

# СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ЦЕЛЕВЫМИ ГРУППАМИ В СО НКО:

что необходимо знать  
добровольцам

Часть 1. ДЕТИ





Санкт-Петербургская региональная благотворительная общественная организация  
«Благотворительное общество «Невский Ангел»

ПРОГРАММА «ВЕКТОР ДОБРОВОЛЬЧЕСТВА – ЭФФЕКТИВНОСТЬ»



Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы

**СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА**  
**С ЦЕЛЕВЫМИ ГРУППАМИ В СО НКО:**  
**что необходимо знать добровольцам**

**Часть 1. ДЕТИ**

Учебное пособие

- © Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2017.
- © СПб ОО Благотворительное общество «Невский Ангел», 2017.

Санкт-Петербург

2017

УДК 364.07  
ББК 65.272я7  
С 69

Авторский коллектив:

*Платонова Н. М.*, д-р пед. наук, проф., зав. каф. теории и практики социальной работы СПбГИПСР;

*Афанасьева О. В.*, канд. пед. наук, доц. СПбГИПСР;

*Безух С. М.*, д-р мед. наук, проф. каф. теории и технологии социальной работы СПбГИПСР;

*Ипатов А. В.*, канд. психол. наук, доц. каф. педагогики и психологии девиантного поведения СПбГИПСР;

*Лебедева С. С.*, д-р пед. наук, проф. каф. теории и технологии социальной работы СПбГИПСР.

Рецензенты: *Добрицкий В. Я.*, канд. пед. наук, зам. директора Центра социальной помощи семье и детям Невского района; *Келасьев В. Н.*, д-р ф. наук, проф., зав. каф. теории и практики социальной работы СПбГУ.

С 69 Социальная работа с целевыми группами в СО НКО: что необходимо знать добровольцам. Часть 1. Дети [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. Н. М. Платоновой. — СПб. : СПбГИПСР, 2017. — Электрон. текстовые дан. — Режим доступа: [http://kdobru.ru/netcat\\_files/171/143/Sotsial\\_naya\\_rabota\\_s\\_tselevymi\\_gruppami\\_v\\_SO\\_NKO\\_chto\\_neobhodimo\\_znat\\_\\_dobrovol\\_tsam\\_Deti.pdf](http://kdobru.ru/netcat_files/171/143/Sotsial_naya_rabota_s_tselevymi_gruppami_v_SO_NKO_chto_neobhodimo_znat__dobrovol_tsam_Deti.pdf). — Загл. с экрана.

ISBN 978-5-98238-070-8

Самостоятельное учебное неперIODическое  
однотомное сетевое электронное издание.

Предлагаемое электронное учебное пособие подготовлено на основе материалов курса дистанционного обучения «Социальная работа с целевыми группами в СО НКО: дети с инвалидностью и больные тяжелыми заболеваниями, дети, оставшиеся без попечения родителей, безнадзорные и из семей социального риска – что должны знать и уметь добровольцы», материалы которого разработаны в ходе реализации межрегиональной благотворительной программы «Вектор добровольчества – эффективность», реализуемой СПб ОО Благотворительное общество «Невский Ангел» при участии высших учебных заведений и при поддержке субсидией из федерального бюджета Министерства экономического развития Российской Федерации (Соглашение от 30.11.2015 г. № С-685-ОФ/Д04).

Издание предназначено для информационной и методической поддержки деятельности руководителей и специалистов социально ориентированных некоммерческих организаций, работающих с детьми. Материалы издания будут полезны руководителям государственных и муниципальных учреждений социальной сферы, специалистам общеобразовательных, средних специальных и высших учебных заведений, организующих внеучебный и воспитательный процесс, а также государственным и муниципальным служащим, участвующим в процессе поддержки деятельности социально ориентированных некоммерческих организаций и добровольческой деятельности граждан.

*Издание подготовлено по заказу Санкт-Петербургской региональной благотворительной общественной организации «Благотворительное общество «Невский Ангел»  
(Договор от 30.01.2016 г. № 01-ВДЭ/П).*

ISBN 978-5-98238-070-8

Адрес редакции: 199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В. О., д. 13 литера А, к. 504, тел. (812) 328-38-82.

## Содержание

Предисловие.....	4
<b>Глава 1. Дети с инвалидностью и дети с тяжелыми заболеваниями .....</b>	<b>6</b>
1.1. Детская инвалидность как медико-социальная проблема .....	6
1.2. Особенности реабилитации детей с тяжелыми заболеваниями .....	14
1.3. Направления медико-социальной помощи детям с инвалидностью и людям с тяжелыми заболеваниями в Санкт-Петербурге .....	22
Дополнение 1. Нарушение здоровья у детей как этап психологического развития .....	27
Дополнение 2. Технология приема на социальное обслуживание детей-инвалидов.....	29
Дополнение 3. Рекомендации для организации комплексной работы специалистов совместно с родителями детей-инвалидов .....	34
Дополнение 4. Система коррекционных образовательных учреждений для детей- инвалидов дошкольного и школьного возраста.....	36
<b>Глава 2. Дети, оставшиеся без попечения родителей.....</b>	<b>39</b>
2.1. Дети, оставшиеся без попечения родителей как особая группа в системе социальной защиты населения.....	39
2.2. Особенности развития ребенка, оставшегося без попечения родителей .....	52
2.3. Технологии работы с детьми, оставшимися без попечения родителей.....	60
Дополнение 1. Внутренний мир детей, оставшихся без попечения родителей.....	66
Дополнение 2. Виды депривационных нарушений у детей, оставшихся без попечения родителей .....	68
Дополнение 3. Опыт постинтернатной адаптации выпускников детских домов (г. Санкт-Петербург).....	70
Дополнение 4. Направление добровольческой помощи детям, оставшимся без попечения родителей .....	72
<b>Глава 3. Безнадзорные дети .....</b>	<b>76</b>
3.1. Безнадзорность и беспризорность как социальная проблема.....	76
3.2. Деятельность социальных организаций по оказанию помощи безнадзорным детям .....	82
3.3. Профилактика безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних. ....	88
Дополнение 1. Особенности психологического развития ребенка в семье .....	95
Дополнение 2. Рекомендации для добровольцев, ориентированных на социальную работу с беспризорными детьми и подростками .....	97
Глоссарий.....	99
Список литературы .....	107

## Предисловие

Повышение качества профессиональной подготовки специалистов социального профиля имеет существенное значение для решения актуальных социально-экономических проблем в нашей стране. В последние годы к традиционному взгляду на подготовку профессиональных кадров для учреждений социальной сферы добавляется концепция непрерывного социального образования как подготовка специалистов разного уровня и профилактика специализированных учреждений. Появляется новый общественный запрос подготовки кадров для нужд «третьего сектора» – неправительственных и коммерческих организаций, что обусловлено возрастающей ролью гражданского общества в решении острых социальных проблем. Поддержка добровольчества со стороны общества и государства в настоящее время является одним из реальных путей предоставления дополнительных социальных услуг нуждающимся категориям граждан. Главными проблемными областями продолжают оставаться актуализация добровольческих ресурсов, эффективность добровольного труда и ориентация участников процесса развития и поддержки добровольчества. Добровольческая помощь – неотъемлемый аспект деятельности практически любой некоммерческой организации. За последние годы количество добровольцев стремительно растет – люди осознают важность и необходимость социальной активности и ответственности.

Для государственных учреждений социальной сферы добровольцы выступают как ресурс расширения спектра помощи и услуг для различных проблемных групп населения.

Система непрерывного социального образования предполагает выбор профессионально-образовательных маршрутов (траекторий) для освоения различных аспектов профессиональной социальной деятельности с учетом выполняемых функций специалиста, его образовательного запроса и кадрового роста. Учет социальных требований профессиональной деятельности позволяет оперативно учитывать меняющиеся производственные ситуации в социальных учреждениях и организациях. С учетом специфики и профессиональных задач обучение может быть узким, прикладным или многопрофильным, что обусловлено универсальностью социальной работы.

Осуществление добровольческого служения в социальной сфере должно базироваться на профессиональных знаниях и компетенциях для эффективной

реализации добровольческих программ в различных сферах жизнедеятельности проблемных групп населения.

В этом ракурсе социальную работу рассматривают как профессиональную деятельность, которая направлена на изменение социальных процессов с целью достижения их оптимального соответствия потребностям общества, социальных групп и конкретной личности. Разработка специализированных социальных программ помощи индивидам и группам, находящимся в трудной жизненной ситуации, традиционно осуществляется на основе технологического подхода, предполагающего использование достижений современной социальной науки и практической деятельности.

Полученные знания позволят обучающимся существенно повысить компетентность и эффективность при оказании социальных услуг населению в условиях деятельности социально ориентированных некоммерческих организаций.

Настоящее пособие представляет основы социальной работы с целевой группой дети (дети с инвалидностью и дети с тяжелыми заболеваниями; дети, оставшиеся без попечения родителей; безнадзорные дети) с участием добровольцев.

Коллектив авторов выражает надежду, что данное учебное пособие принесет пользу всем, кто стремится к самостоятельной социальной деятельности для достижения позитивных перемен в российской действительности.

## Глава 1. Дети с инвалидностью и дети с тяжелыми заболеваниями

### 1.1. Детская инвалидность как медико-социальная проблема



Инвалидностью принято считать социальную недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, которое приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. В соответствии с этим определением инвалид – человек, жизнедеятельность которого ограничена вследствие стойкого расстройства функций организма, что приводит к его социальной недостаточности.

Ограничение жизнедеятельности – отклонение от нормы жизнедеятельности человека, которое может выражаться в ограничении способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, обучению, трудовой деятельности, а также способности контролировать свое поведение.

Стойкое расстройство функций организма может быть вызвано различными нарушениями здоровья. Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов. Нарушение здоровья – это физическое, душевное и социальное неблагополучие. Оно связано с потерей, отклонением от нормы либо расстройством анатомической, физиологической, психологической структуры или функции организма человека. Причинами нарушения здоровья могут быть заболевания, последствия травм или врожденные дефекты.

Инвалидность имеет социальный характер и указывает на недостаточность участия человека в жизни общества. При установлении инвалидности конкретному человеку анализируются его социальные возможности и такие ограничения

жизнедеятельности, из которых любое может стать причиной социальной недостаточности.

*Социальная недостаточность* – социальные последствия ограничения жизнедеятельности, приводящие к затруднению или невозможности выполнения человеком своих социальных функций: социальной самостоятельности и активности, трудовой и общественной деятельности, создания и поддержания семьи.

Степень социальной недостаточности зависит от величины отклонения от нормы жизнедеятельности человека и, в конечном счете, от степени ограничения тех его способностей, которые в совокупности определяют его жизнедеятельность.

Последствия нарушений жизнедеятельности ведут к развитию серьезных социальных проблем, изолирующих инвалидов от общества, начиная с детского возраста. Физическая изоляция инвалидов от социальной среды приводит к тому, что инвалиды в значительно меньшей степени, чем здоровые люди, общаются с другими людьми, кроме самого близкого окружения. Они реже выходят из дома, предпринимают поездки на транспорте, путешествия в другие города. Можно рассматривать разные виды такой изоляции: пространственную, транспортную, бытовую, которые приводят к тому, что жизнь инвалидов становится бедной впечатлениями, жизненный опыт – ограниченным. В ряде случаев они испытывают эмоциональную депривацию.

Информационная изоляция проявляется в том, что инвалидам труднее получать сведения об окружающем их мире и о себе самих, о причинах своих заболеваний или дефектов, о своих социальных правах и обязанностях. При некоторых нарушениях жизнедеятельности (слепоте, глухоте, задержках психического развития) они не могут пользоваться теми источниками информации, которые доступны обычным людям. Им необходимы специальные носители информации, книги с особым выпуклым шрифтом (брайлевским шрифтом), фильмы с сурдопереводом, литература на специально разработанном, простом по своему словарному составу, «ясном» языке. Недостаток информации так или иначе отражается на уровне интеллектуального развития и возможности выполнять трудовую деятельность.

Проблема эмоциональной изоляции проявляется в так называемых непродуктивных взаимодействиях с другими людьми. Окружающие обычно испытывают по отношению к инвалидам иные чувства, чем по отношению к



здоровым людям. Эти чувства обусловлены социокультурными стереотипами и могут выражаться в произвольных реакциях, на которые сами инвалиды реагируют отрицательно. Ответные реакции инвалидов затрудняют доверительное и доброжелательное общение с ними, искажают взаимодействия, внося в них напряжение и неприязнь. К ответным реакциям и эмоциям относят жалость к себе, враждебное отношение к окружающим, стремление обвинить другого человека в своем несчастье, нежелание общаться или, наоборот, ожидание особой заботы и опеки. В качестве защиты от переживаний, возникающих при социальных контактах, инвалиды во многих случаях стремятся к самоизоляции. Источником их эмоций становится внутренний мир. Многие уходят в сверхценные увлечения: компьютерные игры, знакомства и переписка по Интернету, коллекционирование записей современной музыки и пр. Самоизоляция приводит к самоограничению и обеднению внутреннего мира.

Практика показала прямую связь социальной недостаточности инвалидов со временем наступления инвалидности. Чем раньше проявляются ограничения жизнедеятельности, тем выше степень социальной недостаточности инвалида по сравнению с тяжестью заболеваний, травм или дефектов. Наиболее ярко эта несоразмерность выражена у инвалидов с детства, а среди них – у людей с врожденными нарушениями жизнедеятельности.

Инвалидность с детства – это следствие врожденных нарушений здоровья или нарушений здоровья, приобретенных до достижения 18 лет. Как известно, основные социальные навыки и психосоциальные возможности формируются в раннем детстве. Чем старше ребенок, тем меньше у него способностей и вероятности их компенсирующего развития. Более всего страдают навыки и возможности общения, а также связанные с ними возможности ориентации, адаптации и адекватного поведения в новом социальном окружении.

Жизнь детей с инвалидностью с раннего детства проходит в различных лечебных учреждениях. Тревожность, неудовлетворённость лечением, беспокойство родителей передаётся их детям. Не осознавая полностью степени утраты собственного здоровья, они уже переживают разные страхи: боли, чужих людей, больниц, новых операций, послеоперационной реабилитации и др.

Находясь в больницах одни, дети испытывают дефицит родительской ласки и внимания. Родители слишком озабочены проблемами здоровья своего ребёнка,

испытывают отчаяние и не верят в полное его выздоровление. Неудивительно, что они просто забывают приласкать малыша, порадоваться вместе с ним даже небольшим его успехам, подбодрить и вселить в него гордость за незначительные, но его собственные достижения. Это снижает самооценку ребёнка, он замыкается в самом себе. Далее уже происходит замена собственных мотиваций на установки родителей, которые принимают решения за своего ребёнка, не интересуясь его мнением, не спрашивая, что хочет он сам.

Неадекватное воспитание с доминированием гиперопеки приводит к деформации личности маленького человека. Подобные ситуации встречаются в 80 % семей, где есть дети с ограниченными возможностями. Ребёнок становится центральной фигурой в семье. Ему уделяется чрезмерное внимание. Родители стремятся выполнить все его желания и, вместо того чтобы научить его, всё делают за него сами. Боясь «страшной» действительности, они ограждают ребёнка от насмешек и обидных высказываний посторонних людей.

Родители поддерживают детские качества в ребёнке вплоть до его совершеннолетия, что способствует формированию таких черт, как социальная и эмоциональная незрелость. Ребёнок становится малоинициативным, эгоцентричным. При столкновении с трудностями он теряется, не может отстаивать свои права.

В коллективе дети с ограниченными возможностями не умеют соотносить свои желания с интересами других людей. Предложения выполнить что-либо самостоятельно вызывают у них раздражение, чувство оскорбления. Боясь потерять опеку взрослых, они даже не пытаются приобрести навыки самообслуживания.

Реже в семье ребёнка-инвалида наблюдается воспитание по типу гипоопеки, с недостаточным вниманием к ребёнку. Этот тип воспитания приводит к полной или частичной эмоциональной депривации ребёнка, неприятию его личности родителями.

Взаимодействие ребёнка с социумом начинается уже на первом году жизни, с трёх лет он выходит на путь социального развития. Первичная социализация происходит в дошкольном возрасте, вторичная – в школьном и, наконец, третичная социализация связана с трудовой деятельностью человека. У детей с ограниченными возможностями все три вида социализации протекают искажённо, что объясняется неправильным типом воспитания в семье и даже в дошкольных и школьных учреждениях общего типа.

Дети-инвалиды в семье имеют меньше свободы и социальной значимости, чем их здоровые сверстники. Проблемы ребёнка решаются взрослыми без предварительного обсуждения с ним. Более того, в его присутствии родители говорят о нём от его имени, лишая его возможности не просто выразить собственное мнение, но даже иметь какое-то личное представление об обсуждаемых вопросах. Стиль воспитания по типу гиперопеки лишает ребёнка-инвалида инициативы, делая его беспомощным, зависимым, снижает его самооценку.

Аналогичное отношение к ребёнку-инвалиду имеет место в типовом детском саду или школе. Нередко воспитатели или учителя допускают снисходительно-небрежное или чересчур заботливое отношение к этим детям, не всегда корректны в своих высказываниях или оценках их действий. Это порождает насмешки, иногда даже презрение со стороны здоровых детей, а у детей-инвалидов, соответственно, возникает боязнь и неуверенность в себе. Как правило, всё заканчивается тем, что родители вынуждены переводить ребёнка в другое образовательное учреждение без гарантии того, что аналогичная ситуация не повторится вновь.

У детей-инвалидов крайне ограничены навыки внешних социальных взаимодействий. Самоутверждение происходит через негативизм, немотивированные отказы и обиды. Нередко они замыкаются в себе, уходя в сверхценные увлечения (рисование, музыкальные записи, компьютерные игры и т.д.), отбрасывая от себя как реальный мир, так и необходимость нести ответственность за себя. Это порождает разнообразные страхи, чувство безысходности, что препятствует формированию активной жизненной позиции. В итоге формируется дефицитарная личность с проявлениями социопатии, с возможностью развития психических нарушений. Подобная деформация личности превышает значимость основного заболевания и требует серьёзного лечения, психологической коррекции и адаптации к социуму.

Информацию о своем состоянии ребёнок может получить от родителей, медицинского персонала, из средств массовой информации. В основном на формирование внутренней картины болезни влияет уровень культуры семьи. Большое значение имеет то, как преподнесена ребёнку информация о его заболевании. Ситуация вокруг больного ребёнка определяется конкретными жизненными обстоятельствами и психотравмирующими факторами. Огромное влияние на формирование внутренней картины болезни оказывает атмосфера беспокойства и

тревоги со стороны родителей. В зависимости от психологического климата в семье у ребёнка формируется либо «воля к выздоровлению», либо – «уход в болезнь» и фиксация на своих дефектах.

Индивидуальные свойства личности особенно значимы для формирования типа отношения ребёнка к своей болезни. Именно то, как сам ребенок оценивает своё заболевание, лежит в основе сопутствующих нарушений психики, нередко осложняющих течение основной болезни.

Мир ребенка с ограниченными возможностями сужен до размеров ближайшего окружения. Он не уверен в себе в гораздо большей степени, чем здоровый сверстник. Его познавательные возможности и природная любознательность в значительной мере подавляются страхами, боязнью непривычной обстановки. Страхи представляют собой первую проблему детей-инвалидов. Они вызывают неадекватную реакцию таких детей в незнакомой ситуации. Дети стараются спрятаться, избегают общения либо агрессивно реагируют на попытки контактировать с ними. Чем старше ребенок и длительнее ограничение его социальных контактов, тем вероятнее подобные патологические поведенческие реакции.

Важное влияние на психологическое развитие детей с инвалидностью оказывает семейное окружение. Негативный тип семейных взаимоотношений – это подавление самостоятельности больных детей и подростков. Подавление приводит к гиперкомпенсации (самоутверждению) в подростковом возрасте через неадекватные реакции – немотивированные отказы, негативизм, истерические эмоциональные реакции, преувеличение своих недостатков, уход в сверхценные увлечения (рисование, музыкальные записи, компьютерные игры и т.д.), в том числе и в агрессию по отношению к родителям. Бессознательная цель такого поведения – заявить о себе, о своей социальной значимости.

Развиваясь в процессе взросления, эти неадекватные реакции могут привести к деформации (искажению) поведения подростков. Такие отклонения по своим последствиям значительнее, чем основное заболевание, ибо искажение эмоций и поведения подростков впоследствии может привести не только к формированию дезадаптированной личности, которая не в состоянии приспособиться к социальным условиям, но и к психическим расстройствам. Развитие агрессивности как свойства личности наблюдается у части подростков с ограниченными возможностями именно вследствие их низкого семейного статуса (социального положения в семье).

Некоторые семьи, в которых есть дети-инвалиды, противопоставляют себя социальному окружению, отгораживаются от него, как от чуждой среды. Любая семья представляет собой закрытую социальную группу: ее члены не объясняют посторонним своих истинных мотиваций, а зачастую их даже не осознают. Семьи с инвалидами закрыты в еще большей степени, что может быть обусловлено своеобразием взаимодействий, складывающихся в таких семьях и обеспечивающих их стабильность. В этих семьях мать инвалида часто становится формальным лидером и диктует условия и правила поведения другим членам семьи, мотивируя это заботой о жизни и здоровье ребенка-инвалида. Забота и уход, связанные с его состоянием здоровья, нередко перерастают в гиперопеку.

Низкий семейный статус человека, ставшего инвалидом в детстве, иллюстрируется тем, что родственники, чаще всего мать, говорят о нем от его имени в его присутствии и тем самым лишают его возможности высказать собственную позицию. Только у 7 % родителей молодых инвалидов выявлен стиль социально желательного родительского отношения на основе взаимного уважения, партнерства, поощрения инициативы и самостоятельности инвалида. Симбиотические отношения со своим ребенком, который им кажется маленьким и беззащитным, нуждающимся в постоянном ограждении от враждебного окружения, демонстрируют 26 % родителей. Отношения по типу гиперсоциализации, мелочное навязывание родительской воли инвалиду отмечены в 27 % семей. Инфантилизация отношений с инвалидом наблюдается у 58 % родителей, преимущественно матерей.

Наиболее ярко эти семейные взаимодействия проявляются в отношении детей с задержкой интеллектуального развития. Родители в отзывах о своих детях существенно преуменьшают их возможности. Демонстрация педагогами реальных возможностей и достижений детей, их самостоятельной социально-бытовой или социально-средовой активности встречает скрытый или открытый протест, вплоть до перевода ребенка в другую школу или реабилитационный центр. Чрезмерная опека приводит не только к высокой степени зависимости от семьи, отсутствию или ограниченности навыков внешних социальных взаимодействий, но и способствует развитию аутичного поведения: различных страхов, боязни общения и активных действий.

У инвалидов с детства доминируют проблемы психолого-социального характера, которые усугубляют социальную недостаточность и сами, в свою очередь, становятся ее причиной.

По данным автоматизированной информационной системы «Электронный социальный регистр населения Санкт-Петербурга», в городе проживает 14 747 детей-инвалидов, в том числе с нарушениями опорно-двигательного аппарата 2 804 чел.; с нарушением слуха - 735 чел.; с нарушением зрения - 380 чел.

По информации ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Санкт-Петербургу», анализ сведений по детской инвалидности показал, что общее количество детей, направляемых на освидетельствование в педиатрические бюро, снижается. Ежегодно в Санкт-Петербурге впервые признаются инвалидами около 1 800 детей, повторно – около 6 000 детей. Уровень первичной инвалидности у детей в 2014 году снизился в динамике за 3 года с показателя 25,6 на 10 тысяч детского населения в 2012 году (в 2012 году впервые признаны инвалидами 1 766 детей; в 2013 году – 1 840 детей, показатель составил 25,7) до показателя 25,4 в 2014 году, что ниже уровня первичной инвалидности у детей по Российской Федерации, показатель которого составляет 26,3.

Анализ показывает, что среди впервые признанных инвалидами преобладают дети возрастной группы от 0 до 3 лет (45 % случаев) и возрастной группы от 4 до 7 лет – 25 %. Повторная инвалидность значительно выше первичной как по абсолютному числу, так и уровням. Уровень повторной инвалидности у детей снизился в динамике за 3 года на 14 %, показатель в 2014 году составил 84,5 на 10 тысяч детей (в 2013 году – 84,4; в 2012 – 97,6). Средний показатель повторной инвалидности среди детей по Российской Федерации составляет 94,1 на 10 тысяч детского населения. Среди детей, признанных инвалидами при переосвидетельствовании, преобладает возрастная группа от 8 до 14 лет (45 %) и от 4 до 7 лет – 30 % .

