



**Социально-психологические  
особенности детей, оказавшихся  
в трудной жизненной ситуации**

**Уполномоченный по правам ребенка в Республике Бурятия  
Министерство образования и науки Республики Бурятия  
Бурятский государственный университет  
Лаборатория инновационных технологий в области защиты детства**

**Социально-психологические  
особенности детей, оказавшихся  
в трудной жизненной ситуации**

Улан-Удэ  
«Бэлиг»  
2015

УДК 370.153

ББК 88.8

С 692

Методические рекомендации подготовлены под руководством  
Уполномоченного по правам ребенка в Республике Бурятия,  
доктора педагогических наук Т.Е. Вежевич

Рецензенты:

*Т.Л. Миронова*, д-р психол. наук, профессор

*Р.Д. Санжаева*, д-р психол. наук, профессор

**Социально-психологические особенности детей, оказавшихся  
С 692 в трудной жизненной ситуации / сост. Л. И. Очирова,  
Т. Ц. Тудупова, М. Н. Дарижапова и др. – Улан-Удэ : ГБУ РЦ «Бэлиг»,  
2015. – 84 с.**

Методические рекомендации разработаны для работников государственных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, педагогических работников, психологов, специалистов органов опеки и попечительства, служб сопровождения семьи и детей. Пособие позволит ознакомиться с социально-психологическими характеристиками детей разных категорий, грамотно выстроить взаимодействие и эффективное общение с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, с целью оказания им эффективной помощи.

ISBN 978-5-85693-604-8.

**УДК 370.153  
ББК 88.8**

**ISBN 978-5-85693-604-8**

© Вежевич Т.Е., вступительная статья, 2015  
© Очирова Л.И., Тудупова Т.Ц., Дарижа-  
пова М.Н. и др., составление, 2015  
© ГБУ РЦ «Бэлиг», 2015

## **Защита детей – один из значимых приоритетов государства, ответственность и забота всего общества**

Семейный кодекс РФ гласит: «Семья, материнство, отцовство и детство в Российской Федерации находятся под защитой государства».

Современное семейное законодательство исходит из необходимости укрепления семьи, построения семейных отношений на чувствах взаимной любви и уважения, взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов, недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в дела семьи, обеспечения беспрепятственного осуществления членами семьи своих прав, возможности судебной защиты этих прав.

Институт уполномоченных по правам ребенка призван не только обеспечивать контроль за реализацией прав и законных интересов детей, но и стать координатором, инициатором, разработчиком мер, направленных на защиту детей разных категорий, в первую очередь несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Реализация поставленных задач усложняется, а где-то и сдерживается ситуацией, сложившейся в сфере семейного пространства.

Эксперты отмечают сокращение числа детей в возрасте до 17 лет при общем увеличении рождаемости (сократилось за 10 лет с 31,6 миллиона в 2002 году до 25 миллионов в 2011 году).

Для многодетных и неполных семей характерны максимальные риски бедности, высокий уровень социального неблагополучия.

Недопустимо широко распространены жестокое обращение с детьми, включая физическое, эмоциональное, сексуальное насилие в отношении детей, пренебрежение их основными потребностями. Чаще такая угроза исходит из семьи, от близких родственников несовершеннолетних.

Серьезным фактором, повлиявшим на положение детей в российском обществе, является падение роли семьи в воспитании детей. В современных социально-экономических условиях семья в целом продолжает оставаться одним из главных институтов общества и одновременно одной из важнейших ценностей общества. Но сегодня пугает количество разводов. Семьи распадаются, дети становятся средством мести, их делят, лишают общения, воруют или оставляют без должного внимания.

Как основополагающий институт в системе общественных отношений, семья особенно чувствительна к изменениям социально-экономического положения общества, поскольку их результаты напрямую отражаются на уровне жизни и стабильности. В связи с экономической ситуацией в стране часть семей попали в социально опасное положение.

В условиях кризиса, повлекшего за собой расщепление российского общества, большинство семей озабочено решением проблем экономического, а порой и

физического выживания, усилилась социальная тенденция самоустранения многих родителей от решения вопросов воспитания и личностного развития ребенка. Все это, как правило, не приносит позитивных результатов. В таких семьях нет прочных межличностных связей между родителями и детьми и, как следствие, «авторитетом» для детей становится внешнее, зачастую, негативное окружение, что приводит к «выходу» ребенка из-под влияния семьи.

Необходимо отметить, что низкие доходы чаще всего не позволяют детям из малообеспеченных семей развивать и реализовывать свои способности, повышать культурный уровень, обогащаться духовно. Театры, музеи, стадионы становятся недоступными для многих детей, самыми популярными становятся средства массовой информации, в первую очередь телевидение, которое, к сожалению, оказывает далеко не лучшее влияние на формирование личности ребенка.

Особую тревогу в российском обществе вызывают неблагополучные семьи, число которых, к сожалению, не уменьшается. Антиобщественное поведение родителей пагубно влияет на физическое и нравственно-психологическое развитие несовершеннолетних, порождает обстановку нравственной безответственности, служит основной причиной их алкоголизации, аморального и противоправного поведения.

Криминальная среда, наркомания, пьянство в семьях лишают ребенка не только духовных ценностей, но и порождают такие формы жестокого обращения с несовершеннолетними, как торговля детьми, вовлечение их в попрошайничество и нищенство, сексуальная и экономическая эксплуатация, лишение жилья, средств к существованию и другие формы пренебрежения их нуждами и интересами. Появилась новая значительная категория детей-изгоев, безнадзорных и беспризорных, социальных сирот.

Появление новых категорий детей (социальные сироты, дети-жертвы насилия, дети-мигранты, дети, склонные к суицидам и т.д.) требует новых подходов в работе с данными категориями несовершеннолетних от всех служб, занимающихся проблемами детства.

В течение нескольких лет под руководством Уполномоченного идет работа по созданию межведомственного банка данных детей разных категорий. Требуется системная межведомственная работа по выявлению таких детей, оказанию им и их законным представителям всесторонней специализированной помощи. Общая база позволит перейти от категорийной работы к адресной работе с детьми и семьями.

По поручению П.А. Астахова в Бурятии создана Лаборатория инновационных технологий в области защиты детства, целью которой является разработка инновационных воспитательных технологий, проведение научных исследований по актуальным проблемам детства. Деятельность лаборатории направлена на разработку и отслеживание результатов реализации программ

и проектов в области защиты детства, а также других исследований научно-прикладного характера.

В настоящее время Лаборатория выполнила первое техническое задание Уполномоченного – разработаны социально-психологические характеристики основных категорий детей: детей-жертв насилия, детей-беженцев, детей-инвалидов и т.д. Ценность выполненной работы заключается в разработке рекомендаций специалистам по работе с различными категориями детей. Характеристики будут введены в электронный межведомственный банк данных.

Благодарю авторский коллектив за выполненную научную работу, Министерство образования и науки РБ за поддержку в издании пособия.

Уполномоченный по правам ребенка  
в Республике Бурятия,  
доктор педагогических наук

Т. Вежевич

## 1. Дети, пострадавшие от насилия

Насилие – умышленное применение человеком, группой различных форм принуждения в отношении к конкретному лицу, группе с целью достижения каких-либо целей (ущемление конституционных прав и свобод как гражданина, нанесение ущерба или угроза физическому, психическому состоянию).

Насилие – это крайняя форма человеческого поведения. Это такое отношение, обращение одного человека с другим, которое нарушает право другого быть личностью.

Ученые определили, что причиной плохого обращения являются личные качества родителей. В семьях таких родителей обострены социальные проблемы, чаще это неполная семья, родители – алкоголики, наркоманы, религиозные фанатики, несовершеннолетние до 17 лет, беженцы или безработные, с физическими недостатками (глухие, слепые), умственно отсталые или с психическими заболеваниями.

Наиболее часто жертвами насилия, как со стороны взрослых, так и сверстников становятся:

- дети, воспитывающиеся в условиях жестокого обращения в семье, которые враждебно воспринимают мир, готовы быть жертвами насилия со стороны сильных и сами проявлять его в отношении слабых;

- дети, воспитывающиеся в условиях безнадзорности, заброшенности и эмоционального отвержения, не получающие достаточного ухода и эмоционального тепла, а также имеющие отставание в психофизическом развитии, легко внушаемые, не способные оценить степень опасности и сопротивляться насилию;

- дети, которые воспитываются в обстановке беспрекословного подчинения, не умеющие сказать «нет», с нечеткими внутренними границами личности, делающими их неспособными сопротивляться насилию, боязливые, тревожные;

- дети с нервно-психическими расстройствами (олигофрения, расстройства личности – психопатии, последствия органического поражения головного мозга и пр.);

- малолетние дети в силу своей беспомощности;

- недоношенные или с малым весом при рождении (так как они обычно более раздражительны, больше плачут и доставляют больше проблем родителям).

Насилие, совершенное по отношению к ребенку, является одной из самых тяжелых психологических травм. Дети, ставшие жертвами насилия, по сравнению с детьми, пережившими травмирующее событие ненасильственной природы, демонстрируют более интенсивные посттравматические реакции.

У детей, переживших насилие, развивается полная картина посттравматического стресса, причем он более интенсивен, чем у детей,

переживших другой травматический опыт. Центральное место в протекании посттравматического стресса у детей-жертв насилия занимает критерий – упорное избегание стимулов, связанных с травмой; и скованность общего реагирования. Такие дети избегают любого напоминания о насилии: мыслей; разговоров, мест или людей, которые могут напомнить ребенку о произошедшем. В результате, они не всегда могут вспомнить детали случившегося с ними, а иногда эпизоды, связанные с насилием, амнезируются на много лет.

Избегание любых напоминаний о пережитом у детей-жертв насилия связано с повышенной тревожностью, особенно в ситуациях, связанных с размышлениями о себе, своем будущем и результатах своей деятельности. Дети, пережившие насилие, считают себя испорченными, порочными, оскверненными. Для них характерно ощущение укороченного будущего.

Насилие приводит также к росту у ребенка тревожности в сфере взаимоотношений с другими людьми (социальной тревожности). Это связано с тем, что насилие является антропогенной травмой – травмой, связанной с общением. Ребенок, переживший насилие, с одной стороны, теряет четкие представления о дозволенном и недозволенном в общении между людьми, с другой стороны, опираясь на свой негативный жизненный опыт, он либо ожидает нападения от других людей, либо сам становится на позицию агрессора. Кроме того, виновным в случившемся является человек, и, зачастую, это – родитель или другой близкий ребенку человек. Ребенок, переживший насилие, недоверчив и осторожен по отношению к людям, полагая, что окружающие намерены причинить ему вред. У детей-жертв насилия снижена мотивация на общение со сверстниками. В обществе других детей они часто чувствуют себя «чужими» и одинокими.

Переживание насилия приводит к крушению привычного образа мира у ребенка. Он больше не может чувствовать себя в безопасности в стенах своего собственного дома, он чувствует себя преданным самыми близкими людьми. В восприятии ребенка разрушается граница между добром и злом, допустимым и недопустимым. Ребенок пытается избавиться от воспоминаний о произошедшем, как бы «вычеркнуть» насилие из своей жизни, что сопровождается признаками повышенной возбудимости и нарушениями в значимых сферах деятельности. Все это не позволяет ребенку верить в себя и в свои силы. В результате самооценка ребенка снижается.

Насилие, перенесенное ребенком, влияет на восприятие жертвой своего тела, поскольку в сексуальном и физическом насилии воздействие агрессора на тело жертвы имеет важное значение. Поэтому для детей, переживших насилие, характерно неприятие, отвержение собственного тела, которое часто кажется им виновным в произошедшем.



Такие дети склонны возлагать на себя вину за то, что случилось с ними. Чувство собственной виновности, порочности мешает ребенку устанавливать доверительные отношения с другими людьми, препятствует его успешности в учебе и других видах деятельности.

Став более реактивным, раздражительным, возбудимым после травмы, ребенок, переживший насилие, не может контролировать свои аффективные вспышки. В результате чего он не может прогнозировать собственное поведение, и не уверен в себе.

Дети, пережившие насилие, более склонны к агрессии, которая окольным путем направлена на другое лицо, а также к агрессии, которая ни на кого не направлена – взрывам ярости, проявляющимся в крике, топание ногами, битье кулаками по столу и т.п., характеризующимся ненаправленностью и неупорядоченностью.

Ребенок часто произвольно старается избавиться от вторгающихся мыслей, снов и других напоминаний о произошедшем насилии. С одной стороны, эта неспособность может восприниматься ребенком как собственная интеллектуальная несостоятельность. С другой – мысли ребенка постоянно заняты воспоминаниями о травматическом опыте, ему становится трудно сосредоточиться, что приводит к снижению школьной успеваемости.

Отражение происходящего с ребенком-жертвой насилия можно найти в рисунках таких детей: их рисунки могут быть сексуализированными или включают сцены агрессии или насилия. Также часто жертвы насилия отказываются от рисования семьи. Такие рисунки должны стать сигналом для специалистов и говорить о необходимости проведения дополнительной диагностики ребенка по поводу вероятности свершаемого над ним насилия.

Таким образом, насилие, совершенное над ребенком, является одной из самых тяжелых психологических травм, его последствия затрагивают все сферы личности ребенка. Дети, пережившие насилие, остро нуждаются в своевременной и адекватной психологической помощи.

### ***Методические рекомендации по работе с детьми, пострадавшими от насилия***

Оказание практической помощи детям и родителям должно проводиться в следующих основных направлениях:

- психокоррекционная работа с детьми;
- проведение совместных детско-родительских занятий;
- пролонгированная работа с детьми и родителями;
- проведение обучающих программ для родителей;
- осуществление специальной подготовки медицинских работников, работников правоохранительной сферы, социальных работников, педагогов и психологов по проблеме насилия над детьми;

– разработка адекватных мер воздействия к подросткам с отклоняющимися формами поведения и совершившим противоправные действия.

*Цель психологической помощи* жертве насилия состоит в уменьшении отрицательного влияния пережитой им травмы на его дальнейшее развитие, предотвращение отклонений в поведении, облегчении реабилитации в обществе.

Исходя из этих целей, психолог решает следующие тактические задачи:

- Оценивает уровень психического здоровья жертвы насилия и определяет показания к другим видам помощи;
- Изучает индивидуально-психологические особенности ребенка с целью более адекватного их использования для решения возникших проблем;
- Мобилизует скрытые психологические ресурсы ребенка, обеспечивающие самостоятельное решение проблем;
- Осуществляет коррекцию личностных дисгармоний и социальной дезадаптации;
- Выявляет основные направления дальнейшего развития личности;
- Привлекает других членов семьи, родственников, сверстников, доверенных и референтных лиц к оказанию психологической поддержки пострадавшему ребенку.

*Психодиагностическая работа.* Проводя психодиагностику, психолог выбирает методы исследования в зависимости от конкретной ситуации, особенностей ребенка, вида насилия и т.д. Наиболее информативными являются следующие методики:

1. Психодиагностический опросник А.Е. Личко для определения типа акцентуаций характера и наличия психопатических проявлений.
2. Цветовой тест М. Люшера для определения актуального психоэмоционального состояния жертвы, ее потребностей, страхов, уровня стресса и других индивидуальных характеристик.
3. Шкала уровня субъективного контроля Д. Роттера для исследования типа поведения и характера локализации ответственности.
4. Рисуночные тесты «Дом-дерево-человек», «Кинетический рисунок семьи», «Несуществующее животное»; методика неоконченных предложений для определения зон психологического конфликта, сфер наибольшей тревоги, враждебности и эго-состояний жертвы насилия.

*Существуют индикаторы физического насилия над ребенком.* Проблема физического насилия по отношению к детям со стороны родителей достаточно редко является непосредственной причиной обращения к каким-либо специалистам. Чаще насилие обнаруживается в процессе работы с другими проблемами: нарушениями поведения, школьной дезадаптации, конфликтами

в семье и др. инициаторами обращения в таких случаях обычно выступают родители, сами дети редко обращаются за помощью. Общими особенностями физического насилия являются следующие особенности родителей:

- Неспособность родителей справиться с ситуацией;
- Отсутствие критики к собственным действиям;
- Повышенная ориентировка на нормативность без попытки понять, что происходит с ребенком.

При выявлении физического насилия по отношению к ребенку помощь ведется в трех направлениях:

- Медицинская – заживление травм;
- Психотерапевтическая – и для жертвы, и для насильника;
- Социальная – разделение насильника и жертвы (хотя бы временно).

При всех случаях выявления физического насилия одной из важнейших задач является *диагностика случая и оценка необходимой степени интервенции* (психологическое вмешательство в так называемое личностное пространство человека, цель которого – стимулирование определенных положительных изменений). Очень важен при этом возраст детей: чем меньше ребенок, тем больше он нуждается в защите. В качестве медицинских маркеров физического насилия над ребенком выделяют различные виды травм и повреждений (раны, синяки, ушибы, ожоги, сотрясение мозга и т.д.):

- В разных частях тела (например, на спине и груди одновременно);
- Разные по времени возникновения;
- Непонятного происхождения;
- Имеют особую форму предмета (например, форму пряжки ремня, ладони, прута);

- Нарушения в органах чувств, задержка развития, малоподвижность.

Яркими поведенческими и психологическими индикаторами физического насилия над ребенком являются следующие особенности в поведении детей:

- Малоподвижность, пассивность, слабая эмоциональная реакция (может проявляться, начиная с 6 месяцев);
- Негативная ориентация на группу детей (настороженность и агрессия на любые изменения в группе);
- Стеснительность, избегание контактов со сверстниками;
- Поведение «маленького старичка»;
- Предпочтение игр только с маленькими детьми, а не с ровесниками;
- Агрессия, тревожность в отношениях с другими людьми;
- Страх взрослых, страх физического контакта;
- Боязнь идти домой;
- Повышенная тревога, когда плачут другие дети;
- Тики, сосание пальцев, раскачивание и др.

В подростковом возрасте поведенческими и психологическими индикаторами физического насилия над ребенком является весь спектр девиантного поведения.

Индикаторы сексуального насилия над ребенком требуют объединенной работы ряда специалистов. Отрицание и недоверие – это нередкие реакции на заявление о сексуальном насилии даже среди профессионалов, психологов, врачей или юристов. Острое понимание проблемы, большая настороженность и готовность рассматривать сексуальное насилие над детьми, как возможность – таковы первые шаги к распознаванию и оказанию помощи потенциальным жертвам. Сексуальное насилие над ребенком обычно не приводит к физическому повреждению. Это является одной из причин того, что данный тип злоупотребления часто остается необнаруженным. Медицинские индикаторы сексуального злоупотребления включают:

- Оральные симптомы: экзема; дерматит; герпес на лице, губах, в ротовой полости; кроме того, отказ от еды (анорексия); переедание (булимия);
  - Анальные симптомы: повреждения прямой кишки; покраснение ануса; варикозные изменения; ослабление сфинктера; запоры;
  - Вагинальные симптомы: нарушение девственной плевы; расширение влагалища; свежие повреждения (раны, ссадины); сопутствующие инфекции.
- Физическими симптомами сексуального насилия над ребенком являются:
- Наличие ушибов, покраснения, разрывов или потертостей и ссадин в генитальной или анальной областях;
  - Наличие гематом и укусов на груди, ягодицах, ногах, нижней части живота, бедрах;
  - Наличие передающейся половым путем болезни;
  - Необъяснимое вагинальное или ректальное кровотечение;
  - Уретральное воспаление, воспаление паховых лимфатических желез и подобные типы воспаления или заразные болезни в пределах генитальной области;
  - Наличие боли при мочеиспускании, опухоли или выделений, относящихся к половому члену у мальчиков;
  - Беременность, особенно у младших подростков.

Присутствие любого из вышеупомянутых симптомов не является само по себе указанием на сексуальное насилие. Сексуальное злоупотребление часто ведет к тонким поведенческим изменениям у пострадавшего ребенка, порой малозаметным, в отличие от относительно различимых медицинских показателей. Реакция детей, подвергшихся сексуальному насилию, зависит в большей мере от их возраста, уровня развития, характера злоупотребления, их отношения к обидчику и других факторов. Поведенческие изменения для распознавания сексуального насилия:

- Наблюдение, сообщения от других людей, регрессивное поведение, особенно у маленьких детей;

- Побег из дома – наиболее частая и понятная реакция в случаях incesta;

- Несоответствующее возрастное поведение: присутствует несоответствующее их возрасту понимание половых актов;

- Внезапное появление проблем, связанных с сексом: необычная сексуальная активность; сексуальное использование младших детей; чрезмерная мастурбация или мастурбация в общественном месте, несоответствующие возрасту сексуальные игры, промискуитет или чрезмерно соблазняющее поведение со взрослыми противоположного пола; проституция;

- Злоупотребление алкоголем или наркотиками для подъема настроения;

- Фобии и страхи: боязнь раздеваться; боязнь темноты; боязнь незнакомых, особенно мужчин; страх особых ситуаций или действий (например, ребенок необъяснимо боится выходить из дома или не хочет оставаться дома вечером с приходящей няней, боится оставаться в помещении наедине с определенным человеком);

- Изменения в эмоциональном состоянии и общении: замкнутость, изоляция, уход в себя; депрессия, отвращение, стыд, вина, недоверие, чувство собственной испорченности; истерическое поведение, враждебность, агрессия, быстрая потеря самоконтроля; трудности в общении со сверстниками. избегание общения с прежними друзьями; отчуждение от братьев и сестер; терроризирование младших детей и сверстников; жестокость по отношению к игрушкам (у младших детей); амбивалентные чувства к взрослым (начиная с младшего школьного возраста);

- Глубокие и быстрые личностные изменения: неспособность защитить себя, непотворление насилию и издевательствам над собой, смирение; принятие на себя родительской роли в семье; отрицание традиций своей семьи вследствие несформированности социальных ролей, вплоть до ухода из дома; суицидальные попытки или мысли;

- Проблемы с обучением: резкое изменение успеваемости.

