

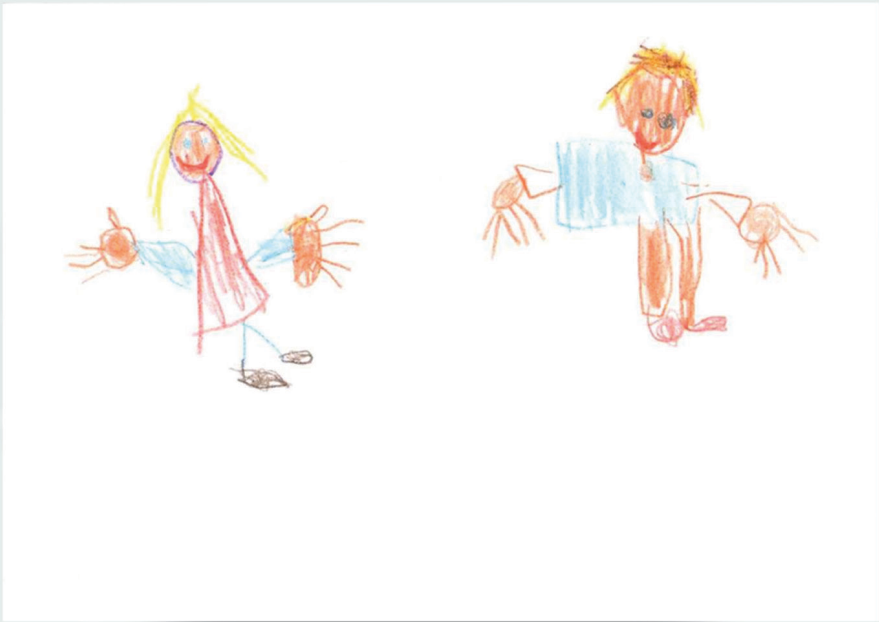


СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ, ПОПАВШИХ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ

Материалы I международной научно-практической конференции



Москва, 2017





**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ,
ПОПАВШИХ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ**

Материалы I международной
научно-практической конференции

**MODERN ASSISTANCE TECHNIQUES FOR FAMILIES
IN DIFFICULT LIFE SITUATIONS**

I International Scientific and Practical
Conference Proceedings

Москва, 2017

ББК 60.9я43
УДК 364.65:316.8(082)
С56

Члены оргкомитета:

Николаева А.-М.Ю., Кетова С.В., Фетеску В.В., Савченко Д.Д.,
Жук К.М.

Редакционная коллегия:

доктор психологических наук, профессор Шульга Т.И.
кандидат психологических наук Савченко Д.Д.

Рецензент:

кандидат психологических наук Нисская А.К.

Современные технологии поддержки семей, попавших в трудную жизненную ситуацию = Modern Assistance Techniques for Families in Difficult Life Situations: материалы международной научно-практической конференции. – Москва: Международная лингвистическая школа, 2017. – 304 с.; 22 см. – (English Nursery & primary school). – Библиогр. в конце докл. – 300 экз. –

ISBN978-5-9907776-1-3 – [16-38006]

Сборник включает материалы I Международной научно-практической конференции «Современные технологии поддержки семей, попавших в трудную жизненную ситуацию», 11 марта 2017 года, обобщающие опыт отечественных и зарубежных специалистов, занимающихся поддержкой семей, попавших в трудную жизненную ситуацию, и профилактикой социального сиротства. Тематика статей и тезисов освещает актуальные проблемы воспитания ребенка с особенностями развития, психологической помощи его семье и профилактики девиантного родительства.

Сборник адресован специалистам социальной сферы, педагогам и психологам, ученым и практикам, занимающимся теоретическими и прикладными вопросами поддержки семьи.

ББК 60.9я43
УДК 364.65:316.8(082)

ISBN978-5-9907776-1-3 – [16-38006]

© English Nursery and
Primary School

ОТ СОСТАВИТЕЛЕЙ

Профилактика социального сиротства посредством поддержки семей, попавших в трудную жизненную ситуацию, является одной из наиболее актуальных проблем современного общества.

Международная лингвистическая школа (ENS) благодарит Департамент труда и социальной защиты города Москвы, факультет психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», кафедру социальной психологии факультета психологии ГОУ ВО Московской области Московский областной государственный университет, Центр исследований современного детства Института образования НИУ ВШЭ, Институт развития семейного устройства, Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам», Благотворительный фонд «СЕМЬЯ», ХКОО «Чужих детей не бывает» и Mellow parenting ltd. за активное участие в организации I Международной научно-практической конференции «Современные технологии поддержки семей, попавших в трудную жизненную ситуацию».

Материалы конференции, включенные в сборник, систематизированы по двум направлениям:

1. Особенности профессиональной поддержки семей, попавших в трудную жизненную ситуацию.
2. Проблемы и возможности оказания помощи семьям, воспитывающим детей с особенностями развития.

Составители надеются, что теоретический и практический опыт различных регионов Российской Федерации и зарубежных стран, представленный в сборнике, полезен специалистам социальной сферы в оказании помощи семьям и детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, и будет способствовать развитию профессиональной системы профилактики социального сиротства.

А-М. Ю. Николаева, Д. Д. Савченко

ОГЛАВЛЕНИЕ

Возможность использования зарубежного опыта по защите прав детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в России	9
СЕКЦИЯ 1.	
Особенности профессиональной поддержки семей, попавших в трудную жизненную ситуацию	35
Mellow parenting	35
Актуальные проблемы социальной реабилитации детей, воспитывающихся в семьях, не справляющихся с задачами воспитания.	44
Влияние трудной жизненной ситуации на активизацию ресурсов семьи.	66
Организация процесса реабилитации несовершеннолетних, склонных к самовольным уходам, в условиях отделения интенсивной реабилитации	75
Особенности сопровождения семей с детьми	84
Социальная диагностики семьи, находящейся в социально опасном положении или иной трудной жизненной ситуации	97
Системные динамики в психологии семейного насилия	102
Тенденции в развитии профилактики социального сиротства на примере БФ «волонтеры в помощь детям-сиротам»	107
Особенности родительства в семьях девиантных подростков	112
Современные направления поддержки семьи, находящейся в трудной жизненной ситуации: перспективы взаимодействия с НКО	118
Девиантное родительство – главная угроза социализации ребенка	122
Опыт работы ресурсного центра по методическому сопровождению муниципальных и школьных служб примирения (медиации)	

по внедрению медиативных и восстановительных технологий в систему профилактики правонарушений несовершеннолетних Пермского Края	127
Социальные последствия функционирования семьи, находящейся в трудной жизненной ситуации, и использование восстановительных и медиативных технологий для их урегулирования	135
Помощь молодым семьям. Опыт работы благотворительного фонда «детям с любовью» с выпускниками детских домов	140
Формирование личных границ в замещающей семье	145
Особенности восприятия материнского отношения девиантными подростками из малодетных неполных семей	151
Психологическое консультирование жертв семейного насилия	156
Алкогольная созависимая семья: особенности общения и недоверия	164
Особенности взаимодействия субъектов профилактики семейного неблагополучия в работе с детьми, совершающими самовольные уходы из дома и учреждений	169
Трудная жизненная ситуация в семье и психическое здоровье ребенка	177
Работа с кровными семьями воспитанников учреждений для детей-сирот: опыт благотворительного фонда «дети наши»	182
Преодоление социального сиротства: региональный аспект	187
Возможности и ограничения групповой работы для профилактики суицидального риска в юношеском возрасте	196
Региональный опыт организаций в области социального сопровождения детей, находящихся в социально-опасном положении	202
СЕКЦИЯ 2.	
Проблемы и возможности оказания помощи семьям, воспитывающим детей с особенностями развития	207
Семьи инвалидов и общество: инклюзия как взаимопомощь	207

Концепция социализации детей с ограниченными возможностями через призму их субъектности.	219
«Неуловимый балет» в модели диалога диады «мать–особый ребенок»	224
Социализация ребенка-инвалида в приёмной семье	229
Система социально-психологического сопровождения семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.	238
Эмоциональное состояние семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья	246
Стратегии регуляции эмоций и их связь с личностным смыслом болезни ребенка у матерей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом	251
Роль родительской поддержки в психологическом благополучии слабовидящих подростков	256
Технология раскрытия диагноза (ВИЧ) ребенку. Системная работа с семьей.	259
Психологическая поддержка родителей детей с ментальными нарушениями	263
Работа психолога с семьями, воспитывающими ребенка с аутизмом.	269
Особенности стилей воспитания в семье ребенка с синдромом Дауна	273

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, В РОССИИ

Семья Г.В.

Профессор кафедры психологической антропологии МПГУ,
доктор психологических наук,
член Координационного совета при Президенте Российской Федерации
по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей
на 2012–2017 годы

Аннотация. В статье анализируются международные документы в отношении права ребенка на воспитание в семье и механизмы его реализации, в том числе трехуровневая модель профилактики. Приводится многочисленная статистика по разным странам по отобранию ребенка у родителей и его возврата в кровную семью. Показано, что, несмотря на кажущуюся внешнюю схожесть, подходы, организация, процедуры в разных странах существенно различаются, что может привести к непониманию причинно-следственных связей, невозможности сравнить, в том числе, статистические данные. Проведенный анализ зарубежного опыта устройства детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в семье граждан на реабилитационный период, с учетом сделанных выше замечаний, позволил выделить наиболее актуальные для России практики. К ним относятся судебный порядок отобрания ребенка, адвокатирование для всех участников процесса, стандартизация процедур, временное помещение ребенка в подготовленную семью, специализация foster-семей и пр.

Ключевые слова: права ребенка, зарубежный опыт, Конвенция о правах ребенка, профилактика, отобрание ребенка у родителей, лишение родительских прав, foster-семья, возврат ребенка в кровную семью, реабилитация, альтернативный уход

Keywords: child's rights, international experience, The Convention on the Rights of the Child, prevention, withdrawal of children from parents termination of parental rights, foster family, return the child in blood family, rehabilitation, alternative care

При анализе зарубежного опыта защиты прав детей, в первую очередь, необходимо учитывать присоединение страны к конкретным международным документам. Главным из них является Международная Конвенция ООН о правах ребенка (далее Конвенция о правах ребенка – КПР). Присоединение страны к ней означает приведение нормативной правовой базы к требованиям, содержащимся в КПР, и проведение дальнейшей работы с учетом регулярных Рекомендаций кабинета Министров Совета Европы.

Международные документы разрабатываются на основе текущего международного опыта и тенденций и являются ориентирами для организации

национальных политик в отношении защит прав детей. Такими документами являются:

Международная Конвенция ООН о правах ребенка.

Рекомендации Комитета министров CM/Rec(2011)12 государствам-членам о правах детей и социальных услугах, адаптированных для детей и семей и на Замечании общего порядка Комитета ООН по правам ребенка № 14 (2013) о праве ребенка на уделение первоочередного внимания наилучшему обеспечению его интересов;

Рекомендация Rec (2005)5 Комитета Министров Совета Европы государствам-членам о правах детей, находящихся в учреждениях опеки;

Рекомендация 1698 (2005) о правах детей, находящихся в учреждениях государственной опеки: выполнение рекомендации 1601 (2003) Парламентской Ассамблеи;

Рекомендация Рек(2006)19 о политике в поддержку позитивного отношения к родительским обязанностям;

Рекомендация Rec 1371 (1998) Комитета Министров Совета Европы государствам-членам о жестоком обращении с детьми и отсутствии заботы о детях;

Рекомендация 1601 (2003) об улучшении положения детей, находящихся в учреждениях государственной опеки;

Руководящие указания по альтернативному уходу за детьми (Резолюция A/RES/64/142 Генеральной Ассамблеи ООН), 2009.

Согласно Руководящим указаниям по альтернативному уходу за детьми одним из основных направлений является работа по предотвращению потребности в альтернативном уходе, т.е. организация профилактики [1]. Можно выделить три уровня профилактики:

Первичный уровень профилактики – это обеспечение населению доступа к основным видам услуг, обеспечивающим поддержку семьи в выполнении ее обязанностей по отношению к ребенку и возможности ребенка поддерживать отношения с обоими родителями, включая доступ к надлежащему жилью, основным медицинским услугам, образованию, социальному обеспечению, вспомогательным социальным услугам (лечение в случаях наркотической и алкогольной зависимостей, услуги по дневному уходу, финансовая помощь, школы продленного дня и т.д.). А так же посещения на дому, курсы для детей и родителей, групповые встречи с другими семьями и т.д. В рамках первичной профилактики государства должны поощрять меры по борьбе с бедностью, дискриминацией, маргинализацией, стигматизацией, насилием, жестоким обращением с детьми и сексуальными посягательствами и злоупотреблением алкоголем и наркотиками.

Вторичный уровень профилактики – это работа с семьями в ситуации угрозы изъятия/отказа от ребенка. В случае добровольного отказа государству следует обеспечить консультационную и социальную поддержку семье, которая побуждала бы родителей и дальше заботиться о своем ребенке.

При добровольном оставлении ребенка государству необходимо обеспечить всестороннюю оценку ситуации и выбор наилучшего альтернативного размещения, включая возможность передачи ребенка родственником при обеспечении соответствующей государственной социальной поддержки. При экстренном отобрании ребенка из семьи, в связи с разумными основаниями считать, что благополучие ребенка находится под угрозой, решения должны приниматься компетентными органами в соответствии с действующим законодательством, по строго определенным критериями и процедурами, и подлежать судебному надзору. При этом родителям должно быть гарантировано право обжалования и доступа к соответствующему юридическому представительству.

Третичный уровень профилактики – меры, направленные на возможное возвращение ребенка в семью из системы альтернативного ухода. Реинтеграция должна осуществляться в рамках тщательно оцененного, согласованного, продуманного и контролируемого процесса. Для облегчения потенциальной реинтеграции во время альтернативного размещения должна проводиться работа с семьей и обеспечиваться контакты ребенка с биологической семьей.

Между профилактической работой и непосредственным альтернативным уходом, согласно Руководящим указаниям, должна быть создана система по первичному анализу обращений, оценке нуждаемости и выдаче разрешения на передачу ребенка на воспитание. Это предполагает наличие установленной процедуры, в рамках которой: на первом этапе выносится решение о том, нуждается ли ребенок в помещении в условия альтернативного ухода; затем ребенка и его семью направляют в органы, которые оказывают им социальную помощь и другие виды услуг; и, наконец, из имеющихся вариантов выбирается форма устройства, максимально соответствующая потребностям ребенка.

Согласно Руководящим указаниям все решения, касающиеся альтернативного ухода, должны приниматься в результате комплексной оценки и с учетом следующего:

1) Изъятие ребенка из-под опеки семьи должно рассматриваться как крайняя мера, должно быть, по возможности, временным, и регулярно пересматриваться на предмет возможности возвращения в родительскую семью.

2) Государство должно обеспечить проверку – не реже раза в три месяца – правильности предоставляемого ухода и обращения с ребенком, адекватности и необходимости его нахождения на попечении в данном месте, принимая во внимание личное развитие ребенка, изменения в его семейном окружении, при полном участии ребенка и всех значимых в жизни ребенка лиц.

3) Ребенок должен быть подготовлен ко всем изменениям окружения, в котором ему обеспечивается уход, в результате процессов планирования и проверки.

4) Финансовая и материальная нужда не могут быть единственным основанием для изъятия ребенка из-под родительской опеки.

5) Размещение ребенка должно быть как можно ближе к месту обычного проживания для облегчения контактов с семьей, последующей реинтеграции и сведению к минимуму разрыва с культурной, социальной и образовательной средой.

6) Ребенку и его родителям/законным опекунам должна быть предоставлена полная информация об имеющихся вариантах альтернативного ухода.

7) Ребенок никогда не должен оставаться без поддержки и защиты законного опекуна.

8) Ребенку должен быть обеспечен стабильный дом и удовлетворена потребность в безопасной и устойчивой связи с тем, кто обеспечивает уход за ним.

9) Живущие вместе братья и сестры не должны разлучаться.

10) Детям в возрасте до 3х лет должен предоставляться уход в окружении на базе семьи.

11) Использование учреждений интернатного типа должно быть ограничено теми случаями, когда это окружение является особенно подходящим, необходимым и конструктивным для данного конкретного ребенка и отвечает его наилучшим интересам.

Гуманизация системы альтернативного ухода, обеспечение ребенку «семейных» форм воспитания и наилучших условий предполагает реформирование учреждений интернатного типа с целью отказа и закрытия «институциональных учреждений», где одновременно содержатся большое количество детей, а не отказ от интернатных учреждений в принципе. Именно небольшие «семейные» интернатные учреждения в Руководящих указаниях «рассматриваются как одна из базовых форм альтернативного ухода, существование которого оправдано, – при условии, что эти учреждения соответствуют определенным критериям. В детских домах, обеспечивающих воспитание в малых группах и располагающих квалифицированными специалистами, дети, которые перенесли травму, подвергались особо жестокому обращению или были лишены надлежащего ухода и заботы, могут пройти реабилитацию и лечение. Устройство в учреждения интернатного типа также может быть желательным вариантом, если необходимо избежать разлучения братьев и сестер из многодетных семей».

Таким образом, в данном документе устанавливаются жесткие требования, предъявляемые к интернатным учреждениям, а так же четкие ограничения для предотвращения необоснованного помещения в интернатные учреждения, вместе с тем признается и конструктивная функция, которые подобные учреждения могут выполнять.

Во всех видах альтернативного ухода должны быть обеспечены потребности детей в полноценном питании, медицинском сопровождении, всех типах образования, безопасности, защите от жестокого обращения, насилия

и эксплуатации, обеспечены возможности удовлетворять религиозные и духовные потребности. Детям должно обеспечиваться право на неприкосновенность частной жизни, включая наличие соответствующих помещений для соблюдения личной гигиены с уважением гендерных различий, и наличие необходимых, безопасных доступных мест для хранения личных вещей. Для поддержания самоидентичности ребенка необходимо вести журнал жизни ребенка с описанием жизненных этапов, фотографий и памятных вещей, который будет находиться в распоряжении ребенка на протяжении всей жизни. Ограничение контактов с семьей или лицами, важными для ребенка, никогда не должны использоваться в качестве наказаний. Должно стимулироваться принятие и осуществление детьми и подростками обоснованных решений с учетом приемлемых рисков и в соответствии с их развивающимися способностями. Дети должны знать о своих правах, иметь возможность подать жалобу и получить ответ, иметь доверенное лицо, которому они могут доверять в условиях полной конфиденциальности.

Сравнение «европейских» требований и требований, содержащихся в постановлении Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 г. N481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей», показывает, что в российском документе не только учтены все эти требования, но содержатся механизмы их реализации.

Приоритетным является обеспечение альтернативного ухода за ребенком на базе семьи, что в первую очередь могут обеспечить приемные (фостерные) семьи. В государстве должна быть разработана система обучения, подготовки, консультирования и аттестации приемных родителей. Курсы, группы поддержки и консультирования должны проводиться на регулярной основе, до, во время и после помещения ребенка на попечение.

Несмотря на то, что обязательным к исполнению является только Конвенция о правах ребенка, а «Рекомендация Комитета министров Совета Европы государствам-членам о правах детей, находящихся в учреждениях опеки» и «Руководящие указания по альтернативному уходу за детьми» ООН являются рекомендательными документами, все они задают матрицу для создания, реформирования и функционирования систем альтернативного ухода за детьми, оставшихся без попечения родителей, во всем мире. Данные документы разработаны на основании имеющегося международного опыта, и принимаются во внимание национальными государствами при реализации внутренних политик и практик. Для многих европейских стран, изложенные выше принципы являются принципами внутренних национальных программ и находят отражение в имеющихся системах альтернативного ухода.

В России в последние 10 лет активно реализуется политика деинституционализации, целью которой является сокращение численности детей, воспитывающихся в учреждениях за счет перевода их на постоянные семейные

формы воспитания. Расширенное толкование термина «деинституционализация» было предложено Г.В. Семья в 2000 году как центральное понятие для описания политики деинституционализации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (далее – дети-сироты). Курс на деинституционализацию, как основу государственных программ в сфере социального сиротства, закрепляет следующие основные направления работы [2].

1. Предотвращение помещения ребенка в государственное учреждение за счет профилактики социального сиротства, предполагающей раннее выявление семейного и детского неблагополучия, предоставление необходимых видов помощи семьям с детьми с целью сохранения ребенка в кровной семье.

2. Развитие альтернативных форм устройства детей, оставшихся без попечения родителей, в первую очередь, семейных.

3. Реструктуризация и реформирование сети организаций для детей-сирот. Развитие семейных форм устройства детей-сирот приводит к сокращению численности воспитанников, проживающих в учреждениях. В свою очередь, встает вопрос о реорганизации, перепрофилировании или закрытии детских домов, что позволяет на их базе создавать различные службы помощи и поддержки семей, сопровождения замещающих семей, выпускников; также учреждения могут быть переданы под детские сады, учреждения дополнительного образования и пр.

4. Качественное улучшение условий проживания, воспитания и образования тех детей, которые не могут быть переданы по разным причинам на воспитание в семьи. Именно им отвечает постановление Правительства № 481.

5. Сопровождение выпускников в целях предупреждения вторичного сиротства – отказа от воспитания своих детей.

Данная политика положена в основу ряда стратегических направлений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы, и ее реализация показала существенные результаты: сокращение в три раза числа воспитанников организаций для детей-сирот за 10 лет.

События последних нескольких лет в России (громкие дела по отобранию детей у родителей) показали потребность в изменении законодательства, процедур на входе в систему государственного попечения. В случае отобрания ребенка необходимо по-возможности обеспечить его возврат в кровную семью после реабилитационной работы. Такая практика существует во многих странах и ее эффективность можно оценить по параметру – временное отобрание ребенка у семьи и его реинтеграция в кровную семью. К сожалению, статистика, связанная с возвратом ребенка, ведется не во всех странах.

В подготовленном Комиссией Совета Европы по социальным вопросам, здравоохранению и устойчивому развитию докладе «Совершенствование законодательства и практики в отношении изъятия детей из семей (социаль-

ные службы в Европе: законодательство и практика в отношении изъятия детей из семей в странах-членах Совета Европы), где основной составитель доклада г-жа Ольга Борзова (депутат Госдумы, Российская Федерация, 2015 г.), приводятся следующая констатация фактов [3]:

(23) В 21 стране из 30 не ведется статистики по количеству успешных воссоединений семей. В Эстонии 10% детей, изъятых из семей в 2012 г., были возвращены домой в тот же год. В Хорватии успешно вернулись в семьи 18% детей, в Германии 53%, в Греции 70%, в Андорре 71% и в Португалии более 90%. В Румынии в 2012 г. в родные семьи вернулись около 4300 детей. В Австрии в 2012 г. 60% из вернувшихся находились под опекой социальных служб менее 12 месяцев, а 10% – более 5 лет. В России за последние 5 лет количество родителей, восстановленных в своих родительских правах, выросло в 1,4 раза и составило 2256 случаев¹.

В этом докладе г-жи Борзовой описывается ситуация с отобранием детей в разных странах.

(20). В большинстве стран дети после изъятия помещаются к родственникам, в патронатные (фостерные) семьи, детские учреждения или передаются на усыновление (хотя упоминаются и другие опции, такие как «предоставление приюта» («шелтерство») или «самостоятельное проживание подростка»). В разных странах показатели использования различных форм помещения ребенка существенно различаются. Так, количество детей, помещаемых к родственникам, варьируется от 3% (Финляндия) и 5% (Швеция, Великобритания) до 63% в Латвии и 75% в Португалии. В фостерные семьи поступают 0,5% детей в Португалии, 10% в Эстонии и более половины детей во Франции и Испании, 69% – в Норвегии и 75% в Великобритании. В детских учреждениях находятся 10% изъятых детей в Норвегии, Португалии и Великобритании, но более 50% детей в Венгрии и Швеции.

(13). Согласно полученным ответам, в группе стран с малым количеством изъятий детей из семьи (менее 0,5% от всего детского населения) находятся Андорра, Кипр, Эстония, Грузия, Греция, Люксембург, Черногория, Норвегия, Сербия и Турция.

(14). В группе со средним показателем (более 0,8% от всего детского населения): Австрия, Канада (страна-наблюдатель при Совете Европы и в ПАСЕ), Хорватия, Латвия, Испания, Швейцария, Швеция и Великобритания.

(15). В верхней части шкалы находятся страны, в которых более 1,66% от общего количества детей находятся под опекой вне родной семьи: Фин-

¹ К сожалению, пример с Россией в плане восстановления в родительских правах не совсем корректен. Во-первых, в случае других стран речь идет о случаях возврата детей из временных семей или организаций, то есть их родители могли быть и не лишены родительских прав. Во-вторых, в России, если родители ребенка лишены родительских прав, восстановились в них, то это не значит, что они его забрали домой. Это может быть другая судебная процедура (примечание – Г.В. Семья)

ляндия, Франция, Германия, Венгрия, Литва, Польша, Португалия, Румыния и Россия.

(16). Тенденции изменения ситуации также различны. В то время как количество изъятых детей очень сильно сократилось в Эстонии (более чем на 2/3 за 10 лет с 2002 по 2012 гг.), Румынии (более чем наполовину после падения коммунистического режима) и Турции (почти на половину за 4 года с 2008 по 2012 гг.), количество изъятий растет в Германии (в 2012 г. под опеку было передано 39.400 детей от 3 до 18 лет) и в Венгрии (количество детей под опекой увеличилось в 3 раза после 1998 г.).

17. Лишь несколько стран имеют статистические данные об этническом, миграционном или социально-экономическом статусе изъятых из семьи детей. В Андорре около половины детей, размещенных вне семьи, являются иммигрантами и большинство из них проживали в тяжелых социально-экономических условиях. В Финляндии нет официальных данных о количестве детей, изъятых социальными службами из семей национальных меньшинств или иммигрантов или об их социально-экономическом окружении, но по данным, полученным мной от одного исследователя, среди изъятых детей нет пропорциональной «перепредставленности» детей из семей иммигрантов, при этом большинство родителей, у которых были изъяты дети, имели низкий социально-экономический статус, а дети из семей с родителем-одиночкой или разведенными родителями по сравнению с их количеством среди детского населения в целом пропорционально «перепредставлены»².

18. В Германии от 17,5 до 26,7% детей, изъятых под опеку в последние годы, не имеют германского гражданства (для сравнения: иностранцы, проживающие в Германии без германского гражданства, составляют менее 9%). В Норвегии среди детей, имеющих норвежское гражданство, но родившихся в семьях иммигрантов, минимальное количество изъятых под опеку (0,6%), в то время как среди норвежцев без иммигрантских корней – 0,74%, а среди не имеющих норвежского гражданства – 1,93%. В Румынии не ведется статистика по статусу детей, поступающих под опеку социальных служб, но представители неправительственных организаций, с которыми я беседовала, считают, что около 70% изымаемых детей являются цыганами. В Великобритании, наоборот, имеются очень подробные данные об этническом происхождении детей, изъятых из семьи: количество изъятых «черных» и «смешанных» детей в 4 раза больше, чем их общее количество среди детского населения, а детей из семей иммигрантов из Индии, Пакистана и Бангладеш в 3 раза меньше, чем представлено среди общего детского населения.

19. Все 30 стран, приславших ответы на вопросник, утверждают, что до принятия решения об изъятии ребенка из семьи заслушивается мн-

² Никто не смог четко ответить, имеется ли «перепредставленность» выходцев из семей саами или рома/ цыган среди изъятых детей.

ние самого ребенка. В большинстве стран учитывается зрелость ребенка и способность к рассуждению, а в некоторых странах законом установлен предельный возрастной лимит. В большинстве стран, и дети, и родители имеют право подать апелляцию (обжаловать) решение в соответствующей судебной инстанции. Такого права нет у детей в 6 странах: Эстония, Германия, Италия, Литва, Польша и Сербия (за некоторым исключением)³. В некоторых странах дети (и иногда родители) могут обращаться самостоятельно в другие инстанции, помимо суда, например – к Уполномоченному по правам ребенка.

20. В большинстве стран дети после изъятия помещаются к родственникам, в патронатные (фостерные) семьи, детские учреждения или передаются на усыновление (хотя упоминаются и другие опции, такие как «предоставление приюта») («шелтерство») или «самостоятельное проживание подростка». В разных странах показатели использования различных форм помещения ребенка существенно различаются. Так, количество детей, помещаемых к родственникам, варьируется от 3% (Финляндия) и 5% (Швеция, Великобритания) до 63% в Латвии и 75% в Португалии. В фостерные семьи поступают 0,5% детей в Португалии, 10% в Эстонии и более половины детей во Франции и Испании, 69% – в Норвегии и 75% в Великобритании. В детских учреждениях находятся 10% изъятых детей в Норвегии, Португалии и Великобритании, но более 50% детей в Венгрии и Швеции.

Использование при определенных условиях интеллектуального продукта в виде законодательства, методик, технологий, социальных практик часто встречается в социальной сфере. При этом необходимо учитывать, что, несмотря на кажущуюся внешнюю похожесть, подходы, организация, процедуры в разных странах могут существенно различаться, что может привести к непониманию причинно-следственных связей, невозможности сравнить, в том числе, статистические данные. Неточности при переводе на конференциях, в статьях часто меняют содержание и вызывает недоумение. Одного терминологического словаря также недостаточно, необходимо понимать культурный и законодательный «background» происходящего в разных странах. Необходимо отметить, что во всех странах есть социальные практики, законодательные подходы, достойные адаптации и использования.

Отправной точкой анализа зарубежного опыта с целью определения возможности его использования является сходство целей государственной политики в странах:

- сохранить ребенка в кровной семье;
- отбирание ребенка у родителей является крайней мерой;
- предоставление помощи семье для интеграции ребенка в биологическую семью;

³ В некоторых других странах ребенок получает такое право с определенного возраста.

– предоставление ребенку семейного окружения в случае его нахождения вне его родной семьи. А в случае невозможности – найти ему постоянное семейное устройство.