Около 60 % как первичной, так и повторной инвалидности у детей составляют психические расстройства, болезни нервной системы, врожденные пороки и аномалии развития.

## *1.2. Особенности реабилитации детей с тяжелыми заболеваниями*



Среди наиболее распространенных заболеваний детей в РФ доминируют детский церебральный паралич (ДЦП) и эпилепсия. Рассмотрим специфические проявления, последствия этих заболеваний и особенности сопровождения данной группы детей. В настоящее время в России более 100 тысяч детей-инвалидов, страдающих детским церебральным параличом. В основе клинических проявлений ДЦП лежит резидуально-органическое поражение головного мозга, в результате чего развиваются грубые двигательные расстройства (нарушения мышечного тонуса, координации движений, параличи, произвольные движения – гиперкинезы), инвалидизирующие пациента. Недостаточная сформированность высших мозговых функций вследствие неравномерного созревания лобных долей головного мозга приводит к задержке психического развития, речи, поведения. Как правило, дети, больные ДЦП, страдают эпилептическими приступами, что усугубляет изменения личности, особенно эмоционально-волевой сферы и поведения.

У детей с ДЦП внутренняя картина болезни и внутренняя картина здоровья тождественны, одинаковы и формируются одновременно. Дети не различают понятия здоровья и болезни, а лишь эмоционально отражают отношение родителей к заболеванию. В период полового созревания ребёнок начинает осознавать свой дефект, понимать свою роль в обществе. При этом обесцениваются установки, данные ему ранее родителями. Обычно развивается негативное отношение к себе и к окружающему миру, что приводит к социальной дезадаптации самого пациента. Он не готов к социуму, и общество также не готово его принять.

У детей, страдающих ДЦП, помимо выраженных двигательных нарушений имеет место задержка психомоторного развития (ЗПР), обусловленная резидуально-органическим поражением головного мозга и недостаточной вследствие этого сформированностью высших мозговых функций. Усугубляется ЗПР неадекватным воспитанием ребёнка в семье, ограничением общения со сверстниками, низким уровнем активности самого пациента.

У детей с ДЦП крайне ограничен запас знаний, сведений и представлений, что обусловлено не только нарушениями суставно-мышечного чувства и снижением двигательной активности, но и социальной депривацией, госпитализмом из-за частого и длительного пребывания ребёнка в медицинских стационарах, педагогической запущенностью. У детей данной группы развивается сенсорная депривация. Сенсорные дефекты представлены аномалиями рефракции, нарушениями слуха, что существенно ограничивает возможности получения информации. Более чем у 90 % детей обнаружены расстройства пространственного восприятия, конструирования, счёта, письма, нарушения схемы собственного тела. Это искажает восприятие, затрудняет процессы познания, снижает мотивацию к любой деятельности, в том числе к выздоровлению.

У детей с ДЦП отмечается мозаичность поражения интеллекта: некоторые функции сохранены полностью, некоторые нарушены, некоторые не развиты вовсе. Такие дети испытывают специфические трудности в приёме и переработке поступающей информации. У них наблюдаются расстройства памяти, восприятия, мышления, внимания, эмоционально-волевой сферы, что сочетается с общей пассивностью и повышенной утомляемостью. Выраженность интеллектуальных нарушений у детей с ДЦП зависит от формы заболевания. Доказано, что около 30 % больных ДЦП в интеллектуальном плане не отстают от здоровых сверстников. Вопрос о корреляции между степенью нарушения интеллекта и выраженностью двигательного дефекта до настоящего времени остается нерешённым. Нередко наблюдается прямая зависимость: чем тяжелее двигательный дефект, тем более выражены психические нарушения.

У данной группы детей снижен темп психических процессов, замедленно переключение с одного вида деятельности на другой. Дети быстро истощаются даже при незначительном психическом и физическом напряжении, склонны к реакциям торможения. Внешне подобное поведение ребёнка можно расценить как лень,



нежелание что-либо делать. Неправильное отношение к такому ребёнку со стороны педагогов приводит к усилению всех этих проявлений и, соответственно, к вторичной невротизации.

Нередко у детей, страдающих ДЦП, церебрастенический синдром имеет две стадии: гиперэргическую и гипоэргическую. При гиперэргической стадии чаще наблюдаются тревожно-фобические, истерические, эйфорические реакции. Ребёнок суетлив, быстро устаёт, внимание и сон нарушены. При гипоэргической стадии преобладают депрессивно-астенические и ипохондрические реакции. У детей снижено настроение, потерян интерес к миру, они пассивны и инертны.

К неврозоподобным состояниям относятся: навязчивые состояния и движения, заикание, истерические реакции, сноговорение. Навязчивые состояния представлены различными страхами: темноты, резких звуков, высоты, открытых и закрытых пространств, падения, смерти, одиночества и т.д. Часто бывает страх без определённого содержания, так называемый «витальный» страх, который сопровождается вегетативными реакциями. Для преодоления страха ребёнок совершает навязчивые движения, действия или ритуалы.

Подобное поведение является защитой от агрессивного окружения, попыткой спрятать робость. На фоне страхов у детей с ДЦП ухудшаются двигательные функции: расстраивается равновесие тела в пространстве (пошатывание при ходьбе) и координация движений. Страхи приводят к усилению тревожности и апатоабулических проявлений, снижают мотивационные установки детей. Истерические состояния наблюдаются в виде аффективно-моторных реакций.

В подростковом возрасте нередко встречаются депрессивно-дистимические расстройства, в основном связанные с осознанием своего физического дефекта. Наблюдаются реактивные состояния с суицидальными мыслями и высказываниями. Встречается анорексия. Все эти состояния могут быть как эпизодическими, так и пролонгированными.

ДЦП представляет собой заболевание, при котором на грубую органическую патологию неизбежно наслаиваются воздействия социальных факторов. Ведущая роль в патогенезе патологического развития личности принадлежит реакциям по осознанию и переживанию дефекта, изоляции от общества сверстников, негативному отношению окружающих к неполноценному ребёнку. Длительное действие психотравмирующей ситуации, сенсорная, социальная, эмоциональная депривация,

неправильное воспитание в семье, неблагоприятная микросоциальная обстановка приводят к формированию личности ребенка-инвалида.

Для восстановления физического здоровья, социального статуса детей с ограниченными возможностями необходима система восстановительных мероприятий медицинской и социальной реабилитации.

Реабилитация – это многозвеньевой процесс, синхронно выполняемый специалистами различного профиля: психологами, врачами, логопедами, социальными педагогами, обязательно при активном участии самого ребёнка и его родителей.

Двигательная активность больных ДЦП корректируется такими специалистами, как физический терапевт и эрготерапевт. Их задачей является восстановление и дальнейшее развитие функциональных возможностей организма. Физический терапевт, оценивая доступные больному ДЦП движения, обучает его двигательным навыкам в любых жизненных ситуациях: в транспорте, кафе, кинотеатре. Эрготерапевт подбирает специальные технические приспособления (костыли, коляски и т.д.), канцелярские принадлежности, предметы быта, организует место для занятий, приёма пищи, сна.

На уроках лечебной физкультуры детей обучают навыкам самообслуживания, тренируют равновесие, общую и мелкую моторику. Обязательными являются упражнения по пластике, танцы на колясках с элементами хореографии, спортивные адаптивные игры, плавание, иппотерапия. Любые спортивные тренировки играют огромную роль в процессе реабилитации инвалидов. Улучшается восприятие собственного тела, быстрота реакций, направление и сила броска. Физические игры вырабатывают у детей с ограниченными возможностями волевые установки, развивают коммуникативные качества, способствуя более успешной адаптации в социуме.

Работа психологов заключается в проведении с больными ДЦП разнообразных адаптивных тренингов, релаксационных и психокорректирующих методик. Параллельно приходится работать с родителями этих детей, т.к. в семьях существуют межличностные конфликты, воспитание детей по типу гиперопеки или гипоопеки. Практика организации школ для родителей подтвердила своё позитивное начало. Занятия в школе проводит та же мультидисциплинарная команда специалистов: психологи, психотерапевты, логопеды, неврологи, специальные педагоги, врачи

лечебной физкультуры. Обсуждаются индивидуальные проблемы конкретного ребёнка и конкретной семьи, выбирается оптимальный вариант взаимоотношений между ребёнком-инвалидом и его близким окружением.

Особый акцент делается на развитии эмоциональных отношений между родителями и ребёнком, на коррекцию поведения ребёнка в семье. Это способствует организации развивающей и здоровьесберегающей среды в семье. Новый опыт общения между ребёнком и его родителями выявляет мотивы агрессии, замкнутости ребёнка и способствует выработке у него адекватного поведения, повышает его стрессоустойчивость в конфликтных ситуациях. Родителей учат оказывать первую доврачебную помощь инвалиду в различных ситуациях: эпилептический приступ, внезапные болевые ощущения в мышцах конечностей, нарушения поведения, сна и т.д. Главное, родителей учат любить своих детей и правильно говорить им о своих чувствах, относиться к ним как к полноценным членам семьи, демонстрировать свою готовность решать любые проблемы вместе с ними, а не за них.

Систему комплексного сопровождения детей следует начинать с раннего возраста, т.е. уже с трёх месяцев жизни ребёнка. Необходимо проводить одновременно не только медицинскую, но и психологическую реабилитацию пациентов. В этом плане крайне важны существующие в настоящее время школы для родителей. В таких школах с родителями проводят занятия различные специалисты: педагоги, психологи, психотерапевты, логопеды, неврологи, эрготерапевты. Специалисты обучают родителей правильному адекватному отношению не только к заболеванию ребёнка, но и к его личности. Результатами подобных занятий является налаживание семейного микроклимата, выбор адекватного типа воспитания ребёнка с ДЦП, устранение межличностных конфликтов. Только при выполнении этих условий мысль «Я – инвалид» уступает убеждению «Я – человек, Я многое могу, Я не отличаюсь от других». Это уже активная жизненная позиция, другое восприятие собственной личности. Именно такой подход позволяет избегать развития воспитания ребёнка с ограниченными возможностями по типу гипер- или гипоопеки. Крайне важной в сопровождении пациентов с ДЦП является ранняя диагностика заболевания, Как известно, заподозрить начало ДЦП возможно уже в перинатальном периоде, т.е. с 22–23 недель беременности до 1 месяца жизни новорождённого.

Решение проблемы ДЦП требует комплексного и поэтапного подхода с погружением в проблему различных специалистов, самого пациента и его близкого окружения. Действия всех включённых участников должны быть согласованными, и обязательно следует соблюдать принцип преемственности и индивидуального подхода к каждому пациенту, страдающему этим тяжёлым органическим заболеванием нервной системы.

Другим тяжелым заболеванием, которым страдают дети и подростки, является эпилепсия. Общее количество больных эпилепсией на планете составляет около 30 миллионов человек, среди них детей и подростков 47–68 %. Причинами заболевания являются как наследственные факторы, так и экзогенное поражение головного мозга на различных этапах его развития, особенно черепно-мозговые травмы, нейроинфекции. По наследству передаётся не само заболевание, а морфологические особенности центральной нервной системы, определённый тип метаболизма, слабость нейроиммунных механизмов.

Эпилепсия – это хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, характеризующееся: повторными судорожными или не судорожными пароксизмами, эпизодическими и/или хроническими психическими расстройствами и нередко изменениями личности пациента. В развитии эпилепсии играют роль инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы, гипоксические, метаболические, аутоиммунные, аллергические, эндокринные нарушения.

У детей грудного возраста причиной заболевания являются: врождённые пороки развития центральной нервной системы, внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденных, родовые травмы. Провоцирующим фактором эпилепсии может являться сильная и внезапная психическая травма, особенно у лиц, перенесших до этого какие-либо неврологические заболевания (острые нарушения мозгового кровообращения, нейроинфекции) или черепно-мозговые травмы.

Эпилепсия приводит к нарушению физического, психического и социального благополучия человека. У больных формируются дефекты познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личностного развития. Прогрессирование заболевания, а также необходимость постоянного приёма противоэпилептических препаратов, вызывает у пациентов снижение памяти, нарушения внимания, когнитивных функций.

Первой проблемой, с которой сталкиваются родители больного ребёнка, является отказ в приёме ребёнка в обычный детский сад. В тех случаях, когда приступы возникают редко, у детей нет грубой задержки умственного развития, подобные отказы являются неправомерными. Ребёнку полезнее находиться в обычном детском саду, т.к. пребывание среди здоровых детей будет способствовать его социальному становлению. Задержка развития, частые эпилептические приступы являются поводом для направления ребёнка в специализированный детский сад. В любом случае родители не должны испытывать разочарования в своём ребёнке.

Крайне важно, чтобы они с самого начала не поддавались панике, стыду, сомнениям в собственных силах. Полезно творческое поведение по отношению к своему ребёнку, правильная организация условий его развития, тесное взаимоотношение с лечащим врачом, детским садом, реабилитационным центром и чёткое выполнение всех назначений и инструкций. К ребёнку не следует относиться как к инвалиду, напротив, необходимо сформировать у него веру в себя и развивать его творческий потенциал. Должна быть достигнута золотая середина между гиперопекой и бесконтрольным отношением к ребёнку: не следует делать поблажек и ставить его в исключительное положение. Приступы не могут являться поводом для уклонения от обязанностей, иначе ребёнку и в дальнейшем захочется ими воспользоваться в трудных ситуациях, что приведёт к другой проблеме – нежеланию «расставаться» с болезнью.

Следует понимать, что в момент приступа эпилепсии больной ничего не осознаёт и не испытывает боли. Приступ, как правило, длится несколько минут. Нередко люди, впервые видящие эпилептический припадок, пытаются насильно сдерживать судороги больного. Этого делать не следует. По возможности надо уложить больного на ровную поверхность и подложить ему под голову что-нибудь мягкое. Нежелательно перемещать больного с того места, где его застал приступ, если оно, конечно, не несёт опасности для его жизни. Для предотвращения западения языка и попадания слюны в дыхательные пути надо повернуть голову пациента на бок, если у него началась рвота, то повернуть его полностью на бок. Совершенно не следует пытаться разжать зубы больного или проводить ему искусственное дыхание. После оказания первой помощи необходимо вызвать врача.

При частых приступах родственники, а если болен ребёнок, то его родители, естественно, будут ограничивать самостоятельность больного из чувства страха за его жизнь. Более того, они захотят везде и всюду находиться рядом со своим больным. В подобной пристальной опеке есть существенная негативная сторона: у пациентов от постоянного пребывания рядом с собой близких им людей снижается чувство ответственности за себя. Они теряют способность принимать решения, адекватно оценивать различные ситуации, у них формируется чувство неуверенности в себе, а далее возникает заниженная самооценка и нередко – депрессивные расстройства. В связи с этим оптимальным является поощрение собственной активности больных и разумное ограничение их свободы.

Одним из методов социальной реабилитации и сопровождения больных эпилепсией являются группы «самопомощи», давно существующие во многих странах. Они объединяют как самих больных эпилепсией, так и их родственников. Необходимость в создании подобных групп исходит из насущных потребностей пациентов в общении, взаимодействии и взаимопомощи. Озабоченность едиными проблемами и возможность обсудить их с такими же людьми, как они сами, не даёт почувствовать отверженность и изоляцию от общества, помогает психологически адаптироваться к социуму.

Новой формой взаимопомощи больных эпилепсией является Интернет. Организованы многочисленные службы: серверы, телеконференции (Use Net) и списки-рассылки по эпилепсии. Посредством Интернета можно получить любую информацию о заболевании, как от врачей, так и от самих больных или их родственников, желающих поделиться своим опытом или просто оказать моральную поддержку.

Реабилитация ребенка-инвалида – это восстановление его физических функций, реконструкция личности и социального статуса. Этот процесс должен начинаться с момента возникновения тяжелого заболевания, быть междисциплинарным, преемственным, непрерывным, комплексным, индивидуальным, с щадящим принципом назначений схем корректирующих мероприятий. Крайне важным является организация развивающей среды в семье ребенка-инвалида, так как задачей реабилитации является повышение качества жизни семей с детьми с ограниченными возможностями для их дальнейшей интеграции в общество.

### *1.3. Направления медико-социальной помощи детям с инвалидностью и людям с тяжелыми заболеваниями в Санкт-Петербурге*



Социальное обслуживание детей-инвалидов в Санкт-Петербурге осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Законом Санкт-Петербурга от 24.12.2014 № 717-135 «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге» и постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 № 1283 «Об утверждении порядков предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге».

В Санкт-Петербурге действует система государственных учреждений социального обслуживания, осуществляющих в том числе социальное обслуживание детей-инвалидов. Ресурсное обеспечение деятельности этих учреждений осуществляется за счет средств бюджета Санкт-Петербурга. В настоящее время в 18 районах города социальные услуги предоставляют 16 центров социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов (далее – Центры), при отсутствии в районе указанного учреждения – социально-реабилитационные услуги для инвалидов и детей-инвалидов предоставляют структурные подразделения (отделения) двух Комплексных центров социального обслуживания населения, подведомственных администрациям районов города.

Всего услуги по социальной реабилитации детям-инвалидам предоставляются 186 отделениями в 18 учреждениях социального обслуживания, в том числе: 20 отделениями профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной ориентации детей-инвалидов; 18 отделениями социально-медицинского сопровождения; 18 социально-трудовыми отделениями для людей с

нарушением интеллекта; 13 отделениями раннего вмешательства для детей в возрасте до трех лет; 4 отделениями домашнего сопровождения и социального патронажа.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» для оказания реабилитационной помощи детям-инвалидам в Санкт-Петербурге сформирована трехэтапная система восстановительного лечения детей-инвалидов.

Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы при отсутствии противопоказаний к методам реабилитации по профилю основного заболевания в девяти городских детских больницах общей коечной мощностью 3299 коек и в 11 федеральных учреждениях, расположенных на территории Санкт-Петербурга, общей мощностью 2126 коек.

Второй этап медицинской реабилитации детей и подростков осуществляется в реабилитационных отделениях городских больниц: в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская больница № 1» (19 коек); Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская больница № 22» (50 коек); Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница № 40» (63 койки). В данных отделениях проводится медицинская реабилитация детей и подростков с болезнями костно-мышечной системы и травмами и болезнями нервной системы. Восстановительное лечение детей с психическими заболеваниями осуществляется в Санкт-Петербургском государственном казенном учреждении здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина» (280 коек).

Восстановительное лечение детей с хроническими (инвалидизирующими) заболеваниями центральной нервной системы осуществляется в Санкт-Петербургском государственном казенном учреждении здравоохранения «Городской центр восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями».

Третий этап медицинской реабилитации проводится в амбулаторно-поликлинических учреждениях и включает в себя 23 районных отделения восстановительного лечения и 10 отделений абилитации. На данном этапе медицинская реабилитация осуществляется в ранний и поздний реабилитационный



периоды, период остаточных явлений течения заболевания и при хроническом течении заболевания вне обострения.

Медицинская реабилитация осуществляется в 16 детских санаториях с общей мощностью 2 672 койки. Профиль детских санаториев ориентирован на оптимальное обеспечение санаторным лечением детей с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями: бронхиальная астма, онкогематологические заболевания, ожоговая болезнь, опорно-двигательная патология, болезни органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, психические расстройства, туберкулёз органов дыхания и др. В основном санаторным лечением охвачены дети по 11 нозологическим формам заболеваний. Сохранена система этапного лечения, когда на ранних сроках заболеваний дети из стационаров переводятся на реабилитацию в детские санатории.

На базе трёх профильных санаторно-курортных учреждений: Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детский санаторий «Солнечное»; Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детский санаторий – Реабилитационный центр «Детские Дюны»; Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детский психоневрологический санаторий «Комарово» – созданы отделения для лечения страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями детей в сопровождении взрослого (на 215 коек) и отделения для детей подросткового возраста (на 100 коек).

Созданная этапная система оказания реабилитационной помощи: стационарная, амбулаторная (включая специализированные центры), санаторно-курортная медицинская помощь детям – требует дальнейшего совершенствования.

В соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 10.02.2011 № 149 «О бюджетных инвестициях в проектирование, строительство и реконструкцию объектов капитального строительства в сфере здравоохранения в Санкт-Петербурге в 2011–2014 годах» предусмотрено строительство Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения здравоохранения «Детский туберкулёзный санаторий «Жемчужина» на 300 коек и реконструкция корпусов филиала Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детский Санаторий – Реабилитационный центр «Детские Дюны», строительство центра хирургии врожденных пороков развития с восстановительным

лечением в структуре Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская больница № 1» на 250 коек, проектирование и строительство здания нового корпуса восстановительного лечения Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская больница № 22», где предусмотрено размещение водолечебницы с тремя бассейнами и ваннами, 4 залов лечебной физкультуры, тренажерных залов, массажных кабинетов, отделения физиотерапии и дневного стационара на 30 коек.

В настоящее время проводится работа по преобразованию Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская больница № 1» в Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр высокотехнологичной медицинской помощи в педиатрии».

В целях раннего выявления детей с ограниченными возможностями здоровья в Санкт-Петербурге созданы 19 психолого-медико-педагогических комиссий, основной задачей которых является проведение комплексного обследования детей и подготовка рекомендаций по оказанию им своевременной коррекционно-развивающей реабилитационной помощи и организации их обучения и воспитания.

Согласно действующему федеральному законодательству, категория детей-инвалидов отнесена к федеральным льготникам, меры социальной поддержки которых осуществляются за счет средств федерального бюджета. Пенсионным фондом Российской Федерации детям-инвалидам выплачивается социальная пенсия и ежемесячная денежная выплата в размере 1310,62 руб. Кроме того, детям-инвалидам предоставляется набор социальных услуг по выбору в натуральном виде или в денежном выражении, который включает дополнительное лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение и бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно (стоимость набора социальных услуг с 01.04.2015 составляет 930,12 руб. в месяц).

За счет средств федерального бюджета в Санкт-Петербурге также реализуются полномочия по предоставлению мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг для семей, имеющих детей-инвалидов. За счет средств федерального бюджета через Санкт-Петербургское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации инвалидам предоставляется

право на бесплатное обеспечение техническими средствами реабилитации в соответствии с перечнем ТСР, утвержденным Правительством Российской Федерации.

В Санкт-Петербурге также установлены дополнительные меры социальной поддержки детей-инвалидов за счет средств бюджета Санкт-Петербурга в соответствии с Законом Санкт-Петербурга от 09.11.2011 № 728-132 «Социальный кодекс Санкт-Петербурга» (далее – Социальный кодекс) и другими нормативно-правовыми актами Санкт-Петербурга:

- ребенку-инвалиду в возрасте от рождения до 18 лет предоставляется детское пособие в повышенном размере без учета доходов семьи 5311,0 руб. Получателями указанного пособия по состоянию на 07.07.2015 в Санкт-Петербурге является 9 041 ребенок-инвалид;

- семьям, имеющим в своем составе детей-инвалидов с особыми потребностями, установлен повышенный размер ежемесячного пособия, размер которого с учетом индексации в 2015 году составляет 11966,0 руб. Получателями указанного пособия по состоянию на 07.07.2015 в Санкт-Петербурге являются 2 992 ребенка-инвалида;

- детям-инвалидам и одному лицу, сопровождающему ребенка-инвалида, предоставляется право на бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте общего пользования;

- детям-инвалидам при наличии медицинских показаний предоставляются дополнительные технические средства реабилитации (ДТСР);

- детям-инвалидам, а также лицам, их сопровождающим, если такой ребенок по медицинским показаниям нуждается в постоянном уходе и помощи, предоставляются меры социальной поддержки в сфере организации отдыха и оздоровления в виде оплаты части или полной стоимости путевок в организации отдыха и оздоровления;

- детям-инвалидам до 7 лет независимо от медицинских показаний; детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, имеющим ограничение способности к передвижению.