У ребенка может проявляться самоповреждающее поведение, в основе которого могут быть следующие когнитивные искажения:

- Потребность в самонаказании, снятии чувства вины: «Я плохой»;

- Способ удостовериться, что «живой»;

- Способ привлечения внимания к своей беде.

Существует ряд косвенных признаков, позволяющих предположить, что над ребенком совершено сексуальное насилие. Эти признаки могут проявляться в детских рисунках. Детали рисунка, которые могут быть признаками совершения над ребенком сексуального насилия:

- Обнаженный человек;

- Путаница в изображении пола или рисунок ребенка другого пола;

- Преувеличение отдельных частей тела, например, рта, в ситуации, где имел место оральный секс;
- Пропущенные части тела;
- Трудности в изображении фигуры человека (ребенок может нарисовать животное вместо человека).

*Программа обследования ребенка, подвергшегося сексуальному насилию*

Беседуя с ребенком, важно учитывать следующее.

1. Прежде всего, важно оценить собственное отношение к данной проблеме, к насилию, и к сексуальному насилию в частности. Взрослый, у которого есть собственные проблемы, связанные с сексуальной жизнью, может столкнуться со значительными трудностями в беседе с ребенком, он с трудом вызовет его доверие и в итоге вряд ли сможет ему помочь. Следовательно, необходимо оценить, имеют ли место какие-либо аспекты феномена переноса.

2. Необходимо обратить внимание на речь ребенка. Часто язык, которым жертва насилия описывает происшедшее, шокирует взрослых, выходит за рамки приличий. Если специалист желает достигнуть поставленной цели, он должен принять язык ребенка и в разговоре с ним использовать те же слова и названия, которые использует сам ребенок. НЕЛЬЗЯ давать две противоречивые инструкции одновременно: говори обо всем, что случилось; не говори неприличных слов.

3. Необходимо собрать информацию о ребенке, его семье, интересах, ситуациях насилия. Во время беседы с ребенком следует использовать только те сведения, которые сообщает сам ребенок, ни в коем случае не оказывая на него давление намеками на то, что специалист «все знает и так».

4. Утверждения, вопросы, вербальные и невербальные реакции взрослого должны быть лишены всякого оценочного отношения.

5. Специалист, который намеревается проводить беседу с жертвой сексуального насилия, должен быть готов затратить на это столько времени, сколько потребуется, иногда это может происходить в течение нескольких часов.

6. Ребенок, как правило, ничего не сообщит о насилии, если беседа с ним будет проходить там, где насилие было совершено. Место, где проводится беседа, должно быть удобным для длительной работы, приятным и комфортным для ребенка.

7. Речь взрослого, тон его голоса не должен быть интимным, а скорее деловым и легким. Также не следует навязывать ребенку усиленный и непрерывный контакт глазами – это может его напугать. Кроме того, важно чутко откликаться на приемлемую для ребенка дистанцию между взрослым и ребенком.

8. Необходимо избегать прикосновений и таких форм телесного контакта, как поглаживание руки, трепание по волосам, прижимание к себе, которые дают хороший эффект при установлении контакта в обследованиях по другим поводам. В данном случае это может напугать ребенка.

9. Во время рассказа ребенка нельзя перебивать, корректировать его высказывания, задавать вопросы, которые предполагают вполне определенные ответы.

10. Нельзя давать обещаний и говорить ребенку «Все будет хорошо», поскольку воспоминания о насилии и, возможно, судебное разбирательство, вряд ли будут приятны ребенку.

11. В отдельных случаях необходимо заранее определить, кто будет беседовать с ребенком: мужчина или женщина, это зависит от того, кто был насильником. Если специалист чем-то напоминает насильника, это может значительно осложнить беседу. Цель беседы заключается в том, чтобы ребенок как можно больше сообщил о факте сексуального насилия, стараясь при этом как можно меньше его травмировать. Трудность состоит в том, что дети не хотят об этом говорить. Но если, желая получить как можно больше информации, специалист будет оказывать на него давление, беседа может травмировать ребенка. Поэтому очень важно установление успешного контакта с ребенком.

После выявления случая насилия над ребенком и диагностики проводится *психологическое консультирование*. Показаниями к психологическому консультированию являются: самостоятельное обращение ребенка или подростка; их направление родителями, опекунами, педагогами или представителями других организаций; приглашение пострадавшего самим психологом.

Первый вариант является наиболее предпочтительным в связи с наличием осознаваемой проблемы и мотивации. В других случаях требуется дополнительная предварительная работа по снятию тревоги, беспокойства, страха и связанных с ними психологических защит.

Основным методом психологического консультирования является *интервью*. С помощью специальных вопросов и заданий, раскрывающих актуальные и потенциальные возможности личности жертвы насилия, психолог продвигается во взаимодействии с клиентом от достижения принятия личности консультанта и ситуации интервью к сбору информации о возможных альтернативных путях и способах решения проблемы.

Во время интервью психолог может использовать методы, содействующие активности, смене чувств и переживаний, демонстрирующие жертве насилия безусловное принятие ее личности, безоценочное отношение. Эти результаты достигаются через различные варианты слушания клиента (Т. Гордон):

- *Пассивное слушание (тишина)*: мощное невербальное средство, позволяющее ребенку почувствовать внимание к его личности и проблемам;

- *Реакция подтверждения, признания услышанного*: осуществляется с помощью вербальных реплик и невербальных приемов (кивание головой, наклон вперед, улыбка, нахмуривание бровей и др.);

- *«Открытие дверей»*: специальные вопросы или замечания, позволяющие ребенку быть более открытым, поощряющие его высказывания;

- *Активное слушание*: с помощью перефразирования услышанного психолог уточняет свои гипотезы и декодирует информацию клиента;

- *«Отражение чувств»*: метод передачи сопереживания и понимания (К. Роджерс), при его использовании психолог становится своеобразным зеркалом чувств ребенка, помогает ему их осознать и вербализовать; тем самым он содействует их эмоциональному отреагированию;

- *Обучение сублимации*: выражение чувств в безопасной, социально-приемлемой и потенциально-творческой форме;

- *Интерпретация*: основа психологических методов воздействия, в результате которых ребенок или подросток получает новое видение ситуации на основе теории и личного опыта психолога. Человек открывает для себя альтернативное видение реальности, отличающееся от картины, которую он сам себе представлял;

- *Директива*: психолог ясно показывает консультируемому, какое действие считает для него желанным, и предполагает, что ребенок выполнит его указания;

- *Самораскрытие*: психолог делится личным опытом и переживаниями, показывает, что способен разделить нынешние чувства собеседника. Высказывания психолога построены на «Я-предложениях»;

- *Обратная связь*: психолог дает возможность человеку понять, как (каким) его воспринимают со стороны, дает конкретные данные для позитивного или уравновешенного самовосприятия. Метод имеет особое значение для подростков в связи с наличием у них многочисленных проблем и комплексов, усугубляемых комплексом жертвы насилия;

- *Логическая последовательность*: психолог объясняет ребенку последствия мышления и поведения: «Если будешь..., то будет...». Метод дает возможность для рефлексии своих действий и переживаний, способствует развитию рефлексивного поведения и принятия самостоятельных решений;

- *Пересказ*: повторение сущности ситуации клиента и его мыслей психологом, которое активизирует обсуждение проблемы и улучшает ее понимание обеими сторонами;

- *Резюме*: используется в конце консультативной беседы для суммирования суждений клиента и выводов психолога. Метод способствует прояснению результатов беседы и помогает перенести их в реальную жизнь.

В работе с подростками, пострадавшими от насилия, целесообразно использовать *«телефон доверия»* как одну из наиболее адекватных форм



психологической помощи. Она обеспечивает анонимность, искренность, снимает страх унижения и различных санкций, дает возможность подростку прервать контакт, если он нежелателен.

«Телефон доверия» предоставляет возможность использовать волонтеров-подростков, хорошо знающих подростковую субкультуру и специально подготовленных к этой работе. Роль таких консультантов состоит в помощи подростку в идентификации проблемы, вербализации негативных эмоций, определении источников угрозы, установлении здоровых сохранных сторон личности потерпевшего, выявление круга лиц, которые могли бы его поддержать в критической ситуации.

В психокоррекционной работе с данной категорией детей используется *психотерапия*.

Психотерапевтическая помощь строится с учетом следующих обстоятельств:

1. Особенности личности и психического состояния ребенка или подростка;
2. Вида перенесенного насилия и способности ребенка осознать его сущность;
3. Глубины и тяжести переживаний факта насилия;
4. Психологических последствий:
  - Закрепления личностных форм реагирования на насилие и предрасположенности к виктимизации;
  - Формирования на основе неотрагированного психотравматического опыта устойчивых невротических состояний, депрессий, психосоматических заболеваний, нарушений социальной адаптации, сложностей вступления в брак и т.д.;
  - Отклоняющегося и делинквентного поведения.

Учитывая перечисленные выше обстоятельства, психотерапевтическую помощь можно проводить в следующих направлениях:

Ребенок и подросток — жертвы насилия (индивидуальная и групповая психотерапия);

Семья и близкое окружение жертвы насилия (семейная и групповая психотерапия);

Школьный коллектив и группа сверстников (групповая психотерапия);

Педагогические коллективы, общественные организации, правоохранительные органы (психопрофилактика).

*Индивидуальная психотерапия* проводится с детьми и подростками, находящимися в кризисном состоянии. Ее основными задачами являются: преодоление отчужденности, нейтрализация аффективного состояния через создание атмосферы принятия, доверия, безопасности, а также путем привлечения ресурсных состояний через использование гипносуггестивных

методов. На первом этапе могут применяться рациональная психотерапия, методы эриксоновского гипноза, гештальттерапия.

После установления доверия, воссоздания значительного личностного ресурса возможен переход к второму этапу. Его задача состоит в выявлении основного психологического конфликта и отреагировании травматических переживаний.

Отреагирование через осознание проблемы происходит у подростков с высоким уровнем самосознания и рефлексии. Для детей чаще используется психодраматическое проигрывание травматических ситуаций через арттерапию, телесно-ориентированные техники, игровую терапию.

После отреагирования травматического опыта или позитивной переориентации основной проблемы у клиента высвобождается достаточно сил, которые следует направить на поднятие самооценки, формирование доверия к себе, уверенности в своих силах и конструирование новых способов поведения и решения конфликтов, выработки активности в борьбе со злом.

Острое кризисное состояние может длиться от одного до двух месяцев. В этот период жертвы насилия особо нуждаются в психотерапевтической помощи. В групповых формах поддержка нужна в более поздние периоды.

На третьем этапе применяются терапия творческим самовыражением, сказкотерапия, ролевые игры, транзактный анализ и групповая психотерапия.

Групповая психотерапия детей и подростков показана в случаях, когда контакт установлен и пострадавший способен говорить о волнующих его темах. Это может произойти после индивидуальной психотерапии или «телефона доверия», когда снимается аффективная симптоматика.

Обычно группа формируется из подростков, имеющих аналогичные проблемы. Именно в такой группе они могут обрести понимание и сочувствие, ощутить себя в своей среде, рассказать о своих переживаниях, услышать опыт других, попробовать новые модели поведения, не боясь осуждения. В группе вырабатываются новые способы адаптации, саморегуляции и самоконтроля, появляются новые отношения. Группа оказывает психологическую поддержку и может дать толчок к изменению самооценки, повышению уверенности в себе.

Группа может быть постоянно действующей, открытой или закрытой. По содержанию это может быть:

- Психодинамическая группа, целью которой является создание атмосферы поддержки и доверия, осознание и отреагирование собственных проблем, делающих подростков жертвами насилия; формирование новых способов поведения в ситуациях насилия; сопротивление злу; повышение самооценки и раскрытие творческого потенциала;

- Группа ролевого тренинга, направленного на отработку ролевых ситуаций в общении со взрослыми и сверстниками, осознание своей роли (жертвы) с возможностями ее изменения;

- Группа тренинга общения, направленного на формирование конструктивного общения, партнерских способов решения жизненных ситуаций, способов социально-психологической адаптации в различных условиях;

- Группа телесно-ориентированной терапии, имеющей целью снятие телесных зажимов и отреагирование травматического опыта через тело;

- Группа терапии творческим самовыражением (рисунок, лепка, танец), направленной на раскрытие внутреннего потенциала и отреагирование травматического опыта через творчество;

- Группы игровой психотерапии, в которых ребенок может разрешить свои сложные личностные проблемы и преодолеть аффективные состояния.

*Семейная психотерапия* показана в тех случаях, когда необходимо помочь семье справиться с кризисным состоянием, или при коррекции семейных отношений, если близкое окружение является источником насилия. Целью семейной психотерапии является помощь семье в осознании насильственных способов воздействия на ребенка и попытка формирования иных, более конструктивных способов взаимодействия. Необходимо научить родителей любить детей такими, какие они есть. В любом случае семейная терапия проводится с участием ребенка.

Психопрофилактикой насилия может служить *работа психолога с родителями и педагогами* по осознанию источников жестокости и жестокого обращения с детьми и подростками. Необходимо разъяснять их опасность и повышать ответственность за любого рода антигуманные и насильственные действия по отношению к растущей личности. Следует знакомить участников образовательного процесса с правами жертв насилия и способами предупреждения виктимного поведения.

Профилактическую задачу решает и специальная работа по *коррекции агрессивного поведения* детей и подростков, которые, как правило, сами являются жертвами насилия. Будучи жертвами насилия в каких-то сферах микросреды, они становятся насильниками в школе, участвуют в криминальных группах, совершают насильственные и противоправные действия.

Важное место в профилактике насилия занимает деятельность по *предупреждению ситуаций насилия*. Следует обучать детей и подростков безопасному поведению, усиливать возможности их самозащиты, снимать комплексы неполноценности как основу виктимного поведения. В работе по психопрофилактике насилия над детьми большая роль отводится работе с родителями. В рекомендациях по обеспечению безопасности детей родителям необходимо предложить ряд *правил поведения с детьми*.

*Будьте честны с вашими детьми.* Говорите с ними честно, простыми и понятными им словами.

*Попробуйте понять чувства ребенка как можно лучше.* Поговорите с ним о своих и его чувствах.

*Не позволяйте вашему гневу отражаться на отношениях с ребенком.* Контролируйте свои чувства, свои реакции.

Родители, подумайте, какие отношения у Вас сейчас с вашим ребенком и какие бы отношения Вы хотели выстроить с ним:

- Я плохой, ты хороший;
- Я плохой, ты плохой;
- Я хороший, ты плохой;
- Я хороший, ты хороший.

Родители, обратите внимание на следующие моменты, когда Вы общаетесь с ребенком:

- Как Вы сидите или стоите;
- Каково Ваше положение головы, рук;
- Каковы Ваши жесты (есть ли в них угроза);
- Каково Ваше дыхание;
- Каков Ваш голос, темп речи и тембр;
- Какова Ваша мимика, выражение лица.

Проанализировав эти данные, Вы сможете понять, что видит, слышит и чувствует ребенок, который вступает с Вами в контакт.

Поддерживать свой контакт с ребенком Вы можете через:

• Вербальный (словесный) контакт – через подбадривание, похвалу, выражение поддержки, частое упоминание имени ребенка, выражение словами согласия и одобрения.

• Невербальный (несловесный) контакт – через контакт глаз, выражение лица, позу тела, тон и громкость голоса, использование паузы. Выражение лица должно являть собой доброжелательное внимание. Выражение спокойствия и уверенности на лице родителей оказывает психологическое воздействие, приносит терапевтический эффект. Тон голоса должен быть доброжелательным, соответствовать тому, что говорится. Приглушенный голос в большей мере способствует возникновению у собеседника ощущения доверительности. Наличие пауз в беседе создает ощущение неторопливости, продуманности происходящего.

В работе по *рекомендациям родителям по предотвращению сексуальных посягательств на детей* [36] можно использовать следующее:

1. Внушите ребенку, что вы должны знать, если вдруг кто-то из взрослых будет себя вести по отношению к нему не так, как это принято в семье (сделает что-то смущающее ребенка, будет прикасаться к нему, соблазнять сладостями, подарками, заманивать уйти с ним в уединенное место, предложит сфотографировать его голенького и т.д.). Объясните ему, что для него нет ничего плохого в том, если он немедленно все расскажет родителям.

2. Внимательно относитесь к изменениям в поведении ребенка. Помните, что ребенок, ставший объектом сексуальных посягательств, боится, как правило, говорить об этом, но в его поведении появляется множество сигналов, например, потеря аппетита, угнетенность, ночные кошмары, ночное недержание мочи, сосание пальцев, внезапные слезы, необычный интерес к вопросам секса, необычные и несвойственные ранее ребенку формы выражения любви, симпатий и др. Поэтому:

- Стройте с ребенком как можно более доверительные отношения. Стремитесь к тому, чтобы вы были первым лицом, с которым ребенку захочется поделиться новостями;

- Объясните ребенку, что общение с незнакомыми взрослыми может быть чревато опасностями, если этого взрослого ребенок узнает не через своих близких взрослых;

- Объясните ребенку, что быть ребенком совсем не страшно, если не держать тайн от родителей и тех взрослых, кому ребенок может доверять.

*В работе по развитию у детей навыков самозащиты можно использовать игры-загадки с набором очков и формами поощрения детей, если они правильно решают поставленные задачи:*

- Что ты сделаешь, если на улице незнакомый человек предложит тебе покататься в очень красивой машине?

- Что ты сделаешь, если незнакомый человек предложит тебе пойти с ним купить для тебя очень хорошую игрушку или скажет, что хочет показать тебе красивого щенка?

- Что ты сделаешь, если незнакомый человек предложит тебе (не обязательно на улице, может быть по телефону) пойти на работу к маме (папе), а ни тот, ни другой тебе не звонили и не просили об этом?

Детям в занимательной красочной форме предлагаются листки-памятки с такими предупреждениями:

- Старайся в школу и из школы не ходить один, лучше с одноклассником;
- Незнакомец – это тот, кого ты никогда не видел вместе с твоими родителями, родственниками, друзьями семьи;

- Никогда не соглашайся на «заманчивые» предложения незнакомцев, даже если они назовут тебя по имени. Имя они могут прочитать на ранце, услышать его и т.д.

- Ходи в школу и из школы одной и той же дорогой, твои родители должны знать твой маршрут;

- Будь уверен, что ты умеешь пользоваться телефоном и знаешь, как позвонить маме и папе, если срочно понадобится;

- Будь уверен, что ты умеешь правильно запирают дверь квартиры изнутри и снаружи. Никогда не открывай дверь незнакомым, если ты дома один;

- Если случится, что на улице тебе угрожает опасность (например, кто-то идет за тобой) а до дома бежать далеко, беги в первое же людное место: в магазин, аптеку, на автобусную остановку и т.д.

- Если тебя позовет куда-либо незнакомец и скажет, что делает это по поручению мамы и папы, никогда не принимай таких предложений, не позвонив им предварительно и не проверив, так это или нет;

- Что бы ни случилось с тобой, сразу же расскажи родителям или другим взрослым, кому ты доверишь больше всего.

### *Памятка детям и подросткам «Как выжить, если вы в опасности»*

#### *До нападения:*

Узнайте, кто сможет вам помочь (родные, близкие, социальные службы, кризисные центры, телефоны доверия).

#### *Во время нападения:*

Обороняйтесь и защищайте себя.

Зовите на помощь как можно громче (кричите «Пожар!»).

Постарайтесь вызвать милицию.

#### *После нападения:*

Немедленно обратитесь в травматологический пункт. Даже если вам кажется, что вы в этом не нуждаетесь, медосмотр поможет вам собрать необходимые доказательства для возможного судебного разбирательства. Правоохранительные органы обязаны назначить экспертизу. Если милиция отказывается направить вас к медэксперту, обратитесь в травмпункт или в поликлинику. Проследите, чтобы врач записал всю информацию в медицинскую карту. Сохраняйте порванную одежду и сломанные вещи. Расскажите обо всем людям, которым вы доверяете. Позвоните в кризисный центр. Если это случится снова, это может быть еще опаснее. *Помните: 70-80% убийств происходит в семьях!* Обратитесь за помощью прямо сейчас!

В настоящее время в современном обществе происходит общее искажение нравов, норм морали и чувства ответственности перед детьми. Отношение взрослых к детям стало потребительским, как к вещи. К сожалению, основой этому служит жестокое обращение с детьми. Данный блок методических рекомендаций позволит специалистам учреждений своевременно диагностировать случаи насилия над детьми и предотвратить тяжелые последствия жесткого обращения в процессе психокоррекционной работы.

Необходимо отметить, что не существует единого, универсального описания ребенка-жертвы насилия, а, следовательно, нет и готового рецепта для оказания этим детям психологической помощи. Можно говорить лишь об основных принципах работы с детьми, пережившими насилие и обобщить эти принципы.

Из-за масштабного травмирующего воздействия насилия работа должна касаться широкого круга проблем. Психологическая помощь должна быть фиксирована на восстановлении самооценки ребенка, доверия к другим людям, развитию социальных навыков и коррекции агрессивного поведения. Отдельное внимание должно быть уделено восстановлению психосексуальной сферы ребенка: половой самоидентификации ребенка, представлениям о взаимоотношениях полов, профилактике жестокого поведения в сексуальных отношениях. Также должна быть проведена работа, направленная на усвоение ребенком семейных ролей и норм поведения в семейных отношениях.

## **2. Дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья**

По свидетельству отечественных и зарубежных ученых, число детей с ограниченными возможностями здоровья неуклонно возрастает. Этому способствует целый ряд патологических факторов эндогенного (внутреннего) и экзогенного (внешнего) происхождения: генетические отклонения,отягощенная наследственность, физические и психические травмы, соматические и инфекционные заболевания, дестабилизация общества и отдельных семей, отсутствие в ряде случаев нормальных экологических, экономических, гигиенических условий для будущих матерей и детей, недостатки школьного и семейного воспитания и многое другое.

Согласно Федеральному Закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 28.06.2014)

– ребенок-инвалид – это лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством (физических и психических) функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, их последствиями, дефектами, которое приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной защиты.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания.

