	0	0	2
	Четыре раза	0	2	0	0	0
Семейное положение	Не был женат (не была замужем)	36	47	42	15	34
	В разводе	36	31	44	38	30
	Женат (замужем)	18	16	13	20	26
	Вдовец (вдова)	7	2	2	20	8
Отношения в родительской семье	Конфликтов не было	22	18	18	38	20
	Ссорились изредка	40	40	47	32	40
	Часто ссорились	10	16	11	8	4
	Разрывали отношения	10	9	9	10	10
Отношения в своем браке	Конфликтов не было	8	7	5	12	8
	Ссорились изредка	31	25	31	42	28
	Часто ссорились	9	4	9	12	12
	Разрывали отношения	12	9	11	12	14

Таблица 7. Социальная характеристика семьи, %

Члены семьи	Имели судимость					Страдали алкоголизмом				
	Все	АМ	ОМ	АФ	ОФ*	Все	АМ	ОМ	АФ	ОФ*
Отец	16	16	13	14	20	11	20	7	6	10
Мать	1	2	2	0	0	2	2	5	2	0
Отец и мать	1	4	0	0	0	4	11	4	2	0
Другие родственники	10	15	15	4	8	6	4	9	0	10
Отец и другие родственники	2	2	2	2	2	2	0	0	4	2
Мать и другие родственники	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Отец, мать и другие родственники	1	0	4	0	0	2	4	0	2	0

* АМ — авантюрно-маскулинный, АФ — авантюрно-фемининный, ОМ — осторожно-маскулинный, ОФ — осторожно-фемининный.

Таблица 8. Мнение о допустимых формах сексуальных отношений, %

Формы отношений	Все	АМ*	ОМ	АФ	ОФ
Постоянная смена сексуальных партнеров	24	82	0	6	0
Большое количество сексуальных связей	24	51	22	16	0
Связь с проститутками	11	40	0	0	0
Гомосексуальные контакты	1	2	0	2	0
Групповой секс	2	5	0	4	0
Сексуальные связи с несовершеннолетними	6	5	9	4	2
Оральный секс	20	35	18	10	15
Анальный секс	9	20	7	2	5
Сексуальная связь с больным венерическим заболеванием	3	11	0	0	0

Таблица 9. Мнение об иногда допустимых формах сексуальных отношений, %

Формы отношений	Все	АМ*	ОМ	АФ	ОФ
Постоянная смена сексуальных партнеров	46	15	100	30	35
Большое количество сексуальных связей	23	29	44	12	0
Связь с проститутками	32	35	62	24	0
Гомосексуальные контакты	3	7	0	4	0
Групповой секс	16	36	16	4	5
Сексуальные связи с несовершеннолетними	18	29	25	8	8
Оральный секс	25	25	36	20	15
Анальный секс	16	24	20	10	5
Сексуальная связь с больным венерическим заболеванием	10	13	16	2	2

Таблица 10. Субъект ответственности за причину заражения венерическим заболеванием, %

Варианты ответов	Все	АМ*	ОМ	АФ	ОФ
Ошибки, допущенные мной	30	35	31	32	18
Виноваты сами	30	33	29	24	35
Мой образ жизни	27	38	29	20	18
Алкоголь, наркотики	12	7	5	18	18
Проститутки	12	24	7	8	5
Общество, государство	8	5	9	8	10
Близкий человек	8	4	4	6	20
Не знают	8	4	7	16	8
Связь с дурной компанией	6	5	5	4	8
Не хотят отвечать на этот вопрос	5	5	4	8	2
Никто не виноват	4	0	5	2	10
Бытовая неустroенность	3	0	5	4	2
Характер воспитания, который я получил в семье	2	4	2	4	0
Воспитание, которое я получил в школе	2	4	0	2	0

* АМ — авантюрно-маскулинный, АФ — авантюрно-фемининный, ОМ — осторожно-маскулинный, ОФ — осторожно-фемининный.