## Дополнение 1. Нарушение здоровья у детей как этап психологического развития



На начальном этапе психического развития у детей формируется внутренняя картина собственного здоровья (восприятие самого себя, как личности, «непроницаемой» для других) и своеобразное личностное развитие. По мере взросления и расширения социальных контактов у них происходит осознание и переоценка своего дефекта, и развивается уже внутренняя картина болезни в виде восприятия самого себя как человека страдающего и нуждающегося в участии других.

Внутренняя картина болезни обладает устойчивостью и является естественным отражением внутренней картины здоровья. Под внутренней картиной болезни подразумевают всё то, что переживает и испытывает пациент, его ощущения, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о её причинах. Формирование внутренней картины болезни происходит с помощью трёх групп факторов: осознание пациентом здоровья, болезни и лечения; ситуация вокруг пациента; личность пациента.

Осознание здоровья, болезни и лечения тесно связано с психологическим образом тела, с представлением «схемы тела». Существует несколько уровней развития «схемы тела»: физиологический, психологический, социальный. Физиологический уровень связан с переживанием ощущений, идущих из организма (приятно/неприятно, комфортно/дискомфортно). Психологический уровень определяется представлениями человека о свойствах своего тела, при этом одни части тела он воспринимает пристрастно, другие игнорирует. Социальный уровень включает моральные оценки, ролевые ожидания, что приводит к появлению понятия престижности или непрестижности болезни.

«Схема тела» является основой структуры личности. Восприятие себя происходит в контексте модели внутренней картины болезни. «Схема тела» постоянно формирует и сопоставляет движущийся и неподвижный образы тела, а также образы будущих движений. Благодаря «схеме тела» ребёнок овладевает двигательными навыками. Образы тела становятся предметом его самопознания и самосознания («как я выгляжу», «каким я могу стать» и т.д.).

Наиболее значимой областью жизнедеятельности, которая ограничена у людей с нарушениями зрения, является способность к ориентации. Выделяют следующие зрительные нарушения, влияющие на способность к ориентации:

1. Глубокое нарушение зрения обоих глаз.
2. Глубокое нарушение зрения одного глаза с низким зрением другого глаза.
3. Среднее нарушение зрения обоих глаз.
4. Глубокое нарушение зрения одного глаза, другой глаз нормальный.

*Способность к ориентации включает в себя:*

1. Способность к определению времени по общепринятым признакам – времени суток, времен года и др.
2. Способность к определению местонахождения по пространственным ориентирам, запахам, звукам.
3. Способность правильно местопологать внешние объекты, события и себя самого по отношению к временным и пространственным ориентирам.
4. Способность к ориентации в схеме собственного тела, различению правого и левого и др.
5. Способность к восприятию и адекватному реагированию на поступающую информацию: вербальную, невербальную, зрительную, слуховую, вкусовую, полученную путем обоняния и осязания. Способность к пониманию связей между предметами и явлениями.

В соответствии с тем, какая из перечисленных способностей нарушена, выделяют виды ограничений способности к ориентации. При оценке способности к ориентации у людей с нарушениями зрения учитывают:

1. Состояние системы ориентации: зрения, слуха, осязания, обоняния.
2. Состояние системы коммуникации: речи, письма, чтения.
3. Способность к восприятию, анализу и адекватному реагированию на получаемую информацию.

4. Способность к ориентации в собственной личности и внешних по отношению к ней временных, пространственных условий, средовых ситуаций.

Различные виды ограничения способности к ориентации характерны и для детей с нарушениями психического здоровья: психическими расстройствами и психическими заболеваниями. Этим людям свойственны также ограничения способности контролировать свое поведение.

Различают отдельные виды ограничений способности к общению у детей. При оценке ограничений способности к общению у людей с нарушением слуха учитывают:

1. Способность говорить: плавно произносить слова, понимать речь, произносить словесные сообщения, передавать смысл посредством речи.

2. Способность слушать: воспринимать устную речь, словесные и иные сообщения.

3. Способность к символической коммуникации: понимать знаки и символы, коды, читать карты, диаграммы; принимать и передавать информацию с помощью мимики, жестов, графических, зрительных, звуковых символов, тактильных ощущений.

## **Дополнение 2. Технология приема на социальное обслуживание детей-инвалидов**



Социальное обслуживание детей-инвалидов осуществляется в соответствии с региональным законодательством. Информация о клиенте собирается в момент приема несовершеннолетнего, изучаются представленные документы:

- справка МСЭ (медико-социальной экспертизы);

- справка ИПР (индивидуальный план реабилитации);
- справка от врача-педиатра об отсутствии медицинских противопоказаний к обслуживанию на отделении (противопоказаниями к зачислению детей-инвалидов на социальное обслуживание являются: наличие тяжелых психических расстройств; хронического алкоголизма; карантинных инфекционных заболеваний; наркозависимости; венерических и кожных заболеваний; иных тяжелых заболеваний.);
- паспорт родителя или законного представителя;
- свидетельство о рождении ребенка;
- удостоверение одинокой матери (если имеется);
- справка об инвалидности родителя или законного представителя (если имеется).

Проводится беседа, диагностические мероприятия с несовершеннолетним и его сопровождающим.

При обращении на отделение специалист по социальной работе заблаговременно выясняет, по возможности, все жизненные обстоятельства семьи, характер трудной жизненной ситуации в семье еще до поступления ребенка. Прием несовершеннолетних производится по инициативе их родителей (или законных представителей), по направлению соответствующих учреждений. При приеме используются все возможности для установления контакта с несовершеннолетним и с его семьей. При приеме присутствуют родители или законные представители несовершеннолетнего, уточняется причина зачисления, проверяется наличие необходимого перечня документов.

На каждого ребенка при первичном посещении собираются следующие документы:

1. Реабилитационная карта, куда вносятся общие сведения о ребенке (имя, адрес, образовательное учреждение), сведения о составе семьи, сведения об условиях проживания, рекомендации МСЭ, ИПР, клинический диагноз (со слов родителя).
2. Личное заявление о приеме ребенка на отделение от родителя или законного представителя.
3. Договор с каждым родителем (или законным представителем) в двух экземплярах, в котором прописываются сроки и время пребывания ребенка на отделении.

Первичная диагностика, проводимая психологом и специалистами по профориентации и реабилитации, может быть несколько растянута по времени (быть проведенной не в один день) для того, чтобы клиент смог расслабиться, адаптироваться в новых условиях и не испытывать большего напряжения от количества требуемых от него действий. После анализа первичной диагностики каждым из специалистов составляется индивидуальная программа реабилитации (таб. 1).

Таблица 1

**Индивидуальная программа социального обслуживания клиента**

№	Наименование услуги	ДНР	Кол-во услуг на одного получателя в год	НУР	Кол-во услуг на одного получателя в год	СНР	Кол-во услуг на одного получателя в год	Примечание
<b>1. Социально-бытовые услуги</b>								
1.1.	Оценка способности получателя социальных услуг к самообслуживанию		1		1		1	
1.2.	Составление индивидуального плана социального обслуживания		1		1		1	
1.3.	Консультирование по социально-бытовым вопросам		2		12		2	
1.4.	Оценка результатов выполнения индивидуального плана социального обслуживания		1		1		1	
<b>2. Социально-медицинские услуги</b>								
2.1.	Разработка плана реабилитации		1		1		1	
2.2.	Организация и проведение занятий по адаптивной физической культуре		80		80		20	
2.3.	Организация и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий		40		80		20	
2.4.	Проведение занятий с использованием ортопедического реабилитационного оборудования		80		-		-	
2.5.	Консультирование по социально-медицинским вопросам		1		1		1	
2.6.	Оценка выполнения плана реабилитации		1		1		1	
<b>3. Социально-психологические услуги</b>								
3.1.	Социально-психологическая диагностика, включая обследование личности		3		3		1	



	получателя социальных услуг, и проведение оценки психологического климата							
3.2.	Проведение занятий групп взаимопомощи		-		12		6	
3.3.	Социально-психологическое консультирование, в том числе семейное консультирование		6		-		-	
<b>4. Социально-педагогические услуги</b>								
4.1.	Социально-педагогическая диагностика		3		3		3	
4.2.	Проведение оценки влияния окружающей среды (физической, социальной, сенсорной) на активность ребенка		3		3		3	
4.3.	Составление индивидуальной программы для развития навыков повседневной жизни ребенка		3		3		3	
4.4.	Консультирование ближайшего окружения получателя социальных услуг по вопросам социальной реабилитации		3		3		3	
4.5.	Проведение логопедических занятий		48		48		48	
4.6.	Подбор компьютерных программ, соответствующих уровню развития и интересам получателя социальных услуг		3		3		3	
4.7.	Составление программы профилактики развития вторичных осложнений		3		-		-	
4.8.	Обучение родственников получателя социальных услуг практическим навыкам общего ухода за ним		1		1		1	
4.9.	Обучение членов семьи основам медико-психологических и социально-медицинских знаний для проведения реабилитационных мероприятий на дому		10		10		10	
4.10.	Проведение занятий в соответствии с разработанным индивидуальным социально- педагогическим планом (сенсорное развитие, предметно- практическая деятельность, социально-бытовая ориентация, изодетельность)		48		48		48	
4.11.	Организация и проведение занятий в кружках, в школах ремесел		10		10		10	

4.12.	Организация и проведение культурно-массовых и досуговых мероприятий		10		10		10	
4.13.	Организация и проведение спортивных мероприятий		-		10		-	
4.14.	Организация посещения культурно-массовых и досуговых мероприятий в учреждениях социокультурной направленности		10		10		10	
<b>5. Социально-трудовые услуги</b>								
5.1.	Организация обучения в трудовых мастерских		48		48		48	
5.2.	Профессиональная ориентация		1		1		1	
<b>6. Социально-правовые услуги</b>								
6.1.	Консультирование по социально-правовым вопросам		1		1		1	
6.2.	Оказание помощи в написании заявлений, предложений, жалоб		1		1		1	
6.3.	Оказание помощи в оформлении документов		1		1		1	
<b>7. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов</b>								
7.1.	Обучение навыкам социально-средовой ориентации		-		20		20	
7.2.	Организация и проведение занятий по самореализации психоэмоционального состояния с использованием арт-терапевтических технологий		-		12		12	
7.3.	Организация коммуникативного пространства и коммуникативных ситуаций по месту проживания (получения социальных услуг)		1		1		1	
7.4.	Содействие в обеспечении (подбор, получение) техническими средствами реабилитации, в том числе вспомогательными техническими средствами реабилитации, и (или) медицинского оборудования		1		1		1	
7.5.	Обучение пользованию техническими средствами реабилитации, в том числе вспомогательными техническими средствами реабилитации, и средствами ухода		1		3		1	

### Дополнение 3. Рекомендации для организации комплексной работы специалистов совместно с родителями детей-инвалидов



Помощь детям-инвалидам строится на следующих принципах:

1. Принцип чувствительности. Взрослые чувствительны к сигналам ребенка и способны менять свое поведение в зависимости от этих сигналов. Взрослый уделяет ребенку все свое внимание, не отвлекается на посторонние дела.

2. Принцип предсказуемости. Взрослые создают для ребенка условия предсказуемости текущих и предстоящих событий: детей не берут со спины, ничего не делают с ребенком и для него без предупреждения, всегда предупреждают ребенка о предстоящих событиях.

3. Принцип времени. Взрослый дает ребенку время, ждет его ответа. Время на понимание ситуации и анализ слов взрослого.

4. Принцип доверия ребенку. Ребенок – компетентный и активный партнер при взаимодействии. Он не является объектом для контроля или ухода, воздействий и манипуляций, а воспринимается как активный партнер и участник всех событий. Ежедневные процедуры должны приносить радость и удовольствие.

5. Принцип совместности. Вместе с ребенком, а не вместо него. Важно не действовать руками ребенка во время ежедневных действий (одевания, купания и др.).

6. Принцип безопасности. Физическое окружение ребенка безопасно и отвечает его возрастным потребностям. Предоставляйте ребенку возможность двигаться свободно в безопасном пространстве.

7. Принцип невмешательства. Наблюдайте игру ребенка не вмешиваясь в процесс, пока он к вам не обратится.

8. Принцип честной коммуникации. Взрослые говорят правду относительно неприятных событий, учитывая особенности тревожности ребенка.

9. Принцип заботы с уважением.

10. Принцип постоянности (количество ухаживающих взрослых постоянно и ограничено).

Во время кормления нельзя допускать:

- высокую скорость,
- ограничение свободы движения ребенка,
- большое количество еды на ложке,
- пренебрежение сигналами ребенка и т.д.
- Во время подмывания нельзя допускать:
- жесткие прикосновения к телу ребенка, к интимным местам;
- пренебрежение сигналами и состоянием ребенка, такими, как страх, печаль,

подавленность, оцепенение, плач.

Во время приучения к навыкам опрятности нельзя допускать:

- насильственное высаживание,
- длительное удерживание на горшке,
- негативные комментарии в связи с процессами мочеиспускания и дефекации,
- вербальные проявления неуважения и гнева по отношению к ребенку и др.

Во время подготовки ко сну нельзя допускать:

- укладывание в кроватку раньше положенного времени,
- принуждение ко сну.

В процессе регулирования поведения детей нельзя допускать:

- грубые высказывания о поведении и о личности ребенка,
- запугивание и обман,
- встряхивание тела ребенка,
- физическое наказание (шлепки, подзатыльники и др.).

В любых ситуациях нельзя допускать:

- ограничение свободы движения детей (удерживание или фиксация ребенка в одной позе в реабилитационных приспособлениях, креслицах, ходунках; выкладывание детей в тесный манеж на длительное время и др.);
- подтягивание и поднимание ребенка за плечи;
- перемещение ребенка, когда его голова запрокинута;
- удерживание детей за запястья на прогулке и др.

Во время игры и занятий с ребенком необходимо преодолевать:

- состояние глубокой подавленности и печальное выражение лица взрослого;
- высокую степень активности и эмоционального возбуждения взрослого, не связанного с состоянием, интересами, игрой ребенка;
- открытое проявление гнева в голосе;
- интенсивную перестимуляцию (игрушками, голосом, щекоткой и т. д.);
- постоянное прерывание самостоятельной активности ребенка, блокирование его инициативы;
- требование послушного поведения ребенка;
- поведение взрослого, имеющее сексуальную окраску (поглаживание области гениталий, поцелуи в губы, просьбы поцеловать взрослого и др.);
- непредсказуемое поведение и/или резкую смену настроения взрослого в процессе игры.

**Дополнение 4. Система коррекционных образовательных учреждений  
для детей-инвалидов дошкольного и школьного возраста**



В систему коррекционных образовательных учреждений для детей-инвалидов дошкольного и школьного возраста входят:

- коррекционные (компенсирующие) учреждения дошкольного образования;
- специальные (коррекционные) общеобразовательные учреждения;
- коррекционные учреждения профессионального образования.

В зависимости от вида коррекционного учреждения, в них реализуются программы дошкольного, начального, общего, основного общего, среднего (полного) общего и начального профессионального образования.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья с учётом специфики дизонтогенеза с целью «адресного образования» и оказания комплексного сопровождения созданы учреждения следующих видов:

- I вида – для неслышащих (глухих) учащихся;
- II вида – для слабослышащих и позднооглохших с дифференциацией, на школьной ступени обучения происходит разделение: 1 отделение – для детей, способных к самостоятельному овладению речью; 2 отделение – доступно овладение речевой (вербальной) коммуникацией при специально организованном обучении;
- III и IV вида – в этих группах образовательных учреждений решаются задачи воспитания и обучения незрячих, поздноослепших и слабовидящих детей;
- V вида – здесь обучаются лица с тяжёлыми (грубыми) нарушениями устной и письменной речи;
- VI вида – комплектование этих ОУ осуществляется исходя из образовательных потребностей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- VII вида – предназначены для детей с задержкой психического развития различной этиологии;
- VIII вида – для детей с умственной отсталостью (лёгкой, не глубокой).

В деятельности специальных (коррекционных) ОУ реализуются профильные комплексные программы, в содержании которых предусмотрены общедидактические и коррекционно-педагогические единицы (реабилитационные, компенсаторные, коррекционно-развивающие). Технологически вся система работы в этих учреждениях организована на принципах комплексного психолого-педагогического и медико-социального сопровождения при условиях, что сопровождение выполняет функции целостной системы, педагогического процесса, особого метода взаимодействия субъектов и коррекционного средства.

В контексте службы сопровождения координируется деятельность специалистов различного профиля и профессиональных обязанностей: педагога-дефектолога, воспитателей, преподавателей предметных дисциплин, психологов, медицинской службы, социального педагога, реабилитологов образовательных специальных (коррекционных) учреждений.

Служба комплексного сопровождения функционирует в нескольких режимах:

- 1) абилитационно-реабилитационном (режим восполняющего воссоздающего образования);

- 2) компенсаторно-коррекционном (стимулирует восполняющее образование);
- 3) коррекционно-развивающем (исправляющем образование);
- 4) нормативном (статистически типовое развитие).

Наряду с традиционно сложившимися организационно-методическими моделями специального (коррекционного) образования, в настоящее время получает широкое распространение система интегрированного обучения детей с ограничениями здоровья и жизнедеятельности.

В практике школы возможно выделить следующие варианты образования:

1. Полная интеграция в учреждениях общего типа:

а) без поддержки и специального сопровождения, осуществляется в образовательных учреждениях общего типа;

б) при незначительной поддержке в учреждениях общего типа при консультационной поддержке узкопрофильных специалистов (педагога-дефектолога);

в) при организации службы сопровождения с проведением коррекционно-развивающих занятий.

2. Частичная (экстериальная) интеграция:

а) изолированное обучение в учреждениях общего или комбинированного типа при совместной организации досуговых воспитательных мероприятий;

б) изолированное образование в отдельных группах, классах при учреждениях общего типа (или непрофильного типа), исключая совместную деятельность.

В связи с этим усложняются задачи службы сопровождения, которая может решать в реальных условиях следующие задачи:

1. Комплексная диагностика.

2. Разработка и реализация медицинской, педагогической, психологической и социальной помощи детям, родителям, педагогам.

3. Составление индивидуальных и дифференциальных групповых программ обучения.

4. Просвещение и образование родителей, вовлечение их в педагогический процесс.

5. Методическая координация деятельности специалистов службы.

6. Установление связей с социальными институтами с целью повышения образовательных эффектов.

## Глава 2. Дети, оставшиеся без попечения родителей

### 2.1. Дети, оставшиеся без попечения родителей как особая группа в системе социальной защиты населения



По состоянию на 2016 год в России насчитывалось около 66,359 тысяч детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, что сопоставимо с населением среднего российского города. Ежегодно более 10 тысяч детей из общего числа новорожденных становятся сиротами в первые часы жизни вследствие отказа от них матерей. Наблюдается и массовый отказ от своих семей детей и подростков, которые предпочитают жизнь в уличной среде, занимаясь бродяжничеством, попрошайничеством, увеличивая рост преступности среди несовершеннолетних. Эти явления нельзя объяснить только лишь снижением жизненного уровня большинства семей, ростом алкоголизма, наркомании или увеличением «подросткового материнства». Сегодня социальное сиротство приобретает новые черты, обусловленные комплексным воздействием различных негативных факторов, включая экономический (низкий уровень жизни), медицинский (инвалидность, заболевания, различные формы зависимостей), социальный (военные конфликты, миграция, социально-экономическая нестабильность), экологический (неблагоприятная, а иногда и опасная для жизни среда обитания), семейный (педагогическая и социальная несостоятельность родителей) и, наконец, личностный (отклонения в личностном и социальном развитии, патологические черты личности и т.д.).

Социальный сирота – это ребенок, который имеет биологических родителей, но они по каким-то причинам не занимаются воспитанием ребенка и не заботятся о нем. В этом случае заботу о детях берет на себя общество и государство. Социальное сиротство – социальное явление, обусловленное наличием в обществе детей,



оставшихся без попечения родителей вследствие лишения их родительских прав, признания родителей недееспособными, безвестно отсутствующими и так далее.

Социальное положение большинства детей очень тяжелое, они не имели возможности полноценно освоить социальную роль члена семьи. Унаследованное семейное неблагополучие – беда, которую социальные сироты несут в будущее. Примерно у каждого второго ребенка родители лишены родительских прав; по данным различных центров, в них находится только 6–8 % детей, у которых родители умерли. Дети, оставшиеся без попечения родителей, в системе социальной защиты выделяются как особая социальная группа. К этой группе относят следующие категории детей:

- дети-сироты – лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель;

- дети, оставшиеся без попечения родителей – лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей в связи с отсутствием родителей или лишением их родительских прав; ограничением их в родительских правах; признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), а также в связи с объявлением их умершими; отбыванием ими наказания; нахождением в местах содержания под стражей; уклонением родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов; отказом родителей взять своих детей из воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и в иных случаях признания ребенка оставшимся без попечения родителей в установленном законом порядке.

В Семейном кодексе РФ термин «дети-сироты» отсутствует, все эти дети объединяются термином «оставшимися без попечения родителей». В то же время в России в последние годы наблюдается рост так называемого «скрытого социального сиротства», обусловленного ухудшением условий жизни значительной части семей, падением нравственных устоев семьи, следствием чего становится изменение отношения к детям, вплоть до полного вытеснения их из семей, беспризорность огромного количества детей и подростков. Это есть неисполнение родителями своих обязанностей до такой степени, что ребенок, формально имеющий семью, фактически оказывается на положении сироты при живых родителях.

Нередко эти дети имеют серьезные отклонения в развитии, в основном – психоневрологического характера. Как показывает практика, такие дети отстают от

обычных школьников по уровню здоровья и нервно-психического развития. Им сложно адаптироваться в социуме. Для них характерны грубость, неуравновешенность, агрессивность, неумение сочувствовать и сопереживать. Большинство из них – дети из неблагополучных семей.

*Неблагополучная семья* – это не только семья, материальная жизнь которой далека от нормальной, но и семья, которая утратила веру в возможность изменения своей жизни в лучшую сторону и продолжает идти к полному краху. Неверие в собственные силы и отсутствие помощи со стороны формируют соответствующий образ жизни семьи, пессимистическую картину мира в сознании подрастающих в ней детей.

Причина роста количества детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, – это кризис института семьи: рост бедности, ухудшение условий жизнедеятельности и разрушение нравственных ценностей и воспитательного потенциала семей. В результате роста смертности в молодом возрасте, массовых разводов и внебрачной рождаемости, увеличивается число неполных семей, имеющих незначительные возможности (прежде всего — экономические) для содержания и воспитания детей. Все эти причины увеличивают риск появления детей-сирот в малообеспеченных семьях, семьях группы социального неблагополучия и семьях, находящихся в социально опасном положении.

В настоящее время в категорию детей, оставшихся без попечения родителей, могут быть отнесены дети в следующих случаях:

- родители (единственный родитель) умерли;
- родители ребёнка неизвестны (подкидыши, найдёныши);
- родители лишены родительских прав;
- родители ограничены в родительских правах;
- родители признаны недееспособными;
- родители больны настолько, что не могут осуществлять родительское попечение;
- родители длительно отсутствуют (в том числе родители признаны безвестно отсутствующими);
- родители уклоняются от воспитания детей;
- родители уклоняются от защиты прав и интересов детей (например, когда отказываются взять своих детей из какого-либо учреждения, когда не берут своих детей из учреждений, формально не отказываясь от них; когда одинокая мать,

оставившая ребенка на полное государственное попечение, не поддерживает контактов и не принимает участия в его воспитании);

- родители действием создают угрозу жизни и здоровью ребёнка;
- родители бездействием способствуют созданию угрозы жизни или здоровью ребёнка;
- родители препятствуют нормальному воспитанию или развитию детей;
- иные случаи отсутствия родительского попечения (в том числе заключение родителей под стражу или назначение приговором суда наказания, связанного с лишением или ограничением свободы).

Возможны также различные комбинации причин, по которым ребёнок оказался без попечения родителей. Интенсивное развитие в последнее десятилетие сети социозащитных учреждений в значительной степени способствовали снижению негативной динамики роста детей, оставшихся без попечения родителей.

В России функционирует система учреждений, оказывающих комплексную помощь ребёнку-сироте с ограниченными возможностями. Это дома ребёнка, центры реабилитации детей-инвалидов, специальные (коррекционные) школы и интернаты.