Группа детей с ОВЗ чрезвычайно неоднородна. Это определяется, прежде всего, тем, что в нее входят дети с разными нарушениями развития: нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы, включая РДА; с задержкой и комплексными нарушениями развития.

Инвалидность – это специфическая ситуация развития и состояния личности, как правило сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных сферах.

К категории *дети с ограниченными возможностями здоровья* относятся дети-инвалиды, дети, имеющие недостатки в психофизическом развитии,

и дети, жизнедеятельность которых нарушена в результате сложившихся обстоятельств.

*Дети, имеющие недостатки в психическом и (или) физическом развитии* – дети, с нарушением речи; дети – слепые и слабовидящие; дети – слабослышащие и глухие; дети с ранним детским аутизмом; дети с умственной отсталостью; дети с задержкой психического развития; дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью; дети, имеющие нарушения опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич).

1. *Дети с нарушением речи* – дети, имеющие отклонения от нормального формирования языковых средств общения.

2. *Слепые* – это категория лиц с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение (до 0,04 на лучше видящем глазу с коррекцией очками), а также лица с прогрессивными заболеваниями и сужением поля зрения (до 10–15°), с остротой зрения до 0,08.

3. *Слабовидящие* – это категория лиц с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

4. *Глухие* – дети, которые имеют стойкую потерю слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение речью и разборчивое восприятие речи даже на самом близком расстоянии от уха. При этом сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать громкие неречевые звуки, некоторые звуки речи на близком расстоянии. Это не только снижение слуха выше 80 децибел, но и потеря или снижение слуха на различных частотах. Особенно неблагоприятным является потеря или резкое снижение слуха в области частот, относящихся к речевым.

5. *Слабослышащие* – дети, которые имеют стойкое понижение слуха (менее 80 децибел), при котором возможны самостоятельное накопление минимального речевого запаса на основе сохранившихся остатков слуха, восприятие обращенной к ребенку (взрослому) речи хотя бы на самом близком расстоянии от ушной раковины.

6. *К лицам с нарушением умственного развития (умственно отсталым)* относят лиц со стойким, необратимым нарушением познавательной сферы, возникающим вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный (разлитой) характер. Особенностью данного дефекта при умственной отсталости является нарушение высших психических функций – отражения и регуляции поведения и деятельности. Это выражается в нарушении познавательных процессов (ощущений, восприятия, памяти,



мышления, воображения, речи, внимания), страдают эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом.

7. Понятие «задержка психического развития» относится к детям с минимальными органическими повреждениями или функциональной недостаточностью центральной нервной системы, а также длительно находящимся в условиях социальной депривации. Для них характерна незрелость эмоционально-волевой сферы и недоразвитие познавательной деятельности, имеющей свои качественные особенности, компенсирующиеся под воздействием временных, лечебных и педагогических факторов.

8. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) – дети, имеющие тяжелое заболевание, которое возникает у ребенка в результате поражения головного и спинного мозга на ранних этапах его формирования (внутриутробном, в период родов или в период новорожденности). Основным клиническим симптомом при ДЦП является нарушение двигательных функций, кроме этого у детей с ДЦП имеют место нарушение зрения, слуха, речи, интеллекта.

9. Ранний детский аутизм – вид искаженного развития, дети с данной категорией нарушения развития отличаются нарушением контакта, уходом от реальности в мир собственных переживаний. Этот термин впервые введен швейцарским психиатром и психологом Э. Блейлером, обозначает целый комплекс психических и поведенческих расстройств.

10. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью – дети, отличающиеся невнимательностью, отвлекаемостью, импульсивностью, повышенной двигательной активностью. Часто гиперактивности сопутствуют проблемы во взаимоотношениях с окружающими, трудности в обучении, низкая самооценка. При этом уровень интеллектуального развития у детей не зависит от степени гиперактивности и может превышать показатели возрастной нормы

11. Дети, жизнедеятельность которых нарушена в результате сложившихся обстоятельств – дети, которые получили более позднее (после 2,5–3 лет) патологическое воздействие на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформировалась, и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Формирование личности у детей ОВЗ и детей-инвалидов происходит в условиях ограниченного жизненного пространства и коммуникативности, иногда в полной зависимости от посторонней помощи в самообслуживании.

Это вызывает у детей: неуверенность в себе, комплекс неполноценности, ориентирует на потребительское сознание и иждивенчество, то есть ведет к синдрому социального инфантилизма.

Психологические особенности развития детей с ограниченными возможностями:

1. *Умственная отсталость.* Среди детей и подростков, имеющих психическую патологию развития, наиболее многочисленную группу составляют умственно отсталые дети. Большинство из них – олигофрены.

*Олигофрения* – это форма умственного и психического недоразвития, возникающая в результате поражения ЦНС, и в первую очередь коры головного мозга в пренатальный (внутриутробный), натальный (при родах) или постнатальный (на самом раннем этапе прижизненного развития) периоды. По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении традиционно подразделяют на три степени: идиотия, имбецильность и дебильность. Дети с умственной отсталостью в стадии идиотии и имбецильности в правовом отношении являются недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или замещающих лиц.

Развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни отличается от развития нормальных детей. У них отмечаются задержки в физическом развитии, общая психологическая инертность, снижен интерес к окружающему миру, заметно недоразвитие артикуляционного аппарата и фонематического слуха. По-иному у них складываются соотношения в развитии наглядно-действенного и словесно-логического мышления. Многие умственно отсталые дети начинают говорить только к 4–5 годам. Речь умственно отсталого ребенка не выполняет своей основной функции – коммуникативной.

Существенные изменения в физическом и психическом развитии влекут за собой нарушения в личностной сфере. Основными ее особенностями являются:

– предпосылки развития личности складываются не в раннем детстве, как у нормально развивающихся детей, а лишь в старшем дошкольном возрасте. Поэтому личность умственно отсталого ребенка формируется с большими отклонениями как в качественном отношении, так и в темпах и в сроках развития;

– первые проявления самосознания, отделения своего «Я» у умственно отсталого ребенка начинает проявляться не с 3-х лет, как в условиях нормального развития, а лишь после 4-х лет, когда у них начинают формироваться элементарные действия с предметами;

– ограниченность средств общения (как речевых, так и неречевых) приводит к тому, что умственно отсталые дети становятся отверженными в среде сверстников. Желание самоутвердиться нередко проявляется в патологической форме. Они могут вести себя жестоко по отношению к слабым детям. Развивающийся комплекс неполноценности, если не принять мер, делает их еще более отверженными в среде сверстников.

2. *Эндогенные психические заболевания.* К эндогенным психическим заболеваниям относят шизофрению, маниакально-депрессивные состояния, генуинную эпилепсию и др.

*Шизофрения* – тяжелое психическое заболевание, характеризующееся утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности и разнообразными психопатологическими расстройствами. Заболевание чаще всего связано с наследственным предрасположением и приходится в основном на подростковый и юношеский возраст. К изменениям личности при данном заболевании относят снижение энергетического потенциала (амотивационность), выраженную интровертированность (уход в себя, отчуждение от окружающих), эмоциональное обскудение, расстройства мышления и др. Выраженность психопатологических изменений может колебаться от легких изменений личности до грубой и стойкой дезорганизации психики.

*Маниакально-депрессивный психоз* – эндогенное заболевание, протекающее приступами. Состояние веселости, возбужденности, активности (маниакальная фаза) сменяется заторможенностью, подавленностью (депрессивная фаза). Нередко болезнь характеризуется сменой маниакальных или депрессивных фаз. При выходе из болезненного состояния наступает практическое выздоровление. Заболевание может начаться в любом возрасте, но преимущественно в 12–16 лет. В большей степени этому заболеванию подвержены девочки на этапе препубертатного и пубертатного периодов. При данном заболевании стойких психических нарушений и значительных изменений склада личности и признаков дефекта не наблюдается.

*Эпилепсия* – заболевание головного мозга, характеризующееся разнообразными расстройствами в виде малых и больших судорожных эпилептических припадков. Чаще всего признаки заболевания эпилепсией возникают в возрасте до 15 лет. Классический исход гениальной эпилепсии – нарушения интеллектуальной способности вплоть до выраженного слабоумия и деформации личности.

В личностной сфере у страдающего эпилепсией наблюдается замедленность всех психических процессов, склонность заострять внимание на деталях, обстоятельность, невозможность отличить главное от второстепенного и др. По мере развития эндогенных заболеваний увеличивается риск к формированию дефектов личности, что может вызвать затруднения в психокоррекционной работе.

3. Реактивные состояния, конфликтные переживания, астении во многом обусловлены условиями обучения и воспитания детей. У одних детей в результате социальной дезадаптации, неуспеваемости в школе наблюдаются неврозы, у других – астении, у третьих – психопатические реакции. Названные состояния развиваются вследствие умственных и физических перегрузок, нарушений микросоциальных контактов в кругу сверстников, в семье и др. Перечисленные отклонения характеризуют так называемые пограничные состояния, переход от нормы к патологии. Их относят к группе

болезненных состояний, в основе которых лежат психогенные невротические и астенические состояния, конфликтные переживания. Для невротических состояний у детей более всего характерны страхи (фобии), соматовегетативные (энурез, привычная рвота) и двигательные расстройства (логоневроз, тики, истерический паралич). С возрастом эти расстройства могут принимать более затяжной характер. Названные нарушения накладывают отпечаток на динамику нервно-психического состояния ребенка или подростка в виде дисгармонии в развитии личности, изменений в познавательной и потребностно-мотивационной сферах личности.

Основной путь нивелирования у детей и подростков душевных переживаний и преодоления чувства своей неполноценности – создание для них нормальных межличностных взаимоотношений и активное включение в продуктивное взаимодействие со сверстниками.

*4. Аномалии личности при задержке психического развития (ЗПР).* Причиной аномалий личности могут быть задержки психического развития или психический инфантилизм различной этиологии. Инфантилизм – это сохранение в психике и поведении подростка, юноши, взрослого свойств и особенностей, присущих детскому возрасту.

К.С. Лебединская выделяет следующие основные типы ЗПР детей:

1) Конституционального происхождения или гармоничный инфантилизм. У детей этого типа эмоционально-волевая сфера находится на более ранней ступени развития, напоминая нормальную структуру детей более младшего возраста.

2) Соматического происхождения. Основные причины задержек психического развития данного типа – хронические инфекции, врожденные и приобретенные пороки, в первую очередь порок сердца, снижающие не только общий, но и психический тонус и вызывающие стойкую астению. Нередко наблюдается задержка эмоционального развития – соматогенный инфантилизм. Для него характерны боязливость, неуверенность, проявление переживаний, связанных с ощущением своей неполноценности и др.

3) Психогенного происхождения. Задержки данного типа порождены неблагоприятными условиями, препятствующими нормальному формированию личности ребенка. Психотравмирующие факты приводят, как правило, к стойким нарушениям сначала вегетативных функций, а затем и психического, в первую очередь, эмоционального развития.

4) Церебрально-органического происхождения (органический инфантилизм). Причины: интоксикации, травмы, недоношенность и др. Встречается чаще других и обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах. Признаки ЗПР данного типа проявляются в запаздывании формирования различных функций: ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности.

Таким образом, личностная незрелость бывает как патологическая, так и непатологическая. Патологическая форма – предмет рассмотрения психиатрии. Непатологическая форма наиболее распространена среди детей школьного возраста. Коррекцией названной формы психической незрелости занимаются педагоги, психологи, семья, школа. Индивид, у которого наблюдается инфантилизм при нормальном или даже ускоренном физическом и умственном развитии, отличается, прежде всего, незрелостью эмоционально-волевой сферы. Эта особенность может выражаться в несамостоятельности решений, чувстве незащищенности, в заниженной самооценке, повышенной требовательности заботы о себе со стороны родителей, в разнообразных компенсаторных реакциях в виде фантазирования, эгоцентризма и др. Незрелые в личностном отношении дети могут хорошо учиться, однако из-за детскости, типичной для более младших детей, они неусидчивы, затрудняются выполнять волевые усилия, такие дети требуют постоянного контроля.

М.И. Буянов, Г.Е. Сухарева выделяют два вида личностной незрелости у детей и подростков – гармоничный и дисгармоничный.

*Гармоничный* – это необычный, но нормальный характер. Данный тип инфантилизма обычно обнаруживается с 7–8 летнего возраста: ребенок ведет себя несоответственно своему возрасту. В его поведении преобладают капризность, жажда удовольствия, игровые интересы. Такие дети отличаются неусидчивостью, неспособностью сделать вывод из ошибок и из опыта других людей. Их постоянно что-то отвлекает. Они легко смеются, а также легко обижаются и плачут. К 10–12 годам у большинства подобных детей черты психологического инфантилизма уменьшаются. К 20–25 годам – проходят, человек как бы дозревает и сравнивается со сверстниками. Одной из причин появления незрелости является изнеживающее воспитание, когда ребенка искусственно ограждают от сложностей жизни и выполняют все его капризы.

*Дисгармоничный инфантилизм.* Индивиды, относящиеся к данному виду незрелости, чаще всего попадают в поле зрения медицины. У дисгармоничных инфантилов встречаются те же свойства, что и у гармоничных, но какая-то одна или несколько черт характера резко выделяются: у одних может преобладать возбуждимость, у других – слабоволие, у третьих – склонность ко лжи и т. д. Выделяют три варианта дисгармоничного инфантилизма:

1. *Возбудимый вариант.* У таких детей на первый план выступает горячность, легкая взрывчатость, они очень часто во всем видят несправедливость, часто скандалят, дерутся, но потом приходят быстро в себя, раскаиваются и тут же забывают о своих обещаниях.

2. *Неустойчивый вариант.* Основными признаками являются болезненное слабоволие, несамостоятельность, неумение и неспособность довести до конца любое дело. Как правило, из неустойчивых инфантилов формируются пьяницы, тунеядцы, с которыми очень трудно сладить.

3. *Истерический вариант.* Встречается несколько реже, чем предыдущие, и свойственен только девочкам. Естественно, степень психической незрелости бывает различной. Успешность ее коррекции зависит от названного фактора и тех мер, которые принимаются по отношению к таким детям с целью коррекции их развития.

5. *Люди с психопатическими формами поведения.* Люди отличаются друг от друга по темпераменту, характеру, поведению, интеллекту и т. п. В процессе развития человеческой личности и психики в силу влияния различных факторов неизбежно возникает вероятность того, что некоторые личностные свойства гипертрофируются. Таких личностей с крайне выраженными и одноплановыми свойствами характера, неспособных достаточно длительное время жить без конфликтов и выполнять каждодневные обязанности, называют психопатическими.

*Психопаты* – это люди, обладающие тяжелым характером, от которого страдают они сами, но в еще большей степени окружающие. Этот трудный характер приводит таких субъектов к постоянным ссорам с окружением, и в первую очередь с теми, с кем они чаще всего общаются. Они предъявляют к окружающим повышенные требования, зачастую в конкретных условиях невыполнимые. Не умеющие подчиняться, они не способны выполнять длительное время руководящую роль, вызывая к себе отрицательное отношение вспыльчивостью, нетерпимостью, высокомерием и другими резко выраженными чертами характера.

Проблема психопатий – это не проблема интеллекта, это проблема эмоций, воли и совести. Прежде всего, совести. Совесть – это внутренний судья, внутренний контролер нашего поведения. При психопатиях личность формируется таким образом, что она не может быстро усвоить то, что хорошо, а что плохо. Именно психопатам ничто, как правило, не мешает в жизни, их ничто не останавливает, они часто оказываются на виду.

Для многих психопатических личностей характерно антисоциальное поведение. Психопатические свойства обнаруживаются в детстве; у большинства детей и подростков становятся заметными в школьном возрасте; затем, примерно у 60% таких лиц психопатические свойства начинают постепенно уменьшаться. Большую роль в этом играет целенаправленное воспитание, ориентированное на компенсацию и подавление ненормальных свойств характера (спокойная обстановка дома, в школе, отсутствие примеров для дурного подражания). У остальных психопатические свойства продолжают доминировать в характере и даже обостряются в подростковом возрасте. Обычно в 25–50 летнем возрасте психопатические свойства заметно уменьшаются, но после 55–60 лет характер у многих вновь ухудшается.

При психопатиях (во всех ее формах) имеются дефекты личностного развития, в основном в моральной сфере. Такие люди отличаются жестокостью,

бесчувствием, бессовестностью. Поэтому в процессе воспитания необходимо культивировать в больных детях отсутствующие у них свойства и, в первую очередь, чувство вины за совершенный проступок.

Таким образом, ограничение возможностей не является чисто количественным фактором (т. е. человек просто хуже слышит или видит, ограничен в движении и пр.). Это интегральное, системное изменение личности в целом, это «другой» ребенок, «другой» человек, не такой, как все, нуждающийся в совершенно иных, чем обычно, условиях образования для того, чтобы преодолеть ограничение и решить ту образовательную задачу, которая стоит перед любым человеком. Для этого ему необходимо не только особым образом осваивать собственно образовательные (общеобразовательные) программы, но и формировать и развивать навыки собственной жизненной компетентности (социального адаптирования): навыки ориентировки в пространстве и во времени, самообслуживание и социально-бытовую ориентацию, различные формы коммуникации, навыки сознательной регуляции собственного поведения в обществе, физическую и социальную мобильность; восполнять недостаток знаний об окружающем мире, связанный с ограничением возможностей; развивать потребностно-мотивационную, эмоционально-волевую сферы; формировать и развивать способность к максимально независимой жизни в обществе.

### ***Методические рекомендации по работе с детьми-инвалидами и с детьми с ограниченными возможностями здоровья***

Рабочей группой, созданной при отделе практической психологии и охраны здоровья Министерства образования РФ, подготовлен проект программы создания единой государственной системы раннего выявления нарушений и специальной помощи детям с отклонениями в развитии. В программе определены цели, задачи, этапы, сроки и основные направления развития федеральной системы ранней специальной помощи детям младенческого и раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья и их семьям.

Деятельность системы ранней помощи осуществляется на междисциплинарной основе, то есть в сопровождении ребенка и его семьи участвуют те специалисты (дефектолог, логопед, психолог, специальный психолог, сурдопедагог, тифлопедагог, семейный психолог и т.д.), в профессиональные функции которых входит работа с проблемами как ребенка, так и его семьи. Кроме того, деятельность системы ранней помощи осуществляется на межведомственной основе. В сопровождении ребенка могут принимать участие структуры органов здравоохранения, образования, социальные службы.

Первый этап реализуют учреждения здравоохранения. Именно на них лежит первичное выявление, реабилитация детей средствами медицины,

направление этой категории детей в службы ранней специальной помощи и БМСЭ (бюро медико-социальной экспертизы).

Второй этап – ранняя специальная помощь ребенку и семье, осуществляемая службами ранней помощи, реабилитационными центрами, лечебно-профилактическими учреждениями системы здравоохранения.

Третий этап – психолого-педагогическая, медицинская, социальная коррекция нарушенного развития, подготовка к школьному обучению, которая может осуществляться в дошкольных образовательных учреждениях (далее ДОУ).

Задачи психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья:

– систематическое отслеживание статуса ребенка и динамика его психического развития в процессе обучения;

– создание социально-педагогических условий для развития личности ребенка и его успешного обучения;

– обучение педагогов (родителей) психолого-педагогическим технологиям сотрудничества со своим ребенком, приемам и методам его воспитания и обучения в условиях семьи и оказания им психологической поддержки.

Целью реабилитации детей с ОВЗ и детей-инвалидов является адаптация и интеграция их в общество.

Процесс реабилитации включает в себя широкий круг мер.

Реабилитация – это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение ограничений жизнедеятельности.

Целью реабилитации является восстановление социального статуса человека, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Основная задача сопровождения – создание специальных условий для полноценного развития, становления социально успешной личности, защиты прав ребенка на получение образования и развитие в соответствии со своими потенциальными возможностями.

Психолого-медико-педагогическая реабилитация предполагает преодоление и коррекцию имеющихся у ребенка нарушений: двигательных, речевых, интеллектуальных, поведенческих расстройств, нарушений общения, недостаточности высших психических функций, например, пространственных нарушений; подключение компенсаторных возможностей.

*Работа педагога-психолога с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ.*

Вопрос о психологическом сопровождении детей с имеющимися отклонениями в развитии является одним из основных и главных в истории специального обучения, так как система психологического сопровождения должна быть подчинена основному требованию – коррекции, ослаблению



дефектов развития детей с ограниченными возможностями здоровья, а также развитию личности детей-инвалидов в целом.

Психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная, бытовая реабилитации проводятся наряду с медицинской.

Психолого-педагогическое сопровождение детей осуществляют учитель-логопед, психолог, воспитатель и все службы сопровождения.

В рамках должностных обязанностей каждый из участников образовательного процесса составляет план работы по сопровождению ребенка.

Психологическая помощь для таких адресатов носит характер реабилитационной, основанной на принципах системного и личностно-ориентированного подходов.

Выстраивая и планируя собственную деятельность, педагог-психолог использует как форму индивидуального занятия (непосредственно для консультационной беседы), так и работу в смешанных группах, где наряду с аномальными детьми полноценно участвуют дети обычного развития.

При проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать психосоциальные факторы, приводящие в ряде случаев к эмоциональному стрессу, росту нервно-психической патологии и возникновению так называемых психосоматических заболеваний, а зачастую – проявлению девиантного поведения.

Биологические, социальные и психологические факторы, взаимно переплетаются на различных этапах адаптации ребенка к условиям жизнеобеспечения.

При разработке реабилитационных мероприятий необходимо учитывать как медицинский диагноз, так и особенности личности в социальной среде. Этим, в частности, объясняется необходимость привлечения к работе с детьми-инвалидами социальных работников и психологов в самой системе здравоохранения, ибо граница между профилактикой, лечением и реабилитацией весьма условна и существует для удобства разработки мероприятий. Тем не менее, реабилитация отличается от обычного лечения тем, что предусматривает выработку совместными усилиями социального работника, медицинского психолога и врача, с одной стороны и ребенка и его окружения – с другой стороны, качеств, помогающих оптимальному приспособлению ребенка к социальной среде.