Представителей группы **авантюрно-маскулинного поведения** отличает простота взглядов на допустимые формы сексуальных отношений. Так, заметно чаще других они считают допустимым постоянную смену сексуальных партнеров, связь с проститутками, большое количество сексуальных связей, оральный и анальный секс и даже сексуальную связь с больными венерическими заболеваниями (табл. 8). Причем те из них, кто воздерживается от оценки орального или анального секса как нормы, отнесли эти формы отношений к иногда допустимым. Картина сексуальной распушенности дополняется мнением представителей этой группы об иногда допустимых формах сексуальных отношений. Здесь они готовы приветствовать и групповой секс, и сексуальные связи с несовершеннолетними (табл. 9). Наименее активно они отмечали только недо-

пустимые формы сексуальных отношений, выделив неприемлемость только гомосексуальных контактов, сексуальных связей с животными и отчасти с несовершеннолетними.

Считая связь с проститутками своей сексуальной нормой, представители данной группы чаще других отмечают, что получили заболевание именно от проститутки (табл. 10). Это указывает на их склонность к риску и авантюризму. Склонность к авантюризму проявляет себя и в том, что они подчас бравируют своей рискованностью, демонстрируя спокойствие и потому известную самокритичность. Так, ответственность за причину заражения венерическим заболеванием предпочитают возлагать на себя, отмечая, что в этом прежде всего бывает повинен образ жизни, который они ведут и ошибки, допущенные самими пострадавшими.

Таблица 12. Обстоятельства заражения сифилисом, %

Варианты ответов	Все	АМ*	ОМ	АФ	ОФ	
Место заражения	В случайной компании	22	24	25	12	24
	В камере СИЗО	1	0	0	0	4
	В заключении, на территории зоны	2	4	4	0	2
	В своей семье	6	2	2	18	4
	В местах общественного пользования	4	4	4	0	6
	На работе	1	2	0	2	0
	Не знают	44	45	53	40	36
Осведомленность об источнике заражения	Прием наркотиков	0	0	0	0	2
	Да	34	36	27	42	30
	Нет	56	60	56	40	62
Источники заражения	Нет ответа	10	4	17	18	8
	Случайная половая связь	50	56	55	30	56
	Любовник (любовница)	12	18	9	20	4
	Муж (жена)	6	2	0	20	6
	Связь с проституткой	6	13	7	0	4
	Контакты в быту	2	0	0	10	2
	Прием наркотиков	2	0	2	0	4
	Занятие проституцией	0	0	0	0	0
Вещи больного сифилисом	0	0	2	0	0	
Изнасилование	0	0	0	0	2	

* АМ — авантюрно-маскулинный, АФ — авантюрно-фемининный, ОМ — осторожно-маскулинный, ОФ — осторожно-фемининный.

Их половая жизнь начинается очень рано — в возрасте 12–14 или 15–16 лет. Понятно, что в их ответах присутствует бравада, но факт, что этот опыт они получают раньше других, несомненен. Они раньше других впервые заразились сифилисом — в 18–25 лет. Чаще других присутствуют у них и другие венерические заболевания. Бравада собственным сексуальным опытом просматривается и в ответах на вопрос о количестве сексуальных партнеров. Так, они чаще других говорят о том, что имели десять и более партнеров. Именно в этой группе чаще других встречались неопределенные ответы: «много», «очень много», «не знаю, сколько их было». Говоря о частоте сексуальных контактов, они чаще других говорят, что половая близость в течение последнего месяца до заключения бывала у них по несколько раз в день или, по крайней мере, ежедневно. При этом чаще других они говорят о том, что пробовали наркотики, хотя бы один раз, часто употребляют алкоголь и, конечно, табак.

Анализируя причину собственного заражения, они чаще говорят о том, что не знают об источнике заражения: им сравнительно редко известны и те, кто стал причиной их болезни и место, где они ее получили. Чаще всего у них это

случайная половая связь, проститутка или любовница. При этом они не испытывали сильных отрицательных эмоций, узнав о наличии у себя заболевания. Они значительно реже других испытали шок или панику. В крайнем случае, многие из них расстраивались, но не потеряли веры в скорое выздоровление. Они знали, что при их образе жизни рано или поздно что-то такое с ними все равно произойдет. Определяя причины распространенности венерических заболеваний, большинство из них говорит о том, что многие люди ведут образ жизни, который подвергает их здоровью риску.

Характеризуя отношение окружающих к ним как к носителям инфекционного заболевания, представители данной группы чаще говорят о том, что люди относятся к этому достаточно спокойно, нейтрально. Особенно близкие друзья и знакомые. Важно, что чаще других они отмечали и то, что никто из окружающих не знает об их болезни, и то, что все об этом знают. При этом отмечали, что окружающие заметно опасаются возможности заразиться венерическим заболеванием.