Детей, у которых по разным причинам возникли нарушения в развитии, делят на группы:

- незрячие и слабовидящие;
- глухие и слабослышащие;
- с нарушением опорно-двигательного аппарата (детским церебральным параличом);
- с нарушением интеллекта (интеллектуальная недостаточность, задержка психического развития);
- с ранним детским аутизмом;
- с нарушением речи (дизартрия, алалия и пр.);
- с эмоциональными и поведенческими расстройствами (аффективные реакции, агрессивность, нервно-психические и тревожно-фобические расстройства).

Все это важно учитывать в процессе воспитания и взаимодействия с детьми, оставшимися без попечения родителей, понимать особенности их развития. Но при этом также важно помнить, что развитие каждого ребёнка – процесс уникальный. И во многом от ближайших взрослых зависит то, как успешно это развитие будет происходить.

Данная категория граждан РФ имеет по закону полное государственное обеспечение и дополнительные гарантии по социальной поддержке при получении профессионального образования. Детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, лицам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, обучающимся по образовательным программам среднего профессионального образования или высшего образования по очной форме обучения за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации предоставляются: бесплатное питание; бесплатный комплект одежды, обуви и мягкого инвентаря; бесплатное общежитие и бесплатное медицинское обеспечение или возмещение их полной стоимости. Также гарантируется предоставление законодательно закрепленных дополнительных мер по социальной защите прав детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, до завершения обучения. Эти группы детей находятся под приоритетной опекой со стороны государства и общества.

Исторический и зарубежный опыт профилактики социального сиротства убедительно доказывает необходимость избегания институционализации детей, оставшихся без попечения родителей, путем нахождения альтернативного решения семейного жизнеустройства и проведения превентивной социальной политики в сфере семьи и детства.

Приоритет отдается семейным формам устройства и в первую очередь – усыновлению, т.к. они дают ребенку возможность получить положительный опыт семейной жизни, пройти внутрисемейный процесс социализации. Именно семейное воспитание дает возможность осуществить индивидуальный подход к каждому ребенку с учетом его личностных, психических, физических, национальных и иных особенностей. Не случайно статьей 123 Семейного кодекса РФ определено, что при устройстве ребенка, оставшегося без попечения родителей, должны учитываться его этническое происхождение, религиозная и культурная принадлежность, родной язык, возможность обеспечения преемственности воспитания.

Передача детей в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляется лишь при отсутствии возможности устройства ребенка в семейную форму воспитания. К семейным формам устройства детей относятся те, которые предполагают, что ребенок растет и воспитывается в семье,

которая не только создает необходимые условия для жизнедеятельности и воспитания, но с ее членами у ребенка возникают прочные связи и отношения, приобретающие характер правоотношений. Это, прежде всего, право представлять и защищать интересы ребенка. Кроме кровных родителей, такими правами обладают усыновители, опекуны, попечители, приемные родители, воспитатели детских домов семейного типа.

С принятием Федерального закона «Об опеке и попечительстве в РФ» от 24 апреля 2009 года № 48 с 1 сентября 2008 года в России существуют различные формы семейного устройства (усыновление, опека, детские дома семейного типа, детские деревни-SOS, семейная воспитательная группа, гостевая форма, православные пансионаты семейного типа и др.). Порядок и условия создания этих видов замещающих семей, характер правоотношений, возникающий между их членами, урегулированы федеральным законодательством. Рассмотрим более подробно формы семейного устройства детей, оставшихся без попечения.



*Усыновление (удочерение)* – это государственный правовой акт, в связи с которым между усыновителем и усыновлённым и всеми их родственниками возникают такие же права и обязанности, которые по закону существуют между биологическими родителями и детьми и другими родственниками. Все права и обязанности усыновленного ребенка приравниваются к правам и обязанностям родных детей.

Правовыми основаниями усыновления являются обстоятельства, когда единственный родитель или оба родителя:

- умерли;

- неизвестны, судом признаны безвестно отсутствующими или объявлены умершими;
- признаны судом недееспособными;
- лишены судом родительских прав;
- дали в установленном порядке согласие на усыновление;
- по причинам, признанным судом неуважительными, не проживают более 6 месяцев совместно с ребенком и уклоняются от его воспитания и содержания.

Все эти обстоятельства должны быть подтверждены документально. В большинстве случаев усыновляются дети ранних возрастов, усыновление же несовершеннолетних более старшего детского, а тем более подросткового и юношеского возрастов, происходит крайне редко, что является актуальной проблемой для осуществления социальной работы в данном направлении. Усыновление утверждается решением суда по месту нахождения ребенка. Ребенок становится полноправным членом семьи. Усыновитель может присвоить ребёнку свою фамилию, поменять имя, отчество, дату и место рождения. Тайна усыновления охраняется законом. Государство не оказывает никакой помощи и не участвует в жизни семьи после усыновления, за исключением общедоступных форм социальной поддержки.

Главная особенность усыновления в Европе заключается в том, что приемные родители не скрывают факта усыновления (отсутствие биологического родства). В законодательстве зарубежных стран нет такого понятия как «тайна усыновления», соответственно, нет уголовной ответственности за разглашение тайны усыновления.

*Опека и попечительство* – это формы устройства и защиты прав детей-сирот и интересов недееспособных или не полностью дееспособных граждан. Устанавливается решением органа опеки и попечительства по месту нахождения ребенка. Опекун имеет практически все права родителя в вопросах воспитания, обучения, содержания ребёнка и несет полную ответственность за ребенка, однако формально права опекуна отличаются от родительских: биологические родители имеют право навещать ребенка, подопечный ребенок может быть усыновлен третьими лицами либо возвращен родителям, опекун не вправе присвоить ребёнку свою фамилию, поменять имя, отчество, дату и место рождения. Труд опекуна не оплачивается, однако опекун получает ежемесячные выплаты на содержание ребенка. При необходимости, по исполнении опекаемому 18 лет, ему выделяется жильё.

Органы опеки регулярно контролируют условия содержания, воспитания и образования ребенка.

Наиболее часто опекунами и попечителями становятся прямые родственники осиротевших детей. По закону, опекун должен воспитывать ребёнка, заботиться о его здоровье, о получении им образования и прочее. Опека устанавливается над детьми до 14 лет, попечительство осуществляется над несовершеннолетними с 14 до 18 лет.

*Семейный детский дом (приемная семья)* – форма организации жизнедеятельности детей-сирот, созданная по инициативе Советского детского фонда в 1988 году. Граждане (супруги или отдельные лица, не состоящие в браке), взявшие на воспитание не менее 8 детей, именуются родителями-воспитателями; дети, передаваемые на воспитание в приемную семью, именуются «приемными детьми», а такая семья – «приемной семьей». Дети находятся на полном государственном обеспечении, родители-воспитатели получают денежное пособие. Работа приемных родителей включается в трудовой стаж. В семейных детских домах создаются условия, приближенные к нормальной семейной жизни. В семьях воспитываются дети от 3 до 18 лет. Выпускники пользуются льготами воспитанников детских домов. Помещение ребенка в приемную семью – это относительно новая практика для современной России. Между органами опеки и попечительства и приемными родителями составляется договор о передаче ребёнка (детей) на воспитание на срок, установленный данным договором. Приёмные родители выполняют для приёмных детей функции воспитателей и получают оплату от государства за свой воспитательный труд. Государство и органы местного самоуправления выделяют денежные средства на содержание каждого приемного ребёнка и предоставляют такого рода семьям соответствующие льготы, установленные российским законодательством.

*Детский дом семейного типа* – это особая социально-психологическая форма семьи, где подбирается разновозрастный детский коллектив (вместе проживают дети нескольких возрастов). Сравнительно небольшое число детей проживает с так называемыми постоянными взрослыми, которые хорошо знают, понимают и уважают каждого ребенка. Они не обслуживают детей как персонал и не учат их специальным навыкам и умениям как штатные преподаватели, а живут с ними общей жизнью и организуют эту совместную жизнь. Родители при этом получают специальную

психологическую, педагогическую и медицинскую подготовку, а впоследствии и заработную плату от государства как воспитатели детей.

*Замещающая семья (семья патронатных воспитателей)* является одной из перспективных форм семейного воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Эти семьи выполняют лишь часть функций полноценных семей, ибо в этих случаях дети постоянно с патронатными воспитателями не проживают. Патронатная семья выступает как специальная форма устройства ребенка, нуждающегося в государственной защите, на воспитание в семью патронатного родителя при сохранении части обязанностей опекуна (попечителя) в отношении ребенка у органа опеки и попечительства (уполномоченного органа).

В патронатную семью ребенок может помещаться временно до решения его дальнейшей судьбы: возврат к биологическим родителям, усыновление или опекуновство, устройство в учреждение интернатного типа. В таком случае патронатная семья выполняет функцию как бы «скорой помощи», в которую помещаются дети, в срочном порядке изъятые их кризисных семей по причине угрозы для их здоровья и жизни. Главная цель приемной и патронатной семьи – создать благоприятные условия для временного пребывания ребенка.

*Временная приемная семья* – форма устройства ребенка, когда его на время помещают в семью до разрешения его проблем или до определения его дальнейшей судьбы. Временную приемную семью отличает от опекуновской или семьи усыновителя прежде всего то, что это семья профессиональных специалистов: психологов, педагогов, медиков, социальных работников. Как правило, деятельность такой приемной семьи необходима тогда, когда дети в срочном порядке изымаются из семьи в силу различных обстоятельств, таких как кризисная ситуация в родной семье, болезнь или отсутствие родителей и др. Временная приемная семья является чрезвычайно распространенной в ряде развитых стран как форма защиты детства. В России временная приемная семья пока не нашла повсеместного внедрения и распространения. Это связано с экономическими, социальными и политическими катаклизмами, переживаемыми в нашей стране.

*Семейно-воспитательная группа (СВГ)*, основана на краткосрочном устройстве несовершеннолетних в возрасте от 3 до 18 лет в условия семейного воспитания. Семейно-воспитательная группа способствует реализации права ребенка расти и воспитываться в семейном окружении, обеспечивая такие условия семейной



жизнедеятельности, которые оптимально содействуют социальной адаптации ребенка. Приобретенный опыт социализации в семейно-воспитательной группе благотворно влияет и на морально-психологический климат после возвращения ребенка в кровную семью, способствует повышению успеваемости и активности детей в разнообразных видах деятельности.

*Детские деревни-SOS* в России – негосударственное образовательное учреждение с уникальной, максимально приближенной к семейной, долгосрочной формой воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Деревня состоит из нескольких домов-коттеджей. В каждом таком доме живёт одна семья — «мать» и 6–8 детей-сирот.

Первая Детская деревня-SOS основана Германом Гмайнером в 1949 году в городе Имст в Австрии. Герман оказывал помощь нуждающимся детям, которые в годы Второй мировой войны потеряли родителей. Благодаря поддержке многочисленных спонсоров и сотрудников на сегодняшний день организация оказывает помощь детям в 132 странах мира. В Детских деревнях-SOS есть программы, где профессионально готовят матерей, которые являются сотрудниками организации и получают зарплату. Существует специальный конкурс на эту должность.

В российском законодательстве и в практике оказания помощи детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, предусмотрена возможность различных форм семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей. Однако значительная часть таких детей остается на попечении учреждений внесемейного воспитания, структура которых достаточно динамично меняется и включает различные типы государственных учреждений.

*Дом ребенка* – учреждение здравоохранения, предназначенное для воспитания и оказания медицинской помощи детям-сиротам, подкинутым детям, детям родителей, не имеющих возможности воспитывать своих детей, и детям с дефектами физического или психического развития. В доме ребенка воспитываются дети от рождения до 3-х лет, дети с дефектами физического или психического развития до 4-х лет. Дети попадают в дом ребенка из роддомов (отказные дети), из больниц и из семей.

*Детский дом* – учреждение, в котором обеспечивается содержание, развитие, образование и воспитание детей в возрасте от 3 до 18 лет, лишившихся попечения

родителей, а также детей одиноких матерей, испытывающих затруднение в их содержании и воспитании.

*Школа-интернат* – учреждение, которое обеспечивает содержание, обучение, развитие и воспитание детей-сирот школьного возраста, а также детей из семей, имеющих проблемы в развитии или обучении. Различают несколько типов интернатов: интернаты с общеобразовательной программой для детей без серьезных проблем в личностном развитии; вспомогательные интернаты для детей с легкой степенью олигофрении и задержкой психоречевого развития (эти интернаты, как и первые, находятся в ведении Министерства образования); интернаты для детей с глубокой умственной отсталостью, находящиеся в ведении Министерства социальной защиты.

Основная цель центров для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей «Центров содействия семейному воспитанию» – предоставление социальных услуг несовершеннолетним воспитанникам, лицам из числа детей, завершившим пребывание в учреждении в возрасте от 18 до 23 лет, а также реализация образовательных программ дошкольного образования и дополнительных общеразвивающих программ для несовершеннолетних воспитанников.

Центры осуществляют следующие виды деятельности:

- Круглосуточный прием и содержание несовершеннолетних воспитанников, в том числе создание им условий пребывания, приближенных к семейным.
- Уход за несовершеннолетними воспитанниками, организация физического развития детей с учетом возраста и индивидуальных особенностей.
- Осуществление полномочий опекуна (попечителя) в отношении несовершеннолетних воспитанников, в том числе защита прав и законных интересов несовершеннолетних воспитанников.
- Деятельность по предупреждению нарушения личных неимущественных и имущественных прав несовершеннолетних воспитанников.
- Консультативная, психологическая, педагогическая, юридическая, социальная и иная помощь родителям несовершеннолетних воспитанников в целях профилактики отказа родителей от воспитания своих детей, ограничения их в родительских правах, лишения их родительских прав, а также в целях обеспечения возможности восстановления родителей в родительских правах или отмены ограничения родительских прав.

- Организация содействия устройству несовершеннолетних воспитанников на воспитание в семью.
- Организация проведения информационных кампаний по привлечению лиц, желающих усыновить (удочерить) или принять под опеку (попечительство) ребенка.
- Подготовка несовершеннолетних воспитанников к усыновлению (удочерению) и передаче под опеку (попечительство).
- Подбор и подготовка граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями несовершеннолетних граждан.
- Психолого-медико-педагогическая реабилитация несовершеннолетних воспитанников.
- Создание условий доступности получения несовершеннолетними воспитанниками с ограниченными возможностями здоровья (т. е. имеющими недостатки в физическом и (или) психическом развитии) с детьми-инвалидами услуг, предоставляемых Учреждением.
- Оказание несовершеннолетним воспитанникам квалифицированной помощи в обучении и коррекции имеющихся проблем в развитии и т.д.

Институализация учреждений закрытого типа для попечения детей-сирот стала ключевым принципом Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761 (далее – Национальная стратегия), в которой определена реализация основополагающего права каждого ребенка жить и воспитываться в семье. В числе основных задач Национальной стратегии названы: гарантирование для всех детей безопасного и комфортного семейного окружения, в условиях которого соблюдаются права ребенка и исключены любые формы жестокого обращения с ним; обеспечение профилактики семейного неблагополучия, основанной на его раннем выявлении; индивидуализированной адекватной помощи семье, находящейся в трудной жизненной ситуации, оказываемой на межведомственной основе; приоритете воспитания ребенка в родной семье. Увеличение потребности в реабилитации и коррекции социальных сирот и детей требует изменения стратегии и тактики профилактических мероприятий, их адресности и направленности на семьи группы риска по социальному сиротству.

Правовую основу деятельности по профилактике семейного неблагополучия, социального сиротства, беспризорности, безнадзорности составляет ряд

законодательных актов Российской Федерации, в том числе: Гражданский кодекс Российской Федерации; Семейный кодекс Российской Федерации; Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях; Уголовный кодекс Российской Федерации; Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»; Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»; Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

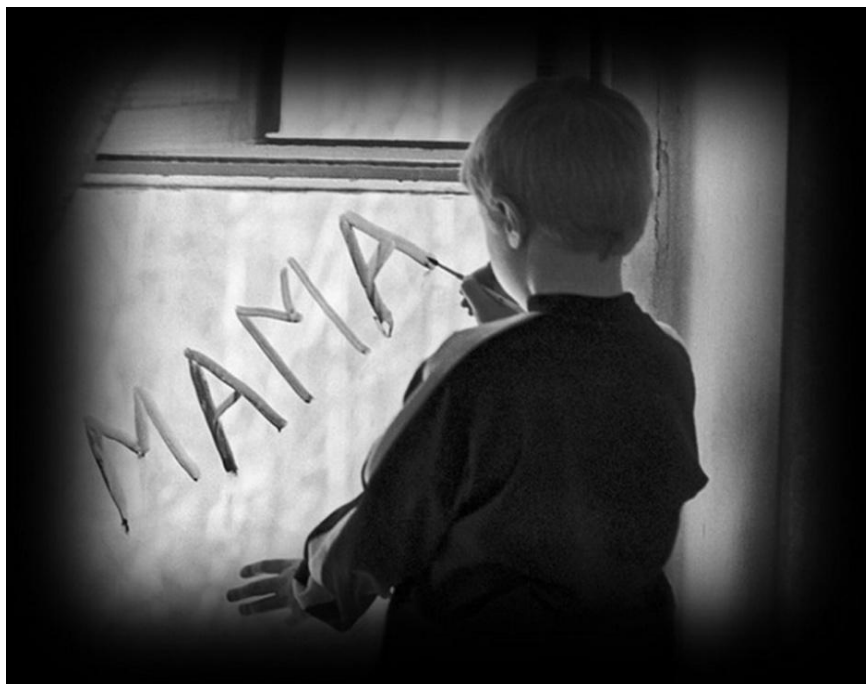
В целях формирования государственной семейной политики распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1618-р утверждена Концепция государственной семейной политики Российской Федерации на период до 2025 года (далее – Концепция государственной семейной политики), в целях ее выполнения распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 апреля 2015 г. № 607-р утвержден план мероприятий на 2015–2018 годы по реализации первого этапа Концепции государственной семейной политики на период до 2025 года.

Приоритетами государственной семейной политики на современном этапе названы: утверждение традиционных семейных ценностей и семейного образа жизни; возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций в семейных отношениях и семейном воспитании; создание условий для обеспечения семейного благополучия, ответственного родительства, повышения авторитета родителей в семье и обществе; поддержание социальной устойчивости каждой семьи.

Мероприятия по профилактике семейного неблагополучия и жестокого обращения с детьми носят комплексный характер и осуществляются органами внутренних дел во взаимодействии с другими субъектами системы профилактики социального сиротства. В целях организации взаимодействия субъектов системы профилактики, в данной сфере в регионах Российской Федерации принимаются различные программы, направленные на предупреждение семейного неблагополучия и жестокого обращения с детьми. Программно-целевой метод обеспечивает высокий уровень межведомственной координации, является инструментом выработки эффективных способов решения проблемы семейного неблагополучия, а также социальной поддержки и улучшения положения детей.

Министерством внутренних дел Российской Федерации и его территориальными органами первоочередное внимание уделяется предупреждению и раннему выявлению семейного неблагополучия как одного из основных факторов, способствующих снижению уровня защищенности детей.

## *2.2. Особенности развития ребенка, оставшегося без попечения родителей*



Первым объектом привязанности ребенка для ребенка являются его родители. Отношения привязанности являются образцом для выстраивания связей с другими людьми. У детей, оставшихся без попечения родителей, эта эмоциональная связь бывает нарушена, и, поскольку у них не развилась способность к близким связям в течение раннего периода, во взрослой жизни они часто оказываются неспособны испытывать глубокую привязанность и завязывать с другими людьми глубокие отношения.

К факторам, оказывающим наибольшее влияние на развитие ребенка, оставшегося без попечения родителей, относят импринтинг (запечатление образа родителя), привязанность и депривацию. Период формирования образа родителя (импринтинг) у ребенка составляет первые 5 часов его жизни. Совместное пребывание ребенка и матери в этот момент является прочной основой формирования будущих отношений, при которых ребенок будет следовать указаниям родителей. В обычной ситуации формирование образа родителя происходит само собой. В ситуации, когда совместное пребывание матери и ребенка невозможно или мать сама отказывается от

него, естественного импринтинга не происходит, в результате чего в будущем взрослым придется приложить немало усилий, чтобы стать авторитетной для ребенка фигурой.

Фактором, оказывающим наибольшее влияние на развитие ребенка, является депривация или лишение возможности удовлетворения важных потребностей: на уровне ощущений (сенсорном), на уровне формирования картины внешнего мира (когнитивном), на уровне установления эмоциональных связей (эмоциональном) и на уровне отождествления себя с одобряемыми в обществе социальными ролями (социальном).

Как показывает практика, сенсорные нарушения начинаются у ребенка еще в утробе матери, когда она отрицательно относится к своей беременности, не изменяет своих привычек, особенно тех, которые связаны со злоупотреблениями алкоголем или другими психоактивными веществами. Отказ от младенца и помещение его в дом ребенка, психологическое неприятие его после родов снижают количество телесных, слуховых, зрительных контактов с матерью. Это может вызвать у ребенка состояние психологического дискомфорта, способствовать нарушению ритма сна и бодрствования, сформировать эмоциональную неустойчивость и привести к чрезмерно беспокойному, плохо управляемому поведению.

Проблемы развития на сенсорном уровне могут отрицательно повлиять и на следующий когнитивный (интеллектуальный) уровень. Ребенок начинает активно развиваться, когда мир представляется ему безопасным, когда он постоянно чувствует заботу и поддержку близких. Всего этого лишены дети, воспитывающиеся в детском доме, или в условиях пренебрежения их основными нуждами. Они более тревожны и неуверенны, вследствие чего менее активно осваивают окружающий мир. К тому же их мозгу поступает значительно меньше сигналов от органов чувств (с ними меньше общаются, играют и занимаются), обрабатывая которые, мозг развивается. Поэтому почти у всех детей, оказавшихся в социальных учреждениях закрытого типа, наблюдаются те или иные проблемы интеллектуального характера: ограниченный запас знаний; недостаточная сформированность отдельных психических функций; низкая умственная работоспособность; отсутствие мотивации к обучению; формальное усвоение знаний, неспособность использовать их при решении задач; задержка психического развития; педагогическая запущенность.

В силу недостаточного интеллектуального развития дети, воспитывающиеся вне семьи, довольно часто испытывают трудности в понимании мимики окружающих и интерпретируют ее как враждебную. Поэтому в их поведении могут появляться агрессивные реакции, которые окружающим будут казаться беспричинными. Также у большинства оторванных от родителей детей развиваются чувства тревоги и неуверенности в себе, ухудшается эмоциональная регуляция.

Другой проблемой, которая характеризует детей, оставшихся без попечения родителей, является неэмоциональное, безразличное отношение ко всему окружающему. Дети, воспитывающиеся в семьях, естественным образом идентифицируют себя с родителями, чувствуют свою принадлежность к роду, семейной истории. И это позволяет им формировать одобряемые обществом модели поведения, выполнять положительные социальные роли: ученика, сына, профессионала, родителя и т.д. Дети, оставшиеся без попечения родителей, с трудом осознают свою идентичность, т.е. кто они или чьи они. Они не имеют положительной модели выстраивания отношений в семье, а значит, не знают, как можно эффективно взаимодействовать с окружающими.

Многие специалисты считают, что у детей, растущих в детских учреждениях, наблюдается не просто отставание в развитии или недоразвитие личностных механизмов, а интенсивное формирование принципиально иных механизмов, с помощью которых ребенок приспосабливается к жизни. Как известно, дети попадают в дом малютки практически сразу после своего рождения в случае отказа родителей от ребенка. В этом возрасте для детей очень важны эмоционально близкие отношения. Ввиду их отсутствия дети вялые, апатичные, лишены жизнерадостности, у них снижена познавательная активность, эмоциональные проявления упрощены. У детей нарушаются механизмы, которые лежат в основе формирования личности ребенка: отсутствует привязанность к взрослому, развиваются недоверие, замкнутость, пассивность. В основе этих психических и физических отклонений лежит материнская депривация в том возрасте, когда для ребенка особенно важна мать и контакты с ней.

У малышей второго и третьего года жизни к перечисленным особенностям добавляются новые: пониженная любознательность, отставание в развитии речи, задержка в овладении предметными действиями, отсутствие самостоятельности. У

детей из семьи в этом возрасте (от 1 до 3 лет) наблюдается активная предметно-манипулятивная деятельность.