Лечение в данной ситуации – это процесс, больше воздействующий на организм, на настоящее, а реабилитация больше адресуется личности и как бы устремлена в будущее.

Суть психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов и детей с ОВЗ может состоять:

- коррекции самооценки;
- в снятии нервно-психического напряжения;

– развитии психических функций: памяти, мышления, воображения, внимания;

– преодолении пассивности;

– формировании самостоятельности, ответственности и активной жизненной позиции;

– преодолении отчужденности и формировании коммуникативных навыков.

Методами психологической реабилитации могут быть беседы, индивидуальные психологические консультации, психологическая помощь, ролевые игры, психологические тренинги, группы психологической взаимопомощи и взаимной поддержки.

Вопрос организации и обеспечения образовательного процесса для детей-инвалидов и детей с ОВЗ во многом связан с материально-технической и программно-методической базой учреждения. Средовое пространство для лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья, должно отличаться повышенной комфортностью и доступностью ко всем объектам учебного фонда.

Отсутствие необходимого программно-методического материала, направленного на решение задач обучения и развития детей, вне зависимости от вида дефекта или степени его сложности, сужает возможности образовательного учреждения (как основного, так и дополнительного типа) для использования их потенциала.

А также при организации образовательного процесса для детей с ОВЗ и детей-инвалидов, это обеспечение высококвалифицированными кадрами, повышение уровня их профессиональной компетенции при работе с «аномальными» воспитанниками.

Многие из детей с ограниченными возможностями с самого рождения имеют длительный опыт эмоциональной травматизации. У них имеются разнообразные по степени тяжести эмоциональные нарушения, связанные с переживанием страха, тревоги, физической боли, что негативно сказывается на их поведении.

Такое состояние может длиться годами, и настолько затрудняет жизнедеятельность ребенка, что значительно ограничивает возможности общения, снижает активность деятельности, патологически влияет на формирование личности.

Поэтому для педагога-психолога определяющим фактором в работе с такими детьми должно стать восстановление эмоционального контакта.

Эффективными приемами коррекционного воздействия на эмоциональную и познавательную сферу детей с отклонениями в развитии являются:

– игровые ситуации;

– дидактические игры;

– игровые тренинги, способствующие развитию умения общаться с другими;

– психогимнастика и релаксация, позволяющие снять мышечные спазмы и зажимы, особенно в области лица и кистей рук.

Коррекционно-развивающая работа с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ осуществляется посредством игр. Таким детям часто свойственна эмоциональная неуравновешенность. Она может выражаться не только в резкой смене и неадекватности реакций, но и в неловких беспокойных движениях, прерывистом сне и т.п. Но чтобы достичь ожидаемого результата, надо точно определить возможности той или иной игры.

В работе можно использовать 6 методов организации игровой деятельности, предложенные С.А. Шамаковым в книге «Уроки детского досуга»:

1. Метод игрового тренинга (например: «Съедобное – несъедобное», «Паровоз», «Ниточка – иголочка»);

2. Метод театрализации. Реализуется через костюмирование, особый словарь общения, досуговые аксессуары, обряды. Он основан на бесконечном множестве сюжетов и социальных ролей.

3. Метод состязательности. Внутренняя «пружина» раскручивания творческих сил. С этим видом связаны все задания, в которых происходит деление на группы, команды.

4. Метод равноправного духовного контакта. Дети и взрослые «равны во всем». Он основан на совместной, равноправной деятельности взрослых и детей, когда в процессе работы происходит придумывание чего-либо – стихов, сказки, праздника.

5. Метод воспитывающих ситуаций; (создание воспитательных условий) ситуации успеха, доверия.

6. Метод импровизации. Не подготовленные заранее действия. Он выводит детей на практическую предприимчивость, и базируется на синдроме подражания с привнесением своего начала.

Необходимо помнить, что игра должна исключать малейшую возможность угрозы здоровью детей.

Необходимо также включать в работу родителей. Включение родителей в коррекционно-педагогический процесс происходит поэтапно. Сначала важно сформировать у родителей установку на активную воспитательную позицию. В дальнейшем необходимо учить родителей наблюдать за своим ребенком и понимать его потребности и возможности, формировать у родителей адекватные способы общения и взаимодействия со своим ребенком.

Необходимо формировать у детей адекватные формы взаимодействия со сверстниками, включения ребенка в детский коллектив. При этом вначале уделяется внимание формированию представлений о себе, о своих близких людях, а затем – о сверстниках. Взрослый помогает ребенку воспринять и

выделить сверстника в определенной ситуации и определенной деятельности (например, на музыкальных занятиях).

В дальнейшем ребенок постепенно включается в совместные действия с другими детьми в различных ситуациях.

*Особенности психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья*

Дети с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в психолого-медико-педагогическом сопровождении. Для того чтобы помощь этим детям была более эффективной, необходима ранняя диагностика их состояния. Важно не просто установить наличие того или иного дефекта, но и определить его характер, структуру, те качественные и количественные показатели, которые могут служить основанием для последующей коррекционной работы.

*Диагностическое направление*

Целью диагностического направления является организация и обеспечение психолого-медико-педагогического обследования обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья.

При обследовании детей с ограниченными возможностями здоровья специалисты должны руководствоваться следующими принципами:

1. *Принцип комплексного изучения детей.* Этот принцип обязывает учитывать при постановке диагноза данные, полученные при обследовании ребенка всеми специалистами: врачами, дефектологами, логопедами, психологами. В тех случаях, когда мнения специалистов расходятся, ребенку назначается повторное обследование. При решении самых сложных вопросов на первом месте должен стоять учет интересов ребенка.

2. *Принцип всестороннего и целостного изучения ребенка.* Он предусматривает исследование познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения. Учитывается также физическое состояние, которое может существенно влиять на развитие ребенка. Под целостностью изучения подразумевается обязательное сопоставление всех данных, полученных о ребенке. Всестороннее, целостное изучение ребенка может быть успешным, если оно будет осуществляться в процессе его деятельности: учебной, трудовой, игровой.

3. *Принцип динамического изучения детей.* Согласно этому принципу при обследовании важно учитывать не только то, что дети знают и могут выполнить в момент исследования, но и их возможности в обучении. В основе этого принципа лежит учение Л.С. Выготского о «зоне ближайшего развития» детей, их потенциальных возможностей в обучении

4. *Принцип качественно-количественного подхода.* Согласно этому принципу, при оценке выполненного ребенком задания необходимо

учитывать не только конечный результат, но и способ, рациональность выбранных решений задачи, логическую последовательность операций, настойчивость в достижении цели (С.Д. Забражная).

Медико-психолого-педагогическое обследование является важным этапом системы специальной помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья. Осуществляться оно должно комплексно, различными специалистами.

Изучение ребенка включает *медицинское и психолого-педагогическое обследование*.

Содержанием медицинского обследования является осмотр ребенка, сбор и анализ анамнестических сведений, офтальмологическое, отоларингологическое, соматическое, неврологическое и психиатрическое исследование ребенка.

Основное внимание обращается на состояние эмоционального, интеллектуального, психического и речевого развития ребенка. В ряде случаев данные врача дополняются лабораторными исследованиями (рентгенография черепа, энцефалограмма, компьютерная томография и др.). Общий осмотр ребенка позволяет сделать заключение о строении черепно-лицевого скелета, о пропорциональности и особенностях лица, конечностей, тела и др. Уточняется состояние сенсорного развития — слуха, зрения. Иногда врач по определенным симптомам устанавливает наличие у ребенка врожденной наследственной неполноценности: микро- или макроцефалия, синдром Дауна, отставание в росте и др. Среди дефектов зрительной системы наиболее показательными является нистагм, косоглазие, амблиопия, нарушение рефракции глаза и др.

Оценка нервной системы выявляет параличи и парезы (частичные параличи), судорожные симптомы (гиперкинез, тик, тремор и т. д.). Выявляется также наличие пороков в строении артикуляционного аппарата.

В ходе психолого-педагогического обследования выявляются особенности психического развития ребенка, начало формирования навыков опрятности, самообслуживания, навыков общения с детьми, состояние моторики, характер игры и др.

Если это дети дошкольного возраста, то определяется их готовность к школьному обучению. Сюда входит установление уровня умственного развития, эмоционально-волевой и социальной зрелости. Ребенок должен уже иметь определенный объем знаний и представлений об окружающем мире; требуется сформированность таких психофизических и психических функций, как моторика, произвольное внимание, осмысленная память, пространственные представления. К школе необходимо овладеть

умственными операциями и навыками речевого общения. Ребенок должен проявлять познавательную активность, обладать способностью к регуляции поведения и самоконтролю.

При диагностическом обследовании познавательной и эмоционально-волевой сфер можно использовать диагностические комплекты М.М. Семаго, С.Д. Забрамной. методическое пособие «Психолого-педагогическая диагностика обследования детей раннего и дошкольного возраста» с приложением альбома «Наглядный материал для обследования детей» Е.А. Стреблевой. При обследовании особенностей речи логопеды используют «Альбом для логопеда» О.Б. Иншакова.

В тех случаях, когда дети уже учились в школе, следует установить характер и причины имевшихся у них трудностей в обучении, вскрыть структуру дефекта. Особое внимание обращается на способность ребенка к обучению. Важными показателями обучаемости являются способность к обобщенной мыслительной деятельности, гибкость мыслительных процессов, темп усвоения учебного материала, способность использовать помощь взрослых и др.

Психолого-педагогическое обследование проводят педагог-дефектолог и психолог. Используются следующие методы психолого-педагогического исследования:

1. Метод беседы. Беседа служит средством установления контакта с ребенком. Она позволяет судить о личностных качествах и поведении ребенка, помогает вскрыть причины некоторых отклонений в развитии. При установлении умственных способностей ребенка в ходе беседы следует выявить: точность представлений ребенка о себе, своих родителях, ближайших родственниках, друзьях (имя, отчество, фамилия, возраст) и способность дифференцировать понятия «семья», «соседи», «родственники» и т. д.; характер представлений о времени (умение определять время на часах, понимание временной протяженности и т. д.); представления о явлениях природы (различение времен года с учетом их признаков, наличие представлений о грозе, снегопаде и т. д.); умение ориентироваться в пространстве (практическое овладение понятиями «справа – слева», «вверху – внизу», «ближе – дальше» и т. д.); запас сведений о своей родине, о выдающихся событиях, понимание прочитанных книг, просмотренных фильмов и т. д. Не рекомендуется начинать беседу, если дети имеют дефекты речи, слуха или трудно вступают в контакт. В этих случаях можно воспользоваться наглядным материалом, который заинтересует ребенка и поможет исследователю выявить то, что ему необходимо.

2. Метод наблюдения. Наблюдение начинается с момента появления ребенка в консультации и продолжается на протяжении всего времени обследования. Наблюдение всегда проводится целенаправленно, его материалы

необходимо фиксировать. Особое значение имеет наблюдение за игровой деятельностью ребенка. Свободная игра позволяет установить контакт с ребенком. Предоставив ребенку возможность заниматься с игрушками, исследователь фиксирует первые сведения о нем, характер эмоциональных реакций при виде игрушек (радость, безразличие), способность самостоятельно выбрать игрушки и организовать игру, разумность производимых действий с игрушками, стойкость интереса к игровой деятельности. Создавая игровые ситуации, ребенок практически проводит анализ, синтез, обобщение и классификацию, отбирая именно те игрушки, которые нужны для определенных действий. В ходе производимых ребенком манипуляций с игрушками исследователь наблюдает за координацией движений, состоянием моторики. Кроме наблюдения за свободной игровой деятельностью ребенка в ряде случаев проводится специальное обследование с помощью игрушек.

3. Метод изучения рисунков. Рисунок является важным дифференциально-диагностическим показателем при изучении детей. В тех случаях, когда рисунок, находящийся в педагогической документации ребенка, чем-тостораживает, целесообразно провести специальное исследование, предложив ребенку рисование свободное и по заданию. Способность ребенка выбрать тему, характер изображения, сам процесс рисования могут дать ценный дополнительный материал для уточнения окончательного диагноза. Умственно отсталые дети обычно затрудняются выбрать тему, прибегая к изображению привычных однотипных предметов, не создавая сюжета. В их рисунках на свободную тему нет замысла, фантазии. Даже когда детям дается задание, что надо нарисовать, они не всегда выполняют его в соответствии с инструкцией. Умственно отсталые дети не соблюдают формы, пропорции частей предмета, ограниченно и не всегда верно используют цвета, затрудняются объяснять рисунок. Своеобразны рисунки детей с психическими заболеваниями. При эпилептической деменции характерны чрезмерная тщательность, излишняя скрупулезность, выраженная медлительность, трудность переключения. Они часто застревают на вырисовывании отдельных несущественных деталей. Кроме диагностических целей рисунок может быть использован для установления контакта с ребенком.

4. Методы экспериментально-психологического исследования. Они предусматривают создание определенных ситуаций, при которых актуализируются психические процессы, подлежащие специальному изучению. С помощью экспериментальных методик можно вскрыть причину и механизмы тех или иных состояний. Если в построении экспериментальной методики и процессе самого обследования соблюдается принцип обучающего эксперимента, то есть возможность не только констатировать состояние ребенка и дать характеристику изучаемой

психической функции, но и сделать некоторый прогноз в его развитии, а также дать рекомендации для работы с ребенком. Качественный анализ процесса деятельности наряду с учетом определенных количественных показателей является обязательным условием при оценке выполнения детьми экспериментально-психологических заданий.

5. Метод тестов. Этот метод используется при обследовании детей в психодиагностических целях, наиболее широкое применение получил адаптированный детский вариант теста Д. Векслера. При индивидуальных психологических обследованиях этот тест, давая необходимые дополнительные сведения о ребенке, оказывает большую помощь. Он особенно полезен при отграничении легких степеней умственной отсталости от задержек психического развития. Тест Д. Векслера включает набор диагностических заданий вербального и невербального характера. Всего 12 субтестов, рассчитанных на детей от 5 до 16 лет. В набор вербальных заданий входят субтесты на исследование общей осведомленности, понятливости; арифметический субтест на установление сходства; повторение цифровых рядов; словарный субтест. В набор невербальных заданий входят субтесты на нахождение недостающих деталей; установление последовательности картинок; составление фигур из кубиков; на складывание объектов; шифровка цифр («Кодирование») и «Лабиринт». Оценка результатов выполнения субтестов выражается не только в количественных показателях, но и в виде психологического профиля, характеризующего уровень развития отдельных психических функций (С.Д. Забражная).

В тех случаях, когда у ребенка есть нарушения речи, проводится логопедическое обследование. В содержание логопедического обследования входит изучение артикуляционного аппарата, импрессивной и экспрессивной речи. Исследуется письменная речь детей, а также речевая память. Логопед выявляет структуру речевого дефекта и устанавливает уровень речевого недоразвития детей. Он помогает разграничить детей с первичными речевыми нарушениями от детей, у которых недоразвитие речи выступает как вторичный дефект.

Каждый из членов консультации имеет свой участок работы, но в то же время заключение делается всеми специалистами на основе анализа полученных о ребенке сведений.

#### *Консультативное направление*

Встречаются такие ситуации, когда у ребенка устанавливается серьезное отклонение в развитии, а родители не соглашаются с указанным специалистами заключением и рекомендациями. В этих случаях специалисты оказывают консультативную помощь родителям. Врач дает советы по проведению оздоровительных мероприятий, а если требуется, назначает лечение. Дефектолог отмечает, на что прежде всего нужно



обратить внимание в работе с ребенком. Очень важно, чтобы помощь детям со стороны родителей была адекватной и носила коррекционно-развивающий характер.

Особенно полезны советы дефектолога по использованию мер воспитательного воздействия, по установлению правильного отношения родителей к детям с отклонениями в развитии, поскольку порой наблюдаются крайности. В одних семьях за ребенка стараются сделать все, даже то, что он мог бы сделать сам. В результате ребенок не получает элементарных навыков по самообслуживанию и привыкает к полной бездеятельности. В других семьях к ребенку предъявляют слишком высокие требования, не учитывая его психофизические возможности. Перегрузка приводит к снижению работоспособности ребенка, нервным срывам, вспышкам агрессии. Встречаются семьи, в которых дети заброшены и им совсем не уделяют внимания. Во всех этих случаях специалисты учреждения, в котором находится ребенок, должны проводить разъяснительную работу с родителями вышеуказанной категории детей.

Поэтому консультативное направление при психолого-медико-педагогическом сопровождении детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, является важным, так как только совместно с родителями может осуществляться эффективная коррекционно-развивающая помощь детям данной категории.

#### Коррекционное направление

На базе учреждений, которые работают с детьми с ограниченными возможностями здоровья, могут проводиться индивидуальные и групповые занятия. Содержание и методика работы с детьми в каждом конкретном случае определяется специалистами исходя из психофизического развития ребенка, его возраста, поставленных задач.

В ходе коррекционной работы с детьми используются специальные упражнения, направленные на развитие:

- двигательной сферы, укрепление мышц кистей рук, мелкой моторики пальцев (лепка из пластилина, сжимание резиновых предметов, развязывание и завязывание узелков, обводка по контуру, штриховка, раскрашивание, вырезание и др.);

- ориентировки в пространстве (определение правой и левой стороны у себя, в зеркале, на картинке, ориентировка на плоскости листа бумаги, симметричное дорисовывание предмета и др.);

- памяти (найти предъявленные предметы в числе других, рекомендуется выкладывать узоры по памяти, повторять слова, цифры, учить приемам запоминания);

- всех видов мышления (лепка, рисование, аппликация, конструирование).

В ходе этих занятий развиваются также и сенсорные способности ребенка, активизируется его познавательная деятельность, развивается и корригируется речь детей. При необходимости проводится логопедическая работа в следующем ключе:

- развитие мелкой моторики, тактильной чувствительности и сложно-координированных движений пальцев и кистей рук (пальчиковая гимнастика, мозаика, лепка, шнуровка, рисунок на руке);

- развитие умения различать неречевые звуки по их звукочастным свойствам, голоса людей, понимать смысл фразы говорящего (различные игры на определение окружающих звуков, игры на понимание словесных инструкций и фразовой речи);

- формирование фонематического восприятия (игры, задания, упражнения, направленные на умение слышать составные части слова, а также на развитие звукового анализа и синтеза, на нахождение звука в словах);

- формирование правильного артикуляционного аппарата (артикуляционная гимнастика, логопедический массаж);

- развитие речевого дыхания и голоса (игры и упражнения, в которых отбатывается плавный выдох, ритмичность и выразительность речи, высота голоса, мимика);

- формирование правильного звукопроизношения (подготовительные игры и упражнения для постановки звука, поговорки, чистоговорки, считалки, загадки);

- развитие связной речи (упражнения и задания для совершенствования диалогической и монологической форм речевого общения).

Следует отметить, что коррекционная работа с детьми не должна сводиться только к развитию отдельных психических процессов, формированию определенных умений и навыков, она должна быть направлена на коррекцию всей личности.

#### *Отслеживание динамики*

Коррекционная работа с ребенком планируется на определенный период времени, каждый специалист проводит динамический контроль по завершению развивающей программы, а также наблюдает за ребенком на каждом занятии и отслеживает динамику по уровню предложенных им заданий ребенку. Динамический контроль помогает специалистам отследить эффективность или неэффективность разработанной им программы, внести корректировки в перспективные планы, изменить формы, методы, средства коррекционной работы индивидуально с каждым ребенком.

Психолого-медико-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями осуществляется на основе комплексного взаимодействия различных специалистов, а так же родителей (законных представителей). Основная психологическая помощь детям с проблемами в развитии

заключается в гармонизации их личностного и интеллектуального потенциала, исправление имеющихся нарушений в психическом развитии и профилактикой возможных отклонений в развитии. Важной составляющей в сопровождении детей отводится медицинской поддержке различных специалистов: врача-психиатра, педиатра, невролога, отоларинголога, окулиста и т.д. Учителя-дефектологи осуществляют педагогический процесс по специальным (коррекционным) программам с I по VIII вид. Анализ специальных (коррекционных) программ для детей с ограниченными возможностями здоровья выявляет достаточный уровень методической обеспеченности программ (допущенных или рекомендованных Министерством образования Российской Федерации) для детей с нарушениями речи, глухих, слабослышащих, слепых, слабовидящих, с умственной отсталостью, с задержкой психического развития. Однако такие нарушения, как ранний детский аутизм, синдром дефицита внимания и гиперактивности, синдром Дауна и др. имеют недостаточное методическое обеспечение, что затрудняет оказание психолого-педагогической помощи данным категориям детей.

### 3. Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей

Понятие «сирота», «социальный сирота», «учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», «выпускник учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», определены в Федеральном законе от 21 декабря 1996 г. №159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

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

*Дети, оставшиеся без попечения родителей* – это 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), находящимися в лечебных учреждениях, объявлением их умершими, отбыванием ими наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, нахождением в местах содержания под стражей, подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений; 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 других аналогичных учреждений и в иных случаях признания ребенка оставшимся без попечения родителей. Таких детей называют *социальными сиротами* в отличие от сирот настоящих.

Известно, что отрыв ребенка от биологической семьи, и в первую очередь от матери, его помещение в сиротское учреждение обуславливает развитие психической депривации. Последствиями психической депривации являются различные психические аномалии, основные из которых – задержки психического развития различной степени выраженности. Очевидно, для этих проявлений у социальных сирот изначально негативное значение имеют условия содержания ребенка в дезинтегрированной семье (частичная депривация, жестокое обращение, насилие и т. п.), а с другой стороны, значение имеет наследственная отягощенность (хронический алкоголизм, шизофрения одного или обоих родителей и т.д.).