Осторожно-маскулинный тип поведения отличается от авантюрного типа прежде всего тем, что здесь нет столь

Таблица 13. Эмоции, испытанные при заражении венерически заболеванием, %

Эмоции	Все	Маскулинный		Фемининный	
		Авантюрный	Осторожный	Авантюрный	Осторожный
Шок, паника	13	5	9	8	35
Сильно расстроились	22	18	24	30	15
Расстроились, но не потеряли веру в скорое выздоровление	30	40	35	24	15
Не поверили в то, что болеют	19	22	18	22	12
Растерянность	4	4	2	8	5
Не испытали никаких отрицательных эмоций	6	4	9	4	5
Равнодушно встретили это известие	2	2	2	0	2
В принципе, уже давно знали, что когда-нибудь заболеют венерической болезнью	2	5	0	2	2

вызывающей готовности вступать в самые многочисленные, разнообразные и подчас извращенные формы сексуальных отношений. Тем не менее, определяя иногда допустимые формы сексуальных отношений, представители осторожного типа допускают и постоянную смену сексуальных партнеров, и связь с проститутками, и большое количество сексуальных связей, и оральный (и анальный) секс, а также

сексуальные связи с несовершеннолетними и с больными венерическими заболеваниями. Для них недопустимы гомосексуальные контакты и сексуальные контакты с животными, в большинстве своем не приемлют они и групповой секс, и связь с больными венерическими заболеваниями. Здесь повышено неприятие сексуальных связей с несовершеннолетними, а также орального и особенно анального секса.

Таблица 14. Осведомленность окружающих о болезни, %

Варианты ответов	Все	Маскулинный		Фемининный	
		Авантюрный	Осторожный	Авантюрный	Осторожный
Никто не знает	26	31	24	26	25
Знают только близкие	40	35	45	38	45
Знают многие	21	20	20	24	20
Все знают	5	7	5	6	0

Таблица 15. Отношение к больному окружающих, %

Отношение	Субъекты отношения	Все	АМ*	ОМ	АФ	ОФ
Сочувственное	Родные и близкие	51	44	45	64	52
	Друзья и знакомые	29	20	40	30	25
	Заклученные	18	18	15	26	12
	Персонал СИЗО	8	7	7	10	10
	Медработники СИЗО	14	13	11	14	18
	Медработники других лечебных учреждений	11	4	13	16	12
Нейтральное	Родные и близкие	18	20	24	8	20
	Друзья и знакомые	36	49	31	28	38
	Заклученные	48	53	58	36	45
	Персонал СИЗО	40	45	45	34	30
	Медработники СИЗО	40	49	47	28	30
	Медработники других лечебных учреждений	28	29	38	22	22
Непрязненное	Родные и близкие	6	7	0	8	7
	Друзья и знакомые	4	0	2	2	13
	Заклученные	8	2	7	10	16
	Персонал СИЗО	21	17	21	16	34
	Медработники СИЗО	14	7	15	12	28
	Медработники других лечебных учреждений	8	7	4	6	18

* АМ — авантюрно-маскулинный, АФ — авантюрно-фемининный, ОМ — осторожно-маскулинный, ОФ — осторожно-фемининный.

Они тоже рано начали свою половую жизнь (чаще других — в 15–16 лет) и имели немало сексуальных партнеров. Они часто не знают места своего заражения сифилисом и не отвечают на вопрос об источнике заражения. Не очень хотят они говорить и о том, знают ли окружающие об их болезни, хотя отмечают, что об этом знают только близкие и к ним, как к больным, сочувственно отнеслись друзья и знакомые, а остальное окружение — нейтрально. К этому нейтральному окружению они относят заключенных, медработников лечебных учреждений и СИЗО, родных и близких, а также персонала СИЗО.

Эти люди более опытные, чем представители авантюрной группы, и потому несколько более спокойны. Здесь нет бравады сексуальной лихостью, но более распространены некоторые вредные привычки. Так, здесь чаще других время от времени употребляют наркотики или пробовали их хотя бы один раз. Но все же почти половина из них никогда не пробовали наркотики. Меньше здесь употребляют и алкоголь — время от времени, зато больше курят.