Дети-сироты дошкольного возраста (от 3 до 7 лет), как правило, попадают в детский дом из семей, где родители лишены родительских прав, либо из домов малютки. Дошкольный возраст – это время, когда ребенок стремится к самостоятельности, ребенок впервые начинает устанавливать отношения с миром взрослых людей, проходит первичную социализацию. Социальной ситуацией развития на данном этапе является «ребенок – общественный взрослый». Ведущей деятельностью у дошкольников является игровая деятельность. В игре формируется характер ребенка, происходят изменения в познавательной деятельности ребенка. Игровое действие развивает процесс воображения, таким образом, ребенок принимает на себя роль взрослого, создает игровую ситуацию. Развивается наглядно-образное мышление. Дети, воспитывающиеся в условиях детского дома, не владеют игровой деятельностью. Новые предметы не побуждают детей к совместной игре. Завладев ими, дети пытаются их спрятать или просто держат в руках. Игровые действия детей осуществляются чаще всего под руководством взрослого. Через игру ребенок получает свой первый опыт взаимодействия с окружающими.

На стадии дошкольного возраста у детей начинают формироваться этические и моральные чувства. Но у ребят из детских домов, как правило, эти качества остаются несформированными. Прежде всего, они проявляют большой интерес ко взрослому: часто обращаются к воспитателю, стремятся любым путем завладеть его вниманием. Все это говорит о том, что дети явно испытывают потребность во внимании взрослого. И что интересно, у ребенка из семьи в общении со взрослым главным является познавательный мотив, тогда как у детей-сирот доминирующим мотивом общения является потребность во внимании и доброжелательности.

Для большинства детей выбор предпочитаемой ситуации общения оказывается трудной задачей. Наименее доступна и привлекательна для детей внеситуативно-личностная беседа. Эта форма общения мало знакома воспитанникам детского дома. Вопросы типа «Кто тебе больше нравится?», «Что ты больше всего любишь?» смущают детей, они отводят глаза, опускают голову, отходят от экспериментатора. Для детей гораздо важнее любых разговоров с воспитателем непосредственный физический контакт с ним. Ведь для ребенка детский дом является семьей, домом, а воспитатель «мамой».



Уровень развития общения ребенка со взрослым во многом определяет характер его контактов со сверстниками. Только взрослый может научить детей умению видеть субъективные качества другого ребенка, способствовать углублению детских контактов. Испытывая дефицит общения со взрослым, воспитанники детских домов спонтанно вступают в контакт с посторонними «чужими» людьми, отдавая предпочтение непосредственному физическому контакту с ними. Такое поведение можно считать своеобразной формой ситуативно-личностного общения, в которой средства общения не соответствуют мотивам и потребностям.

Контакты со взрослыми и со сверстниками в детском доме у детей-сирот дошкольного возраста выражены гораздо слабее, чем у детей из семьи, они однообразны, малоэмоциональны и сводятся к простым обращениям и просьбам. В основе отставания лежит отсутствие эмпатии, т.е. сочувствия, сопереживания, умения и потребность разделить свои чувства, переживания с близким человеком

Для детей-сирот дошкольного возраста характерна двигательная расторможенность, импульсивность, неумение планировать свои действия, отсутствие сосредоточенности. Кроме того, они не фиксируют в сознании свои действия, у них не развит временный план собственных действий. Характерной чертой является ситуативность желаний, неспособность решения задач, требующих внутренних операций, недостаточно сформирована игровая деятельность, плохо развито самосознание, детям не хватает личного внимания и любви со стороны окружающих их людей.

Младший школьный возраст (от 7 до 10 лет) для детей из детских домов приводит к глубокой перестройке его отношений с взрослыми и сверстниками. Новая социальная ситуация ужесточает условия жизни ребенка: во-первых, у него появляются обязанности перед школой; во-вторых, ребенок должен адаптироваться в новом «доме», в новой «семье». Ведущей деятельностью младшего школьника становится учебная деятельность, к которой, как правило, не сформирована мотивация и недостаточно развиты способности планомерно исследовать предметы, явления, выделять их свойства.

Дефект восприятия может иметь последствия не только для обучения в школе, но и для общего психического развития ребенка. У воспитанников детского дома, как правило, такое умение не сформировано. У них недостаточно развито наглядно-образное мышление и логические операции обратимости. Доминирующими

оказываются классификационные формы мышления. Кроме того, воспитанники детского дома не так успешны в решении конфликтов в общении с взрослыми и со сверстниками, чем учащиеся обычной школы. Дети-сироты более агрессивны, чаще стремятся обвинить окружающих, не умеют и не желают признавать свою вину, т.е., по существу, имеет место доминирование защитных форм поведения в конфликтных ситуациях и неспособность конструктивно решать конфликты.

Для младших школьников, воспитывающихся в детских домах, в качестве ведущих выступают два симптомокомплекса – «тревога по отношению к взрослым» и «враждебность по отношению к взрослым». Первый, отражающий беспокойство, неуверенность ребенка в том, интересуется ли им воспитатель, принимает ли его, любит ли его. Второй симптомокомплекс показывает различные формы неприятия ребенком взрослого и может быть началом враждебности, депрессии, агрессивности, асоциального поведения – «исключительно нетерпелив, кроме тех случаев, когда находится в отличном настроении; иногда стремится, а иногда избегает здороваться с воспитателем». Подобные трудности в общении со взрослыми могут быть связаны с тем, что ребенок в детском доме с раннего возраста сталкивается с большим количеством людей, в результате чего у него не формируются устойчивые эмоциональные связи, развивается эгоцентризм и незаинтересованность в социальных отношениях.

Гипертрофированная потребность в общении со взрослым и полная ее неудовлетворенность приводят к тому, что на фоне выраженного стремления к общению с воспитателем младшие школьники из детских домов проявляют агрессивность по отношению ко взрослому. Потребность в доброжелательном отношении взрослого сочетается с глубокой фрустрацией в интимно-личностном общении с ним. Мотивационные предпочтения определяются особенностями общения со взрослыми, важным для них является ласка, похвала, одобрение учителем или воспитателем. На низком уровне у детей из детских домов развиты и навыки общения со сверстниками.

Подростковый возраст относится к числу переходных и критических периодов онтогенеза. Этот особый статус возраста связан с изменением социальной ситуации развития подростков, с их стремлением приобщиться к миру взрослых, ориентацией поведения на нормы и ценности этого мира. В этом возрасте особое значение принимает интимно-личностное общение. Основными новообразованиями у детей,

воспитывающихся в семье, являются стремление к взрослости, потребность в самоуважении, критическое отношение к окружающим, формируется самооценка. Подросток, воспитывающийся в условиях детского дома, сложнее проходит (переживает) данный этап.

Особенности психического развития воспитанников детских домов проявляются в первую очередь в системе их взаимоотношений с окружающими людьми, которые связаны с устойчивыми и определенными свойствами личности таких детей. К 10–11 годам у подростков устанавливается отношение к взрослым и сверстникам, основанное на их практической полезности для подростка, формируются «способность не углубляться в привязанности», поверхностные чувства, иждивенчество, осложнения в становлении самосознания и другое. В общении подростков присутствует назойливость и потребность в любви и внимании. Проявление чувств характеризуется, с одной стороны, бедностью, с другой – острой аффективной окрашенностью. Им свойственны взрывы эмоций – бурная радость, гнев, отсутствие глубоких, устойчивых чувств. Наличие потребности у детей-сирот во внимании, любви со стороны взрослого, свидетельствуют о том, что дети охотно идут на контакт с окружающими их людьми.

Общение воспитанников детского дома друг с другом имеет свои особенности. У детей-сирот в общении преобладает местоимение «мы», это особое психологическое образование, весь мир они делят на «своих» и «чужих». В детских домах ребенок постоянно общается с одной и той же группой сверстников, причем сам он не может предпочесть ей какую-либо другую группу. Принадлежность к определенной группе сверстников становится как бы безусловной, это ведет к тому, что отношения между сверстниками складываются не как приятельские, дружеские, а по типу родственных. Такую безусловность в общении со сверстниками в детском доме можно рассматривать как положительный фактор, способствующий эмоциональной стабильности, защищенности; с другой стороны – подобные контакты не способствуют развитию навыков общения с другими сверстниками. Трудности общения обусловлены низким уровнем коммуникативных навыков, неадекватностью эмоциональных реакций, ситуативностью поведения, неспособностью к конструктивному решению проблемы.

Юношеский возраст (16–18 лет) у воспитанников детских домов характеризуется специфической ориентацией на будущее, которая у юношей,

воспитывающихся в семьях, значительно глубже. Если для детей из семьи характерно большое количество мотивов, реализация которых связана с достаточно отдаленным будущим (стремление поступить в институт, обзавестись в зрелые годы семьей, достичь успехов в профессиональной деятельности и т.п.), то у воспитанников интерната преобладают мотивы сегодняшнего дня или ближайшего будущего (пойти поиграть в футбол, продолжить занятия в волейбольной секции т. п.), а мотивы отдаленной перспективы оказываются практически не выраженными.

Начиная с самого раннего возраста развитие всех аспектов «Я» (представления о себе, отношения к себе, образа «Я», самооценки) у воспитанников домов ребенка и детских домов не просто отстает, но имеет качественно иную форму, развивается по другому типу. У них, в частности, складывается устойчивая заниженная самооценка, которая, в свою очередь, мешает построению жизненных планов на будущее. Профессиональная перспектива может быть полноценно сформирована лишь как часть целостной временной перспективы будущего. Сюда входят и мотивы общения с другими людьми в будущем (стремление иметь друзей, вступить в брак), и мотивы, связанные с развитием собственного «Я». Эти группы мотивов временной перспективы также значительно менее выражены у воспитанников детского дома. Они представлены незначительно и относятся лишь к периоду актуальной жизнедеятельности и самого ближайшего будущего. Так, профессиональное самоопределение для воспитанников детских учреждений становится очень часто профессиональным распределением.

Согласно данным статистики, сегодня успешно социализируются лишь около 10 % выпускников интернатных учреждений, остальные пополняют ряды социальных аутсайдеров. После ухода из детского дома выпускники сталкиваются с реальной жизнью, к которой, как правило, абсолютно не приспособлены. Существует ряд проблем, затрудняющих процесс социальной адаптации. Их условно можно разделить на две группы: проблемы субъективного и объективного характера. К проблемам субъективного характера относятся:

- иждивенческая позиция, выраженная экстернальная реакция на неудачи, неразвитая готовность к взаимопомощи;
- личностные особенности (специфичность ценностной иерархии: чуткость, счастье других людей рассматривается как незначимые ценности; моральное потребительство, несформированность жизненных перспектив);

– потребность выпускников во внешнем контроле.

К проблемам объективного характера относятся:

– отсутствие механизма конструктивного, скоординированного межведомственного взаимодействия. Практически отсутствует преемственность жизни в детском доме и самостоятельной жизни выпускников;

– негативная установка детей-сирот по отношению к органам социально-психологической помощи (недоверие и нежелание обращаться за данным видом помощи).

Безусловно, выявленные трудности свидетельствуют о необходимости создания комплексной непрерывной системы сопровождения выпускников детских домов.

### *2.3. Технологии работы с детьми, оставшимися без попечения родителей*



Обеспечение результативности социальной работы в различных сферах жизнедеятельности детей, оставшихся без попечения родителей, зависит от комплексного использования технологий социальной работы.

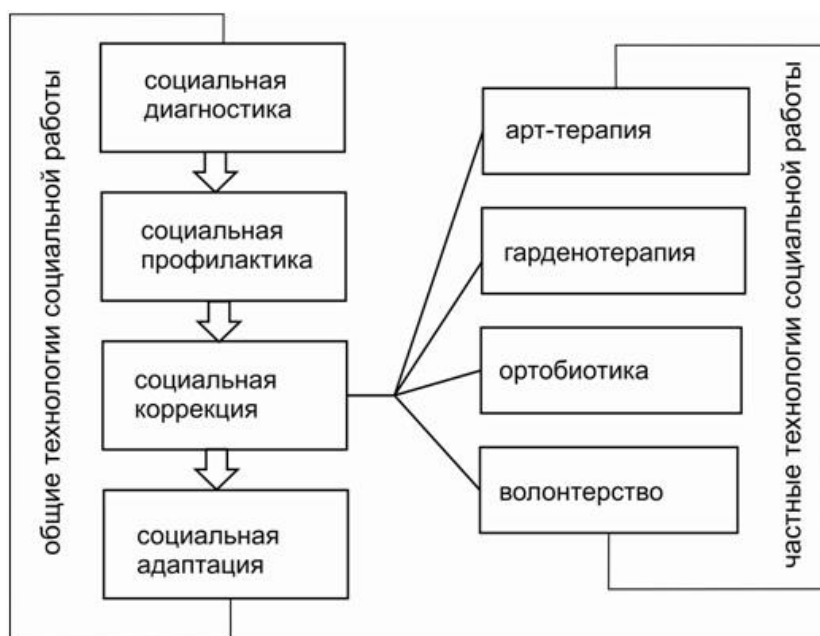
Технология социальной работы – это последовательность деятельности, в результате которой достигается поставленная социальная цель и преобразуется объект воздействия. Эта деятельность не является одноразовым актом воздействия, а представляет собой совокупный процесс, который характеризуется сменой содержания, форм, методов, которые циклично повторяются при решении каждой новой задачи в социальной работе.

Технологии социальной работы с детьми, оставшимися без попечения родителей, обладают рядом особенностей. Применение общих технологий

(диагностика, профилактика, коррекция, адаптация) в решении проблем данной группы мало отличается от их применения в работе с другими категориями детей. Частные технологии (арт-терапия, технология добровольчества, гарденотерапия, музыкотерапия, игровая терапия, ортобиотика) ориентируются на выбор методов, которые максимально приближены к реальной практике жизнедеятельности.

Современные технологии социальной работы позволяют специалистам своевременно удовлетворять жизненно важные потребности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воздействовать на формирование качества и уровня их жизни.

К наиболее важным видам общих технологий социальной работы относятся социальная диагностика, социальная профилактика, социальная коррекция, социальная адаптация (рис. 1).



**Рис. 1.** Технологии социальной работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей

*Технология социальной диагностики* – это комплексная система, включающая в себя последовательность процедур и операций, направленных на определение и оценку состояния детей, оставшихся без попечения родителей. В практике социальные работники используют методики при работе с детьми, относящимися к разным категориям, ориентируясь прежде всего на возраст ребенка.

*Социальная профилактика* представляет собой целенаправленную, сознательную, социально организованную деятельность по предупреждению

возможных психолого-педагогических, социальных, правовых и других проблем, социального отклонения или удержанию их на социально терпимом уровне с помощью нейтрализации или устранения порождающих их причин. В применении к детям, оставшимся без попечения родителей, данная технология представляет собой тот же набор принципов и инструментов, которые используются в работах с детьми, воспитываемыми родителями.

*Технология социальной коррекции* – это объединенная последовательность процедур и операций, направленная на исправление отклонений в поведении и развитии детей на основе создания оптимальных условий и возможностей для раскрытия личностного потенциала детей, оставшихся без попечения родителей. В силу специфики познавательной сферы и личности детей, оставшихся без попечения родителей, выбор частных технологий коррекционной работы требует особого подхода (следует отдавать приоритет тем технологиям, которые максимально приближены к реальной жизнедеятельности человека).

*Технология социальной адаптации* – это объединенная последовательность процедур и операций, направленная на приспособление детей, оставшихся без попечения родителей, к принятым в обществе нормам и правилам поведения, окружающей их среде жизнедеятельности. В работе с детьми, оставшимися без попечения родителей, данная технология приобретает особую актуальность и требует постепенного перехода к самостоятельности в своей жизнедеятельности детей, воспитываемых в учреждениях интернатного типа.

Общие технологии социальной работы – система оптимальных способов преобразования, регулирования социальных отношений и процессов жизнедеятельности детей, оставшихся без попечения родителей. Применение данных технологий происходит в соответствии с базовыми принципами и мало учитывает особенностей определенной категории детей. Особенности конкретной группы детей приобретает актуальность при разработке частных технологий социальной работы с детьми, которые представляют собой технологии, предназначенные для воздействия на самих детей, либо на социальную сферу их жизнедеятельности.

Главная задача реализации частных технологий – это помощь детям, оставшимся без попечения родителей, в их социализации посредством технологии социальной коррекции психического развития и формирования необходимых социальных навыков. К частным технологиям социальной работы с детьми,

оставшимися без попечения родителей, можно отнести арт-терапию, гарденотерапию, ортобиотику, технологию добровольчества и другие.

Коррекционные методы данных технологий применяются, когда нарушения в поведении детей, оставшихся без попечения родителей, связаны с задержкой психического развития вследствие неполноценности центральной нервной системы, социально-педагогической запущенности. В этом случае применяют аналогичные развивающие программы и программы развивающих занятий с имитацией семейных отношений и семейных ролей путем моделирования ситуаций, а также методы развития социальных контактов в тренировочных группах по выработке навыков общения. Тренировочная группа имеет иерархические взаимодействия и развивающую структуру, благодаря чему помогает сформировать социальные качества личности детей, оставшихся без попечения родителей.

Для решения проблемных ситуаций, преодоления страха детей, оставшихся без попечения родителей, применяют методы арт-терапии. Проективный характер имеют методы психодрамы и игротерапии, основанные на самовыражении ребенка и адекватном разрешении им проблемных ситуаций. Телесно-ориентированную терапию используют для профилактики агрессии у детей. Когнитивную терапию используют при работе с детьми, имеющими посттравматические стрессовые расстройства.

Технологии самосбережения людьми здоровья и наполнения ее жизненным оптимизмом разрабатываются в русле науки о разумном образе жизни – ортобиотике. Технологии ортобиотике основываются на двигательной активности, духовно-нравственной практике работы с дыханием, коммуникативной деятельности, обсуждении, игре. Данная технология способствует развитию функций организма, духовному становлению, формированию позитивного мышления, осмыслению личных проблем, выработки позитивной установки с помощью жизненной программы, тренингу эмоций.

Модель деятельности ортобиотике предполагает:

– позитивно направленную досуговую деятельность (например, путешествия, занятия изотворчеством, танцами, играми и другое), которая способствует формированию у детей-сирот сильных эмоций, оптимизируя психологические установки личности на преодоление различного рода жизненных препятствий;

поощрение участия детей во всех видах досуговой деятельности, приносящей им радость, хорошее настроение, удовлетворение от полученных результатов;



– дифференцированный подход к подбору вида досуговой деятельности, учитывая специфичность потребностей детей-сирот.

Такой подход способствует формированию у детей позитивного отношения к жизни. Эта модель успешно применяется в практической деятельности социальных работников, педагогов, психологов, аниматоров в работе с проблемными детьми.

*Гарденотерапия* – это особое направление психосоциальной, трудовой и педагогической коррекции при помощи приобщения детей, оставшихся без попечения родителей, к работе с растениями. Практика показывает, что дети из детского дома успешно справляются с работой на земле, выращиванием растений и созданием из них различных произведений. Такая деятельность напрямую связана с положительным воздействием энергетики земли, растений, что само по себе действует терапевтически. Особое эмоциональное настроение, связанное с выполнением необходимой работы, психически балансирует и успокаивает. Это важно при групповом выполнении работ. Кроме того, развивается тактильная и психологическая чувствительность к живому, прививаются трудовые навыки, удовлетворяется познавательная потребность.

*Технология добровольчества* – это широкий круг деятельности, включая традиционные формы взаимопомощи и самопомощи, официальное предоставление услуг и другие формы гражданского участия, которая осуществляется добровольно на благо широкой общественности без расчёта на денежное вознаграждение. Привлечение детей, оставшихся без попечения родителей, к добровольческому движению, решает одновременно несколько задач:

– охват этой работой достаточно большой аудитории лиц из числа детей, оставшихся без попечения родителей, что важно при существенной потребности в оказании различных видов помощи нуждающимся лицам, дефиците специально подготовленных кадров социальных учреждений;

– формирование устойчивых антидевиантных установок как у самих добровольцев, так и у тех ребят, с которыми они занимаются;

– развитие чувства самоуважения и ответственности, повышение личностной самооценки у добровольцев и их подопечных;

– повышение уровня качества добровольческого движения.

Частные технологии ориентируются на целостный подход к детям, оставшимся без попечения родителей, учет их интересов, потребностей, ценностных ориентаций.

Они способствуют созданию общественных условий, способствующих мобилизации потенциала внутренних сил личности для решения возникших проблем и трудностей.

В добровольческой деятельности с детьми-сиротами, детьми, оставшимися без попечения родителей, и лицами из числа детей-сирот, оставшихся без попечения родителей, социально ориентированные НКО руководствуются положениями, отраженными в Федеральном законе от 21.12.1996 № 159-ФЗ (ред. от 28.11.2015) «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

В своей благотворительной деятельности социально ориентированные НКО охватывают категории сирот: дети-сироты; дети, оставшиеся без попечения родителей; лица из числа детей-сирот, оставшихся без попечения родителей. На данный момент в России деятельность благотворительных, социально ориентированных НКО регулируется следующим юридическим документом: Федеральный закон от 11 августа 1995 г. № 135-ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях». Закон определяет понятие доброволец – физическое лицо, осуществляющее благотворительную деятельность в форме безвозмездного выполнения работ, оказания услуг (добровольческая деятельность).

Главные направления помощи детям-сиротам, которые осуществляют социально ориентированные НКО, представлены на рис. 2.



**Рис. 2.** Направления добровольческой деятельности социально ориентированных НКО

В реализации каждого направления основную роль играют добровольцы. Добровольцы ежедневно оказывают всестороннюю помощь по всем программам: они занимаются поиском необходимой информации в Интернете; участвуют в акциях сбора и доставки благотворительной помощи, в поездках к детям-сиротам с мастер-классами; ведут работу с семьями, находящимися в социально опасном положении; организуют процесс обследования и лечения детей-сирот и т.д. (см. Дополнение 4)

Особая категория в добровольческой работе – дети и родители, сопровождаемые специалистами НКО и принимающие активное участие в добровольческой деятельности. Они одновременно являются и субъектом, и объектом добровольческой деятельности. Даная группа занимается раздачей листовок на акциях, информированием о проектах и программах, участвует в благотворительных вечерах, где люди делятся своим опытом взаимодействия с НКО. Персональный опыт, озвучиваемый непосредственными участниками, очень важен для формирования положительного образа благотворительности НКО в целом.

### **Дополнение 1. Внутренний мир детей, оставшихся без попечения родителей**



Расставание с родителями зачастую наносит сильнейшую психологическую травму ребенку. Детям трудно высказать свои переживания и чувства, они переживают горе ничуть не меньше, чем взрослые. Как именно дети переживают разлуку, зависит от их возраста и индивидуальности. Для ребенка, который недостаточно ещё владеет речью, но уже потерял родителей, горе становится исключительно эмоциональным и физическим. Разлука с родителями в раннем

детстве наносит психологическую травму ребенку, разрушает душу изнутри своим физическим переживанием. Ребенок словно отделяется от внешнего мира. Физическое отсутствие родителей, которые были так близки малышу, оставляет в его сознании психологическую пустоту.

Дети до 5 лет осознают и объясняют мир, учитывая при этом действия и мнения окружающих их взрослых людей. Ребенок часто не способен понять причину отсутствия рядом с ним родителей. Он не в состоянии понимать абстрактные слова и абстрактные объяснения этого. Ребенок осознает и воспринимает лишь конкретные события и действия. Дети принимают действительность постепенно и часто колеблются между отрицанием и принятием разлуки с родными. Их пугает тот факт, что они не способны объяснить свои мысли в ответ на переживаемые события, поэтому дети очень часто нуждаются во взрослых, чтобы те смогли помочь им разобраться в случившемся. Наилучшая помощь в таком случае – это включение взрослого в ситуацию ребенка и постепенное выстраивание с ребенком надежной эмоциональной связи. Таким образом, взрослый продолжает внезапно остановившийся диалог. Этот контакт впоследствии может стать прочной базой, благодаря которой малыш сможет справиться с разлукой с родителями.