В настоящее время приходится констатировать, что по своему психическому развитию дети, воспитывающиеся без попечения родителей, отличаются от ровесников, растущих в семье. Темп развития первых замедлен. Их развитие и здоровье имеют ряд качественных негативных особенностей, которые отличаются на всех ступенях детства – от младенчества до подросткового возраста и дальше. Особенности по-разному и в неодинаковой степени обнаруживают себя на каждом возрастном этапе. Но все они чреватые серьезными последствиями для формирования личности подрастающего человека.

Исследования показывают, что лишение детей материнской заботы с последующей психической депривацией в сиротских учреждениях, катастрофически сказывается на их социальном, психическом и физическом здоровье.

Большинству брошенных детей не хватает личного внимания и эмоционального стимулирования необходимого для развития. Наблюдая у таких детей тяжелые повреждения личности, самосознания и интеллектуального развития, ученые высказывали предположение о том, что эмоциональная депривация делает особенно актуальным сам «момент отторжения». Этот травмирующий комплекс сохраняется у ребенка на всю жизнь. Дети, изолированные с рождения до шести месяцев навсегда, остаются менее разговорчивы, чем их сверстники из семей. Изоляция ребенка от матери от 1 до 3 лет обычно приводит к тяжелым последствиям для интеллекта и личностных функций, которые не поддаются исправлению. Разлука с матерью, начиная со второго года жизни, также ведет к печальным последствиям, не поддающимся реабилитации, хотя их интеллектуальное развитие может нормализоваться.

Неблагоприятное течение адаптации проявляется в выраженных изменениях психоэмоциональной сферы, вегетативной регуляции, в формировании глубоких нервно-психологических расстройств, нарастании отрицательных эмоций, сложении функциональных возможностей и перенапряжении регуляторных механизмов.

У сирот, и особенно у социальных сирот, весьма распространенными являются различные соматические заболевания. Это связано с тем, что

до поступления сирот в государственное воспитательное учреждение, как правило, имели место неблагоприятные социально-бытовые условия (недоедание, запущенные формы соматоневрологических заболеваний и т.п.).

Все перечисленные социальные, биологические и другие факторы лежат в основе формирования у сирот, особенно у социальных сирот, педагогической запущенности разной степени выраженности.

Такая запущенность, в частности, существенно затрудняет освоение детьми-сиротами программы общеобразовательного цикла.

Под «дезадаптацией» понимается нарушение приспособления организма к условиям существования.

Пренебрежение, плохое обращение, жестокое физическое наказание (насилие), издевательство негативным образом влияют на психику ребенка, на его восприятие.

Под пренебрежением понимают отсутствие должной родительской заботы, обеспечивающей удовлетворение основных витальных потребностей ребенка (в пище, одежде, приюте и пр.), а также его необеспечение в медицинском уходе, образовании, защите и присмотре, что может служить основной психической депривации ребенка. Что касается многообразных последствий жестокого обращения, насилия для здоровья ребенка, то кроме признаков существенных физических нарушений (повреждения костей и мягких тканей и пр.), возможны различные психические нарушения – реакции на стресс и посттравматические расстройства.

Социально-педагогическая запущенность является одной из самых распространенных разновидностей отклонений развития у детей-сирот, часто перерастающих в правонарушения и другие асоциальные формы проявлений личности. Социально-педагогическая запущенность есть состояние личности ребенка, которое проявляется в несформированности у него свойств субъекта деятельности, общения и самосознания и концентрированно выражается в нарушенном образе «Я». Основными проявлениями социальной запущенности в детском возрасте являются неразвитость социально-коммуникативных качеств и свойств личности ребенка, его низкая способность к социальной рефлексии, трудности в овладении социальными ролями.

Проявлениями педагогической запущенности следует считать труднообучаемость, трудновоспитуемость, т. е. собственно педагогическую трудность ребенка и низкий уровень его субъективности в учебно-познавательном процессе. У младших школьников несостоятельность в учении демонстрируется как неразвитость учебно-познавательной мотивации, низкий уровень целенаправленности и осознанности учебной деятельности, недостаточная учебно-познавательная активность. Неуспешность в деятельности, необученность, необразованность, в том числе невладение знаниями социально-этического характера, влияют на уровень развития

ребенка, его адаптацию в референтных группах. Внешними причинами социально-педагогической запущенности в детском возрасте являются дефекты семейного воспитания.

Социально-педагогическая запущенность берет начало в раннем детстве, примерно с трехлетнего возраста, т. е. совпадает с началом развития самосознания ребенка, его правилосообразного поведения и нормативной деятельности.

Возрастные особенности младших школьников, проявляющиеся в большой эмоциональности, зависимости от взрослого и подражательности, восприимчивости, создают опасность закрепления и интеграции признаков и проявлений социально-педагогической запущенности, обуславливают задержки и негармоничности развития, неуспешность и непродуктивность деятельности, нарушения в процессах самоопределения, реализации личного потенциала, психологическую уязвимость ребенка.

Основными типами психического дизонтогенеза являются ретардация и асинхрония (неравномерное, диспорциональное развитие).

Под ретардацией понимается запаздывание или приостановка психического развития: общая (тотальная) и частичная (парциальная). В ситуациях психической депривации чаще имеет место парциальная ретардация. Такие дети обнаруживают дефицит в понятиях, социальной информированности, а также практических суждениях и оценках. Проявления частичной ретардации наряду с другими формами входят в группу так называемых пограничных форм интеллектуальной недостаточности. В результате психической депривации у детей-сирот и у детей, лишенных родительского попечения, кроме стрессовых расстройств развивались нарушения психического развития и социальная дезадаптация.

Самая распространенная категория детей группы риска, трудно-воспитуемость и труднообучаемость которых обусловлена психолого-педагогическими причинами. Основными признаками педагогической запущенности можно считать недостатки ведущей деятельности (игра, учение), отклонения в поведении, трудности социальной адаптации. При отсутствии аномалий наблюдаются дисгармонии развития, как правило, нарушена «Я-концепция», система самосознания личности ребенка.

Несовершеннолетние правонарушители, дети-сироты, дезадаптированные подростки с отклоняющимся (девиантным) поведением. Этой группе риска прежде всего нужна помощь в социальной адаптации, овладении социальными ролями, культурно-нравственными нормами и ценностями, социальная поддержка.

Девиантное поведение подразделяется на две большие категории. Во-первых, это поведение, отклоняющееся от норм психического здоровья, подразумевающее наличие явной или скрытой психопатологии

(патологическое). Во-вторых, это антисоциальное поведение, нарушающее какие-то социальные, культурные и особенно правовые нормы. Когда такие поступки незначительны, их называют правонарушениями, а когда серьезны и наказываются в уголовном порядке – преступлениями. Соответственно говорят о делинквентном (противоправном) и криминальном (преступном) поведении.

Под отклонениями в поведении у детей и подростков понимаются такие его особенности, которые не только обращают на себя внимание, но истораживают воспитателей (учителей, общественность). Эти особенности поведения не только свидетельствуют об отклонениях от общепринятых норм, требований, но и несут в себе зачатки, истоки будущих проступков, нарушений нравственных, социальных, правовых норм, требований закона, представляют собой потенциальную угрозу субъекту поведения, развитию его личности, окружающим его людям, обществу в целом.

Следовательно, придавая поступкам, поведению ребенка, подростка ту или иную направленность, содержание, значимость, мы тем самым оказываем произвольное, целенаправленное влияние на развитие этих процессов или механизмов, лежащих в основе нравственных и иных свойств и качеств ребенка. Или наоборот, препятствуя тем или иным поступкам, поведению, мы создаем помеху, задерживаем развитие соответствующих свойств и качеств личности ребенка, подростка. Таким образом, отклоняющееся поведение детей и подростков, с одной стороны, может рассматриваться как симптом, сигнал, признак зарождения и развития (тенденция) соответствующих особенностей личности, с другой стороны, выступать в качестве проводника воспитательного влияния на развитие личности, средства ее формирования или целенаправленного воздействия на ее формирование (т. е. воспитательного средства).

### ***Методические рекомендации по работе с детьми-сиротами, детьми, оставшимися без попечения родителей***

#### ***Социальная коррекция и реабилитация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей***

Анализ литературы показывает, что методическое обеспечение деятельности психолога в дошкольных образовательных учреждениях и в школах наработано и опубликовано. Менее разработанной оказались проблема оказания психологической помощи детям, находящимся в тяжелой кризисной ситуации вне семьи, в сиротских учреждениях.

Проблема оказания помощи детям «группы риска» сегодня мало изучена, что требует повышения квалификации психологов, разработки специальных

психологических методов и технологий, обоснования построения реабилитационных и психокоррекционных программ.

Для работы с детьми-сиротами можно выделить два вида оказания психологической помощи:

1. Работа психолога в учреждениях социально-педагогической поддержки (приютах, детских домах, кризисных центрах, интернатах и т.д.);

2. Привлечение высококвалифицированных специалистов по отдельным проблемам детей или направлениям работы, центров, служб, консультаций и т.д.

Психолог, работающий непосредственно с детьми, в каждом конкретном учреждении должен, прежде всего, опираться на возрастные особенности детей и новообразования, характерные для каждого возрастного периода развития ребенка. Психическое развитие ребенка наиболее благоприятно происходит именно в каждом возрастном периоде, при совпадении вида деятельности и социальной ситуации развития. Если этого не происходит, то можно прогнозировать, что развитие приняло проблемный характер и может пойти по необратимому пути, привести к патологическим формам поведения. В то же время психика ребенка отличается гибкостью, пластичностью и возможностью компенсации. При определенных видах реабилитационной и психокоррекционной работы можно частично компенсировать определенные стороны психического развития и помочь ребенку овладеть навыками социальной компетенции, позволяющими приспособляться к культурным типам поведения.

Психологи учреждений, в которых воспитываются дети, оказавшиеся без родителей, отмечают, что бывает очень трудно найти подходящие методы для работы с такими детьми. Имеющиеся практические материалы часто не могут быть использованы в работе с детьми, так как детям невозможно справиться с предлагаемыми заданиями, с которыми хорошо справляются дети из благополучных семей. Нередко дети не понимают смысла предлагаемых заданий, они им не интересны, у них отсутствуют интеллектуальные навыки решения заданий, они не получают удовольствия от сделанной работы, и, как правило, такая работа оказывается малоэффективной.

Но можно выделить наиболее эффективные виды и формы работы с детьми от 3 до 18 лет, которые могут лежать в основе составления реабилитационных и психокоррекционных программ.

Первая форма – игротерапия, т.е. использование разного рода игр. Это могут быть игры в образах игры, основанные на литературных произведениях, на импровизированном диалоге, на сочетании пересказа и инсценировки и т.д.

Использование образов в игре имеет ряд психологических преимуществ. Во-первых, создаются наиболее благополучные условия для личностного



роста ребенка, изменяется отношение к своему «Я», повышается уровень самопринятия. Этому способствуют ограничения переноса эмоциональных переживаний ребенка, связанных с низкой самооценкой, неуверенностью в себе, беспокойством о себе, уменьшается напряженность, купируется острота переживаний.

Психолог должен знать, что использование игры как терапевтического средства идет по двум основаниям: а) игра может быть использована как инструмент для изучения ребенка (классическая психоаналитическая техника, при которой происходит вытеснение желания, замена одного действия другим, отсутствие внимания, оговорки, запинки и т.д.); б) свободное повторное воспроизведение травмирующей ситуации – «навязчивое поведение».

Мы видим, что игра служит для раскрытия и лечения искажений в развитии ребенка. Игротерапия ценна тем, что отбрасывает тень на подсознание и позволяет увидеть, с чем в игре ассоциируется у ребенка травма, проблема, опыт прошлого, что мешает ему нормально жить. Можно выделить пять признаков, по которым игру относят к терапевтическому средству:

1. Игра – это естественная обстановка для самовыражения ребенка.

2. То, что ребенок делает во время игры, символизирует его эмоции и страхи.

3. Бессознательно ребенок выражает эмоциями в игре то, что потом может осознать, он лучше понимает свои эмоции и справляется с ними.

4. Игра помогает строить хорошие отношения между ребенком и психологом и его поведение будет спонтанное.

5. Игра позволяет психологу больше узнать об истории жизни ребенка. Для работы с детьми психолог может использовать свободную игру и директивную (управляемую). В свободной игре психолог предлагает детям разный игровой материал, тем самым провоцируя регрессивную, реалистическую и агрессивную виды игр. Регрессивная игра предполагает возврат к менее зрелым формам поведения (например, ребенок превращается в совсем маленького, просит взять его на руки, сюсюкает, ползает, берет соску и т.д.). Реалистическая игра зависит от объективной ситуации, в которой оказывается ребенок, а не от потребностей и желаний ребенка. Например, ребенок хочет играть в то, что он видел и пережил дома: обыск, пьянку, драку, насилие. А ему предлагают играть в то, что он видит в данном учреждении: цирковое представление, театральный спектакль, день рождения, праздник и т.д. Агрессивная игра – это игра в войну, наводнение, насилие, убийство.

В своих играх дети, живущие в учреждениях социально-педагогической поддержки, постоянно возвращаются к пережитым стрессовым ситуациям и будут переживать их до тех пор, пока не привыкнут к тому, что они пережили. Постепенно переживания станут менее острыми и сильными, и дети смогут перенести свои переживания на другие объекты. Но для этого психолог

должен научить детей способам нового поведения и другим переживаниям.

Психологу важно проводить реабилитационную работу с применением элементов игротерапии или с использованием разного вида игр. Для проведения реабилитационной работы в разработанную им программу хорошо включать структурированный игровой материал, который провоцирует детей на выражение собственных желаний, овладение социальными навыками, усвоение способов поведения. Для этого эффективным является использование человеческих фигурок, символизирующих семью, машин, предметов и кукол, наборов игрушек и т.д. Например, фигурки семьи, машины, постельные принадлежности провоцируют желание заботиться о ком-то; оружие – способствует выражению агрессии; телефон, поезд, машинки – использованию коммуникативных действий.

Организованная игра с детьми, психолог наблюдает за тем, что ребенок игнорирует: какие игрушки, какого цвета и какой формы, а также фиксирует невозможность ребенка играть с определенной игрушкой.

Применение в работе психолога разных видов игр и специально разработанных программ реабилитации и психокоррекции с использованием игры является весьма ценным, так как в игре проявляется неизвестная нам форма преодоления травмирующих переживаний. Эта форма проявляется тогда, когда удалась интеграция осознания и переживания, через нее происходит снятие психического напряжения, формируется способность восприятия новых впечатлений и перенос фантазии детей на темы, не связанные с насилием, пережитой травмой, что может способствовать развитию уверенности в себе, утверждению собственного «Я», повышению самооценки, доверия взрослым, окружающим ребенка. Применение игр в работе с данным контингентом детей – лишь этап в процессе реабилитации и коррекции личности ребенка.

Второй метод – арттерапия.

Данный метод построен на использовании искусства как символической деятельности. Применение этого метода имеет два механизма психологического коррекционного воздействия. Первый направлен на влияние искусства через символическую функцию реконструирования конфликтной травмирующей ситуации и нахождение выхода через переконструирование этой ситуации. Второй связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить реакцию проживания негативного аффекта по отношению к формированию позитивного аффекта, приносящего наслаждение. В работе с детьми психолог, используя игротерапию, дополняет ее арттерапевтическими методами. Различают несколько видов арттерапии: рисуночная, основанная на изобразительном искусстве, библиотерапия, драмтерапия и музыкальная терапия.

В качестве терапии средствами искусства психологи могут применять прикладные виды искусства. Можно порекомендовать задания на определенную

тему с заданным материалом: рисунки, лепка, аппликация, оригами и т.д. Психолог предлагает детям задания на произвольную тему с самостоятельным выбором материала. Как один из вариантов рекомендуется использование уже существующих произведений искусства (картины, скульптуры, иллюстрации, календари) для их анализа и интерпретации.

Показаниями для использования рисуночной терапии являются: трудности эмоционального развития, актуальный стресс, депрессия, снижение эмоционального тонуса, импульсивность эмоциональных реакций; эмоциональная депривация детей, переживания ребенком эмоционального отвержения и чувства одиночества; наличие конфликтных межличностных ситуаций, неудовлетворенность внутрисемейной ситуацией, повышенная тревожность, страхи, фобические реакции; негативная «Я-концепция», низкая, дисгармоничная, искаженная самооценка, низкая степень самопринятия.

Психологи могут использовать в своей работе с детьми «группы риска» следующие виды заданий и упражнений:

1) предметно-тематический тип – рисование на свободную и заданные темы. Примером таких заданий являются рисунки «Моя семья», «Я в школе», «Мой новый дом», «Мое любимое занятие», «Я сейчас», «Я в будущем» и т.д.;

2) образно-символический тип – изображение ребенка в виде образов. Темы могут быть такие: «Добро», «Зло», «Счастье», «Радость», «Гнев», «Страх» и т.д.;

3) упражнения на развитие образного восприятия – «Рисование по точкам», «Волшебные пятна», «Дорисуй рисунок», в их основе лежит принцип проекции;

4) игры-упражнения с изобразительным материалом для детей младшего дошкольного возраста – экспериментирование с красками, бумагой, карандашами, пластилином, мелом и др. «Рисование пальцами рук и ног», «Разрушение-строительство», «Наложение цветowych пятен друг на друга» и т.д.;

5) задания на совместную деятельность – сочинение сказок, историй с помощью рисования. Используются приемы последовательного, поочередного рисования типа «Волшебные картинки» – один начинает, другой ребенок продолжает и т.д.

Музыкотерапия позволяет работать с детьми, испытывающими страхи, тревожность, беспокойство. Например: при прослушивании спокойной музыки, которая вызывает приятные ощущения, ребенку дают инструкцию думать о предметах, которые вызывают у него страх, тревожность и т.д.

Библиотерапия. Метод воздействия на ребенка, вызывающий его переживания, чувства при помощи чтения книг. С этой целью психолог подбирает литературные произведения, в которых описаны страхи детей, формы переживания стрессовых ситуаций, выход из страшной для детей ситуации. Для проведения такого вида работы можно порекомендовать для

детей разных возрастов использование произведений классиков литературы – Л.Н. Толстого, Б. Житкова, В. Осеевой, А. Гайдара и др. Это такие произведения, как «Трусиха», «Аришка-трусиха», «На льдине», «Обвал», «Честное слово», сказки «У страха глаза велики», «Мальчиш-Кибальчиш» и др.

Логотерапия – это метод разговорной терапии, который отличается от разговора по душам, направленного на установление доверия между взрослым и ребенком. Логотерапия предполагает разговор с ребенком, направленный на вербализацию его эмоциональных состояний, словесное описание эмоциональных переживаний. Вербализация переживаний может вызвать положительное отношение к тому, кто разговаривает с ребенком, готовность к сопереживанию, признанию ценности личности другого человека. Ребенок не всегда проявляет самоэксплорацию, т.е. меру включенности в беседу. Ее можно определить как минимальную, когда на ряд вопросов ребенку предлагают ответить кукле или использовать куклы, персонажи (Петрушка, Барби, Мальвина, Буратино, собака, тигр и т.д.). Дети могут использовать для этой цели свой любимый образ или игрушку. Использование данного метода предполагает появление самоконгруэнтности – совпадения внешней словесной аргументации и внутреннего состояния ребенка, приводящего к самореализации, когда дети делают акцент на личные переживания, мысли, чувства, желания.

Психодрама, или драматерапия – это использование в работе психолога кукольной драматизации. Взрослые (или старшие дети) разыгрывают кукольный спектакль, «проигрывая» конфликтные и значимые для ребенка ситуации, предлагая ему как бы со стороны посмотреть на данную ситуацию и увидеть себя в ней. С детьми, проявляющими тревогу, страх, пережившими стресс, различного вида травмы, наибольший эффект дает применение метода биодреды. Суть его в том, что дети готовят представление, но все действующие лица в нем – звери. Дети распределяют между собой роли животных или зверей и проплывают конфликтные и жизненные ситуации на примере животных. Разыгрывая спектакль, представление или ситуацию, дети действуют и говорят по-другому, чем с использованием кукол. Переживания детей, реализуемые через образы животных, отличаются от человеческих и в то же время помогают понять чувства других.

Моритатерапия. Метод, с помощью которого психолог ставит ребенка в ситуацию необходимости производить хорошее впечатление на окружающих. Психолог предлагает ребенку высказать свое мнение о чем-то, а затем корректирует его умение высказываться, давать оценку, соответственно принимать позу, использовать мимику, жесты, интонацию и т.д. Другими словами, этот метод помогает воспитывать правила хорошего тона, соответствовать нормам и правилам культуры общества, в котором находится ребенок в настоящее время. Психолог может порекомендовать воспитателям и

социальным педагогам как научить ребенка вести себя в конкретной ситуации, в которую он попадет. Например, как вести себя в гостях, как рассказать о себе, как рассказать о том, что ты делаешь в свободное время и т.д.

Гештальттерапия. Этот метод может быть применен психологом для индивидуальной работы с детьми, в беседах по душам. Проводится он как преобразование рассказа ребенка в действие. Примером может служить такой вид работы, как «Незаконченные дела», «У меня есть тайна», «Мои сновидения». Ребенок рассказывает психологу, что ему приснилось, а психолог просит показать, что снилось с помощью движений, действий, материала, игрушек, масок, пластилина и т.д.

Поведенческая психотерапия – это систематическое устранение страхов, вредных привычек, не одобряемого поведения отдельных детей. Данный метод используется в индивидуальной работе с детьми или в работе с небольшими подгруппами. Такой метод можно рекомендовать психологу использовать для работы по преодолению страхов. С этой целью используется просмотр диапозитивов, кинофильмов, видеofilmов, которые вызывают у детей переживание чувства страха до тех пор, пока страх не уменьшится. Психолог может усиливать переживания страха у детей, пока они не приобретут комические формы. Результатом данной работы будет смех психолога и ребенка, юмор, радость совместных переживаний, которые и являются своего рода катарсисом.