Не бравуруя своим положением, они понимают, что жизнь их не сложилась. Они чаще других живут в разводе со своими супругами или вообще не смогли побывать в браке, хотя их возраст вполне достаточен для этого. Те, кто состоял в браке, отмечают, что в общем-то были скорее удовлетворены сексуальными отношениями в браке, хотя вопрос об удовлетворенности брачно-семейными отношениями их явно не очень интересует. Представители маскулинной группы легко получают сексуальное удовлетворение и помимо брака.

Чаще других они получили свое заболевание в достаточно зрелом возрасте — в 26–30 лет, хотя немало среди них и тех, кто заболел в 18–25 лет. Характер сексуальной жизни в течение последнего месяца до заключения состоял у них чаще всего из одного сексуального партнера, но в сочетании со случайными связями. Поэтому и источник заражения сифилисом у них чаще всего — случайная половая связь. Обнаружив свою проблему, они не испытали особого шока, а скорее расстроились.

Таблица 16. Причины распространенности венерических заболеваний

Причина	Все	АМ*	ОМ	АФ	ОФ
В СИЗО очень болезнетворная и опасная среда	20	16	22	18	22
Многие люди ведут образ жизни, который подвергает их здоровье риску	51	58	56	40	48
Вокруг есть люди, которые могут заразить другого специально	22	24	18	22	22
Друзья болели (-ют) венерическими болезнями	6	2	5	8	8
Хорошие средства защиты слишком дороги	6	9	4	6	8
Не принято предлагать партнеру средства защиты от венерических болезней	8	7	7	10	8
Нет лекарств от венерических болезней	7	9	2	14	2
Не хватает денег на лекарства	12	13	7	16	12
Отсутствует достаточно информации по данной проблеме	22	16	15	28	30

* АМ — авантюрно-маскулинный, АФ — авантюрно-фемининный, ОМ — осторожно-маскулинный, ОФ — осторожно-фемининный.

лись, не потеряв веры в скорое выздоровление. Они склонны считать, что окружающие не опасаются заразиться венерическими заболеваниями.

Авантюрно-фемининный тип поведения отличается тем, что, несмотря на выраженные черты авантюристичности, люди этого типа явно обладает выраженными чертами фемининности, что проявляется прежде всего в том, что представители этой группы заметно чаще представителей маскулинных групп отмечают в числе недопустимых форм сексуальных отношений постоянную смену сексуальных партнеров.

В большинстве своем они начали половую жизнь не очень рано: в 17–18 лет, и этому предшествовало чувство влюбленности. Впрочем, иногда они затрудняются ответить на вопрос о мотиве первого полового контакта или отмечают, что сделали это из жалости. Такой мотив очень редок, но отмечают его только представительницы данной

группы. Реже, чем другие, они вступали в сексуальную близость из-за вступления в брак. Сексуальные отношения они в основном находят за пределами брака.

Чаще всего они не пробовали наркотики, но именно в этой группе довольно велико число тех, для кого наркотики являются привычкой. Кроме того, здесь много заядлых курильщиков и курильщиц. Они не очень привержены к алкоголю, однако при ответе на вопрос о факторах, ответственных за причину заражения венерических заболеваний, чаще других отмечают, что это алкоголь и наркотики. Интересно, что причины распространенности венерических заболеваний они чаще других видят не в образе жизни или дурных наклонностях, а в том, что нет эффективных лекарств от венерических болезней. Другая причина также носит объективированный характер: отсутствие достаточной информации по данной проблеме.

Таблица 17. Оценка степени опасения окружающих заразиться венерическими заболеваниями, %

Степень опасения	Все	Маскулинный		Фемининный	
		Авантюрный	Осторожный	Авантюрный	Осторожный
Да, очень	20	27	16	22	15
Скорее да, чем нет	16	15	13	16	25
И да, и нет	13	18	16	8	8
Скорее нет, чем да	14	13	16	14	12
Определенно нет	8	4	13	8	5
Не знают	28	24	25	32	32

Таблица 18. Возраст начала половой жизни, %

Возраст	Все	Маскулинный		Фемининный	
		Авантюрный	Осторожный	Авантюрный	Осторожный
До 12 лет	2	2	4	4	0
12–14 лет	22	31	22	20	12
15–16 лет	36	44	45	26	28
17–18 лет	21	5	20	28	35
С 19 лет и позднее	4	0	4	2	15