Ребенок 4–6 лет полагает, что мысли его могут как-то влиять на окружающий мир. Ребенок, по сути, живет в иллюзии собственного всемогущества, ему не по силам отделить фантазии от реальной жизни. У детей 4–6 лет сильно развито воображение, причем им самим порой трудно выразить словами свои мечты и фантазии. Ребенок не всегда уверен в том, что его фантазии на самом деле существуют в реальном мире, может быть, они живут лишь в его голове. Это обстоятельство делает переживание разлуки с родителями более сложным, чем у взрослых. Когда дети становятся чуть старше, они уже начинают понимать, что папа или мама по каким-то причинам расстались с ним. Ребенок скучает, тоскует по ним, но ему грустно без тех приятных фантазий, которые у него были раньше. Эти фантазии не в состоянии долго защищать ребенка от тяжелых мыслей, и ребенку нужно найти новые способы борьбы с ними.

Дети 7–9 лет уже понимают, что ряд обстоятельств в их жизни невозможно изменить. Но, наблюдая и понимая их, ребенку не дано управлять и влиять на эти ситуации. И эта беспомощность может вызвать у ребенка чувства тоски и тревоги.

Даже у детей 10–12 лет, которые пережили разлуку с родителями, можно видеть фрагментарность в поведении: у них быстро меняется состояние грусти и радости. Это проявление психологической защиты от состояния страдания и тревоги. В возрасте 10 лет ребенок лучше понимает, что произошло в его жизни, и начинает задумываться над смыслом произошедшего и над несправедливостью жизни. Как правило, дети 10 лет и старше не хотят делиться своими мыслями, так как для них переживания очень мучительны.

Подростковый возраст (11–15 лет) – нелегкое время для переживания сиротства. Защитные механизмы психики в этот период ослаблены, подросток на данном этапе познает самого себя. Задается вопросом: «Кто я?» Ему нужны ролевые модели поведения взрослого человека, чтобы определиться со своим поведением или отказаться от некоторых действий или мыслей. Весь мир ребенку словно становится чужим. Ребенку на данном этапе нужно помочь осознать случившееся и жить дальше. Часто дети вообще не выказывают никаких сильных эмоций. Порой их реакция на случившееся выражается протестом, озлобленностью или же слезами.

## **Дополнение 2. Виды депривационных нарушений у детей, оставшихся без попечения родителей**



Глубина и тяжесть депривационных нарушений индивидуально различается в зависимости от срока наступления депривационного воздействия, его длительности и интенсивности, а также от качества депривационного воздействия. Выделяют следующие группы потребностей ребенка, удовлетворение которых должно быть обеспечено родителями и социальной средой развития до 16 лет:

- физиологические потребности (голод, жажда, одежда, дом, соматическое здоровье);
- потребность в безопасности (чувство защищенности, избавление от страха, неудач, агрессивности);
- потребность в принадлежности и любви (ощущение принадлежности к семье, общности; быть в семье (общности) признанным, принятым, понятым, любимым);
- потребность в открытом выражении своих чувств;
- потребность в уважении (компетентность, достижение успехов, одобрение, признание, авторитет);
- познавательные потребности (знать, уметь, понимать);
- эстетические потребности (гармония, красота, порядок);
- потребность в самоактуализации, самореализации (реализация своих целей, способностей, развитие собственной личности).

У детей, оставшихся без попечения родителей, живущих в интернатных учреждениях, практически все эти потребности не удовлетворяются, у таких детей возникают депривационные нарушения. Среди них наиболее часто встречаются:

- аффективная лабильность, эмоциональная слабость,
- аффективная взрывчатость,
- депримированность (уныние, подавленность, скука),
- дистимия (мрачность, тревожность, беспокойство),
- страхи (опасения) днем, ночью,
- стремление к уединению, замкнутость,
- ипохондричность (фиксация на своем здоровье),
- заторможенность,
- грустные мысли (переживания вины, неполноценности, ответственности),
- суицидальные мысли, намерения, поступки,
- нарушение социальной приспособляемости,
- эпизоды приема алкоголя, лекарственных веществ,
- бродяжничество,
- манкирование школьными занятиями, ухудшение успеваемости,
- утрата способности участвовать в аффективных играх,

- агрессивность, разрушительные действия,
- аутоагрессивность (склонность к самоповреждениям),
- мутизм и другие речевые нарушения,
- расторможенность, отвлекаемость,
- нарушение дисциплины и поведения,
- расстройства сна.
- энурез, энкопроз,
- головные боли,
- сосание пальца, языка, губ,
- онихофагия (привычка грызть ногти), трихотилломания (вырывание волос),
- мастурбация,
- желудочно-кишечная симптоматика (колики, анорексия, запоры),
- сердечная симптоматика,
- тики, яктация (ночные качания и биения).

### **Дополнение 3. Опыт постинтернатной адаптации выпускников детских домов (г. Санкт-Петербург)**



В социальной гостинице «Мечта» г. Санкт-Петербурга накоплен значительный позитивный опыт работы с детьми-сиротами. Система работы в гостинице построена на индивидуально-семейном принципе. Большинство воспитанников гостиницы (в настоящее время именуемые клиентами гостиницы) ранее семей не имели или проживали в асоциальных семьях. Необходимо было смоделировать работу

гостиницы так, чтобы каждый воспитанник осознавал, что он часть большой семьи и от его участия зависит общее благополучие, где каждый имеет круг своих обязанностей, выполнение которых является жизненно необходимой нормой.

Модель самостоятельного проживания включает с себя такие важные вопросы, как:

- ведение домашнего хозяйства, приготовление пищи;
- рациональное использование денежных средств;
- развитие навыков конструктивного межличностного взаимодействия;
- развитие навыков компромиссного поведения;
- знания правовых вопросов и др.

Основной деятельностью специалистов социальной гостиницы «Мечта» является поэтапная работа по индивидуальным программам социально-психологического сопровождения выпускника, воспитание у него гражданского самосознания, содействие в профессиональном самоопределении, включение в разнообразные виды жизнедеятельности.

*Алгоритм социальной работы состоит из следующих этапов:*

I этап – диагностический.

Первичный прием и изучение статуса клиента, изучение потребностей клиента в социальных услугах. Знакомство и изучение личных документов клиента, проведение социально-психологических тестов, направленных на определение уровня социализации клиентов. Заполнение диагностических карт социальных умений и навыков.

II этап – организационный.

Совместная работа клиента и специалистов в составлении индивидуальной программы социально-психолого-педагогического сопровождения; создание условий для переживания клиентом чувства защищенности, безопасности, удовлетворенности собой.

III этап – реализационный.

Реализация индивидуальной программы сопровождения клиента, которая включает все сферы жизнеобеспечения, где клиент – главный исполнитель.

IV этап – подведение итогов, рефлексия.

На данном этапе оценивается эффективность проделанной работы. Оценивается уровень социализации выпускников, их готовность к самостоятельной жизни.



V этап – сопровождение выпускников в самостоятельной жизни.

Когда воспитанники гостиницы «Мечта» получают жилую площадь, покидают гостиницу, начиная жить самостоятельно, они продолжают находиться на сопровождении (патронаже) педагогического коллектива с целью выявления актуальных проблем и своевременного оказания помощи в их решении.

Результаты применения мероприятий индивидуального сопровождения выпускников детских домов, а также статистического анализа данных измерения показателей социальных умений позволяют сделать вывод о повышении общего уровня социализации воспитанников за время проживания в социальной гостинице «Мечта». Качество социальной адаптации поддерживается и за счёт проведения социального патронажа клиентов гостиницы после их выпуска в течение одного года.

#### **Дополнение 4. Направление добровольческой помощи детям, оставшимся без попечения родителей**



**Помощь сиротам**  
**Волонтерское движение**

*«Помощь семьям, находящимся в социально опасной ситуации».* Это направление добровольческой деятельности связано с семьями, которые находятся в ситуации угрозы изъятия ребенка, или родителями, которые по разным причинам сами хотят поместить ребенка в государственное учреждение. Помощь ведется по методике «работа со случаем» и направлена на уникальные нужды конкретной семьи. План работы составляется совместно с самими родителями. Доброволец как куратор

семьи действует вместе с психологом и юристом. В некоторых случаях требуется материальная помощь – продукты питания, вещи или ремонт аварийного жилья. Помощь и поддержка семей, имеющих принятых и кровных детей, репетиторство, «няня-доброволец», поддержка подростков, обучение молодых мам уходу за ребенком, помощь в уборке жилья, оказание помощи в мелком ремонте и т.д.

*«Профилактика отказов от новорожденных».* Это направление деятельности добровольцев ориентировано на взаимодействие с беременными или матерями с новорожденными детьми, которые высказывают намерение отказаться от ребенка. Часто причиной отказа бывают неприятие со стороны родных, отсутствие самых необходимых ресурсов и т.д. – факторы, с которыми можно справиться, если будет вовремя оказана помощь. Специально обученный доброволец-психолог, по вызову медиков или просьбе самой женщины, оперативно выезжает в адрес клиента. Он пытается вместе с женщиной разобраться в причине отказа. Если женщина меняет выбор в пользу ребенка, НКО и доброволец помогают устроить их дальнейшую жизнь после выписки из роддома.

*«Приют временного пребывания для матерей с детьми».* Добровольческая деятельность направлена на помощь матерям с новорожденными детьми, у которых нет жилья. В данную группу входят в первую очередь клиентки проекта «Профилактика отказов от новорожденных». Для некоторых женщин это единственная возможность быть мамой своему ребенку. С такой категорией граждан заключается юридический договор, где обозначены права и обязанности сторон. Женщин учат уходу за ребенком, умению понимать его, помогают выстроить отношения с малышом, а также сделать все возможное, чтобы приблизить «выпуск» в самостоятельную жизнь – восстановить документы, найти родственников. Все мамы и дети получают медицинскую помощь, некоторые успевают освоить на курсах профессию. В приюте, как правило, работают психолог, юрист, социальный работник. Администратор и ночной дежурный следят за соблюдением правил. К проживанию в приюте не допускаются женщины, страдающие алкоголизмом или наркоманией. Жестокое обращение с ребенком недопустимо, если женщина не соблюдает правила приюта, сотрудничество с ней прекращается, договор расторгается.

Направление *«Ответственное родительство»* включает различные виды работы, в частности, добровольцы психологи делятся знаниями о возрастных этапах

развития ребенка, методах воспитания, помогают молодым, неопытным родителям естественно чувствовать себя в материнской и отцовской роли, справляться с жизненными трудностями и воспитывать ребенка в любви, без насилия. Часть занятия родители проводят с ведущими, пока за их детьми присматривают няни-добровольцы. А часть времени – включая совместный полдник – предназначена для общения и игр родителей и детей.

Целью направления деятельности *«Добровольческий уход»* является обеспечить детей младшего возраста и детей с ограниченными возможностями недостающим им уходом и вниманием. Добровольцы стараются помочь детям-сиротам разного возраста, находящимся в медицинских учреждениях, справиться с одиночеством, страхом, скукой.

Добровольцы могут осуществлять следующие виды деятельности: поездки к детям в интернатные учреждения с мастер-классами, тренингами и лекциями; организация экскурсий; знакомство подростков с профессиями в рамках программы *«Проориентация»*; регулярные спортивные турниры; регулярный мультипликационный фестиваль и т.д.

В направлении *«Дети ищут родителей»* деятельность добровольцев направлена на увеличение количества детей, переданных на воспитание в принимающие семьи. На своем сайте НКО может создать специальную страницу с фотографиями детей-сирот из детских домов и приютов. Добровольцы занимаются распространением информации о детях-сиротах, которые ищут семью, с помощью печатных средств массовой информации и интернет-ресурсов.

Задача направления деятельности добровольцев *«Помоги ближнему»* состоит в помощи в покрытии нужд на медицинское лечение и реабилитацию семьям, принимающим детей со сложными или редкими заболеваниями, детей с отклонениями в развитии, детей-инвалидов. Средства, полученные в рамках программы от благотворителей, направляются в первую очередь на необходимые лекарственные препараты, медицинские процедуры, лечебный массаж, консультации врачей (в том числе психологов, дефектологов, мануальных терапевтов), развивающие и коррекционные занятия со специалистами, преподавателями. Добровольцы оказывают помощь в организации мероприятий по сбору средств для детей, оставшихся без попечения родителей:

- организация и проведение уличных акций;

- организация и проведение акции «День добрых дел» по месту работы/учебы;
- организация и проведение мастер-классов (взносы за участие в которых идут на поддержку детей, оставшихся без попечения родителей);
- реализация инновационных проектов, призванных увеличить сбор средств для благотворительных программ;
- привлечение благотворителей (частных лиц и организаций).

Направление добровольческой деятельности *Информационный центр «Семья – детям»* связано с оказанием информационной, психологической и юридической поддержке людям, решившим взять на воспитание ребенка-сироту, а также приемным родителям. В рамках проекта может быть организована работа телефона горячей линии, также консультативная помощь по вопросам семейного права. В структуре Информационного центра предусмотрены кабинеты психолога и юриста, оказывающие бесплатную помощь потенциальным и уже сложившимся принимающим семьям. В рамках деятельности НКО могут проводиться и специальные мероприятия для добровольцев. Такие мероприятия проводятся в формате ознакомительных встреч с новыми добровольцами, благодарственных чаепитий и общения добровольцев после крупных массовых проектов с их участием.



## Глава 3. Безнадзорные дети

### 3.1. Безнадзорность и беспризорность как социальная проблема



Социальное сиротство – один из симптомов социального неблагополучия современной России. Ежегодно более 10 тысяч детей из общего числа новорожденных становятся сиротами в первые часы жизни вследствие отказа от них матерей. Наблюдается и массовый отказ детей и подростков от своих семей, которые предпочитают жизнь в уличной среде, занимаясь бродяжничеством, попрошайничеством, увеличивая рост преступности среди несовершеннолетних. Эти явления нельзя объяснить только лишь снижением жизненного уровня большинства семей, ростом алкоголизма, наркомании или увеличением «подросткового материнства». Сегодня социальное сиротство приобретает новые черты, обусловленные комплексным воздействием различных негативных факторов, включая экономический (низкий уровень жизни), медицинский (инвалидность, заболевания, различные формы зависимостей), социальный (военные конфликты, миграция, социально-экономическая нестабильность), экологический (неблагоприятная, а иногда и опасная для жизни среда обитания), семейный (педагогическая и социальная несостоятельность родителей) и, наконец, личностный (отклонения в личностном и социальном развитии, патологические черты личности и т.д.).

Безнадзорные дети, в отличие от беспризорных, в большинстве случаев, живут вместе с родителями, имеют связь с семьей, возможно, с кем-то из членов семьи сохраняются близкие отношения, однако подобная привязанность насколько хрупка, что находится на грани полного разрушения.

По данным статистики, 29 % детей рождаются вне брака, разводы составляют 65 % от заключенных браков, 2/3 семей проживают в условиях относительной бедности, что особенно характерно для семей, имеющих двоих и более детей. В так называемых неблагополучных семьях воспитание чаще всего деформирует личностное развитие ребенка. В этих семьях наблюдается рост числа подростков, не успевающих в учебе, употребляющих алкоголь и наркотики, совершающих уголовные проступки и преступления. В неблагоприятных социально-экономических условиях растет число семей группы риска, утрачивается значительное число семейно-нравственных традиций, меняется отношение родителей к детям. Родители не готовы брать на себя полную ответственность за воспитание своих детей, так как большую часть времени зарабатывают средства для существования семьи.

Педагогически запущенные дети часто забрасывают учебу, бесцельно проводят свободное время на улице. Безнадзорность детей нередко является первым шагом к беспризорности, социальной дезадаптации, разрушению нормального процесса социализации ребенка.

Понятия безнадзорность и беспризорность на быденном уровне часто отождествляются и используются как взаимозаменяемые, хотя они имеют разную смысловую нагрузку. Одно из первых теоретических определений беспризорности относится к 1913 году. На Первом российском съезде по вопросам детского суда был представлен законопроект «О мерах попечения над беспризорниками», где к их числу были отнесены как осиротевшие дети, так и несовершеннолетние, которые находились в условиях, не гарантировавших даже минимальных возможностей для физического и нравственного развития.

В начале 90-х годов в юридической практике стали разграничивать понятия «беспризорность» и «безнадзорность». В Федеральном законе Российской Федерации «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» № 120-ФЗ от 24.06.99 года предлагаются следующие трактовки этих понятий: *безнадзорным* признается несовершеннолетний, контроль над поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию либо со стороны родителей или законных представителей, либо должностных лиц; *беспризорный* – это тот же безнадзорный, но не имеющий места жительства и (или)

места пребывания. При этом не имеет значения, в силу каких обстоятельств, объективного или субъективного свойства, этот надзор отсутствует. В обоих случаях мы говорим о действиях тех, кто обязан исполнять контроль над детьми (семья, опекуны, представители социальных служб).

Безнадзорность представляет отчуждение ребенка от семьи и окружающих детей и взрослых, а также характеризуются проявлением безразличия как к окружающим, так и к жизни в целом. В результате у несовершеннолетних появляются плохие привычки, они становятся сторонниками антиобщественных движений, проявляют девиантное поведение, становятся трудновоспитуемыми и, наконец, постепенно входят в категорию педагогически запущенных. Такие дети и подростки наиболее часто сталкиваются с критическими ситуациями, становясь жертвами различных уличных инцидентов или вовлеченными в опасный и жестокий криминальный мир, создавая угрозу как своему здоровью, так и здоровью окружающих людей.

Большинство исследователей, занимающихся изучением ситуации безнадзорности несовершеннолетних, во главу угла ставит личностные особенности подростков, формирующиеся под влиянием искажённых семейных взаимоотношений, либо рассматривает деструктивную модель семьи как базовый фактор безнадзорности. К данным типам семей относят:

- семьи с недостатком воспитательных ресурсов (к ним относятся разрушенные или неполные семьи; семьи с недостаточно высоким общим культурным уровнем развития родителей, не имеющих возможности оказывать помощь детям в учебе; семьи с низким материальным уровнем);

- конфликтные семьи, в которых отношения часто принимают характер оппозиции или конфликтной демонстративности;

- нравственно неблагополучные семьи;

- педагогически некомпетентные семьи, в которых надуманные представления о ребенке заменяют реальную картину его развития;

- семьи с выраженной тенденцией к девиантному поведению родителей (алкоголизация, наркозависимость, криминальные тенденции).

Появлению «трудных детей» также способствует отсутствие привязанности между членами семьи, эмоциональные и прочие психические расстройства родителей, асоциальное поведение одного или обоих родителей, нарушенная или

отсутствующая связь между членами семьи. Безнадзорные дети несут в себе сложный личностный конфликт, состоящий из деформации нормативного общения и деятельности, утраты доверия к миру, представления о собственной ненужности миру в целом и субъектам мира, в частности, и в то же время – психологической усталости от существующей ситуации, сознательного желания «возвращения» и боязни реализации этого желания.

Типовые потребности безнадзорных детей ничем не отличаются от потребностей благополучных сверстников. Однако у безнадзорных детей эти потребности удовлетворены в меньшей степени. Предоставленные сам себе, они идут на улицу. Часто совместная уличная деятельность – наркомания, табакокурение, насилие и другие противоправные действия. Сообщество подростков на улице, солидарность несовершеннолетних, дают им возможность девиантной самореализации и самоутверждения. Личностные характеристики безнадзорных детей вследствие их социальной дезадаптации приводят к изменениям в ценностно-смысловой и мотивационной сферах личности. У данной категории детей выявляется преобладание примитивных, связанных с жизненными потребностями эмоций над социальными и нравственными потребностями.

Как известно, подростковый и юношеские возрасты – это период высокой сензитивности к формированию мировоззрения и целостной картины мира, в которой ценностные ориентации выступают как психологические новообразования. Самоопределение и самоосуществление жизненных выборов в жизненных сферах основаны на ориентировке молодых людей в системе ценностей, отражающих важнейшие приоритеты жизнедеятельности человека. Для безнадзорных детей значимыми оказываются ценности «сохранение собственной индивидуальности», «материальное благополучие», «собственный престиж», «общение». В то же время у беспризорных детей пониженное самоуважение, их действия часто бывают неадекватны ситуации, что происходит из-за разочарования в семье и школе, они часто импульсивны, страдают из-за недостатка доверия, у них нередко возникают проблемы при выборе трудовой деятельности. Многие дети не имеют навыков счета, письма, чтения, объем знаний и общий кругозор их чрезвычайно скудны. В силу неблагоприятных жизненных обстоятельств эти дети не приучились к учебной деятельности и умственной работе. На первый план



выходят выживание, поиск куска хлеба, страх перед насилием, стремление его избежать.

Длительное неудовлетворение основных психических потребностей детей в семье, школе, социальном окружении негативно влияет на их психологический статус. Большинство безнадзорных детей имеют эмоциональные расстройства различной степени выраженности, для них характерны невротические реакции, невротоподобные состояния, тревожность, нарушение сна, замкнутость, агрессивность, низкая самооценка, нарушение доверия к окружающим людям.

подавляющее большинство несовершеннолетних, имеющих длительный опыт жизни на улице, и в настоящее время не мотивированы на изменение своего образа жизни. В соответствии с этим, классическая модель социального сопровождения, подразумевающая принципы добровольности, недирективности и т.д., не может быть эффективно внедрена в практику существующей системы социальной работы. Это связано с тем, что многие из государственных и негосударственных структур и учреждений помощи ориентированы на приход клиента к ним, что затруднительно для безнадзорных детей. Проблема усугубляется тем, что отношение таких детей к окружающим людям характеризуется крайней степенью недоверия. Большинство безнадзорных подростков заявляют о том, что существует очень мало людей, которым можно доверять. Обоснованные опасения высказывают несовершеннолетние по поводу отношения к ним со стороны окружающих. Большинство имеет непосредственный опыт применения к ним физического насилия.

Социально-психологические девиации приводят к негативным проявлениям в личностных характеристиках безнадзорных и беспризорных детей и подростков, включая:

- нарушения мотивационной сферы, заключающиеся в преобладании ценностей уличной субкультуры, сужении круга интересов, снижении возможностей критического осмысления собственной жизненной ситуации, низкой мотивированностью на изменение сложившегося образа жизни;

- нарушения возможностей самоконтроля, выражающиеся в трудностях произвольной регуляции поведения, личностной инфантильности, отсутствии навыков планирования, целеполагания и достижения поставленных целей, совладания с жизненными трудностями;

- когнитивные нарушения, выражающиеся в снижении качества и темпа
- интеллектуальной активности;
- коммуникативные нарушения, связанные с отсутствием навыков конструктивного общения, неуважением границ другого человека и неумением
- поддерживать собственные границы;
- нарушения в сфере самоотношения, проявляющиеся в низком уровне рефлексивности, осознанности чувств и мотивов поведения выраженные, неадекватности самооценки, приводящих к дисгармониям характера;
- поведенческие нарушения, проявляющиеся в склонности демонстрировать поведение с высокой степенью риска.

Комплекс проблем, с которыми сталкивается данная группа детей и подростков, а также их родители, требует организации взаимодействия между государственными и негосударственными организациями, направленного на предоставление максимально широкого спектра услуг и сервисов, обеспечение преемственности между этапами профилактической работы.

Государство выделяет значительные средства и осуществляет интенсивную законодательную, а также организационную работу для решения проблемы безнадзорности. После выхода Указа Президента РФ от 6 сентября 1993 года «О предупреждении отклоняющего поведения и охране прав несовершеннолетних», с 1994 года в системе социальной защиты начался интенсивный рост социальных учреждений, занимающихся профилактикой безнадзорности. В частности, в 2000 году был создан новый тип учреждения, ориентированный на профессиональную помощь детям и семьям группы риска – «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних». Главной задачей данного типа учреждений стало обеспечение защиты прав и законных интересов несовершеннолетних, профилактика безнадзорности и беспризорности, а также социальная реабилитация несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

### 3.2. Деятельность социальных организаций по оказанию помощи безнадзорным детям



В настоящее время в деятельности учреждения и организации социального профиля, включая СО НКО, активно развиваются и используются на практике различные формы помощи безнадзорным детям. Среди основных можно выделить следующие: социальная работа на улице, мобильные пункты помощи, дневные центры помощи, центры кратковременного проживания, социальные квартиры (гостиницы) и социальные приюты для детей и подростков.

Социальная работа на улице (аутрич-работа) (*outreach* – в амер. англ. социально ориентированная программа помощи) – способ установления и поддержания контакта между добровольцами НКО и безнадзорными детьми, потенциально заинтересованными в предоставляемых услугах.