Таким образом, психологу в работе с воспитанниками приютов, детских домов, кризисных центров, школ-интернатов, социальных гостиных необходимо продумывать разнообразные формы занятий и методику их проведения. Весьма важным моментом такой работы является разработка психологом психокоррекционных и реабилитационных программ. Необходимо помнить, что детям, пережившим травмы, стрессы, можно помочь двумя способами: ежедневным обучением необходимым навыкам социальной компетенции и снятием барьеров, мешающих нормальному психическому развитию (с приглашением специалистов разных профилей – психологов, психотерапевтов, консультантов, сексопатологов и т.д.).

Психолог учреждений социально-педагогической поддержки должен работать не только с детьми, но и со всеми сотрудниками в тесном единстве: с воспитателями, социальными педагогами и социальными работниками, педагогами, медиками, руководителями кружков и т.д.

Важным является работа, связанная с подготовкой воспитанников к самостоятельной жизни, позволяющая им преодолеть трудности социализации, расширять границы собственного пространства жизнедеятельности, а также программы, направленные на самоопределение и овладение полоролевым поведением.

Подготовка к самостоятельной жизни детей-сирот ориентирована, прежде всего, на преодоление противоречия между коллективной формой воспитания в условиях учреждения и индивидуальным характером жизни за его пределами.

Условно можно выделить следующие направления подготовки воспитанников к самостоятельной жизни:

- развитие индивидуальности и становление идентичности, помощь в преодолении кризиса идентичности, формирование индивидуальной линии жизни (прошлое, настоящее, будущее);

- выработка индивидуальной жизненной стратегии, предоставление возможностей и условий для самопознания (как психологических, так и физических качеств, умений, навыков и т. п.);

- овладение структурой деятельности и профориентационная подготовка – формирование навыков постановки целей, выбора средств для ее достижения, планирование и оценка результатов;

- формирование представлений о будущей профессии, профессиональные пробы, помощь в профессиональном самоопределении;

- формирование устойчивых интересов, представлений о необходимости труда в жизни человека, воспитание трудолюбия, развитие работоспособности.

Главным средством подготовки воспитанников является разнообразная по содержанию, формам, способам организации деятельность детей как в группах в самом учреждении, так и вне его. Основу деятельности составляют ситуации, когда ребенок имеет возможность выбирать, учиться обосновывать свой выбор, проверять себя и определять свои возможности, принимать самостоятельные решения, быстро адаптироваться в новых условиях, гибко реагировать на воздействие окружающей среды, осваивать различные социальные роли.

Важными условиями подготовки к самостоятельной деятельности воспитанников интернатных учреждений для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, являются:

- создание развивающей среды и адаптивной системы образования;

- коррекционно-развивающая работа с детьми, которая включает раннюю социальную адаптацию, т.е. создание условий, приближенных к домашним; развитие личности ребенка с максимальным использованием его реабилитационного потенциала и компенсаторных возможностей; коррекцию интеллектуальных и когнитивно-эмоциональных процессов; формирование навыков общения; интеграцию в общество на правах полноценных членов;

- предоставление опыта самостоятельного проживания до выпуска из детского дома (создание «квартир», где воспитанники имеют возможность жить совершенно самостоятельно в течение некоторого времени);

– пролонгированный характер сопровождения. Важно участие воспитателей в жизненном становлении воспитанников после их выпуска.

Главным показателем успешности реализации программ являются способность воспитанников к осознанному выбору (самостоятельное принятие решений), овладение ими структурой деятельности для реализации принятого решения и умение нести ответственность за свои действия.

В связи с этим усилия педагогов должны быть направлены на расширение социальных моделей поведения с помощью деятельности, дающей другой социальный опыт и другие способы взаимодействия; обучение переводу намерений и желаний в план практических действий; повышение самооценки как за счет создания ситуаций успеха, так и с помощью «позитивных социальных ярлычков»; включение детей в новые группы сверстников с целью отработки этапов адаптации, индивидуализации и интеграции, а также создание опыта такого взаимодействия; сочетание индивидуальных и групповых занятий, так как индивидуализация возможна только в группе; моделирование реальных социальных ситуаций, в том числе ситуаций выбора, личной ответственности и личной автономии.

Интересным и новаторским для нашей страны является создание реабилитационного пространства (поддерживающей среды) в рамках всего города (района) с целью социальной адаптации выпускников интернатных учреждений, и особенно тех, кто имеет отклонения в развитии. Расширяется сотрудничество педагогических коллективов с научными лабораториями по решению проблем детей, имеющих трудности в обучении и развитии, осуществляется подготовка и переподготовка кадров на качественно новом уровне, с учетом требований современной практики и потребностей детей.

Можно сформулировать основные направления системных изменений, которые должны произойти в деятельности интернатных учреждений.

*Развитие новых моделей учреждений для детей-сирот и детей-оставшихся без попечения родителей*, предусматривающих наиболее полный учет потребностей детей в воспитательно-реабилитационных действиях, в устройстве в семьи. Это могут быть учреждения с системой патронатного воспитания, центры постинтернатной адаптации, социально-педагогические и реабилитационные центры для подростков, центры по поддержке семей с детьми и др.

*Изменение уклада жизни в учреждениях. создание среды, близкой к семейной*, предусматривающие не только внешние перемены (квартиры, разновозрастные группы), но и изменения во взаимоотношениях детей и взрослых, качественное разнообразие контактов в социальном окружении.

*Индивидуализация процесса воспитания*. С этой целью проводится разукрупнение действующих детских домов и школ-интернатов, создание в них условий, оптимально соответствующих полноценному психофизическому

и духовному развитию детей, обеспечивающих стабильность их жизни. Расширение возможностей и оснований для устройства воспитанников учреждений в семьи граждан.

*Внедрение здоровьесберегающих технологий в жизнедеятельность учреждений.* Гарантирование возможности для восстановления и укрепления здоровья, пропаганда здорового образа жизни, культы чистоты и спорта, развитие умений и навыков заботиться о своем здоровье.

*Расширение социального опыта воспитанников,* разработка и внедрение инновационных технологий жизненного самоопределения личности в изменяющемся мире.

*Укрепление экономической самостоятельности учреждений.* Внедрение форм производственного труда, создание мини-производств, подсобных хозяйств. Изыскание возможностей для перехода на частичное самофинансирование, привлечение средств внебюджетных фондов. Возрождение практики патронирования детских учреждений предприятиями и организациями области, района, города. Заключение договоров о социальном партнерстве.

*Личностно значимое образование.* Создание условий для самореализации творческого начала, талантов ребенка в жизнедеятельности учреждения. Использование системы дополнительного образования с целью расширения возможностей для труда, досуга, творчества. Проведение систематических мероприятий регионального и федерального уровня (конкурсов, фестивалей, олимпиад) с целью повышения самооценки детей, воспитания чувства собственного достоинства через достижение успеха. Приближение содержания образования к потребностям воспитанников учреждений. Интеграция программ социально-бытовой ориентировки в другие предметы общеобразовательной школы, в сферу дополнительного, начального и среднего специального образования детей, оставшихся без попечения родителей. Использование системы школ-интернатов при высших учебных заведениях. Социальная адаптация в обществе: подготовка к самостоятельной жизни, к образованию семьи и воспитанию детей, к профессиональному и личностному самоопределению и др. Разработка образовательных методик комплексного коррекционно-восстановительного, лечебно-оздоровительного воздействия на детей с проблемами в развитии. Система ранней диагностики и последующей реабилитации психолого-педагогическими методами.

*Создание системы трудовой подготовки как основы жизненного самоопределения.* Организация учебно-профессиональных центров, обеспечивающих получение профессии. Усиление регионального компонента в системе трудового образования, введение в содержание образования народных ремесел. Для коррекционных учреждений – создание структур, сохраняющих преемственность учебно-воспитательного процесса (допрофессиональной-



профессиональной подготовки и трудовой деятельности), предоставление возможности постинтернатной профессиональной адаптации в стенах учреждения (открытие 9–11-х классов с углубленной допрофессиональной подготовкой, специальных групп на базе ПУ с двухгодичным сроком обучения, филиалов ПУ на базе мастерских школ-интернатов). Изменение методики трудового обучения, введение индивидуальной трудовой деятельности, обучение экономическим знаниям, в том числе соотнесению зарплаты с результатами труда.

*Разработка администрацией учреждения совместно с органами опеки и попечительства программ вхождения в самостоятельную жизнь и восстановления связей с семьей (при возможности) для каждого выпускника учреждения. Работа с социальным окружением по созданию благоприятных условий вхождения выпускника в жизнь (создание реабилитационного пространства – поддерживающей среды – в рамках города, района, служб поддержки выпускников).*

*Особенности управления инновационным процессом образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.* Осмысление работниками управления всех уровней назначения системы учреждений; оперативное выявление «зон риска», внесение необходимых корректив; стимулирование инновационной активности учреждений; создание ситуации реальной самостоятельности и ответственности учреждения за воспитание и развитие детей, оставшихся без попечения родителей.

*Формирование новых подходов к содержанию педагогического труда.* Создание новых специальностей в соответствии с функциональными обязанностями, разработка программ обучения, повышение квалификации, действенности аттестации педагогических кадров, внедрение системы дифференцированной оплаты труда.

*Связь с научными учреждениями и коллективами, организация в учреждении научно-методической работы.* Разработка научно-методического обеспечения педагогического процесса в учреждениях.

Трудности, которые испытывает выпускник интернатного учреждения, можно разделить на:

– социальные – бедность, жилищно-бытовая неустроенность, неразвитость социальной сети, в которую включены выпускники, отсутствие мотивации к социальной реализации, неоформившиеся социальные навыки, отсутствие позитивных социальных связей и т. д.;

– психологические – отсутствие доверия к миру людей, искаженное формирование образа себя и значимых взаимоотношений, неумение планировать свою жизнь и управлять ею, депривация, перенос негативного опыта взаимоотношений в семье на собственных детей, низкая готовность к самостоятельному решению жизненных задач и т. п.

Первая задача, которая встает перед выпускниками, – адаптация в новой среде жизнедеятельности. Адаптация учащихся-сирот протекает по принципу выживания, а «семейных» учащихся – по принципу приспособления и модификации. Вступая в самостоятельную жизнь, выпускники сталкиваются с проблемами жилья, поиска работы, организации быта, питания, обеспечения себя прожиточным минимумом, организацией досуга, получения медицинской помощи, создания и сохранения собственной семьи и многими другими. Сложности и даже неспособность решить вышеназванные проблемы связаны с особенностями социально-психологического статуса выпускников – это личность, которой свойственен определенный набор психических качеств: отчуждение, неприятие себя (аутонегативизм), неразвитые индивидуальность и социальный интеллект, инфантилизм, который проявляется в дальнейшем в аномалиях поведения. Совокупность перечисленных качеств представляет собой *социопатический характер выпускника детского дома*. Данные исследований личностной структуры, характерологических, патохарактерологических свойств выпускников интернатных учреждений подтверждают наличие у них повышенного уровня виктимности, высокой вероятности стать жертвой насилия, шантажа, обмана, жестокости.

Важным в готовности выпускников к независимому проживанию является наличие у них определенных ресурсов, т. е. сильных сторон. Именно они позволяют сиротам добиться успеха в жизни. К ресурсам выпускников можно отнести хорошо развитую выносливость, стойкость, интуицию и наблюдательность, которые позволяют им хорошо ориентироваться в конкретной ситуации и быстро реагировать на ее изменения.

#### 4. Дети, склонные к суициду

*Общими признаками детей-суицидентов являются:*

- трудности обучения в школе;
- широкий спектр соматовегетативной симптоматики;
- напряжение адаптации;
- расстройства эмоциональной и поведенческой сфер;
- наличие акцентуаций характера: лабильно-сензитивного, истероидно-демонстративного и шизоидного типов;
- напряженность сферы общения;
- полиморфность дезадаптации с постепенно формирующимся личностным смыслом самоубийства.

*Специфика суицидального поведения детей:*

Риск суицидального поведения диагностируется у значительного числа детей, имеющих нарушения психосоциальной адаптации. У мальчиков «пик» суицидальности приходится на 9–14, а у девочек – на 15–18 лет.

Условия воспитания и обучения, и формирующиеся в процессе развития психологические особенности личности определяют спектр значимых психотравмирующих ситуаций, клиническую картину дезадаптационных форм психического приспособления и стратегию поведения в условиях стресса.

Обнаружена связь более высокого риска развития суицидального поведения у детей с наследственной отягощенностью и нарушениями эмоционально-волевой сферы личности.

Клиническая картина дезадаптационных форм психического приспособления показала, что в полиморфной симптоматике состояний психической дезадаптации преобладают аффективные, соматовегетативные и поведенческие проявления в виде эмоциональной лабильности, чувства страха, раздражительности, агрессивности, депрессивности.

Знание особенностей детской суицидальности позволяет определить основные направления профилактики и коррекции суицидального поведения среди детей.

### ***Методические рекомендации по работе с детьми, склонными к суициду***

*На что стоит обратить внимание педагогам, родителям, классным руководителям, чтобы предотвратить суицид.*

Любые неожиданные или драматические изменения, влияющие на поведение подростка или ребенка, любые внезапные и значительные изменения успеваемости, посещения школы или поведения следует принимать всерьез. К ним относятся:

- потеря интереса к обычной деятельности;
- внезапное снижение успеваемости;
- необычное снижение активности, безволие;
- плохое поведение в школе, нарушение дисциплины;
- необъяснимые или частые исчезновения из дома, пропуски занятий;
- прогулы;
- увеличение потребления табака, алкоголя или наркотиков (включая гашиш);
- инциденты, приводящие к контактам с правоохранительными органами, участие в драках и беспорядках.

*Необходимо обращать внимание на опасные ситуации:*

- отвержение сверстников, травля;
- ссора или острый конфликт со значимыми взрослыми;
- несчастная любовь или разрыв романтических отношений;
- объективно тяжелая жизненная ситуация (потеря близкого человека, резкое общественное отвержение, тяжелое заболевание);

- личная неудача подростка на фоне высокой значимости и ценности социального успеха;
- резкое изменение социального окружения (например, в результате смены места жительства);
- нестабильная семейная ситуация (развод родителей, конфликты, ситуации насилия).

*Общие рекомендации по работе с детьми, склонными к суициду.*

Суицидогенные факторы современного социума столь многочисленны и разнообразны, что их невозможно преодолеть лишь усилиями кризисных и превентивных служб, деятельностью только специалистов по социальной работе. Следовательно, задача заключается в том, чтобы ограничить распространение самоубийств, научиться предупреждать их. Задача эта сложная, требующая разработки масштабных социальных программ, т.к. для ее решения нужно добиться кардинальных позитивных сдвигов в общественных отношениях и на микро, и на макросоциальных уровнях.

Специфика организации социально-психологической работы с лицами, склонными к суициду, заключается в проведении мероприятий, способствующих изменению их социальной изоляции и уменьшению суицидальных тенденций.

Во-первых, это устранение отрицательных факторов внутрисемейных отношений. Во-вторых, это оптимизация межличностных отношений, подключение к оказанию помощи суицидентам различных учреждений, «обществ по интересам», соседей. Но главные усилия должны быть направлены на выяснение и ликвидацию конфликтной ситуации, которая привела к суициду. Кроме этих мероприятий, необходимо оказать содействие в предоставлении суициденту необходимой социальной помощи (материальной, социально-бытовой, социально-психологической). Также необходимо оказать социально-психологическую помощь близким и родственникам суицидента.

Таким образом, организация социально-психологической работы по борьбе с самоубийством идет по двум основным направлениям:

- профилактика самоубийств;
- реабилитация и адаптация суицидентов и их окружения;

В свою очередь, эти направления подразделяются на более «мелкие», такие как: организация мероприятий по работе с группами риска, пропаганда психологических и правовых знаний, в том числе и введение в школах спецкурса «Преодоление трудностей», проведение суицидологических исследований, взаимодействие со средствами массовой информации, органами власти, с различными национальными и международными организациями и др.

*Что может сделать учитель или родитель, чтобы не допустить попыток суицида?*

Сохранять контакт с подростком. Для этого стоит помнить, что авторитарный стиль взаимодействия для подростков неэффективен и даже опасен. Чрезмерные запреты, ограничения свободы и наказания могут спровоцировать у подростка ответную агрессию или аутоагрессию (т.е. агрессию, направленную на себя). В подростковом возрасте предпочтительной формой взаимодействия является заключение договоренностей. Если ограничение необходимо, не стоит жалеть времени на объяснение его целесообразности.

Способствовать созданию дружеской поддерживающей атмосферы в классе, дома, ориентировать учеников на совместную деятельность, сотрудничество.

Обращать внимание на ситуации, когда один или несколько учеников становятся объектами нападков со стороны других. Поговорить с участниками конфликтов таким образом, чтобы был услышан каждый, оставайтесь нейтральным, не занимая сторону кого-либо из участников конфликта.

Если вы классный руководитель, инициируйте работу школьного психолога с классом. Если в школе есть действующая «Школьная служба примирения» – передайте им эту ситуацию для ее разрешения.

Дать понять ребенку, что опыт ошибок и неудач – такой же важный опыт, как и достижение успеха. Используйте ошибки ребенка как зону его роста. Обучение на ошибках является одним из способов развития личности. Помните о том, что есть оценки, а есть то, что шире – личность ребенка, ученика. Помогите ученику найти сферы, где они успешны, независимо от оценок.

Понять, что стоит за внешней грубостью подростка. Возможно, подросток отстаивает свои ценности, а не стремится войти в конфликт и обесценить вас.

Вовремя обратитесь к специалисту, если понимаете, что у вас по каким-то причинам не получается сохранить контакт с ребенком.

### ***Методические рекомендации для работы психолога***

Снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации.

Уменьшение психологической зависимости от причины, повлекшей суицидальное поведение.

Формирование компенсаторных механизмов поведения.

Формирование адекватного отношения к жизни и смерти.

## 5. Дети–беженцы

В результате вынужденной миграции в самом тяжелом положении оказываются дети. Критическая ситуация, в которую попадает основная масса вынужденных мигрантов, финансовое неблагополучие, зачастую отсутствие средств к существованию, а также психологические стрессы губительны не только для них самих, но и имеют косвенное, а иногда прямое влияние на нравственно-психологическую атмосферу общества. Дети семей мигрантов переживают множество трудностей, с которыми им приходится сталкиваться в результате смены места жительства.

Многие родители, пытаясь решить жизненно важные проблемы, связанные с переменой места жительства, не придают значения той психической травме, которую переживает ребенок. Основная масса детей–беженцев и вынужденных переселенцев – жертвы либо свидетели насилия, вынужденные под страхом смерти покинуть свои дома. Они часто получают психические травмы, будучи свидетелями сцен жестокости.

Характерной чертой психологического состояния беженцев и вынужденных переселенцев является так называемая категория «утрата». При этом дети лишаются своего привычного жилья, личных вещей, друзей, а часто родителей и близких родственников. Все это вызывает тяжелые психические расстройства, которые могут неоднократно проявляться в течение их дальнейшей жизни.

Особенно критическим является положение детей, прибывших из зон военных и межнациональных конфликтов. Эти дети оказываются в более сложных условиях. Некоторые из них, потеряв «крышу над головой», составляют категорию бездомных и нередко переходят в ряды беспризорных. Лишенные заботы родных и близких, они вынуждены самостоятельно добывать себе средства к существованию, порой даже незаконными способами.

Ряд других психологических моментов связан с пребыванием ребенка в образовательных учреждениях.

Так, положение детей из семей беженцев и вынужденных переселенцев в школе, как правило, наносит ущерб их самоутверждению. Например, незнание языка и культуры региона нового поселения приводит к отставанию от других учащихся в изучении школьных предметов, к чувству дискомфорта. Стремление сохранить приверженность к прежним ценностям создает дополнительные проблемы в школе. А отсутствие специализированных обучающих программ проблемы адаптации детей из семей вынужденных мигрантов к российской системе образования поставили ряд злободневных вопросов.

Дети семей беженцев и вынужденных переселенцев испытывают проблемы разнообразного характера: бытовые, материальные, психолого-педагогические, что приводит к различным формам психосоциальной и

педагогической дезадаптации. Многие дети семей мигрантов демонстрируют удовлетворительное отношение к учебе, слабую инициативность, отклонения личностного развития (заниженная самооценка, повышенная тревожность, сниженное самочувствие, активность, настроение; имеют место проявления агрессивности, нарушения поведения, изменения мотивационно-потребностной сферы, негативное отношение к социокультурным нормам других народов). Необходимо помнить, что психолого-педагогические особенности детей и подростков семей-беженцев и вынужденных переселенцев, спровоцированные всем комплексом проблем, с которыми приходится сталкиваться семьям вынужденных мигрантов в связи с переменой места жительства, могут затруднить полноценное развитие личности. Это позволяет сделать важный вывод: для детей, пострадавших в межнациональных (военных) конфликтах, необходимы комплексная разработка мер, направленных на создание нормальных условий жизнедеятельности, укрепление психического здоровья и эффективное развитие личности ребенка-мигранта.

### ***Методические рекомендации по работе с детьми-беженцами***

В работе с мигрантами выделяют два основных аспекта – практическая социальная работа (работа с конкретным человеком или группой людей, нуждающихся в социальной помощи) и организационная работа (создание и организация работы социальных служб, разработка конкретных программ, планов мероприятий и т.п.).

1. *Социальное направление* (работа осуществляется в контакте с различными ведомствами) включает в себя консультирование; мероприятия по социальной реабилитации в стационарах и нестационарных условиях; выявление лиц, особо нуждающихся в социальной помощи; социальная диагностика; оказание помощи в получении пенсий и пособий; содействие организации групп самопомощи и взаимопомощи; выявление лиц с девиантным поведением из числа мигрантов и асоциальных семей, а также профилактика девиантного поведения; профилактика бездомности и детской безпризорности.