Первый вывод, который следует из анализа – это принципиальное различие в понимании роли государства. Так, например, в России ребенок «принадлежит» родителям и существует некоторая «презумпция невиновности» в отношении родителей к ребенку, в его воспитании, а в США и ряде европейских стран ребенок «принадлежит», в первую очередь государству, и оно строго контролирует выполнение функций родительства, «позволяя» родителям воспитывать детей. В Германии конституцией предусматривается баланс прав родителей и требований к обеспечению благополучия ребенка, при этом права родителей пользуются большим уважением.

В чем схожи все страны – это в наличии установок на ценность ребенка, наличие детей в семье. Детей хотят иметь, потому что «они являются источником любви и обогащают семью», «счастье наблюдать за тем, как они растут», «воплотить в новой жизни себя и разделить этот опыт с ними» и пр. [4]. В России часто употребляется термин материнство/отцовство, говоря о восприятии детей и детства. В США, например, употребляется термин родительство, что считается в духе времени политкорректным в современном обществе.

Существуют базовые различия, учет которых помогает понять контекст видимых социальных практик. Во-первых, Россия и все другие анализируемые страны, в отличие от США, присоединилась к Международной Конвенции о правах ребенка, и поэтому основная цель их государственной политики – защита прав и законных интересов детей, главным из которых является право ребенка жить и воспитываться в семье. Для этого семье и детям предоставляются различные виды социальной помощи и поддержки, дополнительные льготы. Главная цель профилактической работы – сохранить ребенка в кровной семье. В случае невозможности ребенок отбирается у родителей и ему ищется постоянное устройство в замещающей семье или усыновители. Ребенок, оставшийся без попечения родителей, может быть временно помещен в организацию для детей-сирот.

В России цели государственной политики в интересах детей определяет Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» и Национальная стратегия действия в интересах детей на 2012–2017 годы, а дополнительные права и льготы для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, – Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» [5]

Федеральное законодательство США опирается на три национальных приоритета при обеспечении защиты и благополучия детей [6]: 1 – обеспе-

чение безопасности; 2 – обеспечение стабильности; 3 – обеспечение благополучия ребенка и семьи.

Система защиты детства в США главным образом нацелена на предотвращение жестокого обращения с детьми, в то время как система социального обеспечения детей (детского соцобеспечения) включает в себя целый ряд услуг и видов помощи (в том числе защиту) детям, подросткам и их семьям с целью предотвращения жестокого обращения, по возможности, воссоединения семьи и, если необходимо, установления связи между детьми/подростками и опекунами.

Существуют также и другие сложности.

Во-первых, из-за отличия в методах учета детей и подростков в России и других странах, невозможно предоставить абсолютно точные сравнения статистики для определения эффективности политики и процедур.

Например, в США, как только система защиты детства определяет детей и подростков, нуждающихся в помощи, их учитывают в федеральной базе данных или в базе данных штата, независимо от того, получают ли они услуги, оставаясь в биологических семьях или временно проживая отдельно от своих семей [7].

В России данные о детях и подростках, находящихся в трудной жизненной ситуации или социально опасном положении, вносятся в федеральную и региональные базы данных, а дети, оставшиеся без попечения родителей, – в отдельную федеральную и региональные банки данных о детях, оставшихся без попечения родителей (работает в он-лайн режиме с 2015 года), как только они остаются без попечения родителей и направляются в организации для детей-сирот. При возврате в кровную семью или семейном устройстве дети снимаются с учета в банке данных.

Во-вторых, сложности в получении актуальной статистики практически во всех странах.

Пример сопоставительной статистики численности и длительности пребывания детей в системе замещающего ухода в Великобритании и США:

На 31 марта 2015 года 69 540 детей были на попечении у местных органов власти с оказанием следующих услуг:

- 75% (52050) были под присмотром воспитателя;
- 9% (6570) жили в детских домах или в других безопасных местах и общежитиях;
- 5% (3510) были оставлены у родителей, но получали постоянную поддержку;
- 5% (3320) были усыновлены;
- 3% (2280) были отданы на попечение другим членам сообщества;
- 3% (+1750) были размещены в школах или других местах жилья.

В марте 2014 года, по статистическим данным AFCARS, примерно 397 000 детей из подростков находились в фостерной системе;

примерно 252 000 детей «вошли» в систему и 241 000 – покинуло ее;

примерно 102 000 детей ожидали усыновления;
в отношении примерно 59 000 детей шел процесс по лишению родителей родительских прав;

52 000 детей были усыновлены.

По этническому происхождению: 60% детей и подростков, находящихся в системе – это афроамериканцы (38%), латиноамериканцы (17%). По возрасту: 29% детей старше 14 лет.

Устройство детей из системы:

размещение в семьях с последующим усыновлением (4%);

размещение в фостерной семье родственников (27%);

размещение в фостерной семье посторонних граждан (47%);

групповые дома (6%); иные организации (9%); программы подготовки к самостоятельной жизни (SILP programs) (1%); *беглецы* (1%); возвращены по суду в семьи (5%).

Цели постоянного устройства (содержатся в планах):

для 52% от общего числа детей, находящихся в фостерной системе, основная *цель* – это воссоединение семьи;

3% проживают с родственниками (*не* усыновлены или находятся под опекой);

для 25% детей *цель* – усыновление.

Таким образом, чуть более половины детей, находящихся в фостерной системе, готовились к интеграции в кровную семью.

Медианная продолжительность пребывания детей в системе замещающего ухода в 2014 г. составила 12,8 месяцев [8].

В докладе г-жи Борзовой [3] упоминаются цифры по количеству детей, помещаемых к родственникам в период нахождения вне семьи: от 3% (Финляндия) и 5% (Швеция, Великобритания) до 63% в Латвии. В фостерные семьи поступают 10% в Эстонии и более половины детей во Франции и Испании, 69% – в Норвегии и 75% в Великобритании. В детских учреждениях находятся 10% изъятых детей в Норвегии, Великобритании и более 50% детей в Швеции.

В Эстонии 10% детей, изъятых из семей в 2012 г., были возвращены домой в тот же год. В Германии 53% детей успешно вернулись в семьи.

В Республике Беларусь доля детей, возвращаемых в кровную семью, составила 63% в 2012 г., 61% – в 2013 г., 59% – 2014 г., 55% – в 2015 г.

Для сравнения: в России численность детей, возвращенных биологическим родителям (включая выявленных в предыдущих годах) составила в 2014 году 14561 ребенок, в 2015 году 10023 ребенка. В долях от численности выявленных детей, оставшихся без попечения родителей, это составляет 21,% и 17%.

В-третьих, существуют значительные трудности, связанные с сопоставлением терминологии. Наиболее распространенная в настоящее время неточность связана с переводом терминов фостерная семья (фостерная си-

стема⁴) и приемная семья. Как правило, они переводятся в литературе как аналоги (эквиваленты). А ведь их содержание принципиально отличается. Фостерная семья принимает ребенка, отобранного из семьи при угрозе жестокого обращения, или по иной причине, когда ребенок не может находиться в родной семье, и является местом временного нахождения ребенка до постоянного его устройства (возврат в семью или передача родственникам, усыновление). Такие семьи специально готовят, многие из них специализируются на воспитании определенных категорий детей (например, в Финляндии обучение длится в течение полугода, по выходным дням).

В России приемная семья – это форма постоянного семейного устройства ребенка, обязательного имеющего статус, оставшегося без попечения родителей. Практически во всех странах фостерная семья проходит небольшую по объему подготовку (в некоторых обязана проходить ежегодные тренинги по актуальным для них проблемам). В России объем программы подготовки кандидатов (оба родителя) достигает 80 часов и предоставляется возможность пройти психологическое обследование на добровольной основе, остальные необходимые знания замещающая семья может получить при общении со специалистами служб сопровождения.

В-четвертых, сложно сопоставить специалиста органа опеки и попечительства в России с социальным работником в других странах. То что, делает у нас в стране специалист органов опеки и попечительства, в других странах делают социальные работники совместно с судом [9].

Приоритетной задачей социальных служб сопровождения кризисных семей во многих странах Европы и в США является воссоединение кровной семьи, поэтому они оказывают широкий спектр услуг по психологической помощи детям и социальной поддержке семьям. Этому способствует законодательно закрепленное положение о праве ребенка на возвращение в биологическую семью. Документы каждого ребенка, переданного в замещающую семью или приют, регулярно пересматриваются с тем, чтобы по возможности вернуть его биологическим родителям, но только в том случае, если условия проживания в ней будут признаны приемлемыми и безопасными.

Устройство ребенка в замещающую семью рассматривается как временная мера, необходимая на период, пока агентство пытается помочь кризисной семье и совместно с судом решает вопрос о возможности воссоединения семьи или передачи ребенка на усыновление. В последнее время все большее распространение получает устройство детей в семьи родственников, особенно когда они нуждаются в приюте на короткий срок.

Вместе с тем, анализ зарубежного опыта устройства детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в семьи граждан на реабилитационный

⁴ Фостерная система – это размещение ребенка, отобранного из семьи, в фостерной семье, в организациях и все виды услуг, которые ему предоставляются.

период, с учетом сделанных выше замечаний, позволяет выделить наиболее актуальные для России практики [10–15].

1. Наличие законодательно установленных процедур получения и реагирования на сообщения о предполагаемом насилии и пренебрежительном отношении; критериев и процедур оценки семьи с целью принятия решения о возможности оставления ребенка в семье. Судебный порядок отобрания ребенка у родителей.

В Англии есть «пороговые критерии» (“threshold criteria”), изложенные в Законе о детях (Children Act), которые должны быть выполнены для оставления ребенка в биологической семье.

В США социальные работники используют специальную технологию – дерево принятия решения (стандартизированный инструментарий по оценке безопасности) – расследование на основании сообщений о предполагаемых случаях детского насилия и пренебрежительного отношения с целью определения степени срочности необходимого вмешательства.

После того, как социальный работник принимает решение о том, что ребенок не может быть оставлен в домашних условиях, он обращается в суд по семейным делам с просьбой изъять ребенка из семьи немедленно. Это обращение происходит с помощью телефонного звонка, и судья, как правило, немедленно издает временный приказ. Далее социальный работник звонит в полицию, которая приводит приказ в исполнение – изымает ребенка из дома и отдает его в органы опеки (агентство по защите детей). Иногда в зависимости от обстоятельств агентство отдает ребенка на временное попечение в специализированный приют для детей или в foster-родительную семью. Государственное агентство защиты детей должно обратиться в суд в течение 48 часов, чтобы получить ордер на содержание ребенка. Дело будет рассмотрено в суде по семейным делам в течение 30 дней.

В Латвии представитель сиротского суда в неотложных случаях может принять временное приостановление прав на попечение единолично, однако в течение 15 дней должно быть созвано заседание сиротского суда, на котором оно подтверждается.

2. Наличие адвокатов, принимающих участие в суде.

В США на судебном слушании социальный работник, семья и ребенок будут представлены адвокатами. Каждая сторона представляет свои интересы, суд решает: вернуть ли ребенка в семью или оставить на попечение, пока ситуация в семье не улучшится. Когда ребенок изъят из семьи, государство ему назначает адвоката, который представляет интересы ребенка. Его называют адвокатом (опекуном) – представителем ребенка. До тех пор пока биологические родители не будут лишены родительских прав, опекун имеет законное право принимать решения в отношении дальнейшей судьбы ребенка. Опекун тесно работает с социальными работниками и приемной семьей, которые оказывают помощь ребенку и ухаживают за ним. Родителям

ребенка также предоставляется адвокат, который представляет их интересы в суде по семейным делам

В Англии в «делах помощи» (care proceedings) (если социальный работник местного органа имеет серьезные опасения по поводу безопасности или благополучия ребенка, местный орган может обратиться в суд за разрешением, чтобы принять меры для защиты ребенка) ребенок представлен детским адвокатом и поверенным. Детский адвокат – опытный социальный работник, который представляет интересы ребенка, а также транслирует его желания и чувства. Он не зависит ни от кого: ни от семьи, ни от местной власти. Он представляет свои независимые оценки и отчет суду на финальном слушании.

3. Необходимость доказательств правомерности отобрания ребенка.

В Англии доказательство, требуемое от местных властей, прежде чем какие-либо действия будут согласовываться с судьей, – это существование риска причинения значительного вреда для ребенка в условиях, если органы будут бездействовать. Это может быть показано одним из двух способов:

- ребенок может свидетельствовать, что он потерпел жестокое обращение, или у него есть ухудшения здоровья или развития в результате пренебрежительного отношения, а также физического, эмоционального или сексуального насилия; что подкрепляется профессиональным суждением, что дальнейшее жестокое обращение вполне возможно;

- профессиональный суд, основываясь на результатах запросов в данном конкретном случае или на данные исследований, предсказывает, что ребенок, скорее всего, будет страдать от грубого обращения или нанесения вреда здоровью и развитию в результате пренебрежения или физического, эмоционального или сексуального насилия в семье.

Местные органы власти должны предоставить эти доказательства в виде отчетов о своих наблюдениях и докладов. Они могут также попросить свидетелей-экспертов таких, как детские или взрослые психологи, предоставить доказательства. При рассмотрении «дел помощи» учитывается Принцип минимального вторжения: если суд сомневается, принять ли решение в интересах ребенка, то он не должен издавать приказы до тех пор, пока не будет ясно, что такое решение будет точно наилучшим для ребенка.

4. Лишение родителей родительских прав.

Следует отметить, что понятие лишения родительских прав по-разному интерпретируется в анализируемых странах, знание которых может быть полезным при внесении поправок в российское семейное законодательство. Во Франции Статья 371–2 Гражданского кодекса определяет их как исключительное право, которым наделены родители: «родительские права принадлежат отцу и матери для защиты интересов ребёнка по вопросам, связанным с его безопасностью, состоянием здоровья и морально-нравственным воспитанием. Они имеют право, и на них лежит обязанность защищать ребёнка, следить за ним и заниматься его воспитанием». Родители не могут

ни отказаться от этих исключительных прав, ни передать их третьим лицам. Во французской системе существует представление о том, что организационные или правовые меры принимаются только в случаях, когда родители признаются как исполняющие ненадлежащим образом свои обязанности, либо когда они не могут исполнять свои родительские функции, либо когда при исполнении своих обязанностей они руководствуются только личными интересами, наносящими вред ребёнку.

Законодательство Германии позволяет не лишать родителей целиком родительских прав, а ограничивать отдельные права, например: права определять место жительства ребенка. При этом даже если ребенок находится в ухаживающей семье или в интернатном учреждении за родителями могут сохранить право решать, где будет обучаться ребенок; родители также должны давать согласие на оказание медицинской помощи, общаться с ребенком и пользоваться другими своими правами.

В Испании лишение родительских прав никогда не бывает окончательным, так как при заметном улучшении ситуации пострадавшего родителя, как только он не будет представлять опасности несовершеннолетнему, будет возможным пересмотреть заключение по лишению родительских прав посредством изменения принятых мер. Родителей не лишают родительских прав, их временно ограничивают в праве ухода за ребенком и его воспитания.

В Финляндии отсутствует понятие лишения родительских прав.

В Италии существует редкая процедура, когда суд выносит приговор в несколько минут – «ad horas» (за час с латинского). Например, когда родители не хотят спасти жизнь ребенку (например, родители не дают из религиозных убеждений разрешение на переливание крови ребенку) суд может ограничить их в родительских правах за минуту. Ребенок спасут, и родителей восстановят в правах.

5. Судебное решение о дальнейшем устройстве ребенка и регулярная проверка, реинтеграции ребенка в биологическую семью.

В США процесс проходит под наблюдением суда. Согласно АСФА (ASFA) существует требование для периодических судебных слушаний: пока ребенок находится на временном пребывании, нужно определить, изменились ли условия, которые привели к такому результату – изъятию ребенка из дома. Таким образом, семья должна вернуться в суд, чтобы представить доказательства того, что они исправили эти опасные условия. Адвокаты родителей, государственный прокурор и опекун ребенка (адвокат) будут выступать в суде с докладами и отчетами обо всех предоставленных социальных услугах. Эти отчеты предоставляются судье, и он выносит решение, может ли ребенок воссоединиться с семьей. Если решение принято о воссоединении семьи, то ребенок возвращается домой, и семья находится под наблюдением суда в течение определенного периода времени (обычно от трех до шести месяцев). Социальный работник регулярно посещает семью и ребенка, чтобы убедиться, что ситуация для него безопасна.

В США существует судебное решение о работе по восстановлению семьи. Родителям предъявляются требования, которые они должны выполнить, чтобы иметь возможность воспитывать своих детей.

Через 6 месяцев от начала дела проводится повторное слушание. На данном заседании судья контролирует процесс работы родителей над своим поведением, прогресс в лечении и т.п. Повторные слушания по делу повторяются каждые 6 месяцев.

Через 12 месяцев от начала дела в суде проходит слушание о постоянной форме устройства ребенка в семью (рассматривается вопрос об утверждении плана устройства ребенка в постоянную семью). Решение о постоянной форме устройства ребенка в семью выносится в основном на данном этапе процесса, но может быть вынесено и на других слушаниях, но только в том случае, если был соблюден срок в 12 месяцев.

Суд может закрыть дело на любой стадии, если проблемы, которые привели семью в суд, были устранены и ребенок ничем не рискует. Слушания о постоянном устройстве должны быть проведены в течение 12 месяцев, после того как ребенок попал в систему социальной защиты. В некоторых случаях сроки для воссоединения семьи могут быть продлены до 18–24 месяцев. Для ребенка в возрасте до 3 лет или сиблингов, из которых одному ребенку меньше 3 лет, родители, как правило, имеют право только на 6 месяцев на воссоединение.

Через 15 месяцев от начала дела и после одобрения плана об устройстве ребенка в постоянную семью начинается подготовка документов и подача заявления о лишении родителей родительских прав.

6. Взаимодействие ребенка с кровными родителями.

В Италии в постановлении суда об опеке особым образом должны быть оговорены причины установления опеки, сроки и способы осуществления полномочий, признанных за опекуном, а также порядок поддержания отношений ребенка с родителями и другими членами семьи.

В Финляндии с замещающими семьями составляется контракт, в котором четко описывается ситуация, потребности ребенка, сотрудничество с биологическими родителями, а также цели работы. Социальный работник несет ответственность и контроль за благополучием ребенка.

Для самих родителей широко распространены родительские тренинги, направленные на улучшение взаимоотношений в семье, формирование или совершенствование навыков воспитания ребенка (Великобритания, Германия, США). Коррекционная работа для семьи может осуществляться по запросу родителей на основании рекомендации социальных работников, а также по решению суда, выступая в качестве альтернативы привлечения к ответственности или лишения родительских прав.

7. Помещение ребенка при отобрании его у родителей в условия временной семьи (в фостерную семью).

В 2008 году в Финляндии принят закон – замещающая семья – первична после изъятия ребенка из семьи.

В Финляндии родители могут высказать свои предпочтения и пожелания в отношении принимаемого ребенка, но главное здесь принцип «семья для ребенка». Еще одна важная деталь – даже при родственной опеке подготовка обязательна. Родственные семьи готовят индивидуально, не в группах. Программа обучения замещающих родителей и родственников разная. Обычно родственников готовят быстрее, но после помещения ребенка в семью обучение продолжается.

В США фостерные семьи обучаются для разных типов детей: совсем маленьких детей, включая младенцев, детей постарше, молодежь, братьев и сестер, объединенных в группу, и с медицинской точки зрения уязвимых детей (детей с ОВЗ).

Приемные семьи, которые хотят взять особенных детей (младенцев, с ОВЗ, молодежь постарше или детей, которые подвергались сексуальному насилию) должны пройти специальную подготовку.

В Великобритании распространены такие формы пребывания детей в фостерных (приемных) семьях:

- срочное кратковременное пребывание: если ребенка нужно где-то оставить на несколько дней;
- кратковременное пребывание: ребенок живет в семье несколько недель или месяцев, пока для него готовится план на будущее;
- «небольшие каникулы»: если ребенок имеет инвалидность, имеет особые потребности или трудности, связанные с поведением, его могут направить в фостерную (приемную) семью на время (тогда как его родители или постоянная приемная семья отдыхают);
- проживание со специально подготовленным фостерным (приемным) родителем: если суд принимает решение, что ребенку требуется профессиональный уход (например, при проблемах с поведением);
- долгосрочное пребывание: не все дети, которые вынуждены жить не в родной семье, хотят быть усыновленными, в этом случае они остаются жить в приемных семьях до достижения совершеннолетия;
- долгосрочное «проживание с семьей и друзьями»: в этом случае ребенок живет с кем-то, кого он уже знает, обычно с каким-либо членом семьи;
- специальное терапевтическое пребывание: если ребенок или подросток имеет особые потребности или проблемы с поведением.

В шведской системе семейного устройства представлены следующие виды замещающих семей:

- родственные фостерные (приемные) семьи;
- традиционные фостерные (приемные) семьи – предназначенные для временного помещения на воспитание детей без особых потребностей в уходе;
- поддерживающие фостерные (приемные) семьи (back-upfamilies) – вид социального патроната, направленный на информационную, эмоциональную, инструментальную и т.д. поддержку кровной семьи ребенка, находящейся в трудной жизненной ситуации;

- фостерные (приемные) семьи кратковременного пребывания (temporary/short term fostering).

Среди приемных семей в Дании выделяются:

- родственные фостерные (приемные) семьи, под которыми в Дании понимаются приемные семьи, состоящие только из родственников – как правило, бабушек и дедушек. Отдельно выделяются:

- сетевые фостерные (приемные) семьи (network foster care) – размещение ребенка в замещающую семью, состоящую из знакомых ему людей (друзей семьи и проч.), которые в Швеции и Финляндии отнесены к родственной опеке;

- иные формы замещающих семей, в которых родители не знакомы ребенку.

В Норвегии в структуре замещающих семей выделяются:

- традиционные фостерные (приемные) семьи для размещения детей, не получающих должного ухода от кровных родителей;

- фостерные (приемные) семьи кратковременного и кризисного пребывания (stand-by home and crisis foster home), принимающие детей, нуждающихся в срочном размещении на ограниченное время;

- специализированные фостерные (приемные) семьи (enhanced foster home, treatment foster home), принимающие детей, нуждающихся в особенном уходе вследствие особенностей физического или психологического состояния.

В Финляндии существует четыре принципиально разных вида замещающих семей:

1. Родственные фостерные семьи (kinship fostering) – замещающие семьи, состоящие из родственников ребенка или других представителей его ближайшего окружения (близких друзей семьи и проч.), устройство в которые, как правило, является приоритетным по сравнению со всеми иными формами.

2. Профессиональные фостерные семьи.

3. Профессиональные фостерные семьи в семейных домах / воспитание в семьях замещающих родителей, проживающих в учреждениях – форма устройства, относительно, близкая с точки зрения, хозяйственной организации к российским семейным детским домам.

Испанское законодательство выделяет следующие типы фостерных семей:

- по сроку устройства – простые (с целью последующего возвращения в кровную семью) и постоянные;

- по способу устройства – административное (через социальные службы) и по решению суда;

- по приемным детям – особенно выделяются дети с особыми потребностями и дети с особенностями психологического развития;

- по приемным родителям – родственные и неродственные приемные семьи.

Значительное распространение и давняя история института foster-родителей в Европе привели к значительной диверсификации форм и критериев типологизации таких семей. По данным сравнительных международных обследований в настоящее время в Западной Европе в той или иной степени представлены все существующие формы замещающего родительства:

1. Родственные foster-родители, включающие в себя опеку как кровными родственниками ребенка, так и его непосредственным социальным окружением – друзьями семьи, учителями, соседями и т.д.

2. Традиционные foster-родители.

3. Специализированные foster-родители (specialized foster care) для детей с психологическими, эмоциональными и физическими особенностями, поведенческими отклонениями и отставанием в развитии. Предполагает специальную подготовку замещающих родителей и использование ими особых терапевтических программ и методов работы.

4. Профессиональные foster-родители (professional foster care), подразумевающие высокий уровень профессиональной подготовки замещающих родителей и трудовой статус данного вида занятости.

5. Кризисные foster-родители (crisis foster care), направленные на реабилитацию ребенка и возвращения его в кровную семью.

6. Временные замещающие foster-родители (respite foster care), обеспечивающие устройства ребенка во время отпуска или временного отсутствия постоянных приемных родителей.

7. Поддерживающие foster-родители.

В ряде стран профессиональный статус foster-родителя подразумевает наличие у приемных родителей профильного образования и опыта в одной из смежных сфер (социальная работа, социальная педагогика, психология, патология речи, медицина и др.) и недопустимость совмещения с другими видами профессиональной деятельности.

Другая точка зрения заключается в необходимости признания профессионального статуса всех foster-родителей: роль приемного родителя должна рассматриваться как профессиональная занятость, требующая мастерства, знаний, опыта, самосознания, целеустремленности, умения работать в составе команды для поддержания стандартов и обеспечения высокого качества эффективного обслуживания детей, которые наиболее в ней нуждаются.

Данная точка зрения широко поддерживается англо-саксонскими странами и обеспечивается введением стандартов лицензирования приемных родителей, содержащим, в том числе, обширные требования к программам обучения. Кроме того, профессиональные семьи значительно отличаются в страновом разрезе – критериями выделения, типом договорных отношений, объемами выплачиваемых социальных взносов и социальных пакетов, наличием налоговых льгот, доступностью отпусков и оплачиваемых

больничных, учетом стажа, объемом прав и обязанностей по отношению к приемному ребенку и т.д.

8. Система отбора и обучения фостерных семей.

Фостерные воспитатели в Великобритании обязаны быть зарегистрированы в агентстве приемных семей, деятельность которого регулируется непосредственно местным органом власти. Агентство должно регулярно проходить инспекцию, установленную законом о регистрации, с целью удостовериться, что они отвечают соответствующим стандартам.

Существует очень строгий процесс найма и оценки для приемных воспитателей. Эта процедура необходима, чтобы обезопасить детей. Приемные родители не должны иметь судимостей, должны быть правильно мотивированы, хотеть заботиться о детях, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Оценка потенциальных родителей представляет собой непрерывный процесс, и лица, принимающие ребенка, могут быть лишены права это делать в любой момент, если ребенку угрожает опасность.

В Финляндии в настоящее время институт фостерного родительства профессионализирован. В профессиональных фостерных семьях хотя бы один из родителей должен иметь соответствующие знания и образование в сфере здравоохранения, социальной защиты или образования. В дополнение к этому приемные родители проходят обязательное обучение (продолжительность курса составляет 24 часа) по единой в масштабах страны программе. Фостерные родители проходят лицензирование, которое проводят муниципальные власти или специализированные муниципальные организации. Приемные родители получают заработную плату, имеют право на выплаты по временной нетрудоспособности, а также право на отпуск.

В тоже самое время, в Швеции фостерное родительство не является работой (и в этом смысле оно не является профессиональным), приемные родители не являются профессиональными работниками, несмотря на то, что получают вознаграждение за свою деятельность. Указанное вознаграждение не является заработной платой, а представляет из себя не облагаемую налогом сумму компенсации расходов на содержание ребенка и облагаемое налогом пособие родителям. Фостерные (приемные) родители не проходят лицензирование или сертификацию, однако проходят обязательный отбор (оценку) в форме нескольких этапов тестирований и собеседований. Специальных требований к образованию приемных родителей не предъявляется, тем не менее, они должны обладать специфическими навыками в случае, если берут на воспитание детей с отклонениями в поведении. При этом на уровне отдельных муниципалитетов для фостерных (приемных) родителей установлено требование о прохождении обучения, иногда регулярное. Образовательные программы разрабатываются на уровне муниципальных.

В Норвегии институт фостерного (приемного) родительства также не является профессиональным, но, тем не менее, потенциальные родители должны удовлетворять следующим требованиям:

- иметь физическую возможность, время и желание заботиться о приемных детях;
- иметь устойчивую жизненную ситуацию (с точки зрения дохода и/или занятости и проч.);
- не иметь значимых ограничений с точки зрения здоровья;
- иметь навыки кооперации;
- иметь все необходимые для развития и самореализации жилищные условия, в том числе с точки зрения социальной среды в месте проживания;
- не иметь судимостей.

Отдельно следует сказать о постепенном внедрении во всех Скандинавских странах технологии так называемых «семейно-групповых конференций» (Family Group Conference, FGC), изначально разработанной в Новой Зеландии. Эта технология предполагает, что в процесс выработки решения о наилучшем формате работы с ребенком и его родителями, обеспечивающем его наилучшее положение и возможности его развития, вовлекается семья в ее расширенном составе (с включением иных родственников, кроме родителей), при непосредственном сопровождении и консультировании специалистов социальных служб. Так, на первом этапе работы семейно-групповой конференции члены семьи получают максимально полные сведения о существующих возможностях от профессиональных социальных работников, после чего они самостоятельно разрабатывают предложения по индивидуальному плану работы. Итоговый вариант плана снова проходит контроль со стороны работников социальной службы. Процесс выработки решения и его согласования происходит при супервизии координатора, назначенного семейно-групповой конференцией, а реализация принятого плана в дальнейшем сопровождается сотрудниками социальной службы и проходит регулярный мониторинг. Ряд исследований уже подтвердили высокую эффективность такой формы работы, тем не менее, в силу сложности ее организации и относительно высокой стоимости создание семейно-групповых конференций по каждому из случаев пока не выведено на уровень общепринятой практики.

Следует отметить, что в России эта технология успешно используется специалистами в Р. Карелия и Мурманской области.

Поддержка и сопровождение fosterных семей в Финляндии осуществляются через (1) работника социальной службы, прикрепленного к ребенку; (2) посредством проведения ежегодных тренингов и оказания экспертного консультирования в случае необходимости; (3) через систему «наставничества» от опытных fosterных родителей и (4) профессиональное сообщество – объединение fosterных (приемных) семей.

9. Стандартизация услуг.

Во многих странах все услуги, предоставляемые семье и детям, стандартизованы, начиная от выявления степени безопасности оставления ребенка в семье в случае получения сигнала об угрозе.