Данная деятельность осуществляется непосредственно в месте нахождения целевой группы и является активным методом социальной работы, которая предполагает поиск добровольцами безнадзорных детей, а также перенос предоставления некоторых услуг непосредственно «на улицу». Для получения помощи от добровольца безнадзорные должны соответствовать единственному требованию – быть неагрессивными по отношению к добровольцам, не создавать угрозы их жизни, здоровью и безопасности. Вместе с тем, для установления взаимоотношений с детьми на улице от добровольцев требуется непредвзятое и реалистичное отношение к детям и подросткам. Виды помощи, предоставляемой в рамках социальной работы на улице с безнадзорными детьми, включают:

- первичную социально-психологическую диагностику;

- консультирование;
- предоставление предметов первой необходимости (одежда, гигиенические принадлежности, и т. п.);
- направление и сопровождение для получения помощи в другие службы, учреждения и организации.

*Мобильный пункт помощи.* Разновидностью социальной работы на улице является мобильный пункт помощи, при которой уличная служба оснащается автомобильным транспортом (автобусом или микроавтобусом), что позволяет расширить количество оказываемых услуг. В автобусе можно проводить индивидуальное консультирование, анкетирование безнадзорных детей, оказывать первую доврачебную помощь. Кроме того, мобильный пункт помощи позволяет доставлять детей для получения помощи в различные службы и организации (лечебные учреждения, отделение кратковременного проживания), которыми при других условиях несовершеннолетние не пользуются. Мобильные пункты помощи позволяют увеличить географический охват аутрич-службы, установить контакт с большим количеством клиентов и оказать им несколько более качественную и эффективную помощь, по сравнению с той, которую можно оказать на улице.

*Дневной центр социально-психологической помощи (Центры СПП)* – довольно распространенная форма работы с беспризорными и безнадзорными детьми. Подобные центры могут функционировать как самостоятельно, так и в качестве отделений более крупных учреждений социальной защиты – центров социального обслуживания населения, социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних, или территориальных центров социальной помощи семье и детям. Для получения доступа к помощи в данном Центре клиенты, помимо неагрессивного поведения в отношении специалистов, должны также быть неагрессивными по отношению к другим посетителям, не находиться в состоянии наркотической или алкогольной интоксикации. Дети в такой центр могут прийти без предварительной записи, не предъявляя никаких документов, с гарантиями анонимности и конфиденциальности, если это не противоречит закону. В таких центрах безнадзорные дети и подростки имеют возможность оторваться от своей повседневной беспорядочной жизни, согреться в холодное время года, удовлетворить свои бытовые нужды (душ, стрижка, стирка одежды).

Важной задачей специалистов является оказание первичной социально-психологической и первой доврачебной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. Кроме того, деятельность Центра направлена на оказание помощи семьям этих детей и подростков, профилактику беспризорности и безнадзорности, профилактику употребления ПАВ, профилактику ВИЧ в семьях группы риска. Данное учреждение предоставляет широкий круг социальных услуг, среди которых:

- первичная социально-психологическая диагностика;
- доврачебный осмотр и первая медицинская помощь;
- санитарно-гигиеническая помощь (душ, стрижка, стирка одежды);
- психологическое консультирование;
- социально-правовое консультирование;
- помощь в получении или восстановлении утраченных документов;
- профилактика различных форм рискованного поведения, снижение рисков;
- восстановление и формирование у несовершеннолетних социальных навыков;
- индивидуальное и семейное психологическое консультирование;
- помощь в дальнейшей реабилитации, адаптации и жизнеустройстве несовершеннолетних, восстановление семейных связей;
- помощь в обучении;
- профориентация, помощь в получении профессионального образования и трудоустройства;
- организация и проведение досуговых мероприятий.

Центр социально-психологической помощи призван способствовать реабилитации, социальной адаптации и дальнейшему жизнеустройству беспризорных и безнадзорных детей и подростков. Он создается с целью оказания экстренной первичной помощи. Центр СПП не может самостоятельно достичь целей долговременной социально-психологической реабилитации несовершеннолетних без привлечения других государственных и общественных ресурсов, таких как приюты, реабилитационные центры, органы опеки и попечительства и т. п. Центр СПП выступает в качестве первичного звена в системе реабилитации безнадзорных детей и подростков. Основу деятельности Центра составляет адресная социально-психологическая и профилактическая помощь конкретным беспризорным и

безнадзорным несовершеннолетним, а также их семьям, в соответствии с их индивидуальными потребностями; комплексность и своевременность оказания помощи; непрерывность и систематичность в организации социально-реабилитационных мероприятий и социального сопровождения.

*Отделение временного проживания* – «Социальная гостиница» – отделение временного пребывания несовершеннолетних в возрасте 10–18 лет. Отделение временного проживания необходимо для оказания кризисной помощи несовершеннолетним. Примерами таких кризисных ситуаций могут служить: недавний уход несовершеннолетнего из дома или интернатного учреждения вследствие насилия или конфликта; подготовка несовершеннолетнего к помещению в приют или возвращению в интернатное учреждение, и др.

Круглосуточное пребывание несовершеннолетнего в Отделении временного проживания предоставляет дополнительные возможности для создания безопасных условий проживания и подготовки дальнейших шагов по его реабилитации (направление в приют, в больницу, в реабилитационный центр, возвращение в семью и т. д.). Наличие отделения временного ночного пребывания позволяет эффективнее организовать работу по оказанию экстренной психологической помощи и снятию стрессового состояния в кризисный период для детей и подростков, оказавшихся в социально опасном положении.

В *Отделение кратковременного проживания* помещаются клиенты Центра СПП или уличной социальной службы, с которыми проведена первичная и углубленная психосоциальная оценка, а также составлен план дальнейших действий. И клиент, и тем более специалист, ответственный за случай, должны иметь четкое представление о том, что они будут делать на следующее утро после размещения несовершеннолетнего в отделении.

*Социальный приют для детей* как специализированное учреждение ориентирован на следующие виды деятельности:

- профилактику безнадзорности несовершеннолетних, оказание помощи по ликвидации трудной ситуации в семье ребенка;
- обеспечение несовершеннолетним временного проживания на полном государственном обеспечении до определения и осуществления совместно с органами опеки и попечительства оптимальных форм жизнеустройства;

– обеспечение доступности и своевременности квалифицированной социальной, правовой, психолого-медико-педагогической помощи несовершеннолетним на основе индивидуальных программ социальной реабилитации.

Методика работы социальных приютов для детей хорошо отлажена на основе многолетнего опыта социально ориентированных общественных организаций, а порядок работы подробно регламентирован правительственными и ведомственными постановлениями.

*Социальная квартира* – это форма реабилитационной работы, при которой несовершеннолетним, находящимся в социально опасном положении, предоставляется временное жилье в условиях, максимально приближенных к домашним, с одновременным осуществлением индивидуальных социально-реабилитационных программ и оказанием правовой, психологической и педагогической помощи. Целью социальной квартиры является социально-психологическая реабилитация и адаптация несовершеннолетних, возвращение их в кровную семью или подготовка к независимому проживанию и помощь в решении жилищных вопросов. Социальная квартира является формой реабилитации подростков, альтернативной сложившейся системе социальных приютов для детей. В социальной квартире, рассчитанной на 5–10 подростков, им предоставляется некоторая степень свободы, одновременно с вполне определенными требованиями по самоорганизации и самообслуживанию, обязательному продолжению учебы или трудоустройству, участию в социальной жизни квартиры и т. п. От подростка требуется серьезная мотивация, чтобы следовать всем требованиям и правилам проживания в социальной квартире.

В деятельности общественных организаций активно развиваются различные программы по оказанию помощи беспризорным и безнадзорным детям. К наиболее известным и результативным можно отнести следующие программы:

- «Дети улицы» – создание банка данных о безнадзорных и бездомных детях;
- «Правовая защита» – организация бесплатной правовой и юридической помощи безнадзорным детям, семьям группы риска. Программа предусматривает привлечение к работе профессиональных юристов;

– «Поддержка» – оказание моральной, материальной и других видов помощи безнадзорным детям, а также привлечение внимания общественности к проблеме безнадзорности;

– «Ночлежка» – профилактика безнадзорности и правонарушений, совершенных детьми, привлечение общественности и средств массовой информации к обсуждению и решению проблем таких детей. Программа предусматривает создание приютов для беспризорных детей и оказание помощи уже существующим;

– «Здоровье» – содействие поддержанию и укреплению физического и психического здоровья безнадзорных детей, профилактика ОРЗ и гриппа в осенне-зимне-весенний период, привлечение детей к занятиям физической культурой и спортом. Приобретение для безнадзорных детей профилактических средств (витамины, пищевые добавки и т.д.), а также оплата занятий в секциях и клубах;

– «Помощь» – оперативная материальная и другая помощь семьям в социально опасном положении;

– «Солнечное лето» – оказание помощи многодетным семьям в организации отдыха детей в летних оздоровительных лагерях. Приобретение для безнадзорных детей путевок в летние оздоровительные лагеря;

– «Праздник в семью» – создание праздничной атмосферы для безнадзорных детей в дни Новогодних и Рождественских праздников, создание условий, при которых ребенок не чувствовал бы себя человеком «второго сорта». Вручение детям новогодних подарков и организация праздничных мероприятий в дни зимних каникул.

– «Центр для беспризорных детей» – создание Центра реабилитации беспризорных детей, обеспечение социальной защиты, медико-психолого-педагогической реабилитации и социальной адаптации беспризорных и безнадзорных детей;

– «Наркотикам — нет!» – профилактика подростковой наркозависимости и пропаганда здорового образа жизни. Издание информационной литературы и организация досуга молодежи.



### *3.3. Профилактика безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних.*



Деятельность по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, совершения в отношении них противоправных деяний носит межведомственный характер. Органами внутренних дел совместно с представителями иных субъектов системы профилактики принимаются меры по выявлению и пресечению правонарушений несовершеннолетних, изъятию с улиц безнадзорных и беспризорных детей, их дальнейшему устройству в учреждения для детей, находящихся в социально опасном положении. Приоритетом профилактической деятельности является правовое воспитание, формирование здорового образа жизни, предупреждение асоциальных явлений в среде учащихся несовершеннолетних.

В соответствии со статьей 14 Федерального закона от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ Минобрнауки России, органы и организации системы образования в пределах своей компетенции участвуют в реализации комплекса мероприятий в сфере профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и в отношении несовершеннолетних. В образовательных организациях субъектов Российской Федерации организована комплексная воспитательная работа, которая предусматривает проведение мероприятий, направленных на формирование законопослушного поведения, ценностных ориентаций и нравственных представлений у обучающихся, профилактику девиантного поведения в детской и подростковой среде, правонарушений среди несовершеннолетних.

Значительную роль в работе по профилактике правонарушений в среде учащихся играют советы профилактики школ, на которых рассматриваются

следующие вопросы: о постановке на внутришкольный учет обучающихся, нарушающих правила внутреннего распорядка; о родителях, не в полной мере выполняющих родительские обязанности; о социально-педагогической реабилитации обучающихся и семей, состоящих на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних органов внутренних дел (далее – ПДН), о комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН и ЗП); о летней занятости обучающихся; о занятости в организациях дополнительного образования.

На основе межведомственного взаимодействия решаются задачи ранней профилактики асоциальных явлений в подростковой среде, выявления несовершеннолетних, склонных к совершению противоправных деяний.

В соответствии с пунктом 14 Плана мероприятий по реализации в 2011-2015 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 10 марта 2011 г. № 367-р, Минобрнауки России в 2014 году продолжило реализацию мер, направленных на профилактику суицидального поведения среди обучающихся образовательных организаций. Отмечается выраженная корреляция показателей суицидального поведения несовершеннолетних с остротой демографической проблематики. Если по данным Всемирной организации здравоохранения и Росстата, с 2003 года в количестве самоубийств взрослого населения Российской Федерации наметилась тенденция к снижению (с 10-го места в мировом рейтинге стран с самым высоким уровнем суицида Российская Федерация переместилась на 14-е), то по числу самоубийств несовершеннолетних положительных тенденций не наблюдается. На каждые 100 тыс. детей в возрасте 10–14 лет в Российской Федерации приходится 2,5 самоубийства, среди подростков в возрасте 15–19 лет – 16,3. Среднемировой показатель почти в три раза ниже. В целях профилактики указанного явления в большинстве регионов разработаны комплексные планы мероприятий. Во многих субъектах Российской Федерации развернуты исследования взаимосвязи между суицидальной активностью обучающихся и свободным доступом детей к информации, наносящей вред их жизни и здоровью, в том числе в сети Интернет, а также мобильной и интернет-зависимостью обучающихся.

В сентябре 2014 года Минобрнауки России был организован интернет-урок на тему «Развитие системы предупреждения суицидов, насилия и жестокого обращения

с обучающимися в образовательной среде». Безопасность детства является фундаментальным гарантом демографической стабильности нации, важнейшим инфраструктурным маркером образовательного пространства, поэтому профилактика наркомании, алкоголизма, табакокурения в подростковой среде является неоспоримым приоритетом профилактической деятельности и занимает важнейшее место в комплексе мер по сохранению и укреплению здоровья детей и молодежи, обеспечению безопасности их жизнедеятельности.

В 2014 году разработан и утвержден совместный приказ МВД России и Минздрава России, регламентирующий порядок организации и проведения межведомственных оперативно-профилактических мероприятий, направленных на профилактику распространения наркомании среди несовершеннолетних. С целью распространения передовых форм и методов противодействия наркомании, раскрытия негативных аспектов наркопотребления, воспитания психологической устойчивости детей и молодежи к употреблению наркотиков Минобрнауки России совместно с ФСКН России, другими заинтересованными федеральными органами исполнительной власти, в 2013–2014 учебном году провело Всероссийский интернет-урок антинаркотической направленности «Имею право знать» (далее – Интернет-урок), направленный на повышение информированности обучающихся о недопустимости употребления наркотиков, расширение форм участия общественности в профилактике различных форм девиантного поведения и распространения наркомании, а также создание системы информационно-пропагандистской работы с населением для реализации согласованных действий по формированию здорового образа жизни, предупреждению вовлечения детей и молодежи в употребление и оборот наркотиков. Значимый вектор профилактической деятельности связан с ранним выявлением группы социального риска по асоциальному и зависимому поведению, в первую очередь – незаконному потреблению наркотических средств и психотропных веществ обучающимися образовательных организаций.

В целях реализации положений Федерального закона от 7 июня 2013 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ», которым установлена компетенция образовательных учреждений по обеспечению раннего выявления незаконного

потребления наркотических средств и психотропных веществ среди обучающихся посредством проведения их социально-психологического тестирования, Минобрнауки России подготовлен приказ от 16 июня 2014 г. № 658 «Об утверждении порядка проведения социально психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования».

Мероприятия, реализуемые в рамках тестирования, носят выраженный профилактический характер и не ставят целью наказание за употребление наркотиков. Задача тестирования – оказание своевременной адресной помощи обучающимся и корректировка профилактической работы в образовательных организациях. Комплекс мер по предупреждению распространения немедицинского потребления наркотиков и наркомании в молодежной среде посредством оказания поддержки и помощи молодым людям в самореализации собственного жизненного предназначения, пропаганды здорового образа жизни, формирования долгосрочных позитивных жизненных установок, а также социализации молодежи, оказавшейся в трудной жизненной ситуации и предупреждения негативных тенденций асоциального поведения реализовывался также Федеральным агентством по делам молодежи. Существенное внимание уделяется внедрению современных эффективных технологий и методов работы по профилактике правонарушений несовершеннолетних как на федеральном, так и региональных уровнях.

В конце 2014 года Минобрнауки России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти начата разработка методических рекомендаций по внедрению новых технологий и методов работы по профилактике правонарушений несовершеннолетних, в том числе повторных, обеспечению досудебного и судебного сопровождения несовершеннолетних, вступивших в конфликт с законом, а также подростков, отбывающих или отбывших наказание в местах лишения и ограничения свободы.

Для обеспечения широкого распространения технологий медиации, предусмотренных Концепцией развития до 2017 года сети служб медиации в целях реализации восстановительного правосудия в отношении детей, в том числе совершивших общественно опасные деяния, но не достигших возраста, с которого наступает уголовная ответственность, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 июля 2014 г. № 1430-р, Минобрнауки России

разработало и направило в субъекты Российской Федерации методические рекомендации по организации служб школьной медиации в образовательных организациях. Применение технологий восстановительного подхода, реализация примирительных программ в этой сфере способствуют разрешению конфликтных ситуаций между участниками образовательного процесса, родителями и детьми.

Социальное сопровождение несовершеннолетних, вступивших в конфликт с законом, предусматривает комплексную систему правосудия в отношении несовершеннолетних, предполагающую специализацию судей, рассматривающих уголовные и гражданские дела с участием несовершеннолетних, участие в судопроизводстве помощника судьи с функциями социального работника, психологическое сопровождение несовершеннолетних правонарушителей, социальную диагностику личности несовершеннолетнего и совершенного им правонарушения, составление карты социального сопровождения несовершеннолетнего правонарушителя, повышение уровня взаимодействия судебной, законодательной и исполнительной власти, правоохранительных органов, прокуратуры, органов и служб системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, социальных служб в сфере охраны прав ребенка и семьи, соблюдение принципа конфиденциальности, привлечение к работе с подростками добровольцев.

Следователями либо дознавателями с привлечением представителей службы социально-медико-психологического сопровождения осуществляется составление карты социального сопровождения на стадии досудебного разбирательства, организовывается непрерывное межведомственное взаимодействие органов предварительного расследования, учреждений и ведомств системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, судебной системы, системы исполнения наказания в сфере восстановительного правосудия, направленного на индивидуальное сопровождение несовершеннолетнего. Особое значение придается вопросам организации занятости, отдыха и оздоровления несовершеннолетних, в том числе состоящих на учете в органах внутренних дел, КДН и ЗП (Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав).

Внеурочная деятельность в образовательных организациях как одна из форм профилактики социально негативных явлений организуется по направлениям развития личности (духовно-нравственное, физкультурно-спортивное и

оздоровительное, социальное, общеинтеллектуальное, общекультурное) и предполагает широкий охват обучающихся различными видами лично и социально значимой деятельности, создающей антитезу асоциальным проявлениям. Значительное внимание уделяется физкультурно-спортивному воспитанию как инструменту профилактики зависимого поведения детей и подростков. В соответствии с Всероссийским сводным Календарным планом физкультурных и спортивных мероприятий среди обучающихся общеобразовательных организаций, профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования на учебный год, утвержденным совместно Минобрнауки России и Минспортом России, ежегодно проводится более 60 крупных спортивных мероприятий.

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 24 марта 2014 г. № 172 «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (далее – комплекс ГТО) в целях повышения эффективности использования возможностей физической культуры и спорта для укрепления здоровья, гармоничного и всестороннего развития личности, воспитания патриотизма и обеспечения преемственности в осуществлении физического воспитания населения с 1 сентября 2014 года комплекс ГТО поэтапно внедряется на территории Российской Федерации.

В субъектах Российской Федерации специально для детей и подростков с девиантным поведением проводятся профильные смены в оздоровительно-образовательных организациях. В рамках организованного и управляемого учебно-воспитательного процесса несовершеннолетние отдыхают, занимаются физической культурой, спортом, туризмом, получают дополнительные знания и навыки в художественно-эстетической, музыкальной сферах, профессиональной подготовке, приобщаются к социально-позитивным моделям поведения. Комплексный межведомственный подход носят мероприятия, направленные на профилактику преступных посягательств в отношении несовершеннолетних. Реализуются меры по созданию системы предотвращения насилия в отношении несовершеннолетних, а также организации деятельности учреждений, специалистов, добровольцев по социально-психологической реабилитации детей жертв насилия и оказанию помощи следственным органам при расследовании преступных посягательств в отношении детей, предусмотренные Национальной стратегией.

Приоритетным направлением профилактики правонарушений среди несовершеннолетних и в отношении несовершеннолетних является информационная деятельность органов государственной власти. Подведомственная Минкомсвязи России Роспечать по результатам отбора ежегодно выделяет за счет средств федерального бюджета субсидии на подготовку проектов социально значимой направленности в сфере электронных и печатных средств массовой информации (далее – СМИ), книгоиздания, сети Интернет. Государственные субсидии получают проекты как общероссийских, так и региональных теле- и радиоканалов, печатных СМИ.

В целях обеспечения информационной безопасности детей в Российской Федерации в Плане мероприятий на 2015–2017 годы по реализации Национальной стратегии предусмотрены мероприятия по разработке основных направлений информационной политики в сфере распространения семейных ценностей и плана по ее реализации, Концепции информационной безопасности детей в Российской Федерации, внесение изменений в законодательство Российской Федерации о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, в части совершенствования контрольно-надзорных функций за соблюдением законодательства в сфере обеспечения информационной безопасности детей и ее организационно-правовых механизмов.

Социально значимые проекты средств массовой информации, специально разрабатываемые для детской и подростковой аудитории, а также просветительские и культурологические проекты, программы, направленные на укрепление института семьи, семейных отношений, семейное устройство детей-сирот, проекты, пропагандирующие отказ от вредных привычек, занятия физической культурой, приобщающие юную аудиторию к спорту, вносят свой вклад в предупреждение различных форм девиаций, включая безнадзорность и беспризорность несовершеннолетних.

Проблемы детей и пути их решения нашли отражение: в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года; Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года; Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1618-р; Основах государственной

молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2014 г. № 2403-р.

Поиск путей снижения уровня преступности среди молодежи и повышения эффективности профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних является одной из актуальных и социально значимых задач, стоящих перед современным обществом.

В числе основных задач названы: развитие законодательных основ системы защиты детства; введение в действие существующих международных стандартов обеспечения и защиты прав и интересов детей; реформирование деятельности органов опеки и попечительства; создание эффективной системы профилактики правонарушений, совершаемых в отношении детей, и правонарушений самих детей; создание системы правосудия и системы исполнения наказаний, дружественных к ребенку.

### **Дополнение 1. Особенности психологического развития ребенка в семье**



Психологические исследования в области развития ребенка показывают, что роль семьи как ведущего фактора, влияющего на становление детской психики, неоднозначна: в одном случае семья способствует, в другом – препятствует оптимальному развитию личности. Так, взаимоотношения в родительской семье, отношение к ребенку со стороны родителей могут сформировать эффективную потребностно-мотивационную систему ребенка, его позитивный взгляд на мир и на самого себя. Однако те же самые факторы, но с другим психологическим содержанием, могут привести к ущербному развитию потребностей и мотивов, низкому самоуважению, девиации поведения и т.п. Рассматривая осознание ребенком



своей семьи в рамках онтогенетических этапов, можно констатировать, что в первые месяцы и годы жизни семья является для малыша космосом, за границы которого он не в состоянии проникнуть. В этот период его опыт – это индивидуальное общение с членами своей семьи. Ребенок раннего возраста еще плохо понимает, что такое семья, так как не знает ничего, что не являлось бы семьей.

В дошкольном возрасте дети уже понимают слово «семья», его смысл идет от взрослых, от их рассказов и сказок. Собственная семья осмысливается посредством игр, рисования, общения, но ее особенности не осознаются. На основе культурных образцов складывается представление о семье. Опыт отношений с членами своей семьи осмысливается через эту призму и приобретает черты конкретного воплощения идеальной семьи. Для дошкольника характерна крайняя ситуативность. Если с ним происходит что-то неприятное, он, как правило, думает, что это из-за его плохого поведения, а семья при этом остается правильной, хорошей. Именно с этого возраста можно говорить о некотором уровне осознания своей семьи и о складывающемся образе семьи. Инструментом осознания семьи и создания ее образа являются детские игры, особенно игра в семью.

К моменту поступления в школу ребенок начинает осознавать себя личностью, отдельной от семьи. Он осознает формальные особенности своей семьи и понимает, что другие семьи от нее отличаются. Но он все еще остается ситуативным по отношению к семье. Этому соответствует и уровень осознания семьи, и ее образ, по-прежнему не отделившийся от образа идеальной семьи. Переход от начальной школы к средней связан со столкновением с новыми социальными ситуациями, характерными для семей сверстников. Именно в этом возрасте можно говорить о существенном изменении осознания и образа семьи. Диффузный идеальный образ семьи, усвоенный благодаря культурным образцам, и осознание собственной семьи в совокупности приводят к тому, что образ своей семьи отделяется от образа идеальной семьи. С этого момента они существуют в паре, отдельно. У подростка появляется критика к собственной семье и принятому в ней стилю отношений. По сути именно этот этап является наиболее важным в оценке степени риска ухода подростка из семьи. Налицо очевидный конфликт, с одной стороны – стремление подростка к самостоятельности, попытка выхода за пределы контроля (в силу социально-возрастной специфики группы, с наложением на процесс естественной семейной

репарации), с другой – накапливающаяся неудовлетворенность семейными отношениями, попытка эту неудовлетворённость выразить тем или иным способом.