2. *Информационное направление* (работа осуществляется в контакте с Госкомстатом Российской Федерации и средствами массовой информации): информирование мигрантов о деятельности социальных служб; сбор информации о мигрантах (в том числе и от самих мигрантов) и ее систематизация; доведение до общественности проблем миграции и мигрантов в целях установления мигрантами устойчивых социальных связей; содействие адекватному освещению в средствах массовой информации темы миграции.

3. *Правовое направление* (работа осуществляется в контакте с судебными и правоохранительными органами): защита прав мигрантов; предоставление

мигрантам информации об их правах и обязанностях; правовое консультирование.

4. *Медико-социальное направление* (работа осуществляется в контакте со службами здравоохранения): медико-социальное консультирование; оказание доврачебной медицинской помощи; содействие в проведении диспансеризации мигрантов; контроль за адекватной санитарно-профилактической работой и соблюдением норм социальной гигиены; помощь в приобретении страховых медицинских полисов; направление в специализированные медицинские учреждения; контроль за санитарным состоянием жилья мигрантов.

5. *Психологическое направление* (работа осуществляется в контакте с органами образования и здравоохранения): психологическое консультирование; психологическая коррекция и помощь в социальной адаптации; психологическая помощь в острых кризисных ситуациях и условиях посттравматического стресса; обучение родителей аутотренингам и психологической саморегуляции; психологическая диагностика развития детей и подростков.

6. *Социально-педагогическое направление* (работа осуществляется в контакте с органами образования, здравоохранения и правоохранительными органами): проведение консультаций по вопросам семьи и воспитанию детей; социально-педагогическая работа с детьми и подростками; специализированная (коррекционная) социально-педагогическая помощь нуждающимся в ней детям и подросткам, имеющим проблемы в обучении; профессиональное консультирование и содействие получению профессионального образования подростками и молодежью из числа мигрантов; профилактика девиантного поведения; проведение досуговых мероприятий для детей и подростков.

Семьи вынужденных мигрантов переживают кризисные ситуации, которые могут спровоцировать и развить у детей отклонения в поведении, обострить недостатки семейного воспитания. Поэтому в ходе работы с детьми-беженцами и вынужденными переселенцами должны преодолеваться следующие негативные стереотипы взрослых членов семьи:

- Устойчивое желание многих родственников передать ребенка с его проблемами под постоянный патронаж психолога, социального педагога или психотерапевта с личной позицией самоустранения от разрешения кризисной ситуации;

- Отказ от эмоционального принятия ребенка в единстве его позитивных и новых негативных черт, перенос ответственности за закрепление деструктивных свойств на действие «генетического» или «социально-средового» фактора, исключая формы личной ответственности;

- Отказ от понимания необходимости комплексного использования методов и средств реабилитационного подхода (как правило, родители отрицают целесообразность применения реабилитационного подхода к семье в целом).



Это позволяет говорить о важности психолого-педагогической работы с родителями ребенка-мигранта. В работе с родителями рекомендуют применять следующие методы:

1. Изучение семьи и процесса воспитания ребенка в ней. Цель – вторичный направленный сбор информации о ребенке, проверка и уточнение гипотез. Полученная информация заносится в карту социального обследования (Приложение 3);

2. Обсуждение и объяснение причин отклонений в психическом здоровье ребенка;

3. Решение вопроса о характере психолого-педагогического воздействия и заключение соглашения о дальнейшем сотрудничестве в ходе терапии;

4. Разработка совместно со специалистами рекомендаций для родителей. В качестве таковых могут выступать:

- Обучение приемам общения с ребенком с помощью использования эффективных средств (игротерапии, изотерапии, музыкотерапии, библиотерапии).

5. Совместная оценка результатов работы и дача дальнейших рекомендаций.

При взаимодействии с родителями можно применять как индивидуальные, так и групповые формы работы. К индивидуальным формам относятся изучение специфических проблем каждой семьи и особенностей воспитания в ней ребенка, проведение индивидуальных консультаций. Групповые формы работы рекомендуется применять при создании родительского лектория с целью знакомства родителей с особенностями воспитания их детей. Родительские лектории могут быть посвящены следующим темам: «Роль родителей в воспитании детей в беженском положении», «Воспитание трудного ребенка», «Психические расстройства и отклонения в поведении у детей как результат вынужденной миграции». Дополнительным позитивным результатом групповой формы работы является обучение родителей приемам общения с ребенком посредством использования эффективных терапевтических средств в домашних условиях (игротерапии, изотерапии, музыкотерапии, библиотерапии), овладением простыми навыками самоконтроля и саморегуляции, выработке умений на закреплении позитивных изменений в поведении ребенка.

Рекомендуется применять и более традиционные методы работы – совместные коллективные творческие дела для детей и родителей: Дни семьи, конкурсы, викторины, выставки творчества, соревнования.

Таким образом, в разветвленной системе социальной помощи семьям мигрантов и их детям роль социального работника сводится к своеобразному посредничеству между учебно-воспитательными учреждениями и социальными службами с одной стороны, учителями, воспитателями, родителями, с другой стороны.

## 6. Дети, имеющие конфликт с законом

Семейное неблагополучие, пьянство, правонарушения и равнодушие родителей, некорректные формы воспитания детей, унижение их человеческого достоинства, психическое и физическое насилие являются основными причинами появления детей группы риска и вступления детей в конфликт с законом. Нарушение поведения детей и подростков, их социальная дезадаптация являются актуальными проблемами.

Дети в конфликте с законом могут быть классифицированы на следующие группы:

1. Дети в возрасте от 14 до 18 лет, совершившие преступления и подвергнутые судом различным видам уголовного наказания;

2. Дети в возрасте от 14 до 18 лет, совершившие преступления и освобожденные от уголовной ответственности или от наказания;

3. Дети, совершившие общественно опасные деяния, содержащие признаки преступлений, но не достигшие возраста уголовной ответственности;

4. Дети, совершившие общественно опасные деяния, содержащие признаки преступлений, достигшие возраста уголовной ответственности, но имеющие отставание в психическом развитии, не позволяющее им в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими;

5. Дети, совершившие общественно опасные деяния, содержащие признаки преступлений, достигшие возраста уголовной ответственности, но являющиеся невменяемыми. Число преступлений, совершенных несовершеннолетними и при их соучастии, в среднесрочном периоде обнаруживает плавную тенденцию к снижению. Вопреки существующему стереотипному утверждению о том, что большинство совершаемых несовершеннолетними преступлений относятся к категории небольшой и средней тяжести, большинство (около 90 %) совершаемых несовершеннолетними преступлений относятся к категории тяжких и средней тяжести.

Среди совершенных преступлений абсолютно преобладают имущественные преступления – кражи, грабежи, разбойные нападения, угоны и мошенничество. Вместе с тем корыстная мотивация преступлений несовершеннолетних отличается от аналогичной мотивации в преступлениях взрослых. Подростковые кражи, грабежи, разбойные нападения нередко мотивируются корыстными побуждениями в сочетании с детскими мотивами озорства, самоутверждения, стремлением к приключениям и т.п. Это можно подтвердить, например, стоимостью похищенного имущества, которая, как правило, бывает невысока. Основная причина совершения преступлений – получение возможности удовлетворения материальных потребностей (утащил металлические трубы, сдал, купил себе кроссовки; украл мобильный телефон,

продал, купил подарок девушке на день рождения; украла мобильный телефон, продала, купила себе косметику и т.п.).

*Социально-психологический «портрет» несовершеннолетнего правонарушителя:*

Ситуация в семье:

- Трудности в осуществлении контроля над поведением ребенка;
- Отсутствие должного контроля со стороны родителей;
- Непоследовательное воспитание.

Ситуация в школе:

- Отсутствие мотивации на учебу, проявляемое прежде всего в прогулах;
- Низкая успеваемость;
- Плохое поведение в классе;
- Проблемы во взаимоотношениях с учителями и с одноклассниками.

Взаимоотношения со сверстниками:

• Наличие друзей и приятелей с асоциальными взглядами и установками и, как следствие, отсутствие или малое количество социально адаптированных сверстников из близкого окружения.

• Проблемы употребления психоактивных веществ (ПАВ) – наркотики/алкоголь:

- Более четверти несовершеннолетних эпизодически употребляли алкоголь или наркотики;
- Систематически употребляет алкоголь пятая часть несовершеннолетних правонарушителей;
- Употребление ПАВ, препятствующее нормальной деятельности (учебе, поведению), отмечается у пятой части правонарушителей;
- Правонарушение связано с употреблением алкоголя или наркотиков – также у пятой части несовершеннолетних;

Таким образом, употребление ПАВ непосредственно связано с совершением правонарушений. Следует учесть, что почти 13 % правонарушителей систематически употребляют наркотики и ингалянты.

Досуг и развлечения:

- У каждого четвертого правонарушителя отмечается непродуктивное использование свободного времени;
- Также у каждого четвертого недостаточно организованный досуг.

Иными словами, 80 % правонарушителей не знают, чем заняться в свободное время. При этом что только у 20 % констатируется отсутствие личных интересов.

### Личные качества и поведение

В каждом шестом случае констатированы:

- Гиперактивность, нарушение внимания;
- Физическая агрессия;
- Вербальная агрессия;
- Неконтролируемые вспышки гнева;
- Проблемы с самооценкой (завышенная или неустойчивая).

Система ценностей и социальных установок:

- Неготовность признать наличие проблем и обратиться за помощью;
- Наличие антисоциальных или криминальных установок.

История криминализации:

- Совершение общественно опасных деяний, влекущих уголовную ответственность, но не повлекших ее по разным причинам (ч. 1 и 3 ст. 20 УК РФ, ст. 76 УК РФ);
- Совершение правонарушений, не повлекших уголовной ответственности, но обусловивших профилактическую работу (как правило, неуспешную);
- Рецидив правонарушений.

*Социально-психологическая ситуация развития несовершеннолетнего:*

- Финансовые и жилищные проблемы у семьи;
- Серьезные эмоциональные травмы в семье;
- Злоупотребление родителями алкоголем/наркотиками;
- Криминальный опыт родителей.

Таким образом, несовершеннолетний правонарушитель – это ребенок из семьи с низким уровнем «воспитательной компетентности» у родителей, имеющий проблемы в школе (прежде всего вследствие отсутствия мотивации на учебу), асоциальный круг общения, неорганизованный досуг. Имеет опыт эпизодического либо систематического употребления алкоголя и/или других ПАВ. Характеризуется невысоким уровнем самопонимания и наличием проблем в ценностно-нормативной сфере, а также в сфере волевого контроля над эмоциями. Нередко ранее вступал в конфликт с законом при неэффективном вмешательстве (профилактической работе). Финансовые, жилищные, эмоциональные проблемы в семье напрямую не связаны с формированием антисоциальной либо криминальной направленности несовершеннолетнего, но в совокупности с указанными выше особенностями ситуации формирования личности могут повышать вероятность конфликта несовершеннолетнего с законом.

### *Беспризорные дети*

В особую категорию среди несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом, необходимо выделить категорию беспризорных детей.

Беспризорные – это, в общепринятом понимании, дети вне опеки со стороны взрослых, дети, лишенные педагогического надзора и попечения в любой легальной форме. Не имея или даже и имея семью, значительную часть времени такие дети проводят на улице, живут на улице, и на их образ жизни улица оказывает основополагающее влияние. В последнее десятилетие число детей, чьей постоянной средой обитания является улица, и точное место проживания отсутствует, сокращается. Большинство – это дети, имеющие постоянное место проживания (с родителями, одним родителем, опекуном), но исчезающие из дома на 2–3 дня, в основном в теплое время года.

Еще одна тенденция времени – развитие так называемой «скрытой беспризорности». Скрытая беспризорность коррелируется с проблемами семейного неблагополучия – тяжелое материальное положение семей, что вынуждает родителей искать дополнительные заработки, в связи с чем практически не остается времени на общение с детьми и их воспитание. Благополучие в семье является главной причиной ухода ребенка на улицу. На улице эти дети удовлетворяют свои потребности в защите и безопасности, в любви и понимании, в общении и взаимопомощи и т.д. Постоянное нахождение на улице существенным образом меняет ребенка. Причем изменения происходят быстро – достаточно 2–3 недель, а через полтора-два месяца происходит полная адаптация.

К отличительным признакам, позволяющим считать ребенка беспризорником, относятся:

- практически полное прекращение связи с семьей, родителями, родственниками;

- проживание в местах, не предназначенных для этого (на свалках, необитаемых чердаках и подвалах жилых домов, на вокзалах, в аварийных домах и т.д.);

- добывание средств к существованию случайными способами, а также антисоциальными способами (попрошайничество, воровство и пр.).

Беспризорные дети, безусловно, относятся к группе социального риска, поскольку их поведение либо на грани преступного, либо уже стало таковым. Беспризорник – не только правонарушитель (потенциальный или состоявшийся), но и ребенок, нуждающийся в помощи.

Среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних значительное число воспитанников государственных интернатных учреждений. Самовольные уходы детей из указанных учреждений, как правило, вызваны побоями и жестоким обращением. Дети-сироты покидают интернатные учреждения неподготовленными к самостоятельной жизни и, по существу, становятся одним из существенных источников пополнения криминальной среды.

### *Проблема алкоголизма несовершеннолетних*

Как правило, совершению правонарушения предшествует отклоняющееся от нормы поведение – в форме пьянства, наркомании, токсикомании. Происходит «омоложение» алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Употребление алкоголя, в том числе относительно слабых по крепости алкогольных напитков, других психоактивных веществ получает распространение как «мода» в подростковой субкультуре, стало признаком идентичности молодежной социальной группы. Вызывает тревогу то обстоятельство, что мода на алкоголь в подростковой среде существенно более заметна, чем мода на здоровый образ жизни.

### ***Методические рекомендации по работе с детьми, имеющими конфликт с законом***

#### *Профилактика правонарушений несовершеннолетних*

Данные исследований однозначно подтверждают наличие взаимосвязи между семейным неблагополучием и высокой вероятностью совершения несовершеннолетними правонарушений, в том числе повторных.

К основным недостаткам семейного воспитания, влияющим на общественное поведение детей, относятся:

1. безнадзорность;
2. личный негативный пример родителей (употребление алкоголя, наркотиков, проявления агрессии, жестокости и т.п.);
3. целенаправленная деятельность родителей по вовлечению детей в антиобщественное поведение или в совершение преступлений.

Профилактическая работа с несовершеннолетними правонарушителями осуществляется по двум направлениям:

- ранняя профилактика (при появлении первых признаков опасности совершения подростком правонарушений либо когда правонарушение совершено, но не влечет за собой возбуждения уголовного дела);
- профилактика рецидива совершения правонарушений и общественно опасных деяний.

Проблема ранней профилактики отклоняющегося поведения детей стоит в России особенно остро. Система ранней профилактики – это первое звено системы правосудия в отношении несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом. От понимания этого в обществе напрямую зависит своевременность принятия государством мер по пресечению криминализации несовершеннолетних, обеспечению безопасности общества, соблюдению прав детей-правонарушителей на выживание и развитие.

Основные объекты профилактической работы с несовершеннолетним правонарушителем:

- Семья;
- Школа;
- Окружение/контакты;
- Личность несовершеннолетнего.

Поскольку наиболее важным с точки зрения воздействия на личность в подростковом возрасте является семья, основная профилактическая работа должна быть ориентирована на работу с семьей, в которой воспитывается несовершеннолетний правонарушитель.

Формирование личности подростка происходит в таких сферах жизнедеятельности, как семья, учеба, труд и досуг. Начиная с 2000-х годов самостоятельными факторами, определяющим формирование личности молодого человека, являются телевидение и Интернет. Они с совокупности образуют целостную среду обитания подрастающего поколения, которая определяет их физическое, духовное, интеллектуальное развитие, поэтому именно в этих сферах следует искать причины негативных явлений, происходящих в подростковой и молодежной среде.

Действенными средствами профилактики правонарушений среди детей и молодежи является организация их досуговой и трудовой занятости, вовлечение в социально ориентированную деятельность.

Одним из важных направлений работы в сфере профилактики асоциальных явлений в детской и молодежной среде является временное трудоустройство подростков и проводимая с ними профориентационная работа, осуществляемые органами службы занятости со всех субъектах Российской Федерации.

Особое внимание уделяется организации занятости подростков, состоящих на учете в банках данных семей и несовершеннолетних в комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав. в подразделениях по делам несовершеннолетних.

Основное звено системы профилактики – сеть учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации. Приоритетным направлением деятельности этих учреждений остается работа с неблагополучными семьями, преодоление трудной жизненной ситуации, в которой они оказались. Однако потребность в таких учреждениях удовлетворена пока не полностью.

Развитию работы с подростками способствуют учреждения социального обслуживания семьи и детей, при которых открываются отделения дневного пребывания детей, где в благоприятных условиях они могут развивать свои способности, проводить организованный досуг, приобщаться к культуре.

Важную роль в предупреждении антиобщественного поведения могут играть образовательные учреждения.

Также необходимо отметить существенную значимость организации в регионах телефонов доверия, анонимной психологической помощи, консультаций, тренингов, проводимых с молодежью.

Для прибывших из заключения также нужна адаптация, помощь в трудоустройстве, в противном случае человек вновь оказывается в трудной жизненной ситуации, побуждающей его вернуться на прежний путь.

Диагностика, обследование, консультирование и лечение несовершеннолетних, употребляющих алкоголь, наркотики и психотропные вещества осуществляется учреждениями здравоохранения (наркологические диспансеры, центры, наркологические кабинеты и т.п.). По мнению специалистов, работающих в таких учреждениях, эффективность лечения лиц, зависимых от психоактивных веществ, даже при адекватности и полноте добровольно проводимой терапии дополнительно зависит от условий микросоциальной среды, окружающей больного, прочности установки больного на воздержание. Если человек, зависимый от психотропных веществ (алкоголь, наркотики, психотропные вещества), возвращается в семью, где непрерывно пьянствуют, или в компанию, которая продолжает наркотизацию, что случается часто, то он, скорее всего, возобновит потребление алкоголя и наркотиков.

#### *Психолого-педагогическая помощь детям с отклонениями в поведении*

Чаще всего под девиантным поведением понимают отрицательное (негативное) отклонение в поведении человека, противоречащее принятым в обществе правовым и нравственным нормам. Выраженность девиаций дифференцируются по следующим основаниям:

- По направленности: позитивные (героизм); безразличные (коллекционирование); негативные;
- По мотивации: корыстные, агрессивные;
- По субъекту: индивиды, социальные группы, социальные организации;
- По масштабности проявления: индивидуальные, групповые;
- По ориентации: экстраверты – направленные на других людей (семейные ссоры, насильственные преступления и пр.); интроверты – направленные на себя (пьянство, суицид, наркомания и пр.);
- По форме проявления: хулиганство, агрессия, воровство, алкоголизм и пр.

Уровни девиации – выраженность отклоняющегося поведения, в котором выделяют:

- Докриминальный уровень – уровень поведения человека (подростка) когда он еще не стал субъектом преступления и его социальные отклонения проявляются в виде: мелких правонарушений, несоблюдения норм морали, правил поведения в общественных местах; уклонения от общественно полезной деятельности; злоупотребления алкоголем, немедицинского употребления наркотических, токсических веществ, разрушающих психику;
- Криминальный уровень – уровень поведения человека, когда социальные отклонения выражаются в преступных, уголовно наказуемых действиях,



рассматриваемых следственными и судебными органами, а сам человек (подросток) становится субъектом преступления.

В практике школьной работы диагностика девиантного поведения носит симптоматический характер. Набор психодиагностического инструментария по рассматриваемой проблеме достаточно разнообразен. Для диагностических целей могут быть использованы и общие методики, и специальные тесты, и их различные сочетания в виде нескольких тестов.

В диагностической работе с подростками психологическая информация о видах девиантного поведения может быть получена при использовании опросника Р. Кеттела, патохарактерологического опросника А.Е. Личко и проективного теста М. Люшера.

В работе по коррекции агрессивных проявлений выделяют следующие *принципы и направления*. Агрессивные тенденции могут проявляться в виде самоагрессии и агрессивных действий по отношению к объектам окружения или другим людям; приобретать форму физической агрессии или агрессивных разрядов в вербальном и символическом плане; носить эпизодический, нестойкий характер либо являться наиболее частым способом реагирования ребенка на воздействия окружения и даже выглядеть как патологическое влечение. Тяжесть агрессивных проявлений можно определить по ряду параметров:

1. Частота и легкость их возникновения. Чем мощнее аффективная патология ребенка, тем больше возможность возникновения фрустрирующих ситуаций.

2. Степень неадекватности агрессии той ситуации, в которой она возникает.

3. Фиксируемость на агрессии.

4. Степень напряженности в агрессивных действиях.

5. Форма агрессии. В более легких случаях агрессия выражается в вербальной форме, в более тяжелых – это проявление физической ауто- и гетероагрессии, представляющих опасность.

6. Степень осознаваемости агрессивных действий.

У детей и подростков *диагностика* агрессивного поведения проводится с помощью наблюдения, проективных и опросных методов. Наиболее распространенными являющийся тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, выявляющий типы поведенческих реакций в ситуации фрустрации; тест «Руки» Э. Вагнера, определяющий уровень агрессивности и некоторые особенности личности испытуемого; тест «Дом-Дерево-Человек» Дж. Бука и Л. Кауфман, дающий информацию о враждебности, конфликтности, агрессивности, негативизме ребенка; тест «Кинетический рисунок семьи» Р. Бернса, исследующий семейные причины агрессивности и других видов нарушения поведения; опросник Басса-Дарки, показывающий

формы агрессивных и враждебных реакций; карта наблюдений Д. Скотта для регистрации форм и синдромов дезадаптивного поведения.

При психологической коррекции агрессии необходимо проанализировать, какую функцию она выполняет в конкретной ситуации, каковы ее пропорции среди других проявлений активности ребенка и динамика ее возникновения.