В Англии используют Национальные минимальные стандарты для фостерных родителей.

Например, стандарты, устанавливающие минимальные требования к знаниям и подготовке фостерных (приемных) родителей. Обучение проводится на основе учебника под руководством социального работника. В частности, Стандарты включают следующие разделы:

- Стандарт 1. Понимание базовых принципов и ценностей приемной семьи.
- Стандарт 2. Понимание своей роли как приемного родителя.
- Стандарт 3. Обеспечение безопасной среды и медицинского обеспечения для ребенка.
- Стандарт 4. Эффективное взаимодействие с ребенком, его биологическими родителями, родственниками и друзьями.
- Стандарт 5. Понимание особенностей развития детей и подростков.
- Стандарт 6. Уменьшение рисков вредного воздействия на детей и подростков.
- Стандарт 7. Саморазвитие приемного родителя (профессиональное обучение, карьерное продвижение и т. д.).

Из современной практики необходимо отметить законодательство Молдовы, которая, начиная с 2014 года с помощью международных организаций, стандартизирует все услуги детям и семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации. В целях нашего исследования необходимо отметить Постановление Правительства Молдовы № 760 от 17.09.2014 «Об утверждении Рамочного положения об организации и функционировании Службы патронажного воспитания и минимальных стандартов качества», где приведен стандарт возврата ребенка в семью.

10. Помощь детям в фостерных семьях.

В Англии все местные органы власти имеют «виртуальные школы» (“virtual schools”) для поддержки детей, которые находятся под опекой, так как известно, что дети в приюте имеют успеваемость ниже, чем их сверстники. Дети будут посещать школу, но также будут получить любую дополнительную поддержку, необходимую им как с педагогической, так и с эмоциональной точки зрения. Их образовательные потребности также будут регулярно пересматриваться, чтобы помочь им реализовать весь свой потенциал и не оглядываться на свой печальный опыт, трудности в кризисной семье, опыт обучения в старой школе.

Широко развита практически во всех странах практика менторства (наставничества), которую развивают добровольные или частные организации. Одно из основных направлений деятельности института наставников – это помощь в учебе. Следует отметить, что существует обязательное требование – все сотрудники, которые работают непосредственно с детьми, должны предоставить справку об отсутствии судимостей и пройти подготовку по вопросам защиты детей.

11. Участие ребенка в принятии решений, затрагивающих его интересы.

В Англии при решении вопроса перемещения ребенка, местный орган проводит обзорное совещание, чтобы решить, какой дальнейший план действий будет наилучшим. На этой встрече будут присутствовать ребенок, социальный работник ребенка, воспитатель/опекун, другие специалисты, работающие в тесном контакте с ребенком и биологическими родителями, и сами родители, если их присутствие безопасно для ребенка.

12. Особые процедуры.

В Республике Беларусь *функции органов опеки и попечительства возложены на комиссию по делам несовершеннолетних*. Когда комиссия по делам несовершеннолетних признает ребенка нуждающимся в государственной защите, то вторым пунктом этого решения она предоставляет ребенку статус ребенка, оставшегося без попечения родителей. В законодательство страны *введено понятие ненадлежащее воспитание и содержание детей*, что позволяет проводить обоснованные оценки семьи.

В Италии временные семьи находятся в режиме ожидания (это значит, что там не всегда есть дети). Но эти семьи должны быть всегда готовы принять в любое время суток на время ребенка. Эти семьи обязаны относиться к ребенку *индифферентно, не проявляя любви*, потому что в дальнейшем дети будут в любом случае усыновлены приемной семьей.

В Норвегии среди профессионального обучения в рамках непрерывного образования, введенного Национальным центром *обучения национальной полиции*, на особом месте стоит обучение по теме «*Собеседование с ребенком*». Перед слушателями из полиции стоят следующие задачи: знать и понимать различные ступени физического и психологического развития ребенка, изучить технику ведения собеседования и коммуникации, позволяющей облегчить беседу с ребенком. Такие навыки очень важны в процессе изъятия ребенка из семьи и последующем взаимодействии.

Во Франции в неотложных случаях у Прокурора есть *возможность немедленно направить несовершеннолетнего ребёнка, нуждающегося в защите, в другую семью*. Для этого он выносит определение о временном устройстве ребёнка сроком на неделю. До истечения этого срока он должен принять решение в отношении этого ребёнка – либо он возвращается в родную семью, либо Судья по делам несовершеннолетних принимает дело к производству и решает самостоятельно, нужно ли продлить срок пребывания ребёнка в другой семье, и в этом случае выносит новое постановление.

В Швеции существуют также частные агентства, которые могут оказывать фостерным (приемным) семьям круглосуточную консультационную и иную помощь.

Наиболее интенсивно развивающейся частью системы по работе с семьями с детьми во всех анализируемых странах и, в первую очередь, в скандинавских странах, на протяжении нескольких последних десятилетий является разработка и внедрение технологий раннего вмешательства

по предотвращению наступления кризисных ситуаций в семьях, прежде всего испытывающих повышенный риск маргинализации. Именно это направление – обращение к превентивной работе с семьями – в настоящее время становится крайне актуальным в российских условиях. Результат такой работы – снижение числа отобраний детей у семей и лишений родительских прав.

Литература

1. *Кантуэлл. Н.* От теории к практике: реализация «руководящих указаний по альтернативному уходу за детьми»: пер. с англ./ Н. Кантуэлл, Дж. Дэвисон, С. Элли, И. Миллиган, Н. Куинн. – Великобритания: Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland, 2012.

2. *Семья Г.В., Зайцев Г.О., Зайцева Н.Г.* Формирование российской модели преодоления социального сиротства // Психологическая наука и образование. 2016. Т.21. №1. С.67–82.

3. Доклад Комиссии Совета Европы по социальным вопросам, здравоохранению и устойчивому развитию «Совершенствование законодательства и практики в отношении изъятия детей из семей (социальные службы в Европе: законодательство и практика в отношении изъятия детей из семей в странах-членах Совета Европы), 2015

4. *Золотухина М.В.* Дети и родители в современных США. В книге Ребенок в истории и культуре: Труды семинара «Культура детства: нормы, ценности, практики». Вып.4 – М.: Библиотека журнала «Исследователь», 2010. –С.137–159

5. Вместе к успеху: обзор систем защиты детства в России и США: на пути к взаимопониманию/Фонд Евразия. – М., Вашингтон, 2015.

6. *Малон, Г. И. Хесс, П.* (2014) Обзор детских, подростковых и семейных услуг, методов и программ в Соединенных Штатах. Детское социальное обеспечение в 21 веке. Нью Йорк: Издательство Колумбийского Университета.

7. *Семья Г.В.* Кросскультурный анализ российской и американской систем защиты прав детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей// Приемная семья.2016. № 2. С. 2–13.

8. *Семья Г.В.* Сравнительный анализ систем защиты детей, оставшихся без попечения родителей, в России и США. Петербургская социология сегодня// Сборник научных трудов Социологического института РАН. 2016. Выпуск 7. С. 157–181.

9. *Семья Г.В.* О разработке профессионального стандарта специалиста органа опеки и попечительства// Психологическая наука и образование, № 3, 2013

10. *Семья Г.В.* Национальная стратегия действий в интересах детей в России и стратегии Совета Европы по правам ребенка// Психологическая наука и образование. 2016. Том 21. № 1. С. 108–118.



11. *Бирюкова С.С., Варламова М.А.* Обзор семейных форм устройства детей-сирот в странах Северной, Континентальной и Южной Европы // SPERO.2014.№ 19. С. 103–112

12. *Palacios, J. & Amoros, P.* 2005. Recent Changes in Adoption and Fostering in Spain. *British Journal of Social Work*. URL: <http://bjsw.oxfordjournals.org/content/early/2005/10/17/bjsw.bch363.full.pdf>

13. *Storo, J.* 2011. Foster care in Norway. *Child Research Network. Children's Rights and Wellbeing*.

14. *Zanuso, R.* 2011. Foster care in Italy. The child right to a family: foster care under the lens. URL: http://www.synergia-net.it/uploads/attachment/foster_brussels_1306404927.pdf.

15. *Jochem, S.* 2011. Scandinavian Labour and Social Policy: Models for a Preventive Welfare State. *International Policy Analysis*.

СЕКЦИЯ 1. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ, ПОПАВШИХ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ

MELLOW PARENTING

Dr Christine Puckering

Chartered Clinical Psychologist, Chartered Forensic Psychologist,
Full Practitioner member of the Division of Neuro-psychology of the British
Psychological Society, Programme Director in Mellow Parenting, Honorary Senior
Research Fellow in the Department of Child and Adolescent Psychiatry
in the University of Glasgow
cpuckering@mellowparenting.org

Abstract. Mellow Parenting programmes support the development of good relationships in families in exceptionally difficult circumstances, including parental mental health, substance abuse, domestic violence and child protection problems. Parents with troubled relationships in early childhood, find it difficult to sustain good relationships, including with their own children. Applications in Scotland, Tajikistan and the Maori families in New Zealand demonstrate practical cross-cultural application.

Keywords: Vulnerable families, Infant mental health, attachment interventions, video feedback

Background

Mellow Parenting is a charity with its roots in Scotland but with national and international branches. It began with a group of mothers in a family centre in an economically deprived area of central Scotland, where a social worker with group experience, a psychologist with an interest in very early interaction and a child care worker combined their skills to produce a programme that supported parents as people, as well as tackling parenting issues directly. The major underlying principles of the groups came from attachment theory, but ideas from social learning, adult education and cognitive behavioral theory are also accessed.

Further developments

Since its early days, the original Mellow programme has been evaluated and refined to include fathers as well as mothers, and additional programmes were created for babies under a year and antenatally, as the evidence of the importance of the first 1001 critical days became clearer (Leadsom *et al.* 2014; WAVE Trust with Department of Education 2013). Mellow Parenting groups remain committed to addressing social and health inequalities and delivering outcome-based programmes to all parents.



Mellow group facilitators

Mellow Parenting groups are delivered across a range of settings by early years workers, such as health visitors and social workers. All workers must undergo the three-day ‘Going Mellow’ training, which equips them with all the manuals and materials as well as skills and knowledge they need to run a group. The manuals are a guide but not a prescription, and nurturance for parents and children and sensitivity to group process are key.

A day-long programme

During the day, the parents and babies are together for lunchtimes and activities but babies are cared for in a babies’ group for parts of the day to give parents time to talk and reflect. The personal group for parents targets depression, self-esteem and partner violence, among other topics. The direct work on parenting starts in the group, where parents, staff and babies share a lunchtime meal and have a chance to try messy play, simple cooking, songs and games and any activity that will encourage parent-baby interaction. These simple caregiving and playful activities are a chance for parents and babies to enjoy each other’s company in ways they have not known before. Facilitators also make a ten-minute home video of each parent and baby during a mealtime and later give positive strengths-based feedback to help parents notice what works well.

Group facilitators

The skill of the facilitator is in supporting the parents. The willingness to get alongside parents and babies is much more significant than academic qualifications. Anything that did not turn out as they would have wished can be taken to the group, who can generate their own suggestions. The role of the facilitator is not to solve problems, but to encourage the group in sharing problems and generating their own solutions.

The settings

Mellow Parenting groups are run in a number of settings: children’s centres, clinics, early years centres, social work agencies, and by statutory and voluntary sectors. Each setting is likely to have its own referral pathway but the tackling of the most complex problems

– including parental mental ill health, previous child protection proceedings, domestic violence, parental learning disabilities and substance abuse – is often part of the picture.

Outreach

When a family is referred, the facilitator approaches them and makes a home visit. We do not send an appointment letter, which the parent may have difficulty reading. They may also not know the clinic or base or be too intimidated to attend. If parents fail to turn up for a group, a friendly phone call can lead to an offer of

extra support to get to the group the next week, if needed. All Mellow materials are designed for parents with low literacy skills. Activities, videos and discussion are the main tools in the group, minimizing the demands on literacy that can exclude the very parents who need most help.

Mellow babies sessions

Mellow Babies for mothers or fathers runs for a full day a week for 14 weeks, involving the parent and baby. We do not mix mothers and fathers in the same group, as many of the issues discussed, including emotional and physical development, domestic violence or childhood abuse, are more easily discussed in single-gender groups, although some services run parenting workshops for parents together.

A typical day

A morning starts with the babies going to the baby group and breakfast for the parents, who may well have skipped their own needs to get the baby to the centre. The parents then have their group. There are 11 essential sessions and another 3 optional sessions, tailored to the needs of each group of parents.

Essential personal sessions conducted separately for mothers and fathers include: Introductions – we can work it out; Who am I? Trust; My family – then and now; Life stories; Being a dad for fathers/Self-esteem for mothers; You and your body; Pregnancy and birth; Child protection; The future; and Where are we now?

Joint lunchtime

Babies join staff and parents for a joint lunchtime, songs and finger games and an activity, which might be gentle massage, looking at picture books, making musical shakers or treasure baskets. The group plans an outing, which can introduce parents to local activities and resources for parents and babies, which are free or very inexpensive, and which they do not know about or do not have the confidence to access.

Psycho-education

After lunch the babies return to the babies' group, while mothers and fathers take part in a parenting workshop based on their own home video and parenting topics. At the end of the day, the parents go away with a 'Have a Go' task to practice new ways to interact with their baby. This could be, for example, to assemble a treasure basket from simple objects in the house, park or garden.

Parents with complex problems benefit

The groups have been very successful in working with parents with complex problems, many beginning in their own childhood experiences (Puckering *et al.* 2010), who have themselves never received sensitive care. They often find it hard



to know how to make attuned relationships with their babies, or to trust other adults. They may make poor choices in their romantic relationships, either being too trusting with the wrong people or too defended to allow themselves to make an enduring bond. In similar ways, they can be distrustful or too demanding of services.

Attendance

Most Mellow Parenting groups, planned to be for 6–8 parents, get about 80 per cent attendance and low attrition. Once parents sample the programme and feel supported, they want it to go on forever!

The ‘life story’ exercise

This is one of the most challenging sessions, but pivotal in the life of the group and often for the individual. Parents are asked to draw or write the important positive or negative events in their lives, as a time line, which might be based on a river or pathway or even a spiral or a tree. They then take turns to tell the group as much or as little as they feel comfortable with. This session rarely passes without the shedding of some tears, and often the disclosure of traumatic past events.

Finding that they are not alone in their experience, for example of childhood sexual abuse or domestic violence, can be empowering and lead to the mother or father making changes in their lives. The issue of the safety of their own or other children has to be addressed if abusers are still likely to be active. The task of the facilitator is to keep the group safe, by providing boundaries, keeping the more talkative members on topic and drawing out quiet members, and calmly addressing risks, including child protection.

Parents regularly report that having a chance to think about themselves and the influences that formed them is not something they have done before. To be listened to without questions and interruptions and not judged is a precious experience. The power of the group, if skilfully managed by the facilitators, lies in the sharing and discovery that a mother or father is not alone. The role of the facilitator is not to solve a parent’s problem but to use the group members to generate solutions. It may be that another parent has successfully managed the same issue in a different way. That parent receives endorsement of their skill. The recipient leaves with a new strategy to try. The group should finish their 14 weeks with an increased sense of confidence in their own parenting but also the knowledge that they can rely on other people to help them if they ask for it. I am humbled by the adversities some families have faced and survived.

The group environment is central to Mellow Babies. It generates its own solutions, with a consequent growth in parents’ sense of self-efficacy (Bion 2014; Foulkes and Ledbetter 1969). Finding their own answers also ensures that they are culturally appropriate. The facilitators do not impose a particular model of parenting and only challenge when the group’s proposals are contrary to what is

known about the optimum outcomes for children. For example, physical chastisement is never endorsed.

Parents in New Zealand regularly expect their children to say *karakia* (grace) before eating. It is not the role of the group to endorse or reject this, but to help parents find a way to do this with the least stress for the babies, by, for example, not putting the tempting food in front of a hungry baby until *karakia* has been said.

In Russia, where poverty is rife, it is not culturally acceptable to play with food substances, so making multi-coloured spaghetti to explore with fingers has to be replaced with another parent-child activity such as coloured sand paintings.

Solutions are often very simple once the parent has had a chance to stand back and see the situation in a new light with the aid of their own video recording and the support of other parents. Other cultural variations can arise in what is acceptable in baby play activities and draw on facilitators' creativity and professional background.

Case history – Edinburgh

Maria, the mother of six-month-old baby John, had been sexually abused by her father as a child. Her firstborn had been removed and subsequently adopted. She was referred by the joint social work and health visiting team, who questioned whether she might have learning difficulties. John was on the child protection register.

Maria was first seen at her home, which she shared with her partner and his parents. She readily engaged with the programme and attended even when she felt unwell. She loved the video feedback and shared with pride her new awareness of how attentive she was to John during his lunchtime and how this might support his development. She was loyal and supportive to another mother, whose child was in foster care during the group.

At the end of the group John's name had been removed from the 'at risk' register and Maria was starting to look for a part-time job to support her family.

Mellow parenting in Tajikistan Background

Tajikistan is one of the poorest countries in Central Asia. It gained independence from the Soviet Union in 1991, and a drawn-out civil war ended in 1997. The country faces major development challenges. It ranks 133 out of 187 countries on the 2014 United Nations

Development Programme Human Development Index (UNDP 2014). Lack of economic opportunities and high levels of poverty have been particularly hard on women as, until recently, labour migration involved 90 per cent of the male population. With state benefits inadequate, many Tajik families have relied on cash remittances from household members currently living abroad. Poverty is a major cause of harm to children in Tajikistan.



When a family reaches crisis point, there are few community services to intervene. There is little help for the family to plan how to retain care of a child, rather than abandon them to an institutional care setting such as a ‘Baby Home’. Mothers of disabled children are left alone without wider family support as a consequence of shame and stigma, and children with disabilities are often placed in orphanages.

Referral route

Health Prom, an international nongovernmental organization (NGO) whose focus is to give vulnerable children the best start in life and prevent them entering institutional care, was the first organization to introduce Mellow Parenting to Tajikistan.

Training was delivered to 23 Tajik Mellow Parenting facilitators in 2010 and 2013 followed by ongoing support. Family support centre teams identified mothers and children who might benefit. Eight Mellow Parenting groups at family support centres were delivered between 2010 and 2014.

The 14-week groups were attended by 68 mums and 68 children, and only 1 mother dropped out. Twenty-four mums were identified who wanted to place their children in a Baby Home, four of whom had a disability. Following the group, no child entered the Baby Home, one child already placed in the Baby Home was taken back home, one mother started her own business, three completed their schooling, two went to university and eight found jobs.

Five of the original facilitators have undertaken specialist training to facilitate Mellow Parenting programmes for families of children with autism. So far, 38 such families have benefited from the Mellow Parenting programmes.

Case history – Tajikistan

Nazokat left her three children aged six months, three years and six years in a Baby Home and went to Russia to work. The children’s grandmother visited the children twice a week and was invited to attend a Mellow Parenting group. A few weeks into the group, the grandmother phoned Nazokat in Russia and demanded that she return home. She explained that the children were suffering without their mother. Nazokat returned and the children are now back at home with her, continuing to be supported by the Mellow group and family support team.

Parents who have completed a Mellow programme have been empowered to fight for the rights of their children to be included in society and to attend school. Some are now working as group facilitators, while others were confident enough to seek and find employment. They have built up a circle of friends, and are invited to each other’s houses and to social celebrations.

Parents reported that they are benefiting from sharing their feelings with peers and seeing their children become more independent and learning new skills.

Mellow parenting in New Zealand: mellow babies – hoki ki te rito parenting programme

Ohomairangi Trust is a Kaupapa Maori-run nonprofit NGO, based in South Auckland, New Zealand, and is delivered according to Maori principles. Hokikite Rito is a cultural adaptation of Mellow Parenting developed to match underlying Kaupapa Maori values. It is offered to families needing specialist support with their children that addresses physical, sensory, communication, socio-emotional, behavioral and developmental needs as well as parenting or parent education needs. The local District Health Board sponsored the adaptation, a pilot and an extended study across two providers, and owing to promising results, continues to fund this programme from the addictions budget. The focus is on intensive support to families where there is relationship breakdown. The children may be under Child Youth and Family Services (CYFS) child protection with a plan to transition them back into the care of the parents, or there may be a threat to parents' retaining custody of their children, owing to care and protection issues or neglect.

The HokikiteRito parenting programme aims to provide a positive experience for Maori whanau (families), the indigenous population of New Zealand that has endured colonization since the early 1800s. Maori continue to be over-represented in negative statistics with high unemployment, high rates of poverty, low academic achievement, high rates of incarceration and suicide (youth and maternal), and the list goes on. Referrals are received from parents themselves or other family members, alongside various government agencies and community services.

The Mellow groups worked with mothers, fathers and grandparents aged 15–59, with a variety of problems such as being a single parent, CYFS involvement, being a parent who themselves have been involved with CYFS, current domestic abuse, substance abuse, welfare dependency and housing problems.

Amiria and her nine-month-old son, Tane, had just moved from a residential host placement for mothers and children, where they had spent nine months. They were now living in a supported community of mothers and children as they moved towards full transition into the community. Three of Amiria's older children had been removed from her as a result of domestic violence and neglect.

Amiria wanted to make changes and build a secure and loving relationship with Tane. She now engaged with Mellow Babies enthusiastically – she was always on time, had saved for a vehicle and drove herself and Tane to the programme every week without fail.

She started tentatively, and her mealtime video, filmed while she was on our waiting list for the next course, showed a mother feeding her child while sitting on the couch, noticing few of Tane's attempts to engage with her – she was so intent on getting the food into him. Over time she relaxed, and within a month the videos showed how much they now enjoyed their time chatting to one another during the meal, smiling, looking at each other and brimming with positive affect and responsiveness. The improvements in the quality of their interactions were



also obvious during the weekly play activities and could be tracked across the videos taken at the start of the group, at the end and then again at three months after the completion of the programme.

Amiria has said that hearing the others' stories helped her to not feel so alone in her struggle to keep Tane, and her confidence that she could build a relationship with a strong foundation grew.

Amiria was determined to keep custody of her son and asked to use the video series as evidence in court to show that change had actually happened. Dr Christine Puckering was asked by the court judge to further comment on the videos. The outcome was that Amiria did retain custody/guardianship of Tane, they moved to independent living in their community, and Amiria took Tane to the local early childhood centre where she then spent time as a mother helper.

Supporting parents to notice successful moments of inter action

There are many opportunities across a day for parents to discover new things about their children, and vice versa. By looking at mealtime videos, parents were helped to see the positive aspects in their interactions with their children.

During a massage group session, while a mother was giving her baby a massage, her four-year-old son, seeing the basket of dolls nearby, went to select a doll, took it and settled down beside his mother. Without prompting, he carefully laid his doll on a towel and began 'his baby's' massage, gently rubbing the doll's arms, legs and tummy, glancing at his mother and smiling. Mother noticed and commented later that she planned to continue the *mirimiri* (massage times) at home and would include her son to teach him about gentle touching.

Conclusions

Running a Mellow Group requires an investment of time and resources. Staff and baby group workers' time needs to be freed to run such a long and intensive group, and room space and simple catering are needed to make the group welcoming for parents who get few 'treats' in their lives. Continuity of facilitators is desirable to safeguard the integrity of the group process. Where managers understand that early investment pays off in the longer term, such investment is seen as wise. Too easily, through lack of understanding, resources are cut, staff time is trimmed and group process undermined. This is worthwhile but challenging work. It cannot be done 'on the cheap' and cutting resources may risk failing to achieve the best outcomes. Mellow Parenting gives free reflective consultation (supervision) for all facilitators after training for as long as they are running Mellow Groups, because of a b l f that good supervision is necessary to help facilitators deliver the programme effectively and to support them in doing that.

Mellow Panting methods have been used across the UK and across a variety of cultures. Working with families in the most challenging of circumstances and seeing the changes they make, and their becoming empowered, is both rewarding

and humbling. This is not easy work and demands an investment from services but also a personal investment from facilitators.

References

1. *Bion W.R.* Experiences in Groups, and Other Papers. London: Routledge.– 2014.– 198p.
2. *Foulkes S.H. and Ledbetter V.* Note on transference in groups. *Group Analysis* 1, 3.–1969.– P. 135–146.
3. *Leadsom A., Field F., Burstow P. and Lucas C.* The 1001 Critical Days: The Importance of the Conception to Age Two Period.– 2014. [An Electronic Resource].– Access Mode: www.andrealeadsom.com/downloads/1001cdmanifesto.pdf.
4. *Puckering C., McIntosh E., Hickey A. and Longford J.* Mellow Babies: a group intervention for infants and mothers experiencing postnatal depression. *Counselling Psychology Review* 25, 1.–2010.– P. 28–40.
5. United Nations Development Programme (UNDP) Human Development Report.– 2014. [An Electronic Resource].– Access Mode: www.hdr.undp.org/en/composite/HDI.
6. WAVE Trust in collaboration with Department for Education Conception to Age 2 – The Age of Opportunity. Addendum to the Government's Vision for the Foundation Years: Supporting Families in the Foundation Years.– 2013. [An Electronic Resource].– Access Mode: <http://www.wavetrust.org/our-work/publications/reports/conception-age-2-age-opportunity>.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЯХ, НЕ СПРАВЛЯЮЩИХСЯ С ЗАДАЧАМИ ВОСПИТАНИЯ

Семья Г.В.

профессор кафедры психологической антропологии МПГУ,
доктор психологических наук,
член Координационного совета при Президенте Российской Федерации
по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей
на 2012–2017 годы

Аннотация. В статье показана актуальность социальной реабилитации детей, воспитывающихся в семьях, не справляющихся с задачами воспитания. Приведен анализ понятийного поля, в котором должны работать специалисты по социальной реабилитации. Показано, что дети и подростки являются особым объектом социальной реабилитации. Рассмотрен вопрос, связанный с влиянием бедности на уровень детско-родительских отношений и возможность родителей справиться с воспитанием ребенка. В отсутствие законодательно определенных видов социальной реабилитации, подробно рассматриваются существующие различные классификации ее направлений. На основе анализа регионального опыта определены основные задачи и направления социальной реабилитации данной категории детей. Приведен опыт проведения социальной реабилитации семей, не справляющихся с воспитанием детей, Городского ресурсного центра «Отрадное» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы

Ключевые слова: социальная реабилитация, воспитание, неблагополучная семья, трудная жизненная ситуация, дети группы риска

Keywords: social rehabilitation, upbringing, dysfunctional family, difficult life situation, children at risk

Принятая Национальная стратегия действия в интересах детей на 2012–2017 годы, утвержденная Указом Президента Российской Федерации № 761 от 1 июня 2012 г. явилась ответом на современные вызовы детству, включая противодействие бедности, жестокому обращению с детьми, беспризорности, социальному сиротству

В рамках современной социальной политики страны приоритетом становится профилактика всех форм неблагополучия ребенка и курс на развитие его потенциала независимо от места жительства, уровня доходов и типа семьи. Особую роль в реализации поставленных задач призвана выполнять система комплексной социальной реабилитации детей группы «социального риска» (детей, воспитывающихся в семьях, не справляющихся с задачами воспитания, основанная на межведомственном подходе. Работа

с детьми с депривационными нарушениями развития требует разработки адекватных методик оказания помощи, психологических методов, приемов, форм, а также технологий, дающих положительный эффект в их социальной реабилитации, психическом развитии и нравственном становлении.

В соответствии Федеральным законом от 24.07.1998 N124 ФЗ (ред. от 03.12.2011) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (ст. 1 ФЗ) **социальная реабилитация ребенка** – мероприятия по восстановлению утраченных ребенком социальных связей и функций, восполнению среды жизнеобеспечения, усилению заботы о нем. Расширяя определение можно сказать, что социальная реабилитация – это процесс восстановления утраченного статуса, положения, состояния ребенка, уровня его развития и образования, а также включения в систему новых социальных отношений, выполняющих функции институтов ресоциализации по формированию позитивных жизненных планов и устремлений.

Социальная реабилитация является необходимым ответом на факт социальной дезадаптации ребенка, результатом которой должна стать его социальная адаптация. Поэтому ее формы и методы находятся в тесной причинно-следственной связи с социальной адаптацией и дезадаптацией детей и подростков в обществе. Можно сказать, что социальная реабилитация как процесс является регулятором уровня социальной адаптации, повышает самозащитные свойства человека.

Основные понятия [1–3]

Для понимания и определения содержания социальной реабилитации необходимо определить понятийное поле, в котором должны работать специалисты по социальной реабилитации.

Социальная адаптация ребенка – это и процесс, и результат активного приспособления его к изменившейся среде с помощью мероприятий по установлению соответствия своего поведения принятым в обществе правилам, нормам и ценностям или корректировки несоответствия такого поведения. Основным способом социальной адаптации ребенка является принятие норм и ценностей новой социальной среды (семьи, группы, коллектива, организации), сложившихся здесь форм социального взаимодействия (формальных и неформальных связей, семейных и соседских отношений и т.д.), а также форм предметной деятельности (например, способов освоения знаниями или семейных обязанностей).

Социальная адаптация имеет активную и пассивную форму. Показателями успешной социальной адаптации является психологическая удовлетворенность этой средой. Показателем низкой социальной адаптации ребенка является отклоняющееся поведение и особый социально-психологический статус.

Социальная дезадаптация – это тип поведения несовершеннолетнего, не соответствующий основным принципам поведения, признанным пове-

местно обязательным для детей и молодежи. Социальная дезадаптация характеризуется нарушением процесса социального развития, социализации индивида, социально неодобряемыми формами поведения, нарушениями норм морали и права, асоциальными формами поведения и деформациями системы внутренней регуляции, ценностных ориентаций, социальных установок, которые проявляются в конфликтных отношениях с другими людьми, в драках и ссорах, или, например, в агрессивности, демонстративном неповиновении родителям или учителям, разрушительных действиях, лживости. Это могут быть и антиобщественные поступки, такие как воровство, прогулы в школе, поджоги.