Таблица 19. Мотив первого полового контакта, %

Варианты ответов	Все	Маскулинный		Фемининный	
		Аван- тюрный	Осто- рожный	Аван- тюрный	Осто- рожный
Чувство влюбленности	34	24	31	46	40
Любопытство	16	29	16	8	8
Чтобы не отличаться от друзей (от подруг)	4	9	5	0	2
Неудержимое физическое желание	8	7	9	8	5
Жалость	0	0	0	2	0
Алкогольное опьянение	5	9	5	2	2
Вступление в брак	9	4	7	2	28
Изнасилование	7	5	9	8	5
Затрудняюсь ответить	14	7	16	22	8

Таблица 20. Количество сексуальных партнеров, %

Варианты ответов	Все	Маскулинный		Фемининный	
		Аван- тюрный	Осто- рожный	Аван- тюрный	Осто- рожный
Два-три партнера	7	0	2	6	25
От четырех до десяти партнеров (немного)	10	7	9	14	8
Десять и более партнеров (много и не знают)	36	42	44	34	22
Нет ответа	47	51	45	46	45

Таблица 21. Характер сексуальной жизни
в течение последнего месяца до заключения, %

Варианты ответов	Все	Маскулинный		Фемининный	
		Аван- тюрный	Осто- рожный	Аван- тюрный	Осто- рожный
Только один знакомый партнер	38	22	40	40	52
Один сексуальный партнер в сочетании со случайными связями	18	18	22	14	20
Только случайные связи	14	24	16	10	2
Несколько знакомых партнеров параллельно	13	16	11	16	8
Несколько знакомых партнеров в сочетании со случайными связями	6	15	2	8	0
Наличие очень редких (не чаще 1–2 раз в год) сексуальных связей, как правило, с разными партнерами	5	4	7	4	5
Отсутствие половой жизни, либо всего 1–2 половых сношений в жизни	2	0	0	4	8

Таблица 22. Частота половой близости в течение последнего месяца до заключения, %

Частота	Все	Маскулинный		Фемининный	
		Авантюрный	Осторожный	Авантюрный	Осторожный
Несколько раз в день	8	16	5	6	2
Ежедневно	18	24	20	16	12
Несколько раз в неделю	39	40	40	46	28
Раз в неделю	8	7	5	8	15
Несколько раз в месяц	12	7	15	14	15
Раз в месяц и реже	11	5	13	8	20

Таблица 23. Удовлетворенность сексуальными отношениями в браке, %

Степень удовлетворенности	Все	Маскулинный		Фемининный	
		Авантюрный	Осторожный	Авантюрный	Осторожный
Полностью удовлетворен	25	25	24	20	32
Скорее удовлетворен	12	11	16	10	12
Скорее не удовлетворен	4	4	4	6	5
Полностью не удовлетворен	5	4	2	12	2
Не хотят отвечать на этот вопрос	18	16	16	14	25

Чаще других они отмечают и то, что к их заболеванию сочувственно отнеслись родные и близкие, а также заключенные и медработники лечебных учреждений за пределами СИЗО. Итак, они, в общем-то, удовлетворены своим образом жизни и не понимают, что он во многом аморален.

Узнав о своем заболевании, представители авантюрно-фемининной группы сильно расстроились, растерялись, не поверили в то, что заболели, но в массе своей шока и паники не испытали. Часто они не могут определенно сказать об источнике заражения, а причина их болезни чаще всего — в случайной половой связи. В течение последнего месяца до заключения они вступали в сексуальные отношения по несколько раз в неделю. При этом у них было меньше сексуальных партнеров, чем у мужчин, но гораздо больше, чем у другого типа женщин. Как уже отмечалось, они чаще

других состоят в браке, но они чаще также и не удовлетворены сексуальными отношениями в браке (причем чаще других полностью неудовлетворены). При этом следует отметить, что других венерических заболеваний у них чаще всего нет.