Тактика психотерапевтических воздействий должна строиться в зависимости от предполагаемой природы агрессивного поведения ребенка. В одном случае следует игнорировать агрессивную тенденцию и не фиксировать на ней внимание, в другом – включить агрессивное действие в контекст игры, придав ему новый социально приемлемый смысл; в третьем – не принять агрессию и установить запрет на подобные действия; в четвертом – активно подключаться в игровой ситуации к разворачиванию или «растягиванию» агрессивных действий и добиваться их эмоционально положительного разрешения путем психодрамы.

*Психологическая коррекционная работа* при различных формах агрессивного поведения осуществляется следующим образом:

*Первый уровень* – переживания эмоционально-негативных состояний с эмоциями раздражения, недовольства, гневливости. Именно на первом этапе работы с агрессивными подростками необходимо обучение их различным формам саморегуляции, начиная с дыхательных упражнений и до более сложных форм аутогенной тренировки.

Второй уровень – связан с эмоционально-личностным, дифференцированным отношением, поэтому на втором этапе работы целесообразно акцентировать внимание на психокоррекционных мерах воздействия, ориентированных на личностные установки. К наиболее стандартным приемам относят планомерное и систематическое обсуждение проблемы, вызывающей дистресс; дистанцирование от нее с последующей переоценкой; формирование новых форм психологической поддержки в кризисных ситуациях.

Превентивные меры и управление агрессией могут осуществляться через ее элиминацию, демонстрацию моделей конструктивного поведения, когнитивные методы контроля агрессии, через индукцию несовместимых реакций, тренинг социальных умений, обучение самоконтролю и управление своим поведением.

Осуществляя коррекцию агрессивного поведения на диагностической основе, выделяют четыре категории детей:

1. Дети, склонные к проявлению физической агрессии;
2. Дети, склонные к проявлению вербальной агрессии;
3. Дети, склонные к проявлению косвенной агрессии;
4. Дети, склонные к проявлению негативизма.

Таким образом, агрессивных детей разделяют на две группы: с социализированными и несоциализированными формами нарушений поведения.

Составление и реализация психокоррекционных программ опирается в каждом конкретном случае на ту или иную теоретическую модель, собственную концепцию психолога, особенности группы и ее участников и др.

*Программа комплексной коррекции (И.А. Фурманов)*

*Первый блок.*

Коррекционный блок для агрессивных подростков представляет собой психологический тренинг интегративного типа с элементами различных психотерапевтических техник. Его целью является поиск альтернативных (социально-приемлемых) способов удовлетворения потребностей и взаимодействия с окружающими. В ходе тренинга решаются следующие задачи: осознание собственных потребностей; отреагирование негативных эмоций и обучение приемам регулирования своего эмоционального состояния; формирование адекватной самооценки; обучение способам целенаправленного поведения, внутреннего самоконтроля и сдерживания негативных импульсов; формирование позитивной моральной позиции, жизненных перспектив и планирования будущего.

*Второй блок.*

Программа для родителей подростков с нарушениями поведения направлена на создание психологических условий для преодоления родительских ограничений и приобретения нового опыта взаимодействия с собственными детьми посредством практической тренировки коммуникативных навыков. В процессе работы решаются следующие задачи: переосмысление роли и позиции родителя; развитие взаимопонимания и взаимоуважения прав и потребностей друг друга; снижение тревожности и приобретение уверенности в себе; формирование готовности обсуждать с детьми все спорные и конфликтные ситуации в семье; выработка стиля эффективного взаимодействия с детьми.

*Третий блок.*

Программа имеет целью информирование педагогов об индивидуально-психологических особенностях личности подростка с агрессивным поведением и обучение эффективным способам взаимодействия с ним средствами конфликтологии и игротерапии. В ходе тренинга решаются следующие задачи: распознавание и идентификация собственных негативных эмоциональных состояний, возникающих при общении с асоциальными детьми; обучение «целенаправленным» способам отреагирования отрицательных эмоций и приемам регуляции психического равновесия; снятие личностных и профессиональных зажимов и ограничений; освоение методики контакта с неблагополучными детьми различного возраста и выработка стиля эффективного взаимодействия.

Выбор стратегий психокоррекционной работы с агрессивными детьми и подростками должен строиться:

1. Исходя из принципиальной взаимосвязи внутренней и внешней детерминации функционирования личности.

2. Необходимо учитывать закономерности процесса изменения поведения, который включает стадии предобдумывания, обдумывания своего поведения, подготовку к его изменению, действие и поддержание нового стиля поведения.

3. Психотерапевтические воздействия должны быть направлены на изменения в познавательной сфере личности ребенка через убеждение, внушение, конфронтацию, прояснение и интерпретацию малоосознаваемых переживаний: в эмоциональной сфере – катарсис, эмоциональную поддержку; в поведенческой сфере – мотивацию, новый эмоциональный социальный опыт, подкрепление.

Необходимо осуществлять интегративный подход к коррекционной работе и использовать модель пошагового изменения.

1. Осознание: расширение информации о собственной личности и проблеме агрессивного поведения.

2. Переоценка собственной личности: оценка того, что ребенок чувствует и думает о своем поведении и себе самом.

3. Переоценка окружения: оценка того, как агрессивное поведение влияет на окружение.

4. Внутригрупповая поддержка: открытость, доверие и сочувствие группы при обсуждении проблемы агрессивного поведения.

5. Катарсис: ощущение и выражение собственного отношения к проблеме агрессивности.

6. Укрепление: поиск, выбор и принятие решения действовать, формирование уверенности в способности изменить поведение.

7. Поиск альтернативы: обсуждение возможных замен агрессивного поведения.

8. Контроль за стимулами: избегание или противостояние стимулам, провоцирующим агрессивное поведение.

9. Подкрепление: самопоощрение и поощрение со стороны окружающих за изменение поведение.

10. Социализация: расширение возможностей в социальной жизни в связи с отходом от агрессивности поведения.

В работе с агрессивными детьми дошкольного и младшего школьного возраста полезны психогимнастика, изотерапия, игровая коррекция поведения. Они направлены на снижение эмоционального напряжения, формирование у детей моральных представлений, развитие способности понимать и адекватно выражать свое эмоциональное состояние, обучение саморелаксации, тренаж психомоторных функций.

Аутоагрессия и ее профилактика.

Одной из разновидностей агрессивного поведения является аутоагрессия, которая проявляется в суицидальных демонстративных попытках и истинном суициде.

Суицидальное поведение, весь комплекс мыслей, намерений и действий, которые связаны с суицидом, есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта. Ситуация конфликта приводит к суицидальным действиям при наличии трех факторов: социокультурных особенностей личности, таких как личностная тревожность, фрустрационная толерантность; негативного восприятия окружающего, отсутствия осознанного стремления к жизни; неблагоприятного социального окружения.

Наличие неблагоприятного социального окружения – основная причина, побуждающая подростка к совершенствованию суицидальных поступков.

Причины и факторы суицида:

– взаимоотношения с родителями, степень понимания ими своих детей, сопереживания, нормативность отношений;

– проблемы в школе, связанные с личностью учителя, социометрическим статусом в классе и личностным отношением к успеваемости и факторам жизненных перспектив;

– взаимоотношения со сверстниками, друзьями, представителями противоположного пола.

Выделяют личностные особенности подростков, расположенных к суицидальному поведению: повышенная тревожность, фрустрация, негативное восприятие окружающего, желание изменить его, неспособность самостоятельно найти пути решения задачи.

Психологический смысл суицида чаще всего заключается в отреагировании, снятии аффективного напряжения, уходе, выключении из тяжелой жизненной ситуации. Среди подростков с суицидальными попытками преобладают лица с пограничными состояниями, расстройствами нервной системы, ситуационными реакциями. При этом действительное желание смерти отсутствует. В случаях завершённых суицидов преобладает агрессия против собственного «Я». Для истинных, завершённых суицидов характерны:

- Наличие предсуицидального периода;
- Продолжительность конфликтной ситуации;
- Психологический дискомфорт;
- Незащищенность, психологическое одиночество;
- Нарушение психологии жизненной среды;
- Ощущение субъективной невыносимости существования в сложившихся условиях;
- Отсутствие желания жить.

Основной задачей психолога является профилактика суицидального поведения, которая может осуществляться в следующих направлениях:

- Снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации;
- Уменьшение эмоциональной зависимости и ригидности;
- Формирование компенсаторных механизмов поведения;
- Формирование адекватного отношения к жизни и смерти.

Работая с подростками в кризисных ситуациях, психолог может применять различные техники: ментального переживания; внутреннего диалога; самоосвобождения и др. Используется кризисная интервенция, которая может проводиться в форме кризисной психотерапии, кризисного консультирования и «телефона доверия». При диагностике суицидального поведения подростков можно применять комплекс методик, адаптированных М.В. Горской, опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» и «Метод незаконченных предложений».

Основные направления социально-педагогической деятельности по профилактике и преодолению девиантного поведения детей и подростков. Выделяют следующие направления:

1. Повышение роли семьи в профилактике воспитания социально-отклоняющегося поведения у детей:

- Подготовка будущих родителей к семейной жизни и воспитанию своих детей;
- Создание благоприятной нравственной обстановки в семье и во внутрисемейных взаимоотношениях – морально-психологического климата семьи;
- Предупреждение ошибок в семейном воспитании;
- Формирование у ребенка твердых нравственных ориентиров, нравственной позиции;
- Воспитание с раннего детства волевых качеств и чувства собственного достоинства, что позволит сформировать нравственно-волевые качества;
- Недопущение насилия над ребенком, подавляющего волю;
- Недопущение приобщения детей и подростков к спиртным напиткам, курению, азартным играм;
- Побуждение ребенка к самовоспитанию и обучению его методике работы над собой.

2. Повышение воспитательной роли образовательных учреждений в предупреждении и преодолении девиантного поведения детей и подростков.

3. Развитие целесообразного взаимодействия семьи и школы, семьи, школы и административных органов по месту жительства в предупреждении и преодолении девиантного поведения детей и подростков.

4. Развитие внешкольной системы консультирования и помощи семье и детям в преодолении девиантного поведения.

5. Повышение роли специальных учреждений по перевоспитанию и исправлению девиантного поведения детей и подростков.

6. Приобщение детей и подростков к участию в позитивных общественных центрах, организациях (спортивных, культурно-досуговых, туристских, театральных и др.).

Таким образом, работу с детьми с отклонениями в поведении необходимо вести во взаимодействии участников образовательного процесса: детей, педагогов, социальных педагогов, медиков, психологов и родителей (законных представителей). Важным направлением является профилактика, предупреждение поведенческих нарушений, которые обычно проявляются наиболее остро в подростковом возрасте. Поэтому профилактическая работа должна охватывать младший школьный и дошкольный возраст.

## Список литературы:

1. Абдулова Т. П. Психология подросткового возраста : учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Т. П. Абдулова. – М. : Академия, 2012. – 240 с.
2. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения / А. Г. Амбрумова. – М., 2000. – 38 с.
3. Башкатов И. П. Психология групп несовершеннолетних правонарушителей (социально-психологические особенности) / И. П. Башкатов. – М. : Прометей, 1993. – 240 с.
4. Бобылева И. А. Социальная адаптация выпускников интернатных учреждений : Учебное пособие / И. А. Бобылева. – М. : Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007.
5. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников / С. Ю. Бородулина. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2004. – 352 с.
6. Бурменская Б. В. Возрастно-психологическое консультирование: проблемы психического развития детей / Б. В. Бурменская, О. А. Карбанова, А. Г. Лидерс. – М., 1990.
7. Бурмистрова Е. В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде) : Методические рекомендации для специалистов системы образования / Е. В. Бурмистрова. – М. : МГППУ, 2006.
8. Венгер А. Л., Морозова Е. И., Морозов В. А. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) / А. Л. Венгер и др. // Московский психотерапевтический журнал. – 2006. – № 1.
9. Воспитание трудного ребенка. Дети с девиантным поведением / Под ред. М. И. Рожкова. – М., 2006 г.
10. Вроно Е. М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков. Книга № 1 / Е. М. Вроно. – М., 1999. – 48 с.
11. Вроно Е. М. За гранью отчаяния / Е. М. Вроно // Школьный психолог. – 2000. – № 17. – С. 12–13.
12. Гиппенрейтер Ю. Б. Общаться с ребенком – как? / Ю. Б. Гиппенрейтер. – М., 2008. – 95 с.
13. Гобечия Ф. В. Психологические факторы поведения несовершеннолетних правонарушителей / Ф. В. Гобечия. – Тбилиси : МЕЦНИЕРЕБА, 1979. – 225 с.
14. Гонеев А. Д., Лифинцева Н. И., Ялпаева Н. В. Основы коррекционной педагогики / А. Д. Гонеев и др. / Под. ред В. А. Сластенина. – М., 1999. – 216 с.



15. Дети с отклонениями в развитии / Автор-составитель Н. Д. Шматко. – М., 2001. – 128 с.
16. Дмитриева Н. В., Четвериков Д. В. Психология аддиктивного поведения / Н. В. Дмитриева, Д. В. Четвериков. – Новосибирск, 2002.
17. Егоров А. Ю., Шумнов С. А. Расстройства поведения у подростков : клинико-психологические аспекты / А. Ю. Егоров, С. А. Шумнов. – СПб. : Речь, 2005. – 436 с.
18. Захаров А. И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм / А. И. Захаров. – СПб. : Питер, 1998.
19. Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации / Н. О. Зиновьева, Н. Ф. Михайлова. – СПб. : Речь, 2003. – 248 с.
20. Игра в тренинге. Возможности игрового взаимодействия / Под ред. Е. А. Левановой. – СПб. : Питер, 2006. – 208 с.
21. Карабанова О. А. Игра в коррекции психического развития ребенка : учебное пособие / О. А. Карабанова. – М., 1997.
22. Кон И. С. Дети России: насилие и защита / И. С. Кон. – М., 1997.
23. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: социально-эмоциональные проблемы / Под ред. Л. М. Шипицыной, Е. И. Казаковой. – СПб. : Институт специальной педагогики и психологии, 2000.
24. Кондратьев М. Ю. Социальная психология закрытых образовательных учреждений / М. Ю. Кондратьев. – СПб. : Питер, 2005. – 304 с.
25. Коррекционная педагогика : Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Под ред. Б. П. Пузанова. – М., 2001. – 320 с.
26. Кулаков С. А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков / С. А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2004. – 464 с.
27. Курасова Н. В. Психологическая реабилитация детей-жертв инцеста / Н. В. Курасова // Семейная психология и Семейная психотерапия. – 1997. – № 2. – С. 106–110.
28. Лебедев В. Ю. Проблемы насилия в семье / В. Ю. Лебедев // Проблемы защиты детей от жестокости и насилия в Республике Бурятия : доклады республиканской научно-практической конференции. – Улан-Удэ, 2001. – С. 37–39.
29. Лидерс А. Г. Психологический тренинг с подростками / А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2004. – 256 с.
30. Лишенные родительского попечительства : Хрестоматия / Ред.-сост. В. С. Мухина. – М., 1991.
31. Лютова Е. К., Монина Г. Б. Шпаргалка для взрослых : Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Монина. – М., 2000. – 192 с.

32. Макарычева Г. И. Тренинг для подростков : профилактика асоциального поведения / Г. И. Макарычева. – СПб. : Речь, 2008. – 192 с.

33. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб., 2008. – 224 с.

34. Михайлина М. Ю., Павлова М. А. Психологическая помощь подростку в кризисных ситуациях : профилактика, технологии, консультирование, занятия, тренинги / М. Ю. Михайлина, М. А. Павлова. – Волгоград : Учитель, 2009. – 207 с.

35. Михайлина М. Ю. Профилактика детской агрессивности / М. Ю. Михайлина. – Волгоград, 2009.

36. Навайтис Г. Профессиональная психологическая помощь подростку / Г. Навайтис. – М. : Изд-во «Модек», 2007 г. – 216 с.

37. Акоста Варгас Г., Бисли М., Джайма Ш. Насилие в семье: как бороться с ним государству: нынешний статус и необходимые улучшения / Г. Акоста Варгас и др. / Пер. с англ. Н. Кошманенко, С. Яринича. – М. : Глас, 1999.

38. Насилие в семье: Особенности психологической реабилитации : учебное пособие / Под ред. Н. М. Платоновой, Ю. П. Платонова. – СПб. : Речь, 2004. – 154 с.

39. Овчарова Р. В. Практическая психология образования / Р. В. Овчарова. – М. : Академия, 2003. – 448 с.

40. Организация диагностической и психокоррекционной работы с детьми, оказавшимися в кризисных ситуациях / Авторы-составители: Осипова А. А., Чаусова Л. К., Мясникова М. Н., Гейденрих Л. А., Солтовец А. В. – Ростов-на-Дону, 2001.

41. Ослон В. Н. Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья / В. Н. Ослон. – М. : Генезис, 2006.

42. Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях / Н. Г. Осухова. – М. : Академия, 2005. – 288 с.

43. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой // М. : Изд-во Института психотерапии, 2000, – 256 с.

44. Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Психология сиротства / А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых. – СПб. : Питер, 2005.

45. Преступность в Бурятии глазами будущих юристов // Криминологические чтения : материалы межвузовской студенческой научно-практической конференции (Улан-Удэ, 2 декабря 2004 г.) / Отв. ред. Э. Л. Раднаева. – Улан-Удэ : Изд-во Бурят. гос. ун-та, 2005. – 222 с.

46. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – 3 изд., испр. и доп. – М. : Аркти, 2003. – 208 с.

47. Тудупова Т. Ц., Каратаева Г. Н. Индивидуальная психологическая помощь детям в посткризисной ситуации сексуального насилия : учебное пособие. – Улан-Удэ : Изд-во Бурят. гос. ун-та, 2013. – 188 с.

48. Формирование социально-ответственного поведения у детей и молодежи / Профилактика девиантного и аддиктивного поведения среди детей и молодежи в учреждениях высшего, среднего и начального профессионального образования : Учебно-методическое пособие / В. В. Зарецкий, А. Н. Булатников, М. Ю. Воронин, Л. В. Зарецкая, А. С. Калабалин, Н. К. Кирилина, О. А. Толкачева, В. В. Морозов, О. Е. Батова-Пясецкая. – М. : АПКИППРО, 2008. – 188 с.

49. Хватцев М. Е. Логопедия: работа с дошкольниками : Пособие для логопедов и родителей / М. Е. Хватцев. – М. : Аквариум, СПб.: Дельта, 1996. – 384 с.

50. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Б. Шнейдер. – М., 2005.

51. Шмаков С. А. Уроки детского досуга: в помощь педагогу-экспериментатору, классному руководителю / С. А. Шмаков. – М. : Новая школа, 1992. – 88 с.

52. Шмаков С. А. Игры-шутки, игры-минутки: методический материал / С. А. Шмаков. – М. : Новая школа, 1993. – 112 с.

53. Мадасова О. К., Хандирова С. Г., Парфентьева Т. А. Чтобы не опоздать. Практическое пособие по первичной профилактике подростковых суицидов / О. К. Мадасова, С. Г. Хандирова, Т. А. Парфентьева. – Улан-Удэ : Изд-во ГБУЗ РЦМП МЗ РБ, 2013. – 140 с.

54. Шапарь В. Б., Тимченко А. В., Христенко В. Е., Шапарь О. В. Энциклопедия психологической безопасности / В. Б. Шапарь и др. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. – 496 с.

55. <http://www.gazeta.ru/social/2011/11/30/3852546.shtml>: Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) совместно с Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения, 2011 г., Результаты комплексного исследования «Смертность российских подростков от самоубийств».

56. <http://www.who.int/features/qa/24/ru/index.html>: Самоубийства. Сайт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) /URL.

57. <http://www.lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm>: Статистика самоубийств.

58. [http://www.rfdeti.ru/files/1296588517\\_gord.pdf](http://www.rfdeti.ru/files/1296588517_gord.pdf): Дети в трудной жизненной ситуации: новые подходы к решению проблем.

## Содержание

Защита детей – один из значимых приоритетов государства. ответственность и забота всего общества . . . . .	3
1. Дети, пострадавшие от насилия . . . . .	6
Методические рекомендации по работе с детьми, пострадавшими от насилия . . . . .	8
2. Дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья . . . . .	22
Методические рекомендации по работе с детьми-инвалидами и с ограниченными возможностями здоровья . . . . .	30
3. Дети-сироты и дети, оставшихся без попечения родителей . . . . .	42
Методические рекомендации по работе с детьми-сиротами, детьми, оставшимися без попечения родителей . . . . .	46
4. Дети, склонные к суициду. . . . .	57
Методические рекомендации по работе с детьми, склонными к суициду . . . . .	58
5. Дети-беженцы . . . . .	61
Методические рекомендации по работе с детьми-беженцами . . . . .	62
6. Дети, имеющие конфликт с законом . . . . .	65
Методические рекомендации по работе с детьми, имеющими конфликт с законом . . . . .	69
Список литературы . . . . .	79

*Учебно-методическое издание*

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ,  
ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ**

Составители:

*Любовь Ильинична Очирова,*

доцент каф. общей и социальной психологии БГУ, канд. психол. наук

*Туяна Цыбановна Тудупова,*

доцент каф. общей и социальной психологии БГУ, канд. психол. наук

*Марина Николаевна Дарижапова,*

ст. преп. каф. общей и социальной психологии БГУ, канд. психол. наук

*Татьяна Александровна Парфентьева,*

зав. клиникой дружественной к молодежи при городской больнице № 4

*Галина Николаевна Каратаева,*

мед. психолог ГБУЗ «Республиканский центр

профилактики и борьбы со СПИД»

*Долгор Раднанимаевна Базарова,*

ст. преп. каф. общей и социальной психологии БГУ, канд. психол. наук

Редактор Б.Ц. Цыденова

Верстка Л.Б. Андреевой

Корректор Б.Ц. Цыденова

Подписано в печать 27.02.2015. Формат 60x84 1/16.

Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman

Усл. печ. л. 4,88. Уч.-изд. л. 4,81.

Тираж 500 экз. Заказ № 5.

ГБУ РЦ «Бэлиг», 670047, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 68

Типография ГБУ РЦ «Бэлиг»,

E-mail: belig@mail.ru