Социальная дезадаптация детей и подростков выражается также в неумении осуществлять присущие возрасту формы деятельности, причем это является результатом либо несформированности таких умений, либо в их разложении под действием ряда факторов.

Возможность дезадаптации объективно присутствует в детском образе жизни. Это определяется применением типизированных инструментов социализации, в первую очередь такого единообразного и стандартизированного института, как школа, к индивидуальным и неповторимым личностям детей и подростков. Дети со значительными объективными или субъективными отклонениями испытывают потенциальную угрозу дезадаптации.

Поскольку процесс дезадаптации проявляется во всех формах жизнедеятельности ребенка – в познавательной, преобразовательной, ценностно-ориентационной и коммуникативной сферах – сложность личностных изменений, происходящих с дезадаптированными детьми, глубина разрушения социальных связей и деформация социальных качеств, всесторонность задач их восстановления и коррекции обуславливает комплексный характер усилий по предотвращению социальной дезадаптации.

Различают непатологическую и патологическую формы дезадаптации. Непатологическая, или «лимитирующая», форма не сопровождается структурными изменениями, нарушениями механизмов, через которые осуществляются адаптация и социализация личности, имеет место лишь их ограничение. При патологической или «трансформирующей» форме дезадаптации отмечается поломка основных направлений адаптационной деятельности.

Источником социальной дезадаптации, как правило, бывает трудная жизненная ситуация – сочетание объективных и субъективных факторов, нарушающих обычное течение жизненных процессов и ставящих ребенка в ситуацию неоднозначного выбора. Чаще всего она ассоциируется с неспособностью к самообслуживанию в связи с возрастом или болезнью, сиротством, безнадзорностью, малообеспеченностью, отсутствием определённого места жительства, конфликтами и жестоким обращением в семье, невозможностью родителей удовлетворить потребности ребенка и п. д.

Также можно определить *целевую группу «дети и семьи групп социального риска»* – семьи, в которых существует два вида риска. Первый

вид – социальный риск для общества, который провоцируют члены семьи, проявляющийся в отклонениях от норм и правил жизни в обществе, дезадаптации, несоответствии социальным стандартам, в том числе нежеланием заниматься воспитанием детей. Второй вид – риск собственного развития, который приводит к деградации, разрушению, невозможности использовать общество для развития, как каждого члена семьи, так и детей в них.

Социализация – процесс социокультурного становления личности, усвоения индивидом образцов поведения, психологических механизмов, социальных норм и ценностей, необходимых для успешного функционирования в обществе, к которому он принадлежит.

Социализация протекает во взаимодействии детей, подростков, юношей с огромным количеством разнообразных условий, влияющих на их развитие (эти условия называются факторами).

В процессе социальной реабилитации происходит *ресоциализация* – целенаправленный процесс восстановления социального статуса и утраченных либо несформированных социальных навыков детей, и переориентации их социальных и референтных установок за счет включения таких детей в новые позитивно ориентированные отношения в рамках педагогически организованной среды.

Таким образом, особым объектом социальной реабилитации являются дети и подростки. Специфика заключается в том, что социальный статус человека в периоде детства низок, он неспособен самостоятельно решать ряд проблем, и в силу этого уязвим. Ребенок находится в состоянии постоянного развития, для него характерны интенсивные эмоциональные переживания собственных проблем, включая детско-родительские отношения.

Направления социальной реабилитации

В практике работы выделяют виды реабилитации: медицинская, психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная, трудовая терапия, бытовая, спортивная. Эти и другие формы реабилитации имеют социальную направленность.

В настоящее время, в отсутствие законодательно определенных видов социальной реабилитации, существуют различные классификации ее направлений [2]. Например, одни авторы выделяют следующие направления социальной реабилитации (В.Н. Стрижаков): социально-бытовая адаптация; социально-средовая ориентация; психологическая реабилитация.

В других подходах выделяются: социокультурная реабилитация; семейно-бытовая реабилитация; социально-трудовая реабилитация/

Однако практика работы в социозащитных учреждениях, например в организациях для детей-сирот, показывает, что перечень составляющих социальной реабилитации должен быть дополнен социально-педагогической и социально-психологической реабилитацией, а также социально-правовой.

В социальной реабилитации часто используются психолого-педагогические диагностико-коррекционные программы, выявляющие и исправляющие дефекты психики, познавательной сферы и личностные особенности, а также восстановление социального статуса ребенка в системе межличностных отношений, переориентацию референтных ориентаций социальных установок.

Процесс социальной реабилитации может проводиться с использованием разных технологий и социальных практик, которыми должны владеть специалисты, оказывающие помощь и поддержку детям, подросткам, взрослым, семьям и т. д.

Специалисты по социальной реабилитации

Специалисты, работающие в учреждениях социально-педагогической поддержки, Центрах помощи семье и детям, центрах реабилитации несовершеннолетних, приютах для детей и подростков, организациях для детей-сирот должны организовать, создать условия для проведения социальной реабилитации воспитанников, разрабатывать и реализовывать программы реабилитации.

Одной из острых проблем оказания услуг в сфере социальной реабилитации детям и семьям остается подготовка кадров и постоянное повышение их квалификации. Как правило, этой работой занимаются психологи, социальные педагоги, социальные работники.

В 2013 году Минтрудом России утверждены новые профессиональные стандарты «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере» и «Специалист по работе с семьей», «Специалист по социальной работе». Именно им, в первую очередь, в трудовые функции вменяется организация и проведение социальной реабилитации детей и семей.

Сейчас ведется работа по включению их в перечень профессий; по разработке основных профессиональных образовательных программ и дополнительных профессиональных программ для специалистов. Система повышения квалификации позволит в достаточно короткий срок подготовить таких специалистов при условии наличия таких программ и необходимых ресурсов в регионе.

Следует отметить, что термин социальная реабилитация широко используется для такой категории детей как дети с ограниченными возможностями здоровья, и прежде всего, дети-инвалиды, и в меньшей степени для детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В принятых в последнее время законах и нормативных правовых документах, например Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и Постановление Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 г. № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей») отсутствует тер-

мин социальная реабилитация, но перечисляемые в них виды услуг и работ ее подразумевают.

Актуальность проблемы социальной реабилитации детей

В современном обществе, в условиях социально-экономического кризиса, постоянно возникают новые вызовы в отношении семьи и возможности выполнять ее воспитательные функции. Поэтому особое внимание уделяется детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, общее количество которых официальной статистикой не фиксируется, но по каждой категории таких детей учет ведется различными органами исполнительной власти на федеральном и региональном уровнях по категориям детей, определенным Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

По оценкам Счетной Палаты, в общей численности лиц до 18 лет количество детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации по основным обстоятельствам её возникновения, в 2012 году составило 2091 тыс. человек, в 2013 году – 2318 тыс. человек. По ориентировочной оценке, детское неблагополучие в Российской Федерации, определяемое как доля детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в общем количестве детей и подростков, составляет около 8,0%, а без учета детей в малоимущих семьях – 4,4%. К 2015 году эта цифра не снизилась.

Статистический анализ позволяет оценить основные тенденции в области депривированного детства и оценить объем работ по социальной реабилитации:

1. Ежегодно уменьшается число выявляемых детей, оставшихся без попечения родителей на 8–19%, что свидетельствует об усилении профилактической работы с семьями, воспитывающими детей. Необходимо обобщение положительного и инновационного опыта в сфере профилактики и его диссимилиация на другие регионы.

2. Медленно сокращается число родителей, лишенных родительских прав. При увеличении числа родителей, ограниченных в родительских правах, суммарное число случаев лишения и ограничения практически уменьшается незначительно. Применение методов социальной реабилитации к таким категориям семей в период социально опасной ситуации неэффективно и необходим перенос реабилитации на ранние стадии семейного неблагополучия.

3. Данные по восстановлению родителей в родительских правах свидетельствуют о том, что за исключением ряда регионов, данная работа не проводится в достаточном объеме. Кроме того, необходима технологизация социальной реабилитации родителей при восстановлении в родительских правах.

4. Несмотря на существенное сокращение числа детей в организациях для детей-сирот, в среднем по России каждый пятый ребенок после его

выявления как оставшегося без попечения родителей, попадает в организацию, где для него необходимо разработать индивидуальный план развития и жизнеустройства, который включает в себя психолого-медико-педагогическую реабилитацию, в том числе оказание психологической (психолого-педагогической) и медицинской помощи, защиту прав и законных интересов детей, а также их социальную адаптацию (Постановление Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 г. N481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»).

5. Доля детей-сирот, возвращенных из замещающих семей, колеблется в пределах 9–10% от числа устроенных в семьи в течение года (условный показатель). Механизмами, позволяющими сократить это число, являются: качественная подготовка кандидатов в школах приемных родителей, сопровождение семей и усиление контроля за адаптацией ребенка в новой семье за счет повышения его качества (предварительной подготовки, привлечения специалистов к оценке семьи и ребенка). Для каждого ребенка в семье должна быть разработана программа сопровождения (план по защите прав ребенка), включающая его социальную реабилитацию. При этом необходимо учитывать, что социальная реабилитация нужна на всех кризисных этапах развития семейной системы (по крайней мере на протяжении 6 лет).

6. Общая оценка числа детей и семей с детьми, нуждающихся в социальной реабилитации, без учета детей, проживающих в семьях с доходом ниже прожиточного минимума (см. сл. раздел) составляет не менее 2 млн. чел. При этом эффективность социально реабилитационных мероприятий для клиентов в социально опасных ситуациях (непосредственная угроза жизни или здоровью детей) составила в 2014 году 12%, что еще раз подтверждает необходимость применения технологий социальной реабилитации на ранних этапах неблагополучия.

Основные задачи и направления социальной реабилитации детей, воспитывающихся в семьях, не справляющихся с задачами воспитания

Семья – это основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью; в ней вырабатываются совокупность норм, санкций и образцов поведения, регламентирующих взаимодействие между супругами, родителями и детьми, детей между собой (А.В. Мудрик). Главным компонентом воспитательного потенциала семьи являются внутрисемейные отношения. Всякое серьезное отклонение внутрисемейных отношений от нормы означает ущербность, а зачастую и кризис данной семьи, а следовательно потеря ее воспитательных возможностей.

Ребенок является частью семейной системы как целого, он занимает в ней определенную нишу, подчиняется правилам и требованиям ее функ-

ционирования. Главную роль в жизни семьи играют взаимоотношения ее членов, их действия, поступки, реакции, которые постоянно изменяются и влияют на других членов. Изменения в поведении взрослого или ребенка невозможны без перестройки всей системы. Социальная реабилитация происходит при изменении всей системы. Поэтому при рассмотрении вопроса о социальной реабилитации необходимо рассматривать семью как единое системное целое.

Можно выделить три группы причин неблагополучия в семье, негативно воздействующих на ребенка:

- кризисные явления в социально-экономической сфере, которые непосредственно влияют на семью и снижают ее воспитательный потенциал;
- причины психолого-педагогического свойства, связанные с внутрисемейными отношениями и воспитанием детей в семье;
- причины биологического характера (физически или психически больные родители, наследственность, наличие в семье детей с недостатками развития или детей-инвалидов).

Внутренние факторы семейного неблагополучия обусловлены причинами дисфункции семьи, одним из которых является самоустранение семьи от воспитательной роли (может достигать гипертрофированных форм, когда родители бросают своих детей на произвол судьбы или даже отказываются от них.)

Ослабление или даже разрыв семейных связей между детьми и родителями также вызывают:

- сверхзанятость родителей (в том числе в благополучных семьях);
- конфликтная ситуация в семье;
- пьянство родителей;
- случаи жестокого обращения с детьми (физического, психического, сексуального насилия);
- отсутствие в семье благоприятной эмоциональной атмосферы;
- типичные ошибки родителей в воспитании детей;
- особенности подросткового возраста и др.

Усугубляют семейное неблагополучие просчеты воспитания в семье. Наиболее типичны из них следующие:

неприятие ребенка, его явное или скрытое эмоциональное отторжение родителями;

гиперопека, когда ребенку не дают проявить элементарную самостоятельность, изолируют от окружающей жизни;

непоследовательность и противоречивость воспитания, которая характеризуется разрывом между требованиями к ребенку и контролем за ним, несогласованностью педагогических действий родителей, бабушек, что дезориентирует ребенка;

непонимание закономерностей и своеобразия личностного развития детей и несоответствие требований и ожиданий родителей социальным возможностям и потребностям детей;

негибкость родителей в отношениях с детьми, которая выражается в недостаточном учете ситуации, в заданности и запрограммированности требований, в отсутствии альтернатив в решениях, в навязывании ребенку собственного мнения, в резкой смене отношения к ребенку в различные периоды его жизни (недостаток заботы сменяется ее избытком или наоборот);

эффективность – избыток родительского раздражения, недовольства, беспоконья, тревоги по отношению к детям, что создает в семье эффект суматохи, хаотичности, всеобщего возбуждения;

тревожность и страх за детей, которые приобретают навязчивый характер и лишают родителей жизнелюбия и оптимизма, заставляют их прибегать к постоянным запретам и предостережениям, что заражает детей таким же беспокойством;

авторитарность воспитания – стремление подчинить ребенка своей воле; категоричность суждений, приказной тон; навязывание своего мнения и готовых решений; стремление к строгой дисциплине и ограничению самостоятельности детей; использование принуждения и репрессивных мер, включая физические наказания; постоянный контроль действий ребенка;

гиперсоциальность, когда родители пытаются строить воспитание по определенной (пусть и позитивной) заданной схеме, не учитывая индивидуальности ребенка, предъявляя к нему завышенные требования, без надлежащего эмоционального контакта, отзывчивости и чуткости.

Таким образом, по всей совокупности причин и факторов, вызывающих семейное неблагополучие по отношению к ребенку, определяющими являются субъективные факторы и причины психолого-педагогического свойства, то есть нарушения в межличностных внутрисемейных отношениях и дефекты воспитания детей в семье (часто это называют психологический климат).

Отдельного рассмотрения требует вопрос, связанный с влиянием бедности на уровень детско-родительских отношений и, следовательно, возможность родителей справиться с воспитанием ребенка.

Как сообщает Росстат, по итогам первого квартала 2015 года количество россиян с доходами ниже прожиточного минимума достигло 22,9 миллиона. По сравнению с аналогичным периодом 2014-го оно выросло на 3,1 миллиона человек (с 19,8 миллиона). Теперь уровень бедности в России составляет 16 процентов.

Проведенный Счетной Палатой анализ показал, что реализация Плана первоочередных мероприятий (до 2014 г.) по реализации основных положений Национальной стратегии действий в интересах детей (далее – Стратегия) в 2012–2014 гг. не обеспечила существенного улучшения ситуации по наиболее ключевому вопросу – повышению уровня жизни семей с детьми. В 2012–2014 годах на поддержку семей с детьми, выплату разного рода пособий было направлено свыше 348 млрд. рублей, в том числе более 201 млрд. рублей средств федерального бюджета и 147 млрд. рублей бюджетов

субъектов Российской Федерации. При этом в 2013 году удельный вес малоимущих семей с детьми в общей численности аналогичных домохозяйств вырос по сравнению с 2012 годом на 1,8% и составил 64%.

По мнению Л. Овчаровой, модернизация семейных отношений привела к тому, что 30% детей не живет с двумя родными родителями. Модель современной семьи – это дети и оба работающих родителя, перед которыми поставлена задача повышения производительности труда и воспитания детей.

Сегодня представлено достаточное количество российских и зарубежных исследований на тему влияния бедности на развитие ребенка [4]. Социально-экономические факторы играют важнейшую роль в развитии и поведении ребенка и далее на протяжении всей его жизни. Доступ к различным ресурсам, связанным с социально-экономическим статусом, могут прямо или косвенно способствовать или препятствовать здоровому психическому и когнитивному развитию ребенка. Они могут также смягчить или, напротив, усугублять отрицательные эффекты неблагоприятной ситуации развития

Существует нейробиологический подход к описанию влияния бедности на развитие ребенка, который заключается в том, что опыт детей в бедных семьях (в первую очередь стресс, а также недостаток развивающих стимулов и т.п.) оказывает специфическое влияние и на архитектуру, и на нейрохимию мозга. Создается порочный круг причин и следствий или «ловушка бедности»: бедность вызывает нейropsychологические особенности, которые удерживают человека в бедности [5]. Ловушки бедности можно обнаружить на связке биологического и социального: тяжелые условия существования способствуют развитию болезней и иных физиологических ограничений человеческих возможностей, что в свою очередь, усугубляют социальную и экономическую депривацию даже на уровне поколений. Например, болезнь матери, вызванная структурными условиями хронической бедности, вызывает нарушения развития у детей, что ограничивает их возможности, и вызывает воспроизводство причин и следствий уже в следующем поколении.

Порочный круг бедности может быть разорван, а ловушки бедности открыты за счет всесторонних мер социальной поддержки, включая программы социальной реабилитации.

В ряде исследований показано, что многочисленные стрессы, которые испытывают родители с очень низким доходом, обуславливают жесткий стиль воспитания, при котором на любой проступок или непослушание ребенка родители реагируют моментальным его наказанием. В частности, в семьях, живущих за чертой бедности, детей чаще и более строго наказывают; родители предпочитают шлепнуть ребенка, чем объяснить ему, что он неправильно ведет себя. Дети в бедных семьях страдают не только из-за материальной депривации, но из-за того, что постоянные трудности ослабляют способности родителей к поддерживающему эмоциональному

контакту с ребенком. С этим же тесно связаны родительские ожидания и дисциплинарные практики.

В последние годы активно развивается новое направление исследований – влияние соседства на развитие детей и их поведение, которое включает в себя три модели: 1 – институциональные ресурсы, 2 – отношение между людьми, складывающиеся социальные сети, существование ролевых моделей; 3 – нормы сообщества и коллективная действенность.

К институциональным ресурсам относятся:

Образовательные ресурсы: наличие библиотек, образовательных и культурных программ, музеев;

Социальные и досуговые активности: наличие центров досуга, парков, спортивных и пр. сооружений;

Уход за детьми: доступность, качество, стоимость детских учреждений и программ;

Школы: качество образования, школьный климат, школьные нормы, демографические характеристики учащихся;

Здравоохранение: доступность, качество, стоимость медицинских услуг и программ;

Занятость: наличие рабочих мест, ожидания молодежи относительно трудоустройства.

Чем старше становится ребенок, тем более он нуждается в ресурсах за пределами семьи.

Вот почему результативной оказывается работа по «картографированию ресурсов района» проживания детей и подростков, нуждающихся в социальной реабилитации, различные программы социальной и физической активности.

Отношения между людьми включают как внутрисемейные отношения, так и отношения между соседями и знакомыми, живущими поблизости. Если в сообществе складывается сеть взаимопомощи и поддержки, они защищают участников от стрессов, связанных с материальными трудностями, беспорядком, проявлением насилия в отношении детей.

Нормы сообщества и коллективная действенность определяется как сплоченность соседей и их готовность действовать совместно. Через них осуществляется соблюдение социальных норм и поддержание порядка. Там, где уровень социальной действенности низкий, существует огромное число поведенческих проблем детей и молодежи: алкоголизация, употребление наркотиков, вандализм. Влияние социальных норм в подростков осуществляется преимущественно через влияние сверстников, в отличие от семейных норм – для детей более младшего возраста.

Эмоциональная и практическая поддержка, защищая от депрессии и стрессов, укрепляет положительные отношения между ребенком и родителями.

Указанные факторы свидетельствуют о необходимости их учета при разработке программ социальной реабилитации детей, живущих семьях с низким уровнем дохода.

Проведенные многочисленные исследования (например [6–8]) показывают, что подростки, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации (ТЖС), характеризуются специфическими социально-психологическими качествами. Они имеют общее отставание в развитии, коммуникативные трудности (агрессивность, конформность, конфликтность и т.п.), эмоциональные проблемы (тревожность, бедность эмоций, неуверенность в себе). Обобщая известные результаты исследований, можно утверждать, что в структуру личности подростка, оказавшегося в ТЖС, входят основные компоненты: дезадаптивность, приспособленчество, просоциальное поведение, и др. С этим связан тот факт, что подростки, оказавшиеся в ТЖС, имеют более низкие показатели ресурсности адаптивности, нежели их сверстники. Вместе с этим многие подростки обладают положительными качествами для адаптации в социуме: адаптивность, самоутверждение, рационализация, мобилизация сил.

Целями и задачами социальной реабилитации являются:

изменение негативных жизненных установок и норм поведения (как в семье, так и в обществе) у родителей, формирование продуктивных отношений в семье между супругами, детьми, с ближайшим окружением; улучшение психологического климата в семье;

повышение педагогической грамотности родителей в вопросах воспитания и улучшение детско-родительских отношений;

выявление ресурсов семьи для реализации самопомощи и научение их использованию;

изменение социально-психологического статуса ребенка, укрепление его жизнестройкости; формирование продуктивных жизненных установок, ценностей и нормативного поведения; культурное и социальное развитие; укрепление здоровья и ориентация на здоровый образ жизни.

Для того, чтобы социальная реабилитация была эффективной необходимо, что в ней принимали участие все члены семьи – родители и дети (а может и расширенная семья, если она межпоколенная), так как результатом являются изменение семейной системы. Ребенок, посещающий реабилитационный клуб, и возвращающийся обратно в семью, где родители пьют или не обращают на него внимание из-за большой занятости или безразличия, будет иметь точечный эффект от такой работы и без пролонгированного результата.

Поэтому многие заявленные проекты по социальной реабилитации ребенка, включающие в себя какие-то реабилитационные мероприятия для него, будут малоэффективными, если не будут определены последствия, например, как семья поддержит ребенка, как изменятся отношения и пр. Или какие будут проводиться мероприятия с родителями в период занятия ребенка в кружке, студии и пр.

Многие простые и распространенные мероприятия могут иметь эффект социальной реабилитации и быть ею при правильной организации и рас-

ставлению акцентов – что, зачем и для кого мы это делаем и какие последствия могут быть. Так распространенные мероприятия «организация пункта приема и обмена вещей и детских принадлежностей для детей, многодетных семей, семей, находящихся в ТЖС» или «готовим совместно ребенка к школе», «творческие и культурные мероприятия, празднование официальных государственных праздников, направленных на создание культуры семьи» могут быть связаны с феноменом соседства и формировать в ближайшем социальном окружении сеть взаимопомощи и поддержки, защищающую участников от стрессов, связанных с материальными трудностями, беспорядком, проявлением насилия в отношении детей.

Сегодня в регионах появились новые реабилитационные услуги, такие как содействие в восстановлении эффективного функционирования семьи; участковая социальная служба; служба примирения (медиации), способствующая разрешению конфликтных ситуаций и использующая технологии «Восстановительная медиация», «Семейная медиация», «Круги сообщества», «Развивающий диалог» и другие для активизации внутреннего потенциала членов семьи.

Основные направления социальной реабилитации

Семейно-бытовая (семейно-средовая) реабилитация.

Каждый ребенок имеет свой опыт жизни в семье, и часто его трудности в данной сфере вызваны девиантным поведением родителей дома, дефицитом эмоционального общения с ними, неспособностью родителей заботиться о ребенке. Ключевым звеном реабилитации является оптимизация детско-родительских отношений, ориентация подростка в бытовых делах, распределении обязанностей и умение взять на себя часть ответственности за общую жизнь (например, покупка хлеба, молока, обязанность следить за тем, чтобы они всегда были дома)

На смену обезличенным программам обучения бытовым навыкам приходят яркие, эмоционально насыщенные мероприятия, носящие соревновательный характер, показывающие нестандартные мужские роли. Сегодня в моде различные кулинарные шоу и соревнования семей по приготовлению различных блюд., шоу, посвященные моде и умению одеваться, обучение как спланировать дизайн комнаты/квартиры, выбрать мебель или как украсить ее своими руками – все они адаптированные под детей и подростков могут стать мотивирующим фактором участия и социализации.

Одной из базовых форм социальной реабилитации является работа междисциплинарной команды с семьей на дому, которая широко используется в регионах. Это не должен быть просто визит специалиста, который что-то диагностирует и дает консультации, а визит специалиста, который может показать, сделать что-то вместе или просто посмотреть как делают родители и дети и подсказать. Специалисты развивают у детей и их родителей (законных представителей) навыки конструктивного поведения и общения в ситуациях взаимодействия друг с другом, умения эффективно разрешать конфликт.

В тяжелых случаях используется прием помещения всей семьи с детьми либо в социально-реабилитационный центр (социальные гостиницы), где с ней работает команда специалистов. Либо, если семья небольшая (например, молодая мама с ребенком), ее можно поместить в другую специально подготовленную семью – это новое направление в социальной реабилитации.

Социально-трудовая реабилитация.

Актуальным направлением деятельности является помощь в самоопределении, выборе трудовой деятельности и будущей профессии. После принятия Закона об образовании получение среднего профессионального образования на основе конкурса аттестатов стало затруднительным для многих подростков, имеющих проблемы с обучением и поэтому включение в программу социальной реабилитации образовательных мероприятий становится важным.

Наиболее используемые в регионах формы работы:

Кабинеты, классы, мастерские профессиональной ориентации, начальной профессиональной подготовки, социально-бытовой ориентации;

Специализированные трудовые или иные профильные смены в оздоровительных лагерях в период школьных каникул;

Группы кратковременного пребывания.

Социально-культурная реабилитация.

Социально-культурная реабилитация сближает социальные и культурные аспекты и становится одновременным процессом социализации ребенка и приобщения его к культуре. Значимость социокультурной социализации заключается в том, что она предполагает не восстановление (или наращивание) механизмов приспособления индивида к каким-либо конкретным жизненным условиям, а рассчитана на возвращение (создание) психологических механизмов, способствующих постоянному внутреннему росту, развитию и в целом восстанавливает культурный статус индивида как личности [9]. Высшим результатом является самоидентификация личности в культурном пространстве и самоактуализация.

В социокультурной реабилитации присутствуют два основных направления: приобщение ребенка к культуре во всех ее проявлениях – музыка, театр, живопись, литература, графика, дизайн и т.д. и непосредственное участие детей и подростков в творческом процессе в театральных студиях, кружках, клубах по интересам и т.п.

Во всех программах реабилитолог опирается на эмоциональную сферу ребенка. Для каждой возрастной категории детей и индивидуально для ребенка необходимо учитывать ведущий вид деятельности и деятельность, в которой ребенок успешен. Тогда проводимая работа создаст так называемые «точки роста».

Поэтому важным направлением деятельности является формирование социально сбалансированной культурной среды жизнедеятельности детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В регионах специалисты используют разнообразные методы социальной реабилитации: кинотерапия, библиотерапия, арт-терапия – моделирование и закрепление у детей образа полной семьи, семейных ценностей, ответственного родительства; формирование устойчивых семейноберегающих поведенческих алгоритмов средствами медиаторства, улучшение коммуникативных возможностей и облегчение интеграции в обществе.

Основу процесса социокультурной реабилитации составляют разнопрофильные досуговые программы, которые базируются на активных, часто нетрадиционных формах работы в учреждениях, фестивали, конкурсы и т.д.; при этом значимыми являются совместные мероприятия детей с родителями, основная цель которых интеграция детей целевых групп в социальную среду. Тоже относится к спортивным соревнованиям.

В работе с родителями широко используются Семейные, родительские и другие клубы, организация групп самопомощи «родитель – родителю». Как правило, подобные группы являются открытыми и имеют свободное посещение, но работают в строго определенное время. На группах обсуждаются вопросы, поднятые самими клиентами и являющиеся для них актуальными. Проводить подобную группу может ведущий из числа бывших клиентов, пройдя небольшую подготовку, который смог успешно решить свои проблемы и имеет желание оказывать помощь и поддержку другим.

Для сельской местности, в условиях отсутствия социально-реабилитационной инфраструктуры крайне важными технологиями социальной реабилитации являются:

- мобильные команды специалистов, которые оказывают различного рода консультации, проводят социальную диагностику, отслеживают динамику изменений в семье, с ребенком, обеспечивают социальное сопровождение семей с детьми и пр.;
- мобильные или передвижные специализированные кабинеты, например, лекотека, консультативно-реабилитационная комната и пр.
- привлечение для работы с семьями и детьми в качестве волонтеров других благополучных семей в данной местности;
- создание семейного клуба для социально-неблагополучных семей с целью формирования среды позитивного общения, оказания психологической и иной помощи, обмена опытом (например, на базе клуба организация обучения целевой группы элементарным навыкам работы на компьютере, работы с фотоаппаратом и печати фотографий, чтобы у родителей и детей появились общие интересы).

В последнее время широкое распространение получает социальная реабилитация детей и подростков группы риска по социальному сиротству в клубах и детских/подростковых объединениях, получившая название *реабилитационный досуг*.

Термин «реабилитационный досуг» новое и еще не узаконенное в профессиональной социально-психологической практике понятие.

Для обеспечения реабилитационного эффекта необходимо включение в технологию следующих элементов: психологически-комфортная среда для всех участников; значимая для ребенка деятельность; значимые, доверительные отношения ребенка с взрослыми.

Все эти три условия могут быть реализованы при условии взаимодействия социальных служб с системой образования и организациями культуры и спорта: в сфере дополнительного образования и во внеклассной воспитательной работе в системе общего образования.

К значимой деятельности относятся и клубная рекреационная деятельность, и активные занятия спортом, танцами, туризмом, и творческие занятия музыкой, театром, рукоделием или живописью, а также познавательная активность – краеведческие походы, разнообразные кружки по интересам.

Одной из характерных особенностей реабилитационного досуга является то, что за процесс отвечают не врачи реабилитологи, а работники различных социально-культурных и образовательных учреждений: спортивные тренеры, педагоги музыки, кружководы и т.д., иногда с привлечением психологов.

Анализ деятельности регионов позволяет выявить наиболее эффективные виды реабилитационного досуга для детей и подростков группы риска по социальному сиротству.