Осторожно-фемининный тип поведения является наиболее женским — здесь три четверти женщин, в то время как в выборке их было немногим более трети. Это обстоятельство во многом определяет специфику данного типа поведения. Прежде всего следует отметить, что они сильно ограничили список допустимых или иногда допустимых форм сексуальных отношений, но значительно усилили список недопустимых. Однозначно недопустимыми формами они считают большее количество сексуальных связей, связь с проститутками, сексуальные связи с несовершеннолетними, гомо-

сексуальные контакты, сексуальные контакты с животными и групповой секс. Для подавляющего числа представителей этой группы недопустимы оральные и анальные сексы. Не допускают большинство из них постоянную смену сексуальных партнеров и сексуальную связь с большими венерическими заболеваниями.

Половую жизнь они начали в достаточно зрелом возрасте — в 17–18 лет, нередко в 19 лет и позднее, причем мотив первого полового контакта был связан со вступлением в брак и с чувством влюбленности. Они жили в одном браке, хотя чаще других успели побывать и в двух браках. Они или полностью удовлетворены сексуальными отношениями в браке, или не хотят отвечать на этот вопрос, очевидно считая его бестактным.

В течение своей жизни они имели двух-трех сексуальных партнеров и за месяц до заключения либо совсем не вступали в сексуальные отношения, либо имели всего одно — два половых сношения. При этом они имели только одного знакомого партнера. Частота половой близости в течение последнего месяца до заключения составляла у некоторых из них раз в месяц и реже, а у других — раз в неделю.

Узнав о заражении венерическим заболеванием, они значительно чаще других испытали шок, панику, хотя первоначально заразились сифилисом в зрелом возрасте, чаще других в 41–

50 или в 31–40 лет. Они чаще других осведомлены об источнике заражения или не хотят говорить об этом. И их шок, и их нежелание говорить на эту тему понятны: источник заражения сифилисом был в своей семье. Чаще всех этим источником стал муж или любовник. Чаще других они говорят о возможности получения и бытового сифилиса, отмечая, что причиной заражения стали контакты в быту.

Они нередко отмечают, что к ним с сочувствием отнеслись близкие люди, друзья и знакомые, однако нередко видят неприязненное отношение к себе, как к больному со стороны медработников и персонала СИЗО, а также со стороны медработников других лечебных учреждений, друзей и знакомых.

Определяя причину распространения сифилиса как социального явления, они называют чаще других близкого человека, а также алкоголь, наркотики, говорят о том, что в этом никто не виноват или виноваты сами пострадавшие.

Итак, осторожный фемининный тип является наиболее морально устойчивым, в значительной степени этот тип по своим установкам и социальным реакциям, противоположен авантюрно-маскулинному. Чаще других представители этого типа являются жертвами своего социального окружения, чужих сексуальных контактов.

Указанные типы поведения характеризуются специфическими социальными

Таблица 24. Вредные привычки, %

Частота употребления	Наркотики					Алкоголь					Табак				
	В.	1*	2	3	4	В.	1	2	3	4	В.	1	2	3	4
Не пробовали	44	29	49	52	50	1	0	0	4	0	2	0	2	2	5
Пробовали один раз	16	27	20	8	5	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Время от времени	8	5	15	0	15	64	55	73	62	65	7	7	11	4	5
Часто употребляют	2	2	2	2	2	22	33	20	16	15	14	13	18	12	12
Является привычкой	2	2	2	6	0	4	7	2	6	0	66	71	64	70	55

ми и нравственными установками и их можно наблюдать в нормальной социальной обстановке. Однако за пределами пенитенциарной системы сравнительно редко можно встретить авантюрный тип поведения, особенно авантюрно-маскулинный. Этот социальный тип формируется в едкой социальной среде паракриминальных групп и общностей. Как уже отмечалось, современная активация механизма передачи возбудителей ИППП связана с социальными, экономическими, политическими изменениями современного общества. В максимальной степени это имеет отношение к авантюрно-маскулинному типу поведения. Для маскулинного типа поведения, который может быть свойственен и некоторому числу женщин, характерна сексуальная активность и неразборчивость, ранний опыт половых отношений. Авантюрный тип добавляет сюда склонность к риску, пренебрежение здоровьем — как своим, так и окружающих, разнuzданность поведения и установок.