Следующим этапом осознания семьи является понимание ребенком возможности что-то в ней изменить. Для того, чтобы такая возможность была осознана, подросток должен осознать и принципиальную возможность ухода из родительской семьи. Выросший ребенок становится субъектом (личностью), то есть сознательным и активным членом своей семьи. Именно на этом этапе можно сказать, что он занял надситуативную позицию по отношению к своей семье. Это, в результате, обеспечивает ему возможность принятия или, напротив, отвержения своей семьи. Последнее предполагает не только надситуативную, но и внеситуативную личностную позицию по отношению к семье.

## **Дополнение 2. Рекомендации для добровольцев, ориентированных на социальную работу с беспризорными детьми и подростками**



На добровольцев НКО ложится непростая и ответственная задача первичного взаимодействия и мотивации безнадзорных детей. В связи с этим, главным качеством добровольца является способность эмпатического взаимодействия с ними и ориентация на опыт специалистов в этой сфере, который представлен в форме следующих советов:

1. Выбирайте для работы на улице простой, удобный и неброский стиль одежды.

7. Оставьте дома все ценности, но имейте при себе небольшую сумму денег на необходимые расходы, например, на транспорт. Носите с собой недорогой мобильный телефон. Всегда работайте в паре и информируйте коллег и руководителя о том, куда, когда и на какое время вы направляетесь.

8. Имейте при себе документы, удостоверяющие личность, и удостоверение о принадлежности к вашей организации с контактными телефонами администрации или руководителя для предъявления сотрудникам полиции.

9. Всегда берите с собой недорогие мелкие подарки для детей (носки, гигиенические средства, соки и продукты питания в небольшой упаковке) — это поможет наладить контакт с безнадзорными детьми и подростками. Вместе с этими подарками можно распространять информацию о профилактике рискованного поведения и о различных доступных социальных, медицинских и психологических службах.

10. Добровольцы команды должны всегда работать сообща, оказывать друг другу необходимую поддержку и, по возможности, избегать риска в своей деятельности.

11. Помните, что работа на улице из соображений личной безопасности должна осуществляться как минимум в паре, поэтому штатное расписание добровольческой службы должно состоять, по меньшей мере, из двух человек: специалиста по социальной работе и психолога, один из которых выполняет функции координатора. В зависимости от имеющихся ресурсов и географии уличной работы, штатное расписание может расширяться и включать еще водителя, медицинского работника, а также нескольких специалистов по социальной работе и психологов.



## Глоссарий

*Абилитация* – комплекс мероприятий, направленных на формирование и развитие функциональных систем организма, способностей индивида, естественное становление которых затруднено в силу болезни, дефекта, с целью успешной социальной интеграции инвалида.

*Адаптация социальная* – постоянный процесс интеграции индивида в общество, процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды, а также результат этого процесса.

*Адаптация социально-бытовая* – приспособление индивида к конкретным социально-бытовым условиям, режимам общественной и семейно-бытовой деятельности.

*Антиобщественные действия* – действия несовершеннолетнего, выражающиеся в систематическом употреблении наркотических средств, психотропных и (или) одурманивающих веществ, алкогольной и спиртосодержащей продукции, занятии проституцией, бродяжничеством или попрошайничеством, а также иные действия, нарушающие права и законные интересы других лиц.

*Безнадзорный* – несовершеннолетний, контроль, за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или законных представителей либо должностных лиц

*Беспризорный* – безнадзорный, не имеющий места жительства и (или) места пребывания.

*Государственно-общественные формы устройства детей сирот* – это такие формы устройства детей-сирот, при которых они имеют долговременное или кратковременное пребывание ребенка в семье с полным государственным обеспечением ребенка и выплатой денежного пособия лицам, взявшим на себя заботы об их воспитании.

*Государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей* – совокупная информация о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей, включает в себя федеральный банк данных и региональные банки данных. Эти данные в виде анкет и фотографий детей передаются в банки данных соответствующих регионов органами опеки и попечительства. Как правило, региональные банки данных находятся в ведении органов образования областной (краевая, республиканская) администрации.

*Девиантное развитие* – отклоняющееся психическое развитие, приводящее к поступкам, противоречащим нормам морали или права, например, пьянству, половой распущенности, мошенничеству, воровству и др.

*Депривация* – лишение ребенка необходимых для нормального формирования личности родительской ласки, тепла, заботы, правильного воспитания и возможности удовлетворять свои эмоциональные, духовные, физические и материальные потребности.

*Десоциализация* – утрата человеком по каким-либо причинам или под воздействием неблагоприятных факторов социального опыта, отражающаяся на его самореализации.

*Дети группы риска* – это та категория детей, подростков, которая в силу определенных обстоятельств своей жизни более других категорий подвержена негативным внешним воздействиям со стороны общества и его криминальных элементов, ставших причиной дезадаптации несовершеннолетних.

*Дети, оставшиеся без попечения родителей* – лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей в связи с отсутствием родителей или лишением их родительских прав, ограничением их в родительских правах, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными).

*Дети-сироты* – лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель.

*Доброволец НКО* – физическое лицо, осуществляющее благотворительную деятельность в форме безвозмездного выполнения работ, оказания услуг (добровольческая деятельность).

*Добровольческая деятельность* — это широкий круг деятельности, включая традиционные формы взаимопомощи и самопомощи, официальное предоставление

услуг и другие формы гражданского участия, которая осуществляется добровольно на благо широкой общественности без расчета на денежное вознаграждение.

*Здоровье* – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболеваний и физических дефектов.

*Индивидуальная профилактическая работа* – деятельность по своевременному выявлению несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении, а также по их социально-педагогической реабилитации и (или) предупреждению совершения ими правонарушений и антиобщественных действий;

*Качество жизни* – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования индивида, основанная на его субъективном восприятии.

*Контроль социальный* – способ саморегуляции социальной системы (общества в целом, какой-либо социальной группы), направленный на соблюдение членами общности существующих социальных норм в интересах поддержания порядка и стабильности. Соблюдение норм обеспечивается применением социальных санкций или угрозой их применения.

*Маргинал* (от лат. *marginalis* – находящийся на краю) – человек, находящийся в промежуточном, пограничном положении между какими-либо социальными группами, утративший прежние социальные связи и нормы и не приспособившийся к новым условиям жизни. Подростковый возраст иногда называют маргинальным, так как подросток – уже не ребенок, но еще не взрослый.

*Неполная семья* – это категория семей, в которой один родитель с одним или несколькими детьми несовершеннолетнего возраста. В большинстве случаев это материнские семьи, разведенные женщины, вдовы и женщины с детьми, не вступившие в брак.

*Несовершеннолетний, находящийся в социально опасном положении* – лицо, которое вследствие безнадзорности или беспризорности находится в обстановке, представляющей опасность для его жизни или здоровья либо не отвечающей требованиям к его воспитанию или содержанию, либо совершает правонарушение или антиобщественные действия.

*НКО (некоммерческая организация)* – организация, не имеющая в качестве основной цели своей деятельности извлечение прибыли и не распределяющая полученную прибыль между участниками.

*Опека и попечительство* – семейная форма устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с целью их содержания, воспитания и образования, а также защиты прав и интересов.

*Патронатное воспитание* – форма устройства ребенка, нуждающегося в государственной защите, в семью патронатного воспитателя на условиях разграничения прав и обязанностей по защите его законных интересов между родителями (законными представителями), уполномоченной службой (организацией) и патронатным воспитателем.

*Приемная семья* – форма устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в семью на основании договора о передаче ребенка, который заключается органами опеки и попечительства и приемными родителями.

*Профессиональная реабилитация* – многопрофильный комплекс мер (экспертиза потенциальных профессиональных способностей, профориентация, профподготовка, профессионально-производственная адаптация, рациональное трудовое устройство), направленных на восстановление трудоспособности больного или инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, с целью достижения им материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество.

*Профилактика* – использование совокупности мер, разработанных для того, чтобы предотвратить возникновение и развитие каких-либо отклонений в развитии, обучении, воспитании.

*Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних* – система социальных, правовых, педагогических и иных мер, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих безнадзорности, беспризорности, правонарушениям и антиобщественным действиям несовершеннолетних, осуществляемых в совокупности с индивидуальной профилактической работой с несовершеннолетними и семьями, находящимися в социально опасном положении.

*Реабилитант* – индивид, являющийся объектом реабилитации. Желательна активная позиция реабилитанта, тогда он становится и субъектом реабилитации.

*Реабилитация социальная* – система мероприятий, направленных на восстановление утраченных гражданином социальных связей, социального статуса, устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности.

*Реабилитационный потенциал* – совокупность биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих при создании определенных условий в той или иной степени компенсировать или восстанавливать нарушенные сферы жизнедеятельности, реализовать потенциальные способности человека.

*Реабилитационный прогноз* – предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

*Реабилитационный центр* – многофункциональное реабилитационное учреждение, деятельность которого направлена на наиболее полную адаптацию и интеграцию их в общество в процессе медицинской, профессиональной и социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями.

*Реабилитация детей-инвалидов* – процесс восстановления физического здоровья, социального статуса детей с ограниченными возможностями, реконструкцию их личности и интеграцию в общество.

*Реабилитация медицинская* – комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление и развитие физиологических функций больного человека, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей его организма.

*Реабилитация социальная* – комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции инвалидов, восстановление их социального статуса и способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности путем социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации, различных видов патронажа и социального обслуживания.

*Реабилитология* – наука об объективных закономерностях процессов восстановления, устранения или возможно более полной компенсации ограничений жизнедеятельности лиц с нарушением здоровья.

*Реадаптация медицинская* (лат. ге – повторное, возобновляемое действие) – комплекс лечебно-профилактических мер, направленных на повторное восстановление утраченных физиологических и психофизиологических реакций человека, обеспечивающих его приспособление к условиям жизнедеятельности.

*Реадаптация социальная* – комплекс государственных и общественных мероприятий, направленных на восстановление утраченной приспособленности человека к конкретным условиям его труда и быта.



*Реактивные состояния* – психические расстройства, возникающие в результате острых стрессовых ситуаций. Внезапная опасность может вызвать у индивида психогенный шок, который проявляется в паническом страхе.

*Рекреация* – использование двигательной активности, направленное на активизацию, поддержание или восстановление физических и духовных сил, затраченных инвалидом во время какого-либо вида деятельности (труд, учеба, спорт и др.), на профилактику утомления, развлечение, интересное проведение досуга, на оздоровление, на повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием.

*Релаксация* (лат. *relaxatio* – облегчение, расслабление) – полное или частичное мышечное расслабление, достигаемое произвольно за счет специальных упражнений (наиболее распространенный способ достижения релаксации – это аутогенная тренировка).

*Семья замещающая* – форма семейного и жизнеустройства ребенка, утратившего связи с биологической семьей, приближенная к естественным условиям жизнедеятельности и воспитания, обеспечивающая наиболее благоприятные условия для индивидуального развития и социализации ребенка.

*Семья, находящаяся в социально опасном положении* – семья, имеющая детей, находящихся в социально опасном положении, а также семья, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними.

*Семьи неблагополучные* – это семьи, в которых нарушена структура, обесцениваются или игнорируются основные семейные функции, имеются явные или скрытые дефекты воспитания.

*Сопровождение* – это процесс, направленный на сохранение оптимального уровня социального здоровья и качества жизни детей с ограниченными возможностями, составляющими которого являются реабилитация и адаптация.

*Социальная среда* – социальная зона ближайшего действия и общения человека; сложная и неоднозначная система условий развития личности, как противостоящая ей, так и изменяемая действиями и поступками самого человека.

*Социально-правовая защита детства* – система государственных социальных мероприятий, нацеленная на профилактику и преодоление кризисных ситуаций в жизни ребенка; охрану детства.

*Социализация* – процесс усвоения индивидом социального опыта, системы социальных связей и отношений.

*Социальное сиротство* – социальный феномен, означающий большое число несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей при наличии таковых. К социальным сиротам относятся: дети-отказники; подкидыши; дети родителей, лишенных родительских прав или признанных судом недееспособными (при наличии психических заболеваний); дети, чьи родители находятся в местах лишения свободы или их местонахождение неизвестно.

*Социальная защита* – совокупность принципов, правил, методов, законодательно закрепленных экономических, правовых и социальных гарантий, обеспечивающих соблюдение важнейших социальных прав, мероприятий и учреждений и их осуществление по предоставлению минимально достаточных условий жизни, удовлетворению потребностей поддержания жизнеобеспечения и деятельного существования различных социальных групп. В основу системы социальной защиты положен дифференцированный подход, гарантирующий поддержание социально приемлемого уровня жизни для нетрудоспособных и малоимущих слоев населения, а для экономически активного населения – создающий условия общественно полезной деятельности.

*Среда социальная* – конкретное проявление общественных отношений, в которых развиваются конкретная личность, социальная общность; социальные условия их развития.

*Социальные навыки* – набор способ и приемов социального взаимодействия, которыми человек овладевает на протяжении жизненного пути и пользуется для жизни в обществе.

*Социальный опыт* – самобытный синтез различного рода умений и навыков, знаний и способов деятельности и мышления, стереотипов поведения, интегрированных ценностных ориентаций и социальных установок, запечатленных ощущений и переживаний.

*Технические средства реабилитации* – совокупность специальных устройств и приспособлений, позволяющих осуществлять не только замещение анатомических и

функциональных дефектов организма, но и способствующих активному приспособлению личности к окружающей действительности.

*Технология социальной работы* – это одна из отраслей социальных технологий, ориентированных на социальное обслуживание, помощь и поддержку граждан, находящихся в социально опасном положении.

*Трудновоспитуемость* – сознательное или бессознательное сопротивление ребенка целенаправленному педагогическому воздействию, вызванное самыми разными причинами, включая педагогические просчеты воспитателей и родителей, дефекты психического и социального развития, особенности характера, другие личностные характеристики.

*Усыновление/удочерение* – принятие в семью ребенка, оставшегося без попечения родителей, на правах кровного. Ребенок после усыновления получает все права родного, со всеми вытекающими отсюда обязанностями его родителей, и лишается льгот, которые он имел как сирота. Усыновление для родителей означает высшую степень ответственности за судьбу ребенка и его полноценное развитие.

*Учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей* – образовательные учреждения, в которых содержатся (обучаются и/или воспитываются) дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей (детские дома); учреждения социального обслуживания населения (дома-интернаты для детей-инвалидов с умственной отсталостью и физическими недостатками, социально-реабилитационные центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей, социальные приюты); учреждения системы здравоохранения (дома ребенка).

## Список литературы

1. Алтунина И.Р. Мотивы и мотивация социального поведения детей (формирование и развитие) / И.Р. Алтунина. – М: Изд-во Московского психолого-социального института, 2012. – 456 с.
2. Астоянц М.С. Социальная политика в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: учебное пособие. – Ростов-на-Дону: ИПО ПИ ЮФУ, 2009. – 65 с.
3. Байков Н.М. Детская беспризорность и безнадзорность: состояние и проблемы: учебное пособие / Н.М. Байков, Л.В. Каширина. – Хабаровск: ДВАГС, 2012. – 256 с.
4. Бакаев А.А. Система профилактики правонарушений несовершеннолетних / А.А. Бакаев. – М.: Логос, 2011. – 345 с.
5. Басов Н.Ф. Социальная работа: учебное пособие для бакалавров / под ред. д. п. н., проф. Н. Ф. Басова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Дашков и К°, 2015. — 352 с.
6. Беличева С.А. Превентивная психология в подготовке социальных педагогов и психосоциальных работников : учебное пособие / С.А. Беличева. – СПб.: Питер, 2012. – 336 с.
7. Гайсина Г.А. Семейное устройство детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: российский и зарубежный опыт [Электронный ресурс] : научно-популярное издание / Г.А. Гайсина. - [Б. м.: б. и.], 2013. – 149 с. – Режим доступа: <http://www.rfh.ru/downloads/Books/134693008.pdf>
8. Грошева И.А. Социальный контроль в практиках профилактики девиации / И.А. Грошева // Социологические исследования (СОЦИС). – 2008. – №2. – С. 97–101.
9. Дементьева. Н.Ф. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы : учебное пособие / Н.Ф. Дементьева, Л. И. Старовойтова. – М.: Академия, 2010. – 272 с.
10. Донина О.И. Характеристика современных технологий социально-психологической работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей [Электронный ресурс] / О.И. Донина, Е.Е. Вагина // Современные исследования социальных проблем: научный журнал. – 2011. – Т. 8. – №4. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-sovremennyh->

tehnologiy-sotsialnopsihologicheskoy-raboty-s-detmi-sirotami-i-detmi-ostavshimisya-bez-popecheniya.

11. Дубровская Т.А. Адаптация и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья : учебное пособие / Т.А. Дубровская, М.В. Воронцова, В.С. Кукушин. – М.: Изд-во РГСУ, 2014. – 364 с.
12. Жигарева Н. П. Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях социальной защиты : учебно-практическое пособие / Н. П. Жигарева. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2014. – 208 с.
13. Иванова Н.Н. Развитие ребенка в условиях психической депривации: учебное пособие / Н. Н. Иванова, Л. Ф. Козодаева ; Тамбов. гос. ун-т им. Г.Р. Державина. – Тамбов : Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2013. – 130 с.
14. Ипатов А.В. Социализация детей сирот посредством семейных воспитательных групп / А.В. Ипатов // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения : материалы международной научно-практической конференции , 24–25 апреля 2014 г. – СПб.: СПбГИПСР, 2014. – С. 213–215.
15. Ипатов А.В. Технологический подход в социально-психологическом сопровождении постинтернатной адаптации выпускников детских домов // Отечественный журнал социальной работы. – 2012. – № 4. – С. 94–103.
16. Климантова Г.И. Социально-педагогические технологии семейного устройства и воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей : учебно-методическое пособие / Г.И. Климантова. – М.: РГСУ, 2008. – 192 с.
17. Комплексная программа по профилактике социального сиротства, реабилитации и коррекции социальных сирот и детей, пострадавших от семейного насилия / под ред. Н.М. Платоновой. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: СПбГИПСР, 2009. – 474 с.
18. Левченко И.Ю. Особенности обучения ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата в общеобразовательном учреждении : методические рекомендации / И.Ю. Левченко. — М. ; СПб. : Нестор-История, 2012. — 216 с. (серия «Инклюзивное образование»)
19. Макарычева Г.И. Коррекция девиантного поведения. Тренинги для подростков и их родителей / Г.И. Макарычева. – СПб.: Речь, 2012. – 368 с.
20. Михайлова Е. Д. Гарантии жилищных прав детей-сирот: закон и практика / Е. Д. Михайлова // Бюджет: финансово-экономический журнал. – 2013. – № 5 (125). – С. 77-81.

21. Можгинский Ю.Б. Агрессивность детей и подростков: распознавание, лечение, профилактика / Ю.Б. Можгинский. – М.: Когито-Центр, 2011. – 181 с.
22. Настольная книга приемного родителя [Электронный ресурс] / Л.М. Абросова, Н.Б. Девоян, Н.Д. Игнатьева [и др.]. – СПб.: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», 2007. – 128 с. – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/1742649/>.
23. Нестерова Г.Ф. Технология и методика социальной работы : учебное пособие для студ. высш. проф. образования / Г.Ф. Нестерова, И.В. Астэр. – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 208 с.
24. Нечаева А.М. Детская беспризорность – опасное социальное явление // Государство и право. – 2001. – № 6. – С. 57-65.
25. Осипова И.И. Социальное сиротство: теоретический анализ и практика преодоления: монография / И.И. Осипова. – Нижний Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2009. – 208 с.
26. Платонова Н.М. Социальная работа с бездомными: учебное пособие для студ. сред. проф. учеб. заведений / Н.М. Платонова. – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 160 с.
27. Приступа Е.Н. Социальная работа с лицами с ограниченными возможностями здоровья : учебное пособие / Е.Н. Приступа. – М.: ФОРУМ : ИНФРА-М, 2015. – 160 с.
28. Психологическая помощь в воспитании детей-сирот : учебно-методическое пособие / под ред. Н.Г. Травниковой. – СПб.: АЙСИНГ, 2016. – 126 с.
29. Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сборник материалов международных научно-практических конференций / ред. Ю.П. Платонов. – СПб: СПбГИПСР, 2012. – 780 с.
30. Раттер М. Помощь трудным детям / М. Раттер. – М.: Апрель Пресс, 2012. – 432 с.
31. Руденко А.М. Социальная реабилитация: учебное пособие / А. М. Руденко, С. И. Самыгин. – М.: Дашков и К°, 2011. – 320 с.
32. Руденок М.А. Учебно-методическое пособие для выпускников и воспитанников детских домов / М.А. Руденок. – Исылькуль: [б. и.], 2013. – 172 с.
33. Савельева М.Г. Социально-педагогическая деятельность с детьми, оставшимися без попечения родителей : учебно-методический комплекс / М.Г. Савельева. – Ижевск: УдГУ, 2009. – 190 с.

34. Савинов Л.И. Социальная работа с детьми в семьях разведенных родителей: учебное пособие / Л.И. Савинов, Е.В. Камышова. - М.: Дашков и К°, 2014. – 260 с.
35. Семья Г.В. Социально-психологические и организационные основы работы с приемными и патронатными семьями : методические материалы к курсу / Г.В. Семья. – М. ; Тула: [б. и.], 2010. – 271 с.
36. Сиротство в России [Электронный ресурс]: проблемы и пути их решения. – М., 2011. – 107 с. – Режим доступа: <http://philanthropy.ru/wp-content/uploads/2012/03/%D0%98%D1%81%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D0%A1%D0%B8%D1%80%D0%BE%D1%82%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE-%D0%B2-%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8.pdf>
37. Социальная работа с группами риска в регионе: содержание и современные технологии : учебное пособие / С.С. Лебедева, С.М. Безух, О.В. Афанасьева [и др]. – СПб.: СПбГИПСР, 2010. – 140 с.
38. Социальное обслуживание : профессиональный научно-практический и методический журнал. – 2012. – № 3.
39. Сулейманова С.Т. Делинквентное поведение подростков в современном российском обществе: факторы и социальный контроль / С.Т. Сулейманова // Отечественный журнал социальной работы. – 2009. – № 1. – С. 52–60.
40. Сушко Н.Г. Скрытое социальное сиротство как социально-психологический феномен / Н.Г. Сушко // Вестник ТОГУ. – 2009. – №2. – С. 269-276.
41. Терновая И.П. Семейные формы устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей как социальная проблема [Электронный ресурс] / И.П. Терновая // Viperson: электронная библиотека. – Режим доступа: <http://viperson.ru/articles/semeynye-formy-ustroystva-detey-sirot-i-detey-ostavshih-sya-bez-porecheniya-roditeley-kak-sotsialnaya-problema>
42. Федотовская Т.А. О профилактике беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации / Т.А. Федотовская // Аналитический вестник Государственной Думы Российской Федерации. – 2013. – С. 85.
43. Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами : учебное пособие / Е.И. Холостова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Дашков и К°, 2014. — 240 с.

44. Холостова Е. И. Семейное воспитание : учебник для бакалавров / Е.И. Холостова, О.Г. Прохорова, Е.М. Черняк. – М.: Юрайт. 2012. – 403 с.
45. Шипунова Т.В. Технология социальной работы. Социальная работа с лицами девиантного поведения: учебное пособие / Т.В. Шипунова. – М.: Академия, 2011. – 240 с.
46. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л.Б. Шнейдер. – М.: Трикста, 2011. – 334 с.
47. Яковенко С.В. Детская деревня-SOS как сообщество профессиональных замещающих семей / С.В. Яковенко // Образование личности: научно-методический журнал. – 2012. – № 1. – С. 66–72.