Реабилитационный клубный досуг

Содержание клубной деятельности ориентировано, прежде всего, на личностные интересы и потребности детей и подростков. Вместе с тем, в процессе совместной клубной деятельности может быть решен ряд важных воспитательных задач, как:

развитие интересов детей и подростков за счет участия в клубной жизни, а не только в одной секции или мастерской;

актуализация творческих способностей: инструментальных, интеллектуальных, коммуникативных, экспрессивных;

формирование новой системы межличностных отношений, сближение социальных установок и ценностных ориентации.

Реабилитационная клубная деятельность обязательно включает три составляющие:

1) блок собственно услуг дополнительного образования и другой социально значимой деятельности;

2) блок услуг по организации внутриклубной жизни;

3) блок по формированию социально-педагогической реабилитационной среды.

Услуги первого блока реализуются через привычные клубные занятия техническим, художественным или прикладным творчеством, а также возможно спортом, туризмом. В качестве обязательно инновации здесь должен быть предложен блок социально-психологических тренингов.



Блок услуг по организации внутриклубной жизни включает в себя досуговые ритуалы, праздники, обряды, конкурсы, фестивали и т.д. Формирование реабилитационной среды обеспечивается, с одной стороны, за счет изменения педагогических установок коллектива учреждения, а, с другой стороны, за счет повышения мотивации детей и подростков на успешность и самостоятельность.

Групповые тренинги и индивидуальные занятия с психологами показывают свою эффективность для данной категории детей. Тренинги строятся с учетом возрастных и психологических особенностей детей и подростков. В них обязательно присутствуют следующие блоки:

личностного развития («Кто Я?», «Какой Я?»);

межличностных отношений (взаимодействие, толерантность, эмпатия, конфликтность, конформность и т.д.).

Успешность тренинговой работы требует определенного уровня доверия, который терпеливо создавался усилиями всей команды. К показателям наличия реабилитационной среды в клубе относятся высокий уровень комфортности атмосферы клуба для детей и подростков, при неуклонном условии соблюдения ими норм поведения.

В качестве примера проведения социальной реабилитации семей, не справляющихся с воспитанием детей, можно привести опыт работы Городского ресурсного центра «Отрадное» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (директор Гончарова И.П.).

Результаты аудита Центра за последние два года показывают, что чаще всего причинами поступления детей в стационар являются:

Основания	2013	2014
	количество	количество
По направлению органов управления социальной защитой населения	0,8%	-
По статусу (семья в СОП)	21,5%	28,1%
По статусу (семья в ТЖС)	18,6%	16%
Нарушение детско-родительских отношений	11,3%	25,8%
По ходатайству органов опеки и попечительства	2,2%	5,8%
Отмена опеки	6,6%	5%
По личному обращению несовершеннолетнего	8,4%	2,7%
По заявлению родителей или законных представителей несовершеннолетнего	7,3%	16,4%
Другие причины	23%	-

Анализ проблематики семейных отношений:

уходы детей из семьи – 17%;

наличие нарко- и алкозависимостей у родителей – 33%;

родительская некомпетентность – 41%;

иное – 9%.

Для достижения целей и задач индивидуальной программы социальной реабилитации большое значение имеет актуализация ресурсов всей семьи. Включение всех членов семьи ребенка в процесс реабилитации часто проблематично. Помимо объективных причин (занятость на работе, плохое состояние здоровья, инвалидность, наличие на иждивении грудных детей или тяжелобольных взрослых), широко распространены субъективные причины: иждивенческие и потребительские установки, алкоголизация, грубые изменения личности, низкий уровень мотивации и родительской компетентности, уклонение от ответственности.

Указанная проблематика определяет выбор наиболее хорошо себя зарекомендовавших социально-реабилитационных технологий.

Интенсивная семейная терапия на дому

Технология социальной реабилитации, ориентированная на семьи с детьми и подростками, имеющими серьезные проблемы поведенческого характера и основанная на межведомственном взаимодействии и командном подходе.

Цели интенсивной семейной терапии:

раннее выявление неблагополучия в семьях, оказание помощи на стадии возникновения проблемы;

своевременное оказание помощи семье – до необходимости изъятия из семьи ребенка;

стимулирование активности самих членов семьи и их ближайшего окружения по изменению сложившейся ситуации;

максимальная мобилизация ресурсов самой семьи и ее окружения.

Целевая группа, для которой эффективна данная технология:

дети и подростки с проблемным поведением;

дети и подростки, находящиеся на грани исключения из школы или изъятия из семьи;

социально дезадаптированные дети и подростки.

Принципы реализации технологии:

1. Наиболее эффективный способ помощи ребенку – это помощь его семье.

2. Отношение к родителям как к полноценным, равноправным партнерам.

3. Специалисты не берут на себя выполнение тех задач, с которыми семья может справиться самостоятельно.

4. Семья сама формулирует цели работы и определяет сроки.

5. Работа с семьей ведется интенсивно и систематически.

6. Помощь должна быть доступной членам семьи.

7. Достижение изменений в привычной домашней обстановке увеличивает в семье мотивацию терапии, а результаты являются более серьезными и продолжительными.

8. Терапия может быть более успешной в том случае, если семья и ее окружение воспринимаются как единое целое.

Преимущества данного вида терапии – экономичность, целесообразность; минимальное вмешательство в семью; активное участие самой семьей в планировании и реализации программы собственной реабилитации.

Технология социальной реабилитации «Сетевой метод»

Сетевой метод помогает специалистам, работающим с детьми и подростками, их ближайшим окружением, изменить подход в разрешении кризисной ситуации. Ставка делается на мобилизацию социального окружения ребенка и его семьи для решения конкретной проблемы, на активизацию жизненного потенциала человека и его ближайшего окружения, работу с сетью социальных контактов семьи и ребенка.

Метод рассматривает задачу реабилитации неблагополучной семьи в ее изменении (как процесс), а не в изоляции страдающего члена семьи от его негативного влияния. Ребенка не изолируют от родителей, усилия специалистов направлены главным образом на то, чтобы возродить в семье позитивный психологический климат и обеспечить ребенку достаточно комфортные условия проживания. В случае низкой эффективности принятых мер или в ситуации, когда проживание с родителями опасно для жизни и здоровья ребенка, принимают решение о временном выводе ребенка из семьи, но и в данном случае основной задачей по-прежнему остается работа с семьей.

При исследовании личной социальной сети специалисты используют совместное с клиентом рисование карты социального окружения, состоящей из четырех частей: семья, родственники; сослуживцы или одноклассники; друзья; официальные лица. Каждое поле содержит важных людей, которые имеют позитивное или негативное отношение к индивидууму в центре карты. Личность живет в сети социальных отношений, состоящих из позитивных и негативных контактов. В дополнение к семье существуют родственники, сослуживцы и одноклассники, друзья и официальные лица, которые важны для личного психосоциального благополучия.

Сетевые вмешательства дают сильный толчок, имеют хороший терапевтический потенциал и работают одновременно на трех уровнях:

1. Исследование сети помогает определить людей, большей частью отдельных личностей или семью, которые еще не исчезли из социальной сети клиента.

2. Через процессуально ориентированную сетевую встречу, где участники видят друг друга и вникают в переживания главного лица кризиса, формируются новые структуры и образуются новые связи.

3. Через привлечение официальных лиц новые связи развиваются между ними и лицами частной сети. Исход сетевого вмешательства может противодействовать «традиционному» общению среди профессионалов и официальных лиц (людей власти), которое усиливает процесс «увеличения пропасти» между проблемной системой и остальным обществом. Сетевое вмешательство одновременно адресовано этим разным, но взаимосвязанным уровням коммуникации.

Результаты применения метода.

- Кризисные ситуации в семье разрешаются благодаря поддержке.
- Мультикризисная семья обретает возможность получения системной, комплексной помощи.
- К семье возвращаются её полномочия и самостоятельность в решении задач.
- Укрепляются ресурсы семьи и её функционирование.

Социально-творческая реабилитация

Важная роль в оптимизации процессов социальной адаптации детей принадлежит студиям, т.к. именно творческая деятельность позволяет максимально раскрыться ребёнку, тем более ребёнку с социально-педагогической запущенностью.

При этом специфическими особенностями использования данной технологии в Центре является:

- Включение в работу в качестве соведущего педагога-психолога, что позволяет выяснить индивидуальную проблематику и ускорить процесс преодоления социальной дезадаптации.
- Использование элементов проектной деятельности. Метод проектов (помимо прочего) способствует вовлечению родителей и других членов семьи в совместную с ребёнком творческую деятельность. Испытанное при этом ими чувство сопричастности и удовлетворения от своих успехов и успехов ребенка помогает формировать осознанное родительство.
- Использование преимущественно интегрированных занятий. Так, например, пользуется успехом среди детей объединённое занятие двух студий: Изостудии и студии «Учимся учиться», на котором дети, ознакомившись с литературными произведениями, рисуют к ним иллюстрации. Получается «живая» картина. Далее сказку инсценируют, а картины, созданные юными художниками, служат декорациями к спектаклю.

Точки роста:

1. Совершенствование методов социально-творческой реабилитации, целью которых является социализация и развитие социальных компетенций детей и подростков.
2. Развитие комплексного подхода в работе творческих студий (включение специалистов психологического блока).

3. Организация и развитие Городской методической площадки «Сила творчества» (для руководителей творческих студий и мастерских в организациях поддержки семей с детьми) на базе Центра детского творчества «На Вадковском».

Технологизация социальной работы является гарантом качества оказываемых социальных услуг в целях социальной реабилитации семей и детей.

Сегодня разработано и внедрено достаточное количество различных технологий для проведения социальной реабилитации семей с детьми, имеющих проблемы в сфере воспитания детей.

Проблемы заключаются в следующем:

невысокий уровень профессионализма специалистов; отсутствие социальных «менеджеров», умеющих организовать (спланировать и реализовать) полностью весь реабилитационный процесс на межведомственной основе, обеспечить эффективное взаимодействие специалистов в полидисциплинарной команде (профстандарт «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере»);

слабый уровень технологизации услуг социальной реабилитации. Несмотря на заявленный регионами статус социальной практики как технологии, по своей сущности она технологией не является, что не позволяет ею транслировать на другие регионы, учреждения;

заявительный принцип получения услуг социальной реабилитации; отсутствует культура обращения за помощью, что приводит к тому, что реабилитационные услуги семья получает поздно для полного восстановления; несовершенство законодательства, прежде всего не предоставляющего возможность для вхождения в семью с целью ранней профилактики социального сиротства;

актуальной по-прежнему остаются социальная реабилитация семей, где родители злоупотребляют алкоголем, принимают наркотики, которая усугубляется созависимостью других членов семей.

Все эти проблемы учтены в Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы [10]. Сегодня накоплен точечный, инновационный опыт их решения в регионах, но пока он не превратился в эффективную системную работу [11].

Перспективным направлением может стать опора на национальный менталитет, культурно-религиозные традиции, которые выражают себя в системе ценностей, нравственных и психологических установках, что формирует у верующих особое отношение к знаковым событиям жизни и учит их умению вести себя должным образом в особо важных ситуациях. В каждой национальной культуре, конфессии существует своя система взглядов на детско-родительские отношения, что определяет форму поведения родителей и их отношений с детьми [12].

Литература

1. *Семья Г.В.* Региональные требования социально-реабилитационных и правовых услуг, предоставляемых воспитанникам в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. – М.: ООО «Вариант», 2011.
2. *Хижаяева Т.М.* Теоретические основы и методика организации социальной реабилитации детей, находящихся в трудной жизненной ситуации: учеб. пособие. – Изд-во Иркут.гос. ун-та, 2010.
3. *Шульга Т.И.* Работа с неблагополучной семьей: учеб. пособие – М.: Дрофа, 2005.
4. *Александров Д.А., Атухина Т.В., Бугрименко Е.А. и др.* Бедность и развитие ребенка – М.: Рукописные памятники древней Руси, 2015.
5. Отчет Всемирного банка «Mind, Society, And Behavior», 2014.
6. *Олиференко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева Н.Ф.* Социально-педагогическая поддержка детей группы риска – М.: Академия, 2002.
7. *Шульга Т.И., Слот В., Спаниард Х.* Методика работы с детьми «группы риска» – М.: Дрофа, 2000. С. 14–18.
8. *Ширманова Е.В.* Психологические основы диагностической беседы педагога дополнительного образования с подростком из неблагополучной семьи // Интеграция образования. 2008. № 1. С. 33–42.
9. *Мерцалова Л.В.* Социокультурная реабилитация как одно из направлений социальной работы // Материалы I Междунар. науч.-практ. конф. Т. I. – Новосибирск: Новосиб. гос. тех. ун-т. 2001. С. 363–374.
10. Указ Президента Российской Федерации от 01.06.2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» // СЗ РФ. 2012. Вып. № 23. Ст. 2994.
11. *Рубцов В.В., Шведовская А.А., Дубовик А.С., Семья Г.В.* Об основных результатах мониторинга первого этапа реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 1. С. 30–66.
12. *Семья Г.В., Зайцев Г.О., Зайцева Н.Г.* Формирование российской модели преодоления социального сиротства // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 1. С. 67–82.

ВЛИЯНИЕ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ НА АКТИВИЗАЦИЮ РЕСУРСОВ СЕМЬИ

Шинина Т.В.

к. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии развития факультета «Клиническая и специальная психология» ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», член международной психологической ассоциации International Society for the Study of Behavioral Development (ISSBD)
ShininaTV78@gmail.com

Аннотация. В статье представлена многомерность понятия трудной жизненной ситуации. Обосновывается, что в последнее время произошло смещение фокуса научно-практических исследований с парадигмы семейного неблагополучия на раскрытие ресурсов семьи. Рассматриваются основные типы личностно-развивающих ресурсов семьи – ресурсы адаптации и ресурсы социализации.

Ключевые слова: трудная жизненная ситуация, семья, совладающее поведение, ресурсы

Keywords: difficult life situation, family, coping behavior, resources

С каждым годом растет количество семейного неблагополучия, и причины связаны с увеличением разводов, распадом и нестабильностью в семье, утратой семейных ценностей, возрастанием случаев болезни и смертности одного из супругов. В настоящее время в большинстве развитых стран наблюдается второй демографический переход от малодетной к преимущественной однодетной семье. На фоне общего сокращения рождаемости происходит рост внебрачных детей. Еще один признак нестабильности семейного образа жизни – убеждение, что одиночество является привлекательным и комфортабельным стилем жизни (И.Ф. Дементьева 2005; М.Ю. Казарян, А.И. Сайфугалиева, 2005; Г.В. Семья 2010, 2013, Т.И. Шульга 2010, 2012; 2014, Е.И. Холостова 2011, 2013, 2014 и др.).

Современная социальная ситуация развития отражает социальные нововведения в области поддержки семьи и детства. В научно-исследовательских работах Т.Л. Крюкова и Е.В. Куфтык отмечают, что «...семьи, столкнувшись с трудными ситуациями, по-разному противостоят этим трудностям. Вектор внутрисемейного совладания с трудностями детерминирован веером факторов, а именно: особенностями семейной ситуации развития, которое является ресурсом социального пространства семьи, целенаправленно оказывает влияние на выбор семейного копинга; личностными особенностями членов семьи, в частности – особенностями отношения к стрессу; опытом преодоления трудных внутрисемейных ситуаций и т.д.» [4, 29]. Как отмечает Ткаченко И.В. «В рамках ресурсного подхода к копингу выделяют две траектории реакций, семейные стабилизаторы в ситуации переживания

трудностей: функциональные (поглощают потребности семьи; относят общее место проживания, общие развлечения, обоюдный интерес партнеров) и дисфункциональные – препятствуют реализации функций, к ним относятся болезнь члена семьи, асоциальное поведение членов семьи, несогласие с ценностями партнера» [7, 55].

Кризисные ситуации, ускорение времени, стресс, напряжение – естественная часть семейного опыта, учитывая то, что семья постоянно развивается, запуская изменения внутри семейной системы. Воздействия внешней среды на членов семьи и семью в целом зависит от того, насколько семья управляет стрессом, либо приспосабливается к нему, а также от степени устойчивости к условиям неопределенности [10, 159].

Результативность работы с семьей зависит от *выбранных технологий работы в оценке* социальной ситуации, которое осуществляет два неразрывно взаимосвязанных процесса: во-первых, диагностика, т.е. сбор данных о клиенте и его семейной истории; во-вторых, интервенции, т.е. система воздействий на симптом семейной системы и формулирование рекомендаций о состоянии клиента, членов его семьи и нахождение ресурсных точек.

В своей работе психолог социальной сферы может использовать *технологическую карту исследования семьи*, представленную в таблице 1.

Безусловно, на пути поиска ресурсных точек, нам важно определиться в чем же заключается *трудная жизненная ситуация*. Современная психология предлагает три подхода к пониманию стрессов и трудностей, а также их измерению [2]. Первый подход: любое изменение является стрессовым и требующим адаптации. Второй подход: выделение повседневных неприятностей, микрострессоров, или трудностей, основывается на повседневной жизни [2, 40]. Третий подход: хронические стрессы. Это стрессоры, которые постоянно присутствуют в жизни человека (отсутствие работы, плохие жилищные условия, низкий доход).

А. Каннер с соавторами рассматривают повседневные трудности «как стрессовые события повседневной жизни, которые вызывают нарушение самочувствия и воспринимаются как угрожающие, оскорбительные, фрустрирующие или связанные с потерями» [3, 28]. В качестве повседневных стрессовых нагрузок можно выделить: неприятности, которые связаны с домашними делами; сложности, возникающие в воспитании детей; повышение цен на продукты и товары; другие денежные заботы; повышение нагрузки на работе и т.д.

А. Фернхэм и М. Аргайл выделяют следующие типы трудных социальных ситуаций: «...интимность (ситуации, предполагающие взаимодействие с малознакомыми людьми, особенно противоположного пола); настойчивость (ситуации, когда возникает необходимость выступить в защиту собственных прав); центр внимания (ситуация, вынуждающая человека оказываться в центре внимания группы); сложные социальные процедуры

Таблица 1. Технологическая карта исследования семьи

1. Использование опросников	Преимуществом является возможность получения информации о возникающих ситуациях, недоступных для непосредственного наблюдения. Ограничения опросников – высокий уровень «благожелательных» ответов респондентов.
2. Контакт с семьей	Психолог социальной сферы получает много информации, которая касается как поведения членов семьи и их взаимодействия, так и сведений о структуре семьи и её истории.
3. Используется межведомственный подход	Данный подход позволяет консолидировать ресурсы специалистов разных ведомств в работе с семьей.
4. Подготовка комплексного заключения	По результатам проведения социально-психологической диагностики семьи составляется комплексное заключение и определяется оптимальная форма работы с несовершеннолетним и его семьёй, например: <ul style="list-style-type: none">– индивидуальные профилактические занятия с ребенком и его родителями;– содействие в урегулировании конфликтов (реализация посреднической функции между семьей и другими институтами);– направление на социальную стационарную и полустационарную реабилитацию;– проведение сетевых встреч;– интенсивная семейная терапия на дому;– рекомендации на получение специализированной помощи в других организациях города, согласно выявленной проблематике (организации здравоохранения, образования и др.).

и этикет (ситуации, предполагающие соблюдение определенных ритуалов); неудача или непринятие (ситуации, в которых высок шанс неудачи); боль (ситуация, связанная с потерей близкого человека: друга, партнера или члена семьи)» [1, 215].

Семья является основным компонентом среды, в которой человек живет первую четверть жизни, как в коконе (если повезет), и которую он пытается построить всю оставшуюся жизнь [3]. На протяжении всего жизненного цикла семья постоянно сталкивается с трудными ситуациями, объективно нарушающими жизнедеятельность человека или его семьи, либо субъективно воспринимающимися им как сложные и непреодолимые самостоятельно.

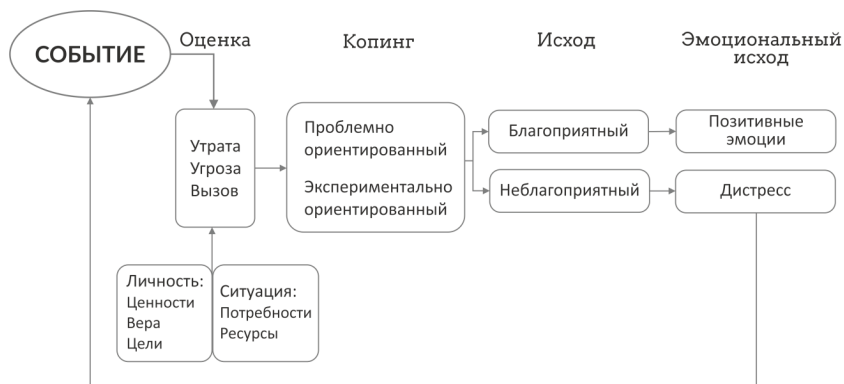


Рисунок 1. Влияние трудной жизненной ситуации на семью

Трудность мы рассматриваем как жизненное событие или ситуацию, которую человек оценивает для себя как важную, угрожающую потерей или уничтожением какой-либо ценности, которая оказывает влияние на формирование паттернов поведения и появление неблагоприятных симптомов [9].

Систематизация трудностей в зависимости от источника и их воздействия на семью позволяет условно выделить несколько групп факторов:

Неблагоприятное воздействие психосоциальных процессов, которое включает:

а) глобальные – войны, экологические катастрофы, переживание природных бедствий и техногенных катастроф;

б) макросистемные – национальные и этнические кризисы, экономические кризисы, культурные конфликты, миграционные процессы и отрыв от родной среды обитания;

в) экзосистемные – конфликтные отношения в социальном окружении (производство, образовательные структуры, правовые институты и др.).

Трудности, возникающие в естественных условиях, связанных со сменой жизненных стадий семьи (периодов кризисов развития и периодов стабилизации), или «нормативные стрессоры» (кризисы развития, возникающие с прохождением семьи через основные этапы жизненного цикла):

а) резкая смена образа жизни (структурной организации) в точках перехода от одного этапа к другому, когда перед членами семьи встают новые задачи, требующие перестройки их взаимоотношений, адаптации к текущей ситуации и выработки нового образа семьи: принятие супружеских обязательств, освоение супругами родительских ролей и принятие факта появления в семье ребенка, включение детей во внесемейные институты (детский

сад, школа), принятие факта вступления ребенка в подростковый период, уход детей из семьи;

б) суммирование трудностей («наложение» друг на друга) на определенной стадии жизненного цикла (на этапе детородящей семьи – длительный уход за ребенком, одновременное ведение домашнего хозяйства, завершение получения образования и решение жилищной проблемы).

Трудности, обусловленные неблагоприятными вариантами жизненного цикла:

а) изменения в структуре семьи (отсутствие одного из членов, появление приемного ребенка, рождение внебрачного ребенка и др.);

б) формирование, фиксация и передача паттернов реагирования в направлении от поколения прародителей к поколению внуков в дисфункциональных семьях (вариант социального наследования);

в) наличие в семье проблемного члена (серьезное заболевание или нарушение развития у одного из членов семьи).

По силе и продолжительности воздействия трудности, возникающие перед семьей и угрожающие ее жизнедеятельности, подразделяются на острые и хронические.

Хронические трудности – это постоянно повторяющиеся тяжелые испытания (длительный и устойчивый конфликт между членами семьи, высокая физическая и психическая нагрузка в быту и на работе, невозможность иметь ребенка и пр.).

В семье возникает состояние, когда нарушено равновесие между воспринимаемыми и реально существующими требованиями к семье (в виде угрозы, потери), а также наличие возможности справиться с ними, и говорят о «семейном стрессе».

Состояние, когда в ответ на требования социальной среды (ситуации), происходит ожидание, которое превышает возможности членов семьи и создает угрозу утраты семейных ценностей, переживание негативных чувств и общего напряжения у всех членов семьи, называется семейный стресс.

С. Хобфолл определяет семейный стресс как «...продолжение индивидуального стресса, продолжающегося в семье, когда окружающая среда предъявляет повышенные требования к индивидуальным ресурсам членов семьи и коллективным семейным ресурсам, что приводит к значительному их расходованию и угрожает семейному благополучию. Семейный стресс рассматривается как нарушение в устойчивом положении семьи» [5, 5].

Стресс изменчив по своей природе, и, если уровень «нормативного» стресса превышен, то он переходит в кризис. В отличие от стресса кризис характеризуется неспособностью семьи восстановить стабильность и постоянство, чтобы изменить структуру семьи и модели взаимоотношений.

По мнению Р. Хилла, специфическими стрессорами являются следующие жизненные события и изменения:

- 1) появление нового члена – изменяет структуру семьи посредством включения члена семьи (например, рождение ребенка);
- 2) потеря – изменяет структуру семьи в результате смерти члена семьи;
- 3) снижение уровня психологического климата семьи и ее единства (например, алкоголизм одного из членов семьи, насилие);
- 4) изменение структуры семьи, психологического климата и ценностей под влиянием измененного члена семьи (например, проблемный член семьи).

Скопление стрессовых событий, а не один отдельный случай, несомненно, увеличит семейный стресс, снизит вероятность совладания, что вызовет развитие семейного кризиса. Семейное нарушение затрагивает сферы функционирования семьи. К «проблемным» семьям относятся все семьи с нарушением функционирования, а также семьи, которые обладают низким потенциалом для решения задач, направленные на развитие стадий жизненного цикла, которые, в свою очередь, не обеспечивают личностный рост каждого из своих членов [6; 8].

Способность семьи к адаптации – это способность встретить трудности и изменить направление их воздействия. Ресурс в данном контексте выступает как часть семейных способностей сопротивления кризису. По мнению Р. Анджелла, семейное единство и способность семьи к адаптации формируют семейные ресурсы [10].

Введение принципа единства личностно – развивающих ресурсов супружеских и детско-родительских отношений в пространстве семьи – Ткаченко И.В. в своем исследовании выделяет два основных типа личностно – развивающих ресурсов семьи – ресурсы адаптации и ресурсы социализации (табл. 2) [5].

Ткаченко И.В. отмечает, что «...психологический портрет личности будет иметь неблагоприятный прогноз, если будет приоритетно использование ресурсов адаптации в ущерб ресурсам социализации может привести к росту тревожности личности; использование ресурсов социализации в ущерб ресурсам адаптации – к внутренней конфликтности, самообвинению, аффективному поведению, социальной фрустрированности, субъективному переживанию одиночества, эмоциональному истощению» [5, 8].

Для достижения социально-психологической устойчивости семейной системы, необходимо сделать: перенос акцента с преодоления неблагоприятной ситуации на поддержку семьи, активизацию ее внутреннего потенциала; переход от экстренного вмешательства в проблему семьи и ребенка к прогнозированию и решению зарождающейся проблемы на ранних этапах; переход от тактики контроля к партнерству с семьей и открытости.

Важный семейный ресурс – эффективные способы общения, то есть способность семьи обмениваться как информацией, так и эмоциями друг с другом в манере, понятной и приемлемой для членов семьи. Данный семейный ресурс важен, он помогает семье координировать свои ресурсы,

Таблица 2. Психологические аспекты личностно-развивающих ресурсов семьи

Группы личностно-развивающих ресурсов	Характеристики психологических ресурсов	Психологический портрет личности
<p>Первая группа личностно-развивающих ресурсов семьи <i>«ресурсы адаптации»</i></p>	<p>– эмоциональные ресурсы, возникающие из супружеской (привязанности, дружбы, эмпатии и т.д.) и родительской любви. – ресурсы безопасности расширенная временная перспектива. Ориентация на будущее. – позитивный эмоциональный фон, складывающийся между членами семьи (супругами, детьми и родителями). Сочетание эмоциональной чуткости к членам семьи с заботой о безопасности и ожиданием будущего способно составить достаточно мощный ресурс личностного развития в семье.</p>	<p>– обладают ниже среднего уровнем самооценки и уровнем притязаний; – преобладает ориентация на будущее; – знают свои главные цели в жизни, последовательно, настойчиво стремятся к их достижению; – экстравертны, быстро устанавливают контакты и находят общий язык с окружающими; – имеют высокий уровень эмпатийности; – эмоционально неустойчивы, достаточно часто у них доминирует тревожно-депрессивный фон настроения; – стараются не допускать конфликты, но при их возникновении склонны преодолевать их через компромисс.</p>
<p>Вторая группа личностно-развивающих ресурсов семьи <i>«ресурсы социализации»</i></p>	<p>– когнитивные ресурсы само- и взаимопонимания, сочетающиеся с ориентацией на личностные достижения. – поведенческие ресурсы супружеских отношений</p> <p>Ресурсы данной группы лежат в основе лучшего «включения» членов семьи в окружающую социальную реальность.</p>	<p>– обладают эмоциональной зрелостью, спокойствием, уверенностью в себе, постоянством в своих планах и привязанностях; – принимают экзистенциальную ценность жизни «здесь и теперь»; – средний уровень самооценки и притязаний; – конфликты склонны решать через сотрудничество; – ставят перед собой мало реалистичные поведенческие цели, не всегда способны достичь поставленных задач; – обладают средним уровнем эмпатийности: – высокий уровень самоконтроля и склонность к снижению эмоционального фона, равнодушию или эмоциональному перенасыщению.</p>

а также совладать с требованиями стрессовой ситуации, в которую попала семья. Общение—ресурс для семьи, но только в том случае, если члены семьи используют утвердительные, положительные образцы общения, которые содержат взаимную поддержку, а не переходящие в борьбу образцы, впоследствии имеющие тенденцию ухудшать ситуацию посредством разногласий, криков и резких слов.

Ресурсы сообщества также эффективно помогают семье бороться со стрессом. Их определяют, как ресурсы, доступные извне семейной системе. Это могут быть общественные организации, социальные институты и социальная поддержка.

Из всех ресурсов сообщества *социальная поддержка рассматривается как основной буфер, способный защитить семью от распада вследствие стресса*. Социальная поддержка предоставляет семьям три формы поддержки:

- 1) эмоциональную (семья осознает, что о ней заботятся);
- 2) уважение (повышается самооценка и значимость семьи);
- 3) социальную сеть (семья чувствует, что принадлежит к сообществу).

Дополнительные ресурсы: удовлетворенность членов семьи ролевым поведением; подчинение личных амбиций семейным целям; взаимное удовлетворение в семье, которое достигается благодаря адекватному удовлетворению физических и эмоциональных потребностей членов семьи; цели, к которым семья движется сообща.

Семьи, настроенные оптимистично и способные оценить ситуацию положительно, быстрее справляются со стрессовыми ситуациями или приспосабливаются к ним. Изменение восприятия проблемы или ситуации включает в себя прояснение проблем в ситуации, то есть сокращение эмоциональной нагрузки, которая возникает вследствие стрессора, а также воодушевление, необходимое для того, чтобы продолжать нормально функционировать, несмотря на стресс, вследствие чего возможно переосмысление ситуации. Данная стратегия совладания возможна и, в особенности, полезна, когда семья не в силах изменить ситуацию, но способна поменять свое отношение к данной ситуации и её восприятие, и придать ей положительное, позитивное значение. Происходит переосмысление, а за ним следуют эмоциональные и поведенческие изменения, которые помогают семье далее решать проблемы и управляться со стрессом.

Литература

1. Межличностное общение: Учеб. для вузов / В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша. – СПб. [и др.]: Питер, 2001. – 544 с. – С. 219–227.
2. *Брайт Д.*, Стресс. Теории, исследования, мифы: [Секреты болезни цивилизации: Пер. с англ.] / Джим Брайт, Фиона Джонс. – 2-е междунар. изд. – СПб.: Прайм-Еврознак; М.: Олма-Пресс, 2003. – 352 с.

3. *Дружинин В.И.* Психология семьи.– Екатеринбург: Деловая книга, 2000.– 208 с.
4. *Крюкова Т.Л.*, Психология семьи: жизненные трудности и совладение с ними / Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, Е.В. Куфтяк.– СПб.: Речь, 2005.– 239 с.
5. *Нейпир О.*, Семья в кризисе: опыт терапии одной семьи, преобразивший всю ее жизнь / Огастус Нейпир, Карл Витакер; [пер. с англ.: Кукаркина Е.В. и др.].– М.: Когито-центр, 2005 (ОАО Можайский полигр. комб.).– 342 с. С. 9–10.
6. *Постылякова Ю.В.*, Ресурсный подход в изучении семейного стресса [Текст]: Материалы Всероссийской научной конференции «Психологические проблемы современной российской семьи», Москва, 14–16 октября 2003 г.– М., Ч. 2.– [2003].– 256 с.– С. 69–72.
7. Психология социальной работы [Текст]: учебник / [И.Н. Галасюк, О.В. Краснова, Т.В. Шинина]; под ред. О.В. Красновой.– Москва: Дашков и К°, 2013.– 302 с. (Галасюк И.Н.– С. 84–184, 212–243).
8. *Ткаченко И.В.* Личностно развивающий ресурс семьи: онтология и феноменология / Ткаченко И.В.– Москва: Кредо, 2008 (Ростов н/Д: ИП Лункина Н.В.).– 277 с.
9. *Шинина Т.В.* Раннее выявление семейного неблагополучия: маркеры профилактической работы // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). 2016. № 1. С. 379–388.
10. *Шинина Т.В.*, Социально-психологические проблемы современной российской семьи // Интеллектуальный и научный потенциал XXI века [Текст]: сборник статей Международной научно-практической конференции, 1 февраля 2016 г.: [в 4 ч.] / Научно-изд. центр «Аэтерна»; [отв. ред.: Сукиасян Асатур Альбертович].– Уфа: Аэтерна, 2016.– С. 159–163
11. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В.В.* Психология и психотерапия семьи.– СПб.: Питер, 1999.– 656 с.
12. *Alvord M. K., Grados J.J.* Enhancing resilience in children: a proactive approach // Professional psychology: research and practice.– 2005.– V. 36(3).–P. 238–245. (255)

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, СКЛОННЫХ К САМОВОЛЬНЫМ УХОДАМ, В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Антипина М.А.

Аспирант кафедры социальной психологии ГБОУ ВО МГОУ (областной)
заместитель директора по социально-реабилитационной работе
ГКУ СРЦ «Алтуфьево» ДТСЗН города Москвы
Antipina1701@yandex.ru

Юсуфова С.Л.

заведующий отделения интенсивной реабилитации
ГКУ СРЦ «Алтуфьево» ДТСЗН города Москвы
ysufova@rambler.ru

Аннотация. В статье представлен аналитический срез из опыта комплексной интенсивной работы с детьми, совершающими самовольные уходы из семьи, за 16 месяцев деятельности отделения интенсивной реабилитации ГКУ СРЦ «Алтуфьево» ДТСЗН города Москвы. Представлена информация о деятельности родительского клуба, как актуальной технологии интенсивной реабилитации несовершеннолетних и восстановления детско-родительских отношений в условиях стационарной формы реабилитации подростков. Кратко даны основные принципы и направления работы по программе интенсивной комплексной реабилитации несовершеннолетних, склонных к совершению самовольных уходов и асоциальному поведению «РАДУГА ДИАЛОГА»

Ключевые слова: подросток, самовольные уходы, девиантное поведение, детско-родительские отношения, родительский клуб, социальная дезадаптация, индивидуальная программа интенсивной реабилитации несовершеннолетнего

Keywords: adolescent, deviant behavior, unauthorized leave, child-parental relationships, parent club, social disadaptation, individual juvenile programme of intensive rehabilitation

Отделение интенсивной реабилитации на базе Государственного казенного учреждения социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Алтуфьево» ДТСЗН города Москвы было открыто по решению Правительства Москвы 20 июля 2015 года. Предназначено для оказания помощи подросткам с девиантными формами поведения, совершающим систематические самовольные уходы из дома и организаций поддержки семей с детьми ДТСЗН города Москвы.

Концепция отделения

Все отклонения в поведении несовершеннолетних – безнадзорность, самовольные уходы, правонарушения, употребление психоактивных веществ,

имеют в своей основе один источник – социальную дезадаптацию. Основная причина дезадаптации – проблемы в семье.

Склонность к самовольным уходам и бродяжничеству может быть обусловлена неумением адаптироваться в обществе сверстников и взрослых, неумением с ними общаться и правильно взаимодействовать, наличием определенных характерологических особенностей (акцентуаций), эмоциональной неустойчивостью, неразвитым самоконтролем и неудовлетворенностью жизненных потребностей. Таким подросткам необходимо психолого-педагогическое сопровождение в трудные для них периоды жизни, чтобы уберечь их от асоциального, антиобщественного поведения, побегов и бродяжничества.

Основные причины, лежащие в основе социальной дезадаптации воспитанников отделения интенсивной реабилитации:

- Дисфункциональность семьи, отсутствие позитивных отношений с родителями;
- Школьная (учебная) дезадаптация ребенка, отсутствие мотивации к учебе;
- Социальная и педагогическая запущенность;
- Личностные особенности (возрастные, акцентуации характера, негативная Я-концепция, и т. п.);

- Причины социально-экономического и демографического характера.

За 16 месяцев (в период с 20.07.2015 г. по 16.11.2016 г.) в отделение поступило **69 несовершеннолетних** в возрасте от 12 до 17 лет.

При поступлении каждый подросток участвует в опросе, в котором он обозначает основные причины ухода из дома. Согласно опросу мы получили следующие данные:

- семейные конфликты – 65%
- наказания со стороны родителей – 30%
- безразличие родителей – 25%
- страх наказания за провинность – 25%
- «уйти за компанию с друзьями» – 20%
- непонимание родителей – 17%
- желание развлечься, ничего не делать – 20%
- от скуки – 17%

Принципы построения реабилитационной программы в работе с девиантными подростками.

Специалистами отделения разработан курс интенсивной реабилитации отклоняющегося от норм поведения, включая самовольные уходы из дома. Данный курс представлен 6 тематическими блоками:

- блок выявления ресурсных зон подростка
- блок личностного роста
- блок формирования навыков коммуникативной компетентности
- блок оптимизации детско-родительских отношений

- блок профессионального самоопределения
- блок формирования навыков социальной адаптации

Данный курс рассчитан на 12 недель интенсивной работы и базируется на основных принципах социально-психологического тренинга. Среди различных методов психокоррекции бродяжничества у подростков предпочтение отдается групповой психокоррекции. Работать с подростками 12–17 лет наиболее сложно, но такие группы имеют высокий коррекционный потенциал, так как в этом возрасте группа сверстников играет исключительную роль в жизни подростка, именно общество сверстников становится самым важным фактором его социального развития.

Занятия проводятся ежедневно с понедельника по субботу. Указанный курс решает следующие задачи:

1. Повышение уровня социальной адаптации подростков
2. Развитие навыков самоконтроля
3. Формирование адекватной самооценки
4. Повышение коммуникативной компетенции
5. Развитие ответственности за собственное поведение

Подросток, склонный к побегам, испытывает глубокие переживания[5]. Ему нужна поддержка, чтобы выразить чувства тревоги, одиночества, самоуничтожения. Подростку нужно показать, каким образом он может брать на себя ответственность за свою собственную жизнь.

Если вернуться к анализу причин самовольных уходов, то мы с вами увидим, что самый высокий процент уходов детей из дома происходит из-за конфликтов в семье. Стремление подростка к независимости, самоутверждению – это неистребимая фундаментальная человеческая психика. Особенно психика подростка, для которой характерна так называемая реакция эмансипации, связанная с протестом против консервативных устоев, со стремлением к автономности, отделению от семьи и взрослых, избавлению от их опеки. Соответственно одним из ключевых моментов реабилитационного процесса является работа с подростком и его семьей.

В центре создан Клуб для родителей. Родительский клуб является одной из форм социально-психологической деятельности отделения интенсивной реабилитации, объединяющей родителей общими интересами, побуждающей к общению друг с другом, к сотрудничеству со специалистами СРЦ «Алтуфьево»

Клуб стимулирует стремление родителей к самопознанию, пробуждает интерес к личности ребёнка, желание оказывать ему помощь и поддержку, где родители и специалисты СРЦ выступают как единомышленники и партнёры.

Цели и задачи создания и функционирования родительского Клуба:

- Повышение уровня компетентности по проблемам внутрисемейных взаимоотношений
- Формирование осознанной семейно-ролевой позиции у детей и взрослых

- Выработка умений и навыков конструктивного разрешения кризисных ситуаций в семье
- Гармонизация семейных отношений
- Профилактика семейного неблагополучия
- Оказание помощи родителям в выходе на новый уровень понимания детей, активизация конструктивных ресурсов семьи

Помимо общих задач, указанных выше, работа родительского клуба решает и частные задачи:

- формирование мотивации родителей на личностные изменения и саморазвитие;
- расширение осознанности мотивов семейного воспитания и формирование навыков сотрудничества с ребенком;
- повышение компетентности родителей в решении трудных ситуаций межличностного общения в семье;
- проработка конфликтных ситуаций детско-родительского взаимодействия;

Форма организации работы Клуба:

- Групповые и тренинговые занятия родительских групп;
- Групповые и тренинговые занятия детско-родительских групп, объединяющие детей и их родителей;
- Индивидуальные консультации с родителями
- Консультации родителей с детьми
- Групповые занятия проводятся с периодичностью 1 раз в неделю
- Индивидуальные встречи с родителями по договоренности со специалистами, но не реже 1 раза в неделю.

Регулярно занятия посещают 54% родителей от общего числа семей несовершеннолетних отделения интенсивной реабилитации и 1% родителей бывших воспитанников.

Во всех семьях были выявлены проблемы детско-родительских отношений (см. диаграмму 1). В 52 семьях из 69 семей работа показала положительную динамику (75%)

Диаграмма 1
Результаты работы родительского Клуба

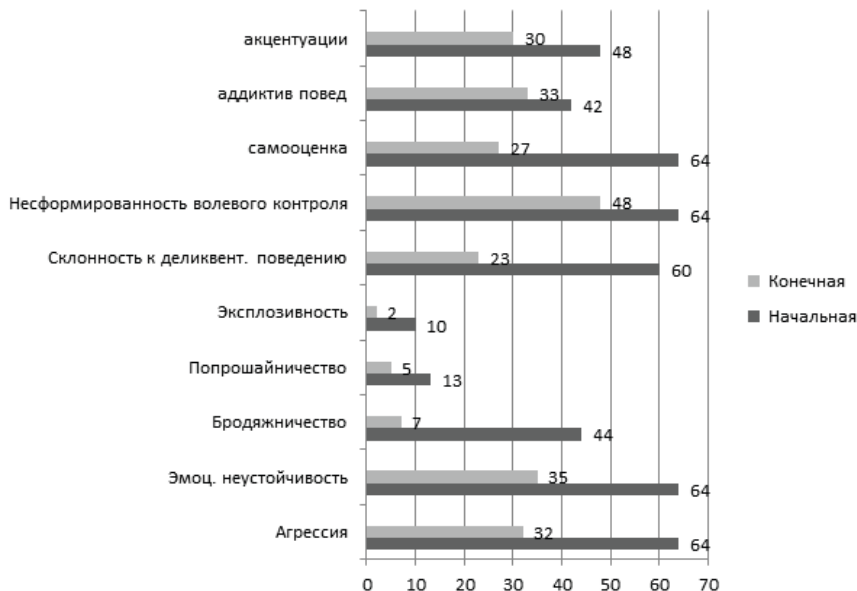


Основная проблематика, выявленная у подростков, поступивших в отделение – склонность к отклоняющемуся поведению, имеющую многообразие причин, среди которых слабость волевой саморегуляции, инфантилизм, акцентуации. По результатам работы, у 34 подростков (50%) отмечалась положительная динамика в данных характеристиках. У всех подростков 69 человека – (100%) по результатам тренингов общения, выявлены позитивные изменения коммуникативных навыков.

Повышение учебной мотивации – одна из сложных проблем, решение которой в разной степени отмечено по результатам итоговой диагностики у 30 (44%) подростков. Мониторинг результатов психокоррекционной работы отклоняющегося поведения ведется по выработанной системе баллов и результатам опросника склонности к отклоняющемуся поведению подростков (Орел).

Результаты, полученные междисциплинарной командой [7] специалистов (специалист по работе с семьей, специалисты по реабилитационной работе в социальной сфере, психолог в социальной сфере) за первые месяцы деятельности отделения интенсивной реабилитации позволили разработать, апробировать и внедрить программу отделения «Радуга диалога»

Диаграмма 2
Результаты интенсивной реабилитации с несовершеннолетними



«РАДУГА ДИАЛОГА» – комплексная программа интенсивной реабилитации несовершеннолетних, склонных к совершению самовольных уходов и асоциальному поведению.

Целью программы является интенсивная реабилитация и ресоциализация несовершеннолетних жителей города Москвы, с девиантным поведением, совершающих систематические самовольные уходы из дома, из центров поддержки семьи и детства, подведомственных ДТСЗН города Москвы.

Основными задачами, реализуемыми программой «Радуга диалога», перед междисциплинарной командой специалистов поставлены:

1. Организация интенсивной комплексной реабилитации несовершеннолетних склонных к самовольным уходам и асоциальному поведению, включая коррекцию их поведения и адаптацию в социуме.

2. Создание реабилитационного поля для ресоциализации подростков, имеющих отклонения в поведении.

3. Оказание социально-реабилитационной помощи несовершеннолетним и их семьям.

4. Стабилизация детско-родительских отношений. Обучение семей сознательному родительству на всех стадиях реабилитационного процесса.

5. Организация мониторинга по эффективности проводимой работы по профилактике самовольных уходов и асоциального поведения.

6. Разработка и внедрение инновационных технологий и прогрессивных методик работы с несовершеннолетними, с девиантными формами поведения.

Проведение интенсивной индивидуальной и групповой работы строится по следующим направлениям:

I. «Социально-педагогическая реабилитация»

- Комплексная диагностика
- Сопровождение образовательного процесса
- Учебно-воспитательная работа

II. «Психологическое реабилитация»

- Психологическая диагностика
- Психологическое консультирование
- Сетевая семейная терапия
- Тренинг

III. «Социально-трудовая реабилитация»

- Социальная диагностика
- Социальные взаимодействия
- Трудотерапия

IV. «Социокультурная реабилитация»

- Социокультурная диагностика
- Работа студий/мастерских
- Терапия творчеством

V. «Профилактическая работа»

- Профилактика правонарушений, употребления табакокурения, ПАВ
- Профилактика экстремизма
- Профилактика суицидального поведения
- Профилактика компьютерной зависимости

Ожидаемым результатом интенсивной реабилитации несовершеннолетнего является ресоциализация подростка и полноценное функционирование в социуме[1]. Восстановление позитивных детско-родительских отношений, воссоединение подростка с семьей, снижение рисков самовольных уходов и асоциального поведения.

Программа предусматривает реализацию мероприятий по следующим направлениям:

1. Социально-педагогическое «Мой шанс»

Цель: Адекватное включение подростка в систему общественных отношений

Задача: Выявление источников и причин социальной дезадаптации

2. Психологическое «Мой настрой»

Цель: Комплексная психологическая коррекция поведения несовершеннолетних

Задача: Коррекция девиантного поведения подростков и их личностных характеристик

3. Социально-трудовое «Мои достижения»

Цель: Создание условий для социально-трудовой деятельности и реализации творческих замыслов, путем формирования трудовых умений и навыков, развития познавательных и профессиональных интересов

Задача: Воспитание позитивного отношения к труду и трудовой деятельности, путем включения воспитанников в различные виды труда (бытовой, общественно-полезный и т.д.)

4. Социокультурное «Мое вдохновение»

Цель: Организация социально-досуговой среды, направленной на приобретение нового опыта социального взаимодействия, развитие коммуникативных способностей, творческого потенциала, новых умений и навыков.

Задача: Приобщение подростков к активному досугу

5. Профилактическое «Мой выбор»

Цель: Формирование у подростков оптимальной адаптации к жизни, как процесса сознательного построения и достижения ребенком относительно устойчивых отношений между собой, другими людьми и миром в целом

Задача: Профилактика негативных предпосылок в решении жизненных задач, поиск новых ресурсов для преодоления проблем.



Мы рассматриваем подростка всесторонне, в развитии, взаимосвязи и взаимодействии с внешней средой, выделяем его настоящее состояние, прогнозируем будущее (см. схему 1)

ПРИНЦИПЫ реализации интенсивной реабилитации:

- Принцип «комплексность»
- Принцип «интенсивность»
- Принцип «целостность и системность»
- Принцип «целенаправленность»
- Принцип «терапия средой»
- Принцип «реализация внутреннего потенциала»

Эффективность программы:

Выполнение комплексных мероприятий программы позволит подростками их семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, преодолеть негативные тенденции асоциального поведения, обрести ресурс в решении повседневных задач.

Срок реализации программы: постоянно действующая программа процесса интенсивной реабилитации поступающих несовершеннолетних в отделение. Координацию деятельности и контроль над выполнением программы осуществляет социальный Консилиум, который работает согласно утвержденному Положению[4]. Результаты интенсивной реабилитации фиксируются в индивидуальных программах реабилитации (см. прилож. 1).

Одним из показателей успешной работы по интенсивной реабилитации является сокращение фактов самовольных уходов из дома и социально-реабилитационных центров, расширение позитивных паттернов поведения подростков. Основной акцент в работе каждого специалиста делается на ежедневную оценку изменений динамики изменений запланированных результатов по каждому показателю индивидуальной программы интенсивной реабилитации (см. приложение 1).

Литература

1. *Белых О.Б.* Особенности управления социальной реабилитацией несовершеннолетних с отклоняющимся поведением: автореф. дис. канд. социол. наук: 22.00.08 / О.Б. Белых. – Режим доступа http://www.mosgu.ru/nauchnaya/publications/2009/abstracts/Belykh_OB.pdf.
2. Дети с отклонениями поведения. /Под ред. В.С. Мухиной. – М.: Просвещение, 1999. 208 с.
3. *Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. – М.: Медицина, 1999. 255 с.
4. Организация социально-реабилитационного процесса детей-мигрантов и их семей в условиях мегаполиса: Методическое пособие / Под ред. Т.М. Барсуковой, Т.В. Шининой, Г.И. Успенской, М.А. Антипиной. – М., 2016. –132 с. (Серия «Портфель специалиста по работе с семьей»)
5. Программа коррекции агрессивного поведения подростков, Мануйлова Ю. Е., педагог-психолог <http://festival.1september.ru/articles/560496/>
6. Психологический тренинг с подростками / Л.Ф. Анн. – СПб.: Питер, 2003. 272 с.
7. *Родионов В.А.* Я и все-все-все. Тренинговые занятия по формированию социальных навыков для учащихся 5–9-х классов.
8. *Шульга Т.И.* Психологическое сопровождение семьи: учеб. пособие/Т.И. Шульга. – М.: НОУ ВПО МЭИ, 2014. – 154

ОСОБЕННОСТИ СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ

Шульга Т.И.

Доктор психологических наук, профессор кафедры социальной психологии ГОУ ВО Московской области Московский государственный областной университет
shulgatiana@gmail.com

Аннотация. Статья раскрывает опыт работы по психологическому сопровождению замещающих семей. В настоящее время повсеместно создаются Центры сопровождения замещающих семей, но специалисты испытывают затруднения в оказании помощи таким семьям. Помимо этого, отсутствуют программы сопровождения замещающих семей. При этом замещающие семьи принимают часто не одного ребенка, а нескольких детей. Описанные этапы сопровождения являются типичными в оказании помощи, что будет востребовано в практике.

Ключевые слова: обогащенная и обедненная среда семьи, эмоциональная среда семьи, замещающая семья, приемные дети, деинституционализация, привязанности, социализация, десоциализация, адаптация, досуговая среда

Keywords: enriched and depleted family environment, emotional family environment, adoptive family, adopted children, deinstitutionalization, attachment, socialization, de-socialization, adaptation, recreational environment

Сопровождение определяется как профессиональная консультативная, юридическая, психологическая, педагогическая, медицинская, социальная помощь гражданам, принявшим ребенка (детей) на воспитание в семью. Основной целью сопровождения является обеспечение семей, принявших ребенка на воспитание, высококачественными и доступными услугами по сопровождению для создания благоприятных условий развития и социализации принятого ребенка, предотвращения вторичного сиротства.[6; 8; 9; 13; 15]

Основные задачи сопровождения семьи:

- Создание оптимальных условий для развития и социализации ребенка, переданного на воспитание в семью.
- Предотвращение отказа от ребенка, переданного на воспитание в семью.
- Организация и осуществление эффективной замещающей семейной заботы.
- Профилактика кризисных ситуаций в семье и содействие укреплению семьи.

Для организации сопровождения необходимы профессиональные специалисты: психологи, социальные педагоги, юристы и пр. Основанием для привлечения организаций к осуществлению сопровождения является ст. 6 Федерального закона от 24.04.2008 N48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», в соответствии с которой полномочия органов опеки и попечительства могут осуществлять образовательные организации, медицинские организации,

организации, оказывающие социальные услуги, или иные организации, в том числе для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

К таким учреждениям, в первую очередь, относятся:

- учреждения системы образования (образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и т.д.);

- учреждения социального обслуживания (специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, территориальные центры социальной помощи семье и детям, центры психолого-педагогической помощи населению, центры экстренной психологической помощи и т.д.);

- учреждения системы здравоохранения (дома ребенка и т.д.) и другие.

Последовательность действий команды специалистов при разработке и реализации индивидуальной Программы сопровождения семьи.

Этапы	Действия специалистов
Диагностический	-сбор информации; – установление контакта с семьей; – комплексная диагностика ресурсов приемной семьи; – комплексная диагностика развития ребенка; – анализ результатов наблюдений, заключений специалистов.
Организационный	-утверждение на методическом совете (консилиуме, методическом объединении) индивидуальной Программы сопровождения; – назначение ответственных за выполнение мероприятий индивидуальной Программы сопровождения.
Реализация индивидуальной Программы сопровождения	-назначение кураторов; – контроль за ходом выполнения мероприятий индивидуальной Программы сопровождения; – ежеквартальный анализ результатов выполнения индивидуальной Программы сопровождения; – внесение корректив в индивидуальную Программу сопровождения; – направление рекомендаций для специалистов в сфере опеки, попечительства и патронажа по внесению изменений в план по защите прав ребенка; – мониторинг эффективности услуг сопровождения.
Анализ эффективности индивидуальной Программы сопровождения	– закрытие случая, пролонгация (по необходимости) индивидуальной Программы сопровождения семьи или переход семьи на базовый уровень сопровождения; – получение отзывов от замещающей семьи; – отчет специалистов о проделанной работе.

В процессе сопровождения замещающие семьи получают психологическую помощь в соответствии со своими потребностями и с учетом сложности ситуации в семье на 3-х основных уровнях: базовом, кризисном, экстренном.[1; 2; 5; 24; 25; 29]

На базовом уровне сопровождения семьи получают общую психолого-педагогическую поддержку. Работа специалистов направлена на социально-педагогическое просвещение родителей, психологическую помощь. Семья может получать следующие услуги: – посещение клубов, центров и др.;

- участие в тренингах, направленных на укрепление детско-родительских отношений, тематических семинарах;
- участие в мероприятиях реабилитационного досуга (праздники, экскурсии, посещение театров и т.д.);
- участие в мероприятиях, направленных на подготовку ребенка к самостоятельной жизни, профориентацию и (или) трудоустройство;
- консультации психологов, социальных педагогов, юристов;
- диагностические обследования семей психологом (по запросу семьи);
- иные услуги по оказанию помощи ребенку и семье, принявшей его на воспитание.

На кризисном уровне семьи получают специализированную помощь по устранению психологических проблем. На этом уровне возрастает интенсивность сопровождения, для помощи семье привлекаются узкопрофильные специалисты (нейропсихолог, детский психиатр и др.). Основной формой работы с семьей становится социально-психологический патронаж. Семья может получать следующие услуги:

- индивидуальные консультации специалистов Центра, в том числе по запросу семьи – узкопрофильных;
- психокоррекционные мероприятия;
- социально – педагогический патронаж семьи, принявшей ребенка (детей) на воспитание;
- психодиагностика семейного кризиса.
- иные услуги по оказанию помощи ребенку и семье, принявшей его на воспитание.

На экстренном уровне сопровождения помощь семье направлена на предотвращение возврата ребенка в учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, защиту детей от возможного жестокого обращения. Семьи могут получать следующие виды услуг:

- выезд «Мобильной бригады» в семью в составе педагога-психолога, социального педагога, при необходимости юриста;
- консультирование по телефону доверия, а также посредством сети интернет, через программу «Skype»;
- социально – педагогический патронаж семьи, принявшей ребенка (детей) на воспитание;

- психодиагностика семейного кризиса;
- индивидуальное социально – правовое и психологическое консультирование;
- педагогическая коррекция;
- иные услуги по оказанию помощи ребенку и семье, принявшей его на воспитание.

В настоящее время наиболее сложным моментом в работе специалистов сопровождения замещающих семей является отсутствие четких критериев оценки состояния приемного ребенка в семье. В зависимости от выявленной оценки в соответствии с критериями выстраивается и помощь специалистов замещающей семье.

Предлагаем следующие рекомендации по оценке эффективности адаптации разных категорий детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе и с ОВЗ, в замещающих семьях.[25; 28; 29; 30]

Основными критериями оценки появления новообразований нами выделены:

1. Эмоциональная сфера ребенка и замещающих родителей.
2. Когнитивная сфера ребенка.
3. Личностная идентификация ребенка и замещающих родителей. [12; 14; 15; 16; 17; 19; 22]

Специалисты, осуществляющие социальное сопровождение могут опираться на следующие базовые показатели адаптации ребенка в замещающей семье:

1. Принятие и усвоение семейных правил, традиций.
2. Включенность в социально-бытовую жизнь семьи.
3. Включенность в систему внутрисемейных отношений.
4. Позиция по отношению к системе воспитательных воздействий.
5. Психологическое благополучие.

На основании поставленных задач специалистами субъектов сопровождения, а, также определив составляющие системы сопровождения замещающих семей и базовых показателей адаптации ребенка в замещающей семье, были разработаны критерии оценки ребенка.

Вызывают трудности формы и методы работы специалистов по сопровождению, помощи, поддержки семей с детьми, попавшими в трудную жизненную ситуацию. Для работы с такими семьями необходимо ориентироваться на возможности межведомственного взаимодействия. Предлагаем учитывать формы работы с семьями в ТЖС, которые хорошо зарекомендовали себя в практике работы специалистов Центров помощи семье и детям.

1. Системная работа с семьей, попавшей в трудную жизненную ситуацию. Включение представителей расширенной семьи. Поиск ресурсов в социальном окружении.

2. Работа в области детско-родительских отношений в семье, попавшей в трудную жизненную ситуацию: вовлечение отца, построение функциональных отношений между матерью и ребёнком.

Таблица 1
Пример оценки развития ребенка в замещающей семье

Показатели Развития	Показатели адаптации	Проявления дезадаптации
Физическое развитие	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хорошее здоровье, прибавка в весе 2. Ребенок не болеет 3. Хороший сон, исчезли ночные страхи и кошмары, восстановился сон 4. Хороший аппетит, стабилизация аппетита 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дефицит веса 2. Постоянные болезни, травмы 3. Плохой сон, напряженное состояние даже во сне 4. Ест с жадностью и беспокойством, ест без остановки 5. Плохой аппетит, с недоверием относится к местной еде
Психомоторное развитие	<ol style="list-style-type: none"> 1. Исчезновение стереотипных действий либо быстрое переключение с них. 2. Уверенный бодрый вид 3. Подвижность, активность 4. Ребенок младенческого возраста следит глазами за предметами, взрослыми, хватает предмет 5. Дети начинают ходить в установленные нормой сроки 6. Развитие самообслуживания (самостоятельно едят и одеваются) 7. Ловкость, спортивные достижения 8. Хорошая тонкая моторика (рисование, игра с мелкими предметами) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Моторные стереотипные аутистимуляторные действия (раскачивание, сосание пальцев, расцарапывание кожи и др.) 2. Нет других потребностей, кроме физических и биологических 3. Дети младенческого возраста долго не ходят, ползают 4. Ребенок может долго оставаться в кровати 5. Нет чувства времени
Эмоциональное развитие, характер	<ol style="list-style-type: none"> 1. Показывает плачем то, что не нравится 2. Преобладает хорошее настроение 3. Много улыбается, смеется 4. Терпеливость, спокойствие, уравновешенность 5. Уверенный вид 6. Чувство свободы 7. Открытость 8. Самостоятельность 9. Решительность, настойчивость, добивается своего 10. Любознательность 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Страх темноты, не засыпает один 2. Боится всего 3. Агрессия в случае неисполнения желаний (злится, кричит, жестикулирует) 4. Агрессия по отношению к родителям (крики, плач) 5. Упрямый характер

Показатели Развития	Показатели адаптации	Проявления дезадаптации
Взаимодействие с окружающими	<ol style="list-style-type: none"> 1. С другими детьми в семье демонстрирует дружбу и любовь 2. С другими детьми хорошее взаимодействие, игры, предпочтение отдается более взрослым детям 3. Лидер среди детей, любит играть с детьми своего возраста, подражает им 4. Активные игры с животными 5. Внимательно слушает родителей, отвечает на улыбку, обращение, реагирует на свое имя 6. Подражание родителям, матери, (ходит за матерью, старается делать то, что делает она) 7. Желание расположить к себе незнакомых людей, привлечь их внимание 8. Рад визитам других родственников, привязан к ним 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Боится других детей 2. Играет только с младшими детьми 3. Физическая агрессивность 4. Плачь, крик 5. Иногда от перевозбуждения проявляет агрессию по отношению к другим детям 6. Предпочитает играть один 7. Агрессия по отношению к родителям (крики, плач)
Социальное развитие, отношение к нормам, режиму	<ol style="list-style-type: none"> 1. Демонстрирует послушание 2. Ходит в садик без слез 3. Знает все правила и элементы повседневной жизни 4. Считается с запретами 5. Соблюдение гигиенических норм 6. Соблюдает режим без особого труда: правила и нормы придают уверенности 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Непослушание 2. Недовольство из-за требований родителей 3. Необходимы постоянные напоминания о правилах поведения с другими взрослыми людьми 4. Трудность в соблюдении правил и норм, режима
Развитие речи и общения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ищет общения 2. Легкость в общении 3. Общение на вербальном и невербальном уровне 4. Хорошее понимание речи 5. Произносит некоторые слова 6. Хорошо говорит 7. Свободно передает свои ощущения, желания 8. Вербализация агрессии как рефлексия первопричины 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Трудности в установлении контакта и общении 2. Замкнутость 3. Любит бывать в одиночестве 4. С трудом понимает речь окружающих (фрустрация в ситуации, когда никто не говорит на родном языке ребенка) 5. Небольшой словарный запас

Показатели Развития	Показатели адаптации	Проявления дезадаптации
Развитие речи и общения	<p>9. Вербализация эмоционального состояния (поток слов)</p> <p>10. Глубокие рассуждения о событиях и высказывание своих чувств по этому поводу</p>	<p>6. Не уверен в правильности произносимых слов, поэтому не любит говорить с чужими людьми</p> <p>7. Трудно вербализовать свои эмоции</p>
Игрушки, любимые занятия, обучение	<p>1. Активный интересный образ жизни</p> <p>2. Интерес к игрушкам</p> <p>3. Самостоятельная игра с игрушками и куклами</p> <p>4. Участие в игровой деятельности с детьми в детской группе</p> <p>5. Активное участие в спортивных занятиях, ждет их с нетерпением</p> <p>6. Игры на улице, любит играть на природе</p> <p>7. Любит разгадывать загадки, играть в настольные игры, ходить в кино, библиотеки, надевать красивые вещи</p> <p>8. Хорошо рисует, лепит, вышивает и т.п.</p> <p>9. Любит книжки, детские передачи, музыку</p> <p>10. Любит новое, любит исследовать</p> <p>11. Быстрая обучаемость</p> <p>12. Хорошо запоминает цифры, буквы</p> <p>13. Любит читать</p> <p>14. Все повторяет за взрослыми</p>	<p>1. Гиперактивность</p> <p>2. Не умеет играть с игрушками</p> <p>3. Не умеет играть самостоятельно, только с родителями</p> <p>4. Бегает бесцельно</p> <p>5. Залезает куда-либо</p> <p>6. Учится без желания</p>
Ощущение защищенности, привязанность к родителям	<p>1. Визуальный контакт</p> <p>2. Разрешает дотрагиваться до себя, любит ласку</p> <p>3. Положительно реагирует на физическую близость</p> <p>4. Нуждается в любви и ласке</p> <p>5. Готова к тактильным (телесным) контактам (обнимания, прижимания и т.п.);</p> <p>6. Чувствует, что может получить утешение</p>	<p>1. Отсутствие зрительного контакта</p> <p>2. Неприятие и страх телесных контактов</p> <p>3. Отсутствие контакта, отказ от физического контакта, держат родителей на расстоянии</p> <p>4. Нарушение привязанности: все равно к кому идти на руки – к родителям или чужим людям</p>

Показатели Развития	Показатели адаптации	Проявления дезадаптации
Ощущение защищенности, привязанность к родителям	6. Привязанность к родителям 7. Отвечает на знаки внимания родителей 8. Грустит без родителей, радуется их возвращению 9. Проявляет избирательность в общении 10. Особая привязанность к матери 11. Любит разговоры перед сном 12. Целует тех, кого любит 13. Готовность остаться одному дома или спокойно отпустить члена семьи, к которому сформировалась привязанность.	5. Поверхностная привязанность к родителям, к взрослым 6. Невнимательность к матери 7. Нет представления о своем доме (входят в другие дома) 8. Трудно переживает отсутствие отца дома, закатывает истерики 9. Страх быть оставленным, обеспокоенность, что увезут обратно в детский дом 10. Агрессия из-за того, что не усыновили раньше

3. Работа в области супружеских отношений в семьях, попавших в трудную жизненную ситуацию: построение функциональных отношений между супругами, повышение уровня родительского взаимодействия.

4. Индивидуальная работа с членами семьи, переживающей стресс, – снижение тревоги, работа с травмами, повышение уровня осознанности, активизация собственных ресурсов

5. Этапы работы со случаем в контексте помощи семьям в кризисных ситуациях: определение целевой группы, точек входа в проблемную ситуацию, получение запроса и сбор предварительной информации о проблемной ситуации, установление контакта с семьей: от недоверия к сотрудничеству. Особенности взаимодействия с немотивированными клиентами. Мотивационное интервьюирование.

6. Помощь жертвам насилия в семье.

7. Специфика работы с аддиктивной семьей.

8. Специальная помощь семьям, воспитывающим ребенка с особенностями развития.

9. Профилактика девиантного родительства.

10. Технология работы приюта для матерей с детьми.

11. Стратегия организационного развития и повышения финансовой устойчивости НКО.

12. Профессиональные риски специалистов, работающих с семьями, попавшими в трудную жизненную ситуацию.

Рассмотрев предлагаемые формы работы специалисты смогут найти наиболее соответствующую форму работы для их конкретной семьи и попытаться оказать ей помощь, поддержку. [21; 23; 24; 27; 28; 29; 30]

Кроме того, можно познакомиться с опытом США по сопровождению фостерных семей (семей временного пребывания ребенка). В отличие от России в США главная идея – постоянная семья на всю жизнь, поэтому главная задача – усыновление ребенка любого возраста (вплоть до 40 лет) семьей. В 1967 году было создано бюро социальных услуг молодежи, которое играло роль центра, координирующего деятельность, направленную на недопущение вовлечения подростков в орбиту деятельности судов (по делам несовершеннолетних). Например, в Калифорнии созданы бюро, приоритетным направлением деятельности которых является не посредничество, а предложение социальных услуг:

- консультационная помощь семьям и отдельным лицам;
- медицинская помощь;
- обеспечение занятости;
- организация отдыха;
- представление интересов подростков в других организациях и учреждениях.

Прием несовершеннолетних производится при определенных условиях:

- подросток не должен быть условно осужденным;
- речь может идти о незначительном и первом известном правонарушении;
- подросток должен постоянно проживать в местности, на территории которой реализуется данный проект.

Сегодня все программы социальной помощи США исходят из концептуальных и теоретических посылок о том, что свобода может быть расширена только путем повышения социальной ответственности. Лишь в ней можно рассматривать индивидуальное удовлетворение, но это невозможно без социального взаимодействия и ответственности каждого человека. Только через социальные взаимоотношения и социальные структуры, по мнению американских исследователей, люди смогут защитить свои права и расширить потенциальные способности индивидуума.

По данным научных исследований, промышленники США давно поняли, что вкладывать деньги в человеческие ресурсы, в здоровье своих рабочих и служащих, создавать специальные социальные службы – это значит получать выгоду, экономить материальные средства. В сфере промышленности, образования, культуры, отдыха и других созданы специальные службы, в которых работают социальные работники, психологи, изучающие различные виды эмоциональных и психологических ситуаций, например, такие как жизненный кризис, семейные проблемы, агрессивное поведение, насилие, сексуальные проблемы, межличностные отношения, конфликты на бытовой почве, наркомания, алкоголизм, токсикомания, проституция и т.д.

Перед учреждениями общего типа, к которым относятся детские сады (дневные и круглосуточные), группы продленного дня в школах, детские дома, центры, созданные в рамках отдельных социальных программ, феде-

ральное законодательство ставит задачу обеспечить: 1) полноценное обучение детей, соответствующее их возрасту, интересам и способностям; 2) полноценное питание и уход; 3) медицинские услуги; 4) возможности для социального и эмоционального развития детей; 5) содействие общему развитию родителей; 6) социальные услуги, необходимые детям и их семьям. Очевидно, что эти направления включают не только собственно социальную, но и педагогическую помощь.

Так, особый интерес имеет программа «Хедстарт», рассчитанная на дошкольный и ранний школьный возраст, которая была введена в 1965 г. Толчком к ее созданию стали результаты обследований, выявивших заметное отставание в развитии детей из бедных семей по сравнению с общенациональным уровнем. Со временем это отставание только увеличивается и часто приводит к негативным социальным последствиям. Программа, разработанная педагогами, психологами и врачами, ставила перед собой задачу ликвидации такого разрыва. Кроме развития умственных способностей детей данная программа также предусматривает меры по улучшению контроля за их физическим развитием, питанием и т. д. Осуществление программы находится в ведении местных общественных организаций, поэтому, хотя она и действует по всей стране, о ней трудно говорить как о едином целом. Основное финансирование программы осуществляется за счет федерального бюджета и лишь частично за счет спонсорских средств церковных, общественных и иных организаций.

Кроме того, практически в каждой школе страны есть школьный социальный работник. Это направление социальной работы получило настолько широкое распространение, что в настоящее время оно рассматривается как отдельная специальность в социальной работе, которая сосредоточивает свое внимание на помощи учащимся в их успешном приспособлении к школе, на координации действий семьи и общины и влиянии на них для достижения этой цели. Школьные социальные работники помогают учащимся, их семьям, учителям и школе в целом в решении таких проблем, как пропуски занятий, социальное отчуждение, агрессивное поведение, недисциплинированность и последствия различных физических, эмоциональных и материальных проблем. Социальные работники регулярно посещают школы для того, чтобы:

- решать проблемы, связанные с поведением, посещаемостью, успеваемостью;
- заниматься материальным положением школьников;
- разрабатывать политику и стратегию преодоления школьных проблем;
- устанавливать связи между семьей и школой.

Встречаясь с родителями в школе или дома, они помогают семьям в решении их проблем. Особой заботой сотрудников службы социального обеспечения образования является выявление детей, подвергающихся жестокому обращению, страдающих от насилия в семье, а также тех, чье физическое, эмоциональное или интеллектуальное развитие отстает. Всем

им оказывается социальная помощь, привлекаются психологи, юристы, медицинские работники. Чтобы предотвратить отставание больных детей в учебе, служба организует обучение в домашних условиях или в больнице. Большую роль сотрудники службы социального обеспечения образования играют в сплочении детей, имеющих отклонения в развитии. Функциями службы социальной защиты являются:

- забота о детях, исключенных из школы;
- оказание поддержки родителям в устройстве ребенка в другое учебное заведение;
- адаптация детей, принадлежащих национальным меньшинствам;
- выявление детей, незаконно занятых на работе в учебное время, решение вопросов об их учебе;
- общее наблюдение за выполнением правовых норм в отношении детского труда;
- наблюдение за посещением детьми детских групп и детских центров;
- поддержка детей, получающих образование вне школы (консультативно, на дому, в центрах промежуточного лечения).

К социальным работникам за помощью обращаются люди разного возраста и всех рас, этнических групп и религий, бездомные и безработные. Термины «консультирование» и «терапия» в деятельности социального работника взаимозаменяемы. Специалисты по работе с детьми и семьями имеют степень бакалавра. Существует много классификаций, но чаще выделяют социальную «работу в домашних условиях» и «работу вне дома». Цель специалиста по семейной терапии заключается в том, чтобы помочь установить конструктивные взаимоотношения между членами семьи, что требует от специалиста нейтральной, объективной позиции по отношению ко всем членам семьи. Работа социального работника в домашних условиях включает в себя следующие виды услуг: финансовая помощь; социальная защита; семейная терапия; дневной уход; услуги, связанные с ведением домашнего хозяйства.

Финансовая помощь не расценивается как социальная услуга, так как обеспечивается программами, не включающими штатных социальных работников. Федеральная программа социальной защиты обеспечивает средствами семьи, в которых кормилец, уплативший необходимые для социального обеспечения налоги, или умер, или стал нетрудоспособным, или прекратил работу. Другая программа, обеспечивающая финансовую поддержку в домашних условиях, – помощь семьям с находящимися на иждивении детьми.

Литература

1. Авдеева Н.Н., Хаймовская Н.А. Развитие образа себя и привязанностей у детей от рождения до трех лет в семье и доме ребенка. – М.: Смысл, 2003. – 152с.

2. *Богачёва, Н.В.* Родительство как фактор устойчивости семьи в современном российском обществе / Н.В. Богачёва. – Казань, 2005. – 176 с.
3. *Барнз, Д.Г.* Социальная работа с семьями в Англии / Д.Г. Барнз. – М., 1993. – 136 с.
4. *Воронина, З.И.* Формы воспитания детей, оставшихся без попечения родителей: автореф. дис. канд. юрид. наук / Воронина Зоя Ивановна. – СПб., 1993. – С. 13.
5. *Белых, И.Н., Свищева, И.К.* Методика коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями средствами искусства [Текст]: учебно-методическое пособие. – монография /И.Н.Белых, И.К. Свищева [и др.]; под общ. ред. В.Н. Селюковой – Белгород: Издательство Политерра, 2005. – 61с.
6. *Красницкая Г.С., Рудов А.Г.* Создание и функционирование Школы приемных родителей. М., 2011. С. 38
7. *Овчарова Р.В.* Психологическое сопровождение родительства. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003.
8. *Осипова И.И.* Профессиональное сопровождение семьи. М.: ООО «Информ-знание», 2009. – 208с.
9. *Ослон В.Н.* Проблемы сопровождения замещающей профессиональной семьи // Дефектология. 2006. № 1. – С.9–11
10. *Ослон В.Н.* Формирование «взаимной идентификации» семьи и приемного ребенка в условиях замещающей семейной заботы // Другое детство. М., 2009. – С. 31–37
11. Правовые основы усыновления и создания замещающей семьи / сост. Г.В. Семья. 2003
12. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие / В.В. Ткачева. М.: АСТ; Астрель, 2007. – 318 с
13. *Туев, В.В.* Социокультурная деятельность: понятие и дефиниция [Текст] /В. В. Туев // Социокультурная деятельность: теория, технология, практика. – Челябинск, 2005. Ч. 1. – С. 11–29.
14. Услуга «Организации реабилитационного сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в семье (нормализация жизни)». Книга 18./под ред. М.О. Егоровой.-М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения. 2013.-198с.(Профилактические услуги по предупреждению социального сиротства: в 26 книгах).
15. *Федорова, В.Н.* Опыт использования арт-терапии в работе специальной (коррекционной) школы [Текст] /В.Н. Федорова. М., 2007. – 39 с.
16. *Шипицына, Л.М.* Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] /Л.Шипицына //Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2004. № 2. – С. 7–9.
17. *Шипицына, Л.М.* «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта [Текст] /Л.М. Шипицына СПб.: Изд-во «Дидактика плюс», 2002. – 496с.

18. *Хрусталькова Н.А.* Система комплексного сопровождения профессионально-замещающей семьи [Текст] / Н. А. Хрусталькова // Педагогика: Научно-теоретический журнал. 2007. № 2. – С. 52–58
19. *Шульга, Т.И.* Работа с неблагополучной семьей: учеб. пособие / Т.И. Шульга. М.: Дрофа, 2005. 254с.
20. *Шульга Т.И.* Особенности социального рекрутмента семей для подростков-сирот и подростков, оставшихся без попечения родителей. / Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2014. № 3. С. 40–51.
21. *Shulga T.* Social and psychological problems of orphanage graduates and children left without parental care/ / Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2013. № 3. С. 68–75.
22. *Шульга Т.И., Антипина М.А.* Эмоциональная среда семьи как фактор развития личности ребенка в замещающей семье. / Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2012. № 3. С. 32–40.
23. *Шульга Т.И.* Социально-психологические технологии помощи детям и семьям групп социального риска. Монография. М.: Издательство МГОУ, 2010.-198с.
24. *Шульга Т.И.* Психологическое сопровождение семьи: учеб. пособие / Т.И. Шульга.. М.: НОУ ВПО МЭИ, 2014.-154с.
25. *Шульга Т.И., Семья Г.В.* Особенности сопровождения замещающих семей, воспитывающих детей с ОВЗ: методические рекомендации/ Т.И. Шульга, Г.В. Семья. М.: ИИУ МГОУ, 2015.-204с.
26. Эффективные региональные модели и лучшие практики профилактики социального сиротства, устройства в семьи детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и их сопровождения./ Сборник материалов «круглого стола» 4 апреля 2013 года. М.: АНО «Совет по вопросам управления и развития», ООО «Вариант», 2013.– 196с.
27. *Хрусталькова Н.А.* Система комплексного сопровождения профессионально-замещающей семьи // Педагогика. 2007. № 2.–С.31–39
28. *Шульга, Т.И.* Работа с неблагополучной семьей: учеб. пособие / Т.И. Шульга. М.: Дрофа, 2005. – 254с.
29. *Шульга Т.И.* Особенности сопровождения замещающей семьи с детьми разного возраста./Сборник научных статей/ред Ослон В.Н., Селенина Е.В. Психическая депривация детей в трудной жизненной ситуации: образовательные технологии профилактики, реабилитации, сопровождения. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2013 г.
30. *Юдина А.И.* Педагогическое сопровождение социализации подростков, попавших в трудную жизненную ситуацию: Дис. ... канд. пед. наук. Кемерово, 2006.– 245 с.

СОЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕМЬИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ ИЛИ ИНОЙ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Пристupa Е. Н.

Заведующая кафедры психологии и педагогики, доктор педагогических наук, профессор ГАУ ИДПО ДТСЗН (Института дополнительного профессионального образования работников социальной сферы)
student-pristupa@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены основные особенности технологии социальной диагностики семьи, находящейся в трудной жизненной ситуации. Дан комплекс диагностических методик, позволяющий выявить основные причины и проявления дисфункциональности семьи, семейного неблагополучия. Социальная диагностика семьи является базовой, что позволяет применять данный практический инструмент при раннем выявлении семейного неблагополучия.

Ключевые слова: социальная диагностика, семья, находящаяся в трудной жизненной ситуации, дисфункциональность семьи, нуждаемость в социальном обслуживании

Keywords: social diagnosis, the family in difficult life situations, dysfunctional families, the need of social services

Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт «Специалист по работе с семьей» (функциональная карта вида профессиональной деятельности) включает следующие обобщенные трудовые функции и трудовые функции: деятельность по выявлению разных типов семей и семей с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, с целью оказания им помощи (1) Выявление семейного неблагополучия в разных типах семей и семьях с детьми, оценивание рисков, определение причин социального неблагополучия в семье с детьми, фактов внутрисемейного насилия; 2) Проведение диагностики отклонений в функционировании выявленных семей, оценивание рисков и последствий, определение возможности активизации потенциала семей и проведения социально-психологической реабилитации).

Учитывая особенности категорий семей с детьми, нуждающихся в социальном обслуживании, представим схему, основанную на характере трудной жизненной ситуации (ТЖС), социально опасном поведении (СОП).

Определим диагностический инструментарий специалиста по работе с разными категориями семей с детьми.

Социальная диагностика семьи с детьми – деятельность специалиста по работе с семьей, направленная на выявление семейного неблагополучия в разных типах семей и семьях с детьми, оценивание рисков, определение

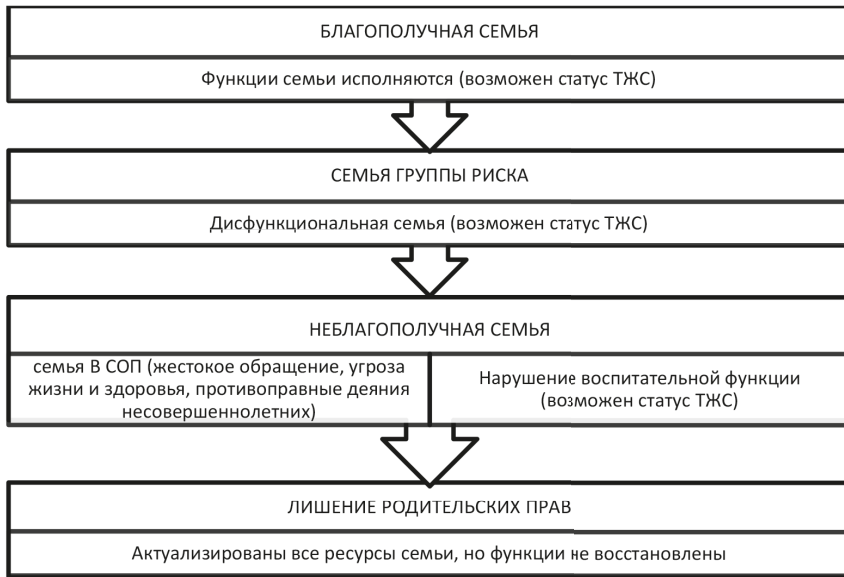


Рис. 1. Классификация семей с детьми в зависимости от характера нуждаемости в социальном обслуживании

причин социального неблагополучия в семье с детьми, фактов внутрисемейного насилия.

О.В. Краснова Т.В. Шинина выделяют следующие маркеры семейного неблагополучия:

- 1) не исполнение родительских обязанностей (асоциальное поведение родителей, нарушение стилей воспитания, поведенческие нарушения у детей);
- 2) трудности в обучении, воспитании ребенка (пропуски занятий, внутришкольные конфликты);
- 3) нарушение детско-родительских отношений;
- 4) внутрисемейные конфликты (в том числе жалобы родственников);
- 5) жестокое обращение (в том числе отказы от детей);
- 6) психические нарушения;
- 7) конфликт с законом;
- 8) множественные проблемы [3].

Процесс диагностики семейных отношений целесообразно организовывать и проводить по следующему алгоритму:

1 этап – подготовительный. В ходе этого этапа конструируются методики изучения семьи и психодиагностические процедуры.

Таблица
Социальные диагностические методики семьи с детьми

Социальные проблемы семьи	Диагностические методики
Не исполнение родительских обязанностей	<p>Наблюдение Акт обследования жилищно-бытовых условий Методика ЕФОРС Семейная социограмма (Э.Г. Эйдемиллер) Методика ОРВ (Оценка рисков и возможностей) Опросные методы</p>
Трудности в обучении, воспитании ребенка	<p>опросник стиля родительского поведения (Эйдемиллер) анамнестический опросник Тест-опросник родительского отношения (ОРО) А. Я. Варга, В. В. Столина</p>
Нарушение детско-родительских отношений	<p>А. Предлагаемые ребенку: 1) методика рисунка семьи и ее модификации; 2) адаптированный вариант методики Рене Жиля; 3) различные варианты методики «Незаконченные предложения»; 4) модификация оценочно-самооценочной методики; 5) детский апперцептивный тест КАТ; 6) методика «Модель личностной сферы»; 7) детский тест «Эмоциональные отношения в семье» Бене – Антони. Б. Предлагаемые родителям: 8) опросник стиля родительского поведения (Эйдемиллер); 9) анамнестический опросник; 10) родительское сочинение «История жизни моего ребенка»; 11) ОРО – опросник родительских отношений Варги-Столина. В. Предлагаемые поочередно детям и родителям: 12) самооценочная методика в варианте, когда, например, родители выполняют оценку ребенка и оценку за ребенка, а затем идет обсуждение ее отличия от самооценки, полученной от самого ребенка, и наоборот; 13) опросник для изучения взаимодействия родителей с детьми И. Марковской. Г. Предлагаемые диаде «ребенок – родитель»: 14) варианты пробы на совместную деятельность, известной под общим названием «Архитектор-строитель», где ребенок и родитель стараются, например, вербально в диалоге описать невидимый партнеру достаточно сложный рисунок так, чтобы партнер смог его верно воспроизвести. Д. Одинаково пригодные для детей и взрослых: 15) цветовой тест отношений Эткинда [2]</p>

Социальные проблемы семьи	Диагностические методики
Внутрисемейные конфликты	<p>Диагностика межличностных отношений (ДМО) (Г.С. Васильченко, Ю.С. Решетняк, Л.Н. Собчик) модифицированный вариант теста Т. Лири; Удовлетворенность браком (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко); Рольевые ожидания и притязания в браке; Дифференциальная оценка отношений (А.Н. Волкова); Распределение ролей в семье (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская); Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская). проективные методы: Совместный тест Роршаха (В. Бланшир, М. Сингер, Е.Т. Соколова), Цветовой тест отношений (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткин); Семейная социограмма (Э.Г. Эйдемиллер)</p>
Жестокое обращение	<p>Опросники группы ICAST; Опросник сильных сторон и трудностей (Strength and Difficulties Questionnaire); Методика диагностики представлений ребенка о насилии «Незаконченные предложения»; Методика интервью для диагностики насилия; Методика «Письмо другу»</p>
Психические нарушения	<p>Психолого-психиатрическая диагностика специалистом медицинского профиля</p>
Конфликт с законом	<p>Методика ОРВ (Оценка рисков и возможностей)</p>
Множественные проблемы	<p>Диагностика коммуникативных проблем в семье Диагностика поведения родителей в трудной жизненной ситуации Диагностика личностных проблем взрослых членов семьи</p>

2 этап – исследовательский. На этом этапе комплексно применяются методы, включенные в исследовательскую методику.

3 этап – анализ результатов. Данный этап позволяет обобщить полученные результаты диагностирования.

4 этап – интерпретационно-рефлексирующий. Результатом данного этапа являются интерпретация полученных данных, определение психологического семейного диагноза, частичное осознание и понимание типов семейных проблем членами семьи, а также выход на дальнейшее изменение семейных отношений и общения [1].

Рассмотрим примерный перечень диагностических методик, способствующих качественной оценке нуждаемости в социальном обслуживании семьи с детьми специалистами по работе с семьей.

Правильная социальная диагностика социальных проблем семьи с детьми (постановка правильного социального диагноза) позволит своевременно предотвратит нарушение воспитательной функции, что обуславливает главный фактор семейного неблагополучия. Диагностика функционирования семьи является основой раннего выявления семейного неблагополучия.

Таким образом, комплексный подход к случаю семейного неблагополучия связан с решением личностных и социальных проблем и потребностей получателей социальных услуг, исходя из его текущего состояния и особенностей социального окружения. Семейное неблагополучие всегда связано с дисфункциональностью и снижением качества исполнения воспитательной функции. Задача социальных служб заключается в правильной диагностике причин семейного неблагополучия или его рисков с тем, чтобы эффективно составить программу ИППСУ, программу социального сопровождения семьи, индивидуальную программу реабилитации.

Литература

1. *Бибикова Н.В.* Методы диагностики семейных отношений в психосоциальной работе // Социокультурные и психологические проблемы современной семьи: актуальные вопросы сопровождения и поддержки: Материалы международной научно-практической конференции. Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого, 2015.– С. 140–144.

2. *Голубева Е.В., Истратова О.Н.* Диагностика типов детско-родительских отношений // Российский психологический журнал.– 2009.– Т. 6.– № 1.– С. 25–34.

3. Психология социальной работы: Учебник для бакалавров. /И.Н.Галасюк, О.В. Краснова, Т.В. Шинина; под ред. докт. психол наук О.В.Красновой.– М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2013.

СИСТЕМНЫЕ ДИНАМИКИ В ПСИХОЛОГИИ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ

Кригер Е. Э.

Доктор психологических наук, профессор кафедры проектирующей психологии психолого-педагогического факультета, ФГБОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет»
ekrig@yandex.ru

Аннотация. В статье идет речь о динамиках, вызывающих насилие, которые рассматриваются с точки зрения системного подхода. Показано, как динамики насилия передаются через трансгенерационный опыт. Описаны базовые динамики порождающие насилие в нуклеарной семье.

Ключевые слова: психология насилия; системные динамики; семейное насилие
Keywords: psychology of violence; system dynamics; family violence

Как показывает статистика, количество случаев насилия в обществе постоянно растет. По данным Всероссийской организации здравоохранения на 2000 год ежегодно от насильственных действий в мире погибает более полтора миллиона человек. Тех, кто получает различные телесные и душевные травмы значительно больше. Необходимость в специальной психологической помощи людям, пережившим травматический опыт в ситуациях насилия, постоянно увеличивается. Вместе с тем, в психологии виктимности многие вопросы, связанные с появлением жертв насилия пока остаются без ответа.

Одной из острых социальных проблем, сохраняющихся во все времена и в любых культурах, является семейное насилие. С развитием цивилизации количество насилия в семье не уменьшается, а лишь увеличивается и приобретает новые формы. Нерешенные психологические проблемы в семье могут иметь серьезные последствия для будущего. Во-первых, в семье транслируются модели насильственного поведения, выступающие образцами для заимствования и подражания младшими. Во-вторых, приобретается опыт идентичности с жертвой или агрессором, задающий базовые установки направленности личности. В-третьих, опыт, полученный в семье, может передаваться дальше ни одному последующему поколению, с сохранением ключевых динамик насилия.

Вопросы о возможностях предупреждения виктимизации личности, о влиянии системных семейных динамик на ее возникновение, и о том какие это может иметь последствия, на сегодняшний день, выступают достаточно важными для организации помощи семьям, находящимся в сложной жизненной ситуации, и требуют поиска ответа на них. Именно этому вопросу мы и посвящаем данную статью.

Семья выступает одним из факторов сбережения психологического здоровья личности и её внутреннего благополучия, поэтому необходимо обра-

тить особое внимание на системные связи внутри нее, которые определяют становление личности, характер её жизненного пути, безнасильственное поведение. В основе насилия всегда лежит доминирование и агрессия. В современных семьях можно встретить проявление всей типологии насилия – эмоционального, социального, экономического, физического, сексуального. Оказание помощи семьям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, может предполагать не только работу на уровне одной нуклеарной семьи, но и работу с представителями разных поколений или со всем родом в целом.

Анализ проведенных в психологии виктимности исследований, показывает, что проблема факторов виктимизации выступали предметом специальных исследований криминальной психологии. (Л.В. Франк [5]; В.И. Полубинский [2]; Д.В. Ривман [3], и т.д.). В работах перечисленных авторов называются такие факторы как биологические (наличие функционально-органических поражений мозга, физических дефектов, низкая лабильность нервной системы, тип функционирования ВНД и пр.); личностные черты (низкая самооценка, неуверенность в себе, повышенная тревожность, склонность к самообвинению и пр.); поведенческие (вызывающий внешний образ, неоправданные риски, экстремальные действия и др.) средовые фактор (наличие деспотичных отношений в семье и ближайшем окружении, проживание в социально опасных районах и пр.). Личностный фактор среди указанных выступает ведущим.

В этой статье речь пойдет о еще одном факторе виктимизации – системных динамиках. Методологическим основанием для построения данной статьи выступит системный подход. С его точки зрения мы рассматриваем объект в качестве системы, как целостное множество элементов в совокупности отношений и связей между ними. Семья в нашем случае является открытой психологической самоорганизующейся системой, а системообразующим фактором выступают отношения между супругами. В результате их взаимодействия действуют системные динамики.

Системные динамики – это внутренние движения, эгрегорами которых являются устремления, интенции, направленности, возникающие в разноразличных социальных системных связях. Первичной такой системой выступает семья. Эти связи действуют не одно поколение, а могут сохраняться через трансгенерационную передачу исключенного опыта в системе.

К исключенному опыту здесь мы относим тяжелый, преждевременный, суровый опыт, с которым сталкивается человек, как в своей личной истории, так и истории своей страны, общества, государства, с которым человеку не хочется соприкоснуться. На такой опыт, как правило, не хватает жизненных сил, чтобы с ним справиться и выдерживать, и он вытесняется в бессознательное. При этом история нашей страны богата на различные сложные события масштаба жизни и смерти, среди которых, революция, коллективизация, сталинские репрессии, голодомор, мировые войны, перестройка. Миллионы убитых, разоренных, лишенных имущества, переживших наси-

лие, съеденных заживо. Все эти события не прошли бесследно в истории и психологии человека. А память о них хранится в коллективном бессознательном.

По мнению немецкого психотерапевта и богослова Б. Хеллингера [6] есть нечто большее, чем наша индивидуальная жизнь, во что мы все включены и движемся через это. Это большее образует поле. Поле представляет собой область бессознательного, как резервуар хранения всех чувств и всего опыта человечества, независимо от времени и места его возникновения. В том числе и опыт тяжелого – боли, утраты. Это тяжелое может проживаться не одним поколением, а несколькими, пока это не будет признано и этому не будет дано место в душе. Исключенный опыт находится в этом поле, и с помощью специальных технологий мы можем его оттуда изъять и сделать осознанным.

Системный подход позволяет рассматривать функционирование системы через два диалектически связанных и взаимодополняющих друг друга закона. Это закон сохранения системы в устойчивом состоянии, состоянии стабильности (закон гомеостаза) и стремление семьи, как и любой системы к изменениям (закон развития). Эти две противоположно направленных тенденции – развития и стабильности на языке синергетики называются состояниями неустойчивости и устойчивости или неравновесными и равновесными состояниями системы [1], [4].

Системные динамики, в том числе насилия, возникают для обеспечения гомеостаза и гомеореза системы одновременно. И на каждом трансгенерационном уровне последовательно сменяют друг друга, для сохранения стабильности и развития. Семейная система – это открытая система, она находится в постоянном взаимодействии со средой и другими системами. Можно выделить несколько уровней систем, влияющих на появление системных динамик. Это уровень нуклеарной семьи, уровень расширенной родовой семьи и уровень большой социальной системы – страны, общества, социально-профессиональной группы. Семейная система – это самоорганизующаяся система, источник ее преобразования находится внутри самой системы. Т.е. ситуации семейного насилия мы можем рассматривать, как точку бифуркации для последующего изменения системных динамик.

На возникновение системных динамик семейного насилия могут влиять: личный жизненный опыт человека, те ситуации и обстоятельства, в которые он попадает, а также системный семейный опыт – тяжелый отягощенный опыт родовой истории. Каждый из этого опыта по своему сказывается на формировании идентичности жертвы или агрессора, и может иметь разный гендерный характер проявления.

В основе личного жизненного опыта, приводящего к семейному насилию, лежат неоправданные бессознательные нереализованные ожидания партнеров по отношению друг к другу и собственным детям. Выражены,

они обычно манипулятивной установкой – «я хочу, но я от тебя этого не получаю». Опыт удовлетворения потребностей «я хочу» приобретается в отношениях с родителями. Однако он не всегда осуществим в партнерстве. Т.е. там это было доступным, здесь стало дефицитарным. Получить необходимое, становится невозможно или не в той мере, как требуется. Но кто-либо из супругов так и не отпускает связь оставшегося в родительской семье прошлого и не переходит в будущее, вновь созданных партнерских отношений. Так возникает точка бифуркации, где ожидания партнеров остаются неосуществленными, а состояние постоянной неудовлетворенности накапливается.

Оба супруга начинают испытывать отчуждение. Мужчина переживает его как состояние отвержения, а женщина как состояние одиночества и покинутости. Обоим супругам не хватает ресурсов, чтобы поддерживать связь. Так в системе возникает опыт разрыва отношений и недовольства друг другом. А основанием для поддержания связи становится агрессия. Направленная на себя агрессия проживается как самообвинение, самокритика, недовольство собой, и имеет различные соматические и другие, вплоть до суицидальных последствий. А развернутая во вне – выливается в претензионные формы коммуникации, связанные с обвинением, упреком, мстью, переходящие в жестокое обращение и физическое и прочее насилие. Так зарождаются системные динамики на уровне нуклеарной семьи. Но включение семейной системы в расширенные родовые и общественные отношения, отягощающие поле, усиливают системные динамики и дальше сказываются на возникновении насилия.

Таким образом, понимание системных динамик дает нам возможность шире увидеть факторы виктимизации личности, выступает основанием для организации специальной психологической помощи по сопровождению семей, попавших в сложную жизненную ситуацию. Осознанное восприятие их позволяет с одной стороны снизить накал напряжения, возникающий в семье, а с другой стороны пересмотреть внутрисистемные связи и лояльности, приводящие к насилию, внутри рода. Это, безусловно, благоприятно отразится на всем характере социализации и развитии личности, сбережении её психического и психологического здоровья, психологической устойчивости, самоактуализации и самоосуществлении.

Литература

1. Буданов В.Г. Синергетика в диалоге культур и естественнонаучном образовании гуманитариев // <http://www.synergetic.ru/seince/>
2. Полубинский В.И. Правовое учение о жертве / В.И. Полубинский. – М.1985. – 273 с.
3. Ривман Д.В. Виктимология / Д.В. Ривман, В.С. Устинов. – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2000. – 332 с.



4. *Степин В.С.* Саморазвивающиеся системы и перспективы технической революции // Синергетическая парадигма. Многообразие поисков и подходов. М.: Прогресс-Традиции, 2000. С. 12–27.

5. *Франк Л.В.* Потерпевшие от преступления и проблемы советской виктимологии. Душанбе, 1973.

6. *Хеллинггер, Б.* Источнику не нужно спрашивать пути./ Б. Хеллинггер // Перев.с нем. И.Д. Беляковой.– М.: Институт консультирования и системных решений, 2005.– 308 с.

ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИИ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА НА ПРИМЕРЕ БФ «ВОЛОНТЕРЫ В ПОМОЩЬ ДЕТЯМ–СИРОТАМ»

Арчакова Т.О.

Благотворительный фонд
«Волонтеры в помощь детям-сиротам»
tatyana.archakova@gmail.com

Аннотация. В статье представлен анализ общих тенденций в развитии профилактики социального сиротства в России. Он соотнесен с опытом работы программы «Профилактика социального сиротства» БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», с историей ее развития. Статья иллюстрирует процесс дифференциации сферы профилактики социального сиротства, появления новых, специализированных проектов и услуг.

Ключевые слова: социально-ориентированные некоммерческие организации (СО НКО), профилактика отказов от новорожденных, стационары для матерей с детьми, матери с ментальными нарушениями

Keywords: non-governmental charitable organizations, prevention of infant abandonment, shelters for mothers with children, mothers with mental impairments

Профилактика социального сиротства в России развивается в направлении от работы с острыми кризисами к мониторингу ситуаций, в которых семье не хватает ресурсов, и отсутствие своевременной помощи может привести к эскалации проблем [5]. Еще одна тенденция – переход от идеи *групп риска и категорий, нуждающихся в социальном обслуживании*, к идее анализа конкретной семейной ситуации, индивидуального случая. Технология междисциплинарной работы со случаем, пришедшая из англо-саксонской традиции социальной работы [7], была адаптирована в НКО в 2000-х гг., а с 2015 г. легла и в основу Модельной программы по внедрению социального сопровождения семей с детьми, принятой Министерством труда и социальной защиты РФ. Наконец, активно воплощается на практике принцип объединения усилий разных специалистов, организаций и ведомств. Подразумевается, что он должен обеспечить раннюю помощь при первых признаках неблагополучия, целостный подход к проблемам семьи, а также преемственность в сопровождении семьи.

Однако преемственность невозможна без широкого выбора форм сопровождения и видов услуг – и далеко не все из этих вариантов: а) существуют в регионе, б) имеют достаточный объем, в) практикуются в государственных учреждениях. Здесь проявляется еще одно свойство сферы профилактики сиротства как системы – она развивается путем дифференциации, выделения новых частных случаев, для которых требуются специфические подходы. Но не все субъекты профилактики одинаково свободны в новатор-

ской деятельности: у НКО есть преимущества в независимости, гибкости, скорости реакции на новую информацию.

БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам» занимается профилактикой сиротства с 2007 г. В настоящее время в фонде действует **программа «Профилактика социального сиротства»**, цель которой – организация комплекса мер, способствующих сохранению детей в кровных семьях. Работа началась с кризисного реагирования на ситуации риска утраты родительского попечения – с **проекта «Помощь семьям в трудной жизненной ситуации»**. Случай открывался, если проживание в кровной семье не угрожало жизни и здоровью ребенка. При этом опыт работы фонда согласуется со статистикой причин лишения родительских прав (Рис. 1). Она показывает,

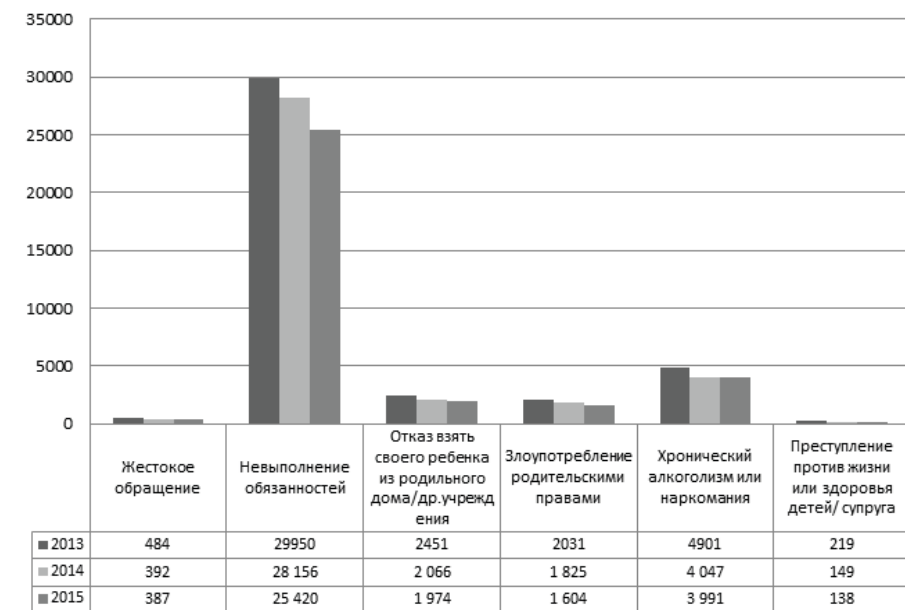


Рис. 1. Причины лишения родительских прав в 2013–2015 гг. (кол-во родителей) по сведениям о выявлении и устройстве детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, по форме № 103-рик¹.

¹ Нужно учесть, что показатель «уклонение от обязанностей родителей» включает в себя и «злостное уклонение от уплаты алиментов», т.е. охватывает родителей, не проживающих с ребенком и не участвующих в его воспитании, и описывает ситуацию, не ведущую к социальному сиротству (ребенок продолжает жить и воспитываться со вторым родителем).

что значительная доля родителей, лишенных прав, не практиковала тяжелых форм жестокого обращения и не создавала непосредственной угрозы жизни и здоровью детей. Другими словами, эти семьи отличались крайне низким уровнем ресурсов – от материального обеспечения до родительских компетенций, не имели доступ к поддержке своего социального окружения и к профессиональной помощи, и были выявлены, когда тяжесть ситуации уже не позволяла справиться с ней доступными мерами[2].

Фонд активно привлекает волонтеров к работе по профилактике сиротства, в том числе, волонтеры могут выступать как кураторы случаев. Такая практика вызывает оправданные опасения, т.к. связана с рядом рисков: «текучкой» волонтерских кадров, нарушениями обязательств, различными формами нарушения личных границ семей и/или волонтеров. Одновременно, привлечение волонтеров дает ряд преимуществ: легкость установления контакта (по сравнению с «официальными лицами»), ролевую модель, с которой клиенты могут идентифицироваться и др. Решающим аргументом для участия волонтеров в работе с семьями является наличие системы их отбора, подготовки и сопровождения [3].

С 2010 г. выделился проект **«Профилактика отказов от новорожденных»** в родильных домах. В Москве и Московской области его работа ведется на основе договорных отношений с конкретными родильными домами, которые передают сигналы о возможных отказах координатору проекта. Альтернативные модели, практикуемые в других регионах РФ – это профилактика отказов на базе учреждений социальной защиты или медицинских учреждений [6]. Сотрудникам БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам» удается предотвратить до 57% случаев отказов. При этом основная цель консультирования женщин, выразивших намерение отказаться от новорожденного, – это помощь в принятии информированного и осознанного решения. Если отказ предотвратить не удастся (или выписка из роддома с матерью опасна для ребенка), то целью становится осознанное завершение ситуации. Символические ритуалы прощания и выполнения родительской роли (например, дать ребенку имя, указать врачам информацию о медицинских проблемах в роду) вместе с консультацией по методам контрацепции должны предотвратить подобные ситуации в будущем.

Далее развитие программы «Профилактика социального сиротства» пошло по пути дифференциации: консультирование в роддомах выявило группу ситуаций, в которой доминирующей причиной отказа было физическое отсутствие места, куда можно прийти с ребенком. В 2011 г. открылся **«Теплый дом»** – центр временного проживания для матерей с детьми. «Теплый дом» работает одновременно на две важные цели: развитие и укрепление детско-родительских отношений и восстановление способности матерей к самостоятельному проживанию (активизация ближайшего окружения, обучение профессии и др.).

Разрабатывая замысел «Теплого дома», сотрудники фонда искали потенциальных партнеров, имеющих свои социальные приюты или кризисные

центры, чтобы учиться у них, а также направлять к ним клиенток. Результатом активного установления связей стала **конференция «Сохраним семью для ребенка! Приюты для матерей с детьми: новый этап профилактики социального сиротства в России»**, которая проводится ежегодно с 2013 г. В первой конференции участвовали около 30 стационаров для матерей с детьми из разных регионов РФ, а в четвертой – уже почти 90. Целью конференции является обмен опытом, технологиями и методиками работы и обсуждение системных проблем в работе этих стационаров. На ней вместе работают представители государственных (муниципальных), епархиальных (православных и католических) и некоммерческих организаций.

На этапе возникновения многие стационары для матерей с детьми (в том числе «Теплый дом») рассматривали ментальные нарушения у клиенток как противопоказание к приему. Но постепенно наращивались навыки и ресурсы для работы со сложными случаями, а опыт показывал, что часто именно ментальные нарушения – сниженный интеллект или психиатрические заболевания – приводят женщину с ребенком на улицу. Поддержка матерей с ментальными нарушениями в центре временного проживания оказалась сложной, но решаемой задачей. Однако она требовала другого формата.

«Особые» клиентки выделяются на фоне остальных, что приводит к нежелательной групповой динамике. В мировой практике такая помощь оказывается либо в общинах, где проживающие объединены общими проблемами, либо в индивидуальном формате – в профессиональной (фостерной) семье, которая принимает не ребенка, а *мать с ребенком* [1]. **Проект «Сопровожаемое проживание»** был создан в 2013 г. по такому же принципу: роль фостерной семьи играет подготовленный социальный работник, который проживает с 1–2 клиентками. Помощь семьям основана на технологии междисциплинарной работы со случаем, но цели плана сфокусированы не только на выходе из трудной жизненной ситуации, но и на полноценном проживании каждого возрастного периода ребенка (в случае интеллектуальных нарушений у матери) или на поддержании адекватного качества жизни и функционирования матери (при психиатрических заболеваниях). Работа ведется в постоянном контакте со специалистами Отделения внебольничной психосоциальной реабилитации МНИИ Психиатрии[4].

Эффективность в «классическом» понимании – как соотношение затрат и результатов – в таких проектах мала. Отметим еще одну тенденцию в развитии сферы профилактики социального сиротства: оно может происходить как в направлении «оттачивания» эффективности уже стандартизированных услуг, так и путем создания новых, узкоспециализированных, часто – затратных. Их вклад в систему заключается в уточнении этических принципов, углублении понимания нашей работы. Адекватным инструментом для измерения их «отдачи» будет *ценностная оценка*. Работу фонда мы стараемся выстраивать в обоих направлениях.

За время работы программы «Профилактика социального сиротства» БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам» помог 594 кровным семьям, которые были на грани отобрания ребенка, в результате более 1000 детей не попали в детские дома. Психологи программы 148 раз выезжали на отказы, в 85 случаев дети остались с мамами. В центре временного проживания «Теплый дом» помощь получили 60 женщин с детьми.

В настоящее время фонд готовит проект по подготовке и сопровождению профессиональных принимающих семей, куда дети могли бы помещаться, например, на период длительной госпитализации матери. В рамках сотрудничества проекта «Помощь семьям в сложной жизненной ситуации» с другим проектом фонда («Близкие люди» – сопровождение семей, принявших на воспитание детей с тяжелыми заболеваниями и нарушениями развития) накоплен опыт медиации конфликтов между кровной и принимающей семьями.

Литература

1. *Адамс П.* Фостерные семьи для родителей вместе с детьми: опыт Великобритании // Психическая депривация детей в трудной жизненной ситуации: образовательные технологии профилактики, реабилитации, сопровождения. М.: МГППУ, 2013. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/childdeprivation/issue/69221.shtml>

2. *Альшианская Е.Л.* Социальное сиротство: точка входа. Работа с биологической семьей / Материалы Международного семинара «Актуальные вопросы защиты прав детей в практике Российской Федерации и Финляндии», 24–25 октября 2013 г. / М.: РУДН, 2013.

3. *Арчакова Т. О., Деснянская О. В., Курчанова Ю. П.* Профилактика социального сиротства: модели волонтерского участия. – М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2013. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://otkazniki.ru/datas/metodichki/book_3_models_social_uchastiya_for_volonter.pdf

4. *Деснянская О. В., Курчанова Ю. П.* Сопровождаемое проживание для матерей с ментальными нарушениями. «Развитие. Рост. Перспектива»: опыт предоставления СО НКО социальных услуг семьям и детям / Под ред. *Широких О. В., Арчаковой Т. О.* – М.: ООО «Издательство «Проспект», 2016. – С. 108–117.

5. *Марова А. М.* Перспективы развития региональных систем профилактики социального сиротства / Материалы Всероссийского форума специалистов по вопросам защиты прав и интересов детей «Мегаполис. Территория детства», 11–12 марта 2015 г. / Уфа, 2015.

6. *Марова А. М.* Профилактика отказов от новорожденных детей: организация, методология, практика. – М., 2012.

7. *Райкус Дж. С., Хьюз Р. С.* Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска. Практическое пособие в 4 т. / Том 2. Планирование и семейно-ориентированная социальная работа. – СПб.: Питер, 2009.

ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСТВА В СЕМЬЯХ ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ

Бахадова Е. В.

Кандидат психологических наук, доцент кафедры проектирующей психологии
ФГБОУ «Российский государственный гуманитарный университет», старший
научный сотрудник ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации
здравоохранения» Минздрава РФ, г. Москва
e-mail: bach-ev@mail.ru

Аннотация. В представленной статье рассматриваются особенности родительских позиций, их осознанность и ценностные основания в благополучных и неблагополучных семьях; делаются выводы о взаимосвязи девиантного поведения подростков и особенностей родительства в их семьях.

Ключевые слова: родительско-детские отношения, ценностные ориентации, девиантное поведение

Keywords: child-parent relationships, value orientation, value factor, deviant behavior

Родительство как психологический феномен стало предметом пристального изучения сравнительно недавно (Ю.Б. Гиппенрейтер, 2007; Р.В. Овчарова, 2004; М.Е. Ланцбург, 2011; Г.Г. Филиппова, 2002; Т.С. Микова, Е.А. Ходырева, 2005). Родительство, рассматриваемое с точки зрения принятия мужчиной и женщиной новых социальных ролей – отца и матери, включает в себя совокупность ценностных ориентаций родителя, установок и ожиданий, родительских чувств, отношений и позиций, родительской ответственности и стиля семейного воспитания [6].

В исследованиях последних лет показано, что зрелость личности родителя, осознанность своей родительской роли, сопряженность родительских ролей оказывают определяющее влияние на развитие ребенка, его эмоциональную сферу, взаимоотношения с окружающим миром и его поведение [2,4,5,9]. Девиантное поведение в большом количестве случаев является результатом проблем в семейных и детско-родительских отношениях (Ждакаева Е. И., Клейберг Ю. А., Рычкова Н. И.) [3].

Подростковый возраст является важным периодом с точки зрения вхождения человека в общественную жизнь. Это период взросления, определения отношения к себе, к миру, к моральным ценностям. В этом возрасте наиболее активно начинает проследиваться неустойчивость мировоззрения, проявляться отклоняющееся поведение: асоциальное, девиантное, делинквентное.

В этот сложный для ребенка период отношения с родителями уходят для него на второй план, тогда как общение со сверстниками становится приоритетным. Однако наличие родителей, их отношение и их позиции являются тем основанием, на которые подросток опирается и ориентируется.

В современном обществе как наиболее кризисными выступают сегодня семейные и духовные ценности, которым противостоят постмодернистские и технократические субкультуры [7]. Благополучная семья может остаться тем якорем, тем спасательным кругом, которые удерживают ребенка в ценностном поле, а неблагополучная семья, сама испытывающая негативное влияние среды может подталкивать ребенка и подростка к асоциальным реакциям и поступкам.

Нами было проведено исследование 52 родителей (в основном матерей) и 52 подростков, в их число вошли: 26 девиантных подростков 15–16 лет, стоящие на внутришкольном учете и на учете в полиции за различные нарушения общественного порядка или правонарушения (употребление алкоголя, хулиганство, кражи) и 26 благополучных подростков, так же 15–16 лет из Москвы и Московской области. Мальчики и девочки представлены в равных количествах в обеих группах. В обеих группах количество полных и неполных семей оказалось близким.

Нас интересовали: ценностные ориентации, в частности, ценность семьи для родителей и детей; осознанность родительских позиций родителей благополучных и девиантных подростков.

В качестве психодиагностического материала были использованы: Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича, Опросник «Сознательное родительство» Р.В. Овчаровой.

Мы выявили и сравнили осознанность позиций родителей двух групп подростков (рисунок 1.).

Сравнение характеристик осознанного родительства благополучных и неблагополучных подростков

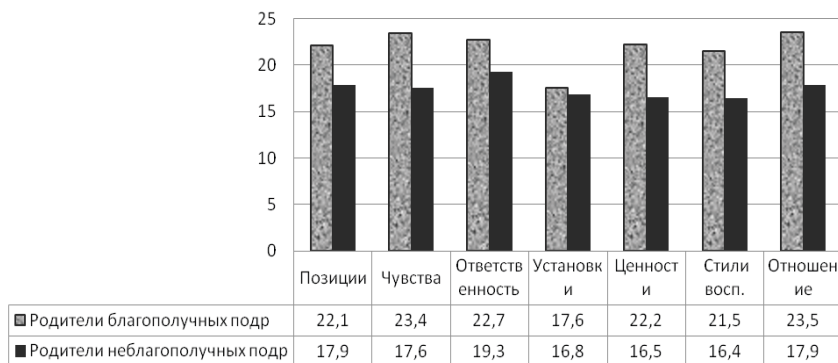


Рисунок 1. Сравнение характеристик осознанного родительства благополучных и неблагополучных подростков. Средние показатели компонентов родительства ($U_{p \leq 0,05}$).

Анализ показателей осознанного отношения к своей родительской роли родителей благополучных и девиантных подростков позволил увидеть, что практически все показатели у родителей благополучных подростков значимо выше ($p \leq 0,05$) подобных показателей родителей девиантных подростков, кроме фактора «Родительские установки» (рис. 1). Наибольший разрыв наблюдается в показателях «Родительские чувства» (5,8 баллов по средним значениям, что говорит о высоком уровне принятия ребенка), «Семейные ценности» (5,7 балла), «Родительское отношение» (5,4 балла).

Затем было выявлено, что семьи девиантных подростков так же различаются. Чуть больше половины из них – неблагополучные семьи (15 из 26). Среди них отцы либо не имеют работы, либо имеют низкооплачиваемые должности, так же они включали в себя семьи алкоголиков (5 семей), конфликтные семьи (7). К благополучным были отнесены семьи со средним и высоким материальным уровнем жизни, не конфликтные. В неполных семьях были работающие вполне успешные матери, но потерявшие контроль и доверие своих подрастающих детей.

Анализ показателей компонентов осознанного родительства в благополучных и неблагополучных семьях девиантных подростков позволил увидеть, что, как и в первом случае наиболее близки друг к другу Родительские установки родителей (рис. 1 и 2), что практически все показатели у родителей благополучных подростков значимо выше ($p \leq 0,05$) подобных показателей родителей девиантных подростков, кроме фактора «Родительские установки» (рис. 1). Наибольший разрыв наблюдается в показателях

Сравнение характеристик осознанности родительских позиций в благополучных и неблагополучных семьях девиантных подростков

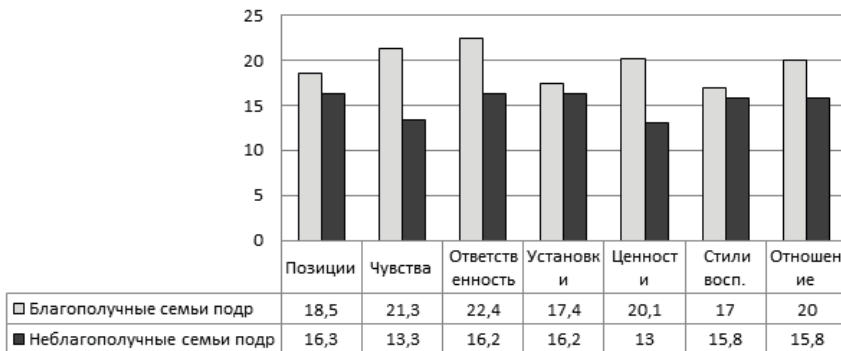


Рисунок 2. Сравнение характеристик осознанности родительских позиций в благополучных и неблагополучных семьях девиантных подростков.

Средние показатели компонентов родительства ($U_p \leq 0,05$).

«Родительские чувства» (8 баллов по средним значениям, что говорит о высоком уровне принятии ребенка), «Семейные ценности» (7,7 балла), «Родительская ответственность» (6,2 балла). все показатели у родителей благополучных подростков значимо выше ($p \leq 0,05$).

Исследование ценностного поля родителей подростков проводилось с помощью методики «Ценностные ориентации» М. Рокича.

На вершине иерархии ценностей у родителей благополучных подростков стоят «счастье в семье» (2 балла), «здоровье» (4,2 балла), «любовь» (5,1 балл), причем высота ранга и частота выбора значительна.

У родителей девиантных подростков наблюдается большой разброс данных по все группе. Высшей ценностью в иерархии выступает «любовь» (4,8 баллов), «интересная работа» (5,3 баллов) и только на третьем месте «счастье в