Эта наиболее опасная с точки зрения распространения заболеваний, передаваемых половым путем, своего рода «ядерная» группа, чаще всего имеет нездоровые социальные корни: здесь довольно часто отец или оба родителя

страдали алкоголизмом и имели судимость, нередко судимость имели не только родители, но и другие родственники. Продолжая эту семейную традицию, представители данной группы также обладают большинством вредных привычек и пороков, многие из них, несмотря на молодость, имеют не одну, а две-три судимости.

ПРИМЕЧАНИЕ

1. Социологическое исследование было осуществлено в стационаре Нижегородского научно-исследовательского кожно-венерологического института, где было опрошено 100 чел., в Кабинете анонимного обследования и лечения (КАОЛ), где было опрошено 50 чел., а также в Нижегородском следственном изоляторе (СИЗО) и местах лишения свободы, где было опрошено 200 чел. Кроме того, нами был проведен анализ заболеваемости и структуры сифилиса у изучаемого контингента за 1994–2000 гг. по учетным данным областной больницы Главного управления исполнения наказаний (ГУИН) по Нижегородской области, где проводится комплексное обследование и лечение больных сифилисом.

СОДЕРЖАНИЕ

НИЖЕГОРОДСКИЕ СОЦИОЛОГИ

З.Х.-М. САРАЛИЕВА	
Социальная работа как отрасль социального знания	4
В.Ф. АНУРИН, В.К. СПИЦЫН	
Роль идеи в политической стратификации	16
С.С. БАЛАБАНОВ	
Гендерный срез отечественной науки	29
Н.Н. ИВАШИНЕНКО	
Изучение процессов конкуренции на основе анализа сети взаимодействия предприятий	35
А.М. БЕКАРЕВ	
Социально-проектная деятельность в условиях глобальных перемен	45
Е.Н. ВОЛКОВ	
Социально-психологическая эксплуатация как сторона социального взаимодействия и ее деструктивные свойства	61
А.А. ИУДИН, И.Л. ШЛИВКО	
Индикаторы социального нездоровья. Типология носителей ИППП	71

ПОЛИТИЧЕСКАЯ СОЦИОЛОГИЯ

Ж.Т. ТОЩЕНКО	
Фантомы общественного сознания и поведения	92
В.В. ПЛАТКОВСКИЙ	
Фантомы политической реальности	107

СОЦИОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЙ

В.В. ЩЕРБИНА, В.Н. ЕРМОЛАЕВ	
Организационное развитие стоматологических клиник Москвы: теоретические модели и реальность	124
Г.Н. СОКОЛОВА	
Роль социологической экспертизы в оценке социальных последствий экономического реформирования	146
Н.С. СУБОЧЕВ	
О понятии организационной культуры	156

ИСТОРИЯ СОЦИОЛОГИИ

П. КРОТОВ	
Автобиография как отражение альтруистической трансформации Питирима Сорочкина	158
СОЦИАЛЬНАЯ МЫСЛЬ РОССИИ	167

СОРОКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

В.И. ДОБРЕНЬКОВ Россия в условиях глобализации	170
Т.А. СМЕТАНИНА Вызовы глобализации и специфика социальной доктрины Русской православной церкви	182
С.А. КРАСИКОВ Сорокин об интегральных подходах к изучению рисков и проблемы управления рисками в современной России	184
А.В. МИГУНОВА Проблемы практического измерения социальных страхов	187
И.П. РЯЗАНЦЕВ Региональные процессы в современной России	189
Л.Н. КАЗНИН Социальные проблемы молодежи	191
А.Н. ОСЯНИН Проблема выбора молодежью ценностных предпочтений	194
С.В. ТРОФИМОВ О религиозной составляющей молодежного экстремизма	197
И.А. КРАЕВА Брэнд как ценность в популяционном поведении	200
М.А. БИЧУЧ П.А. Сорокин, А.Д. Сахаров — эстафета гуманизма (идея конвергенции)	202
В.В. САПОВ Две метафоры о Питириме Сорокине	204
Б.Л. РУБАНОВ Эволюция сельско-городской социологии П.А. Сорокина	207
О.К. ШИМАНСКАЯ Данилевский как родоначальник социологического подхода к истории	209

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ

К.П. ПОБЕДОНОСЦЕВ Ле Пле	212
П.А. СОРОКИН Школа Фредерика ле Пле	229

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

И.В. ВОРОТНИКОВА Очарование высокой наукой (по следам сорокинских чтений)	254
--	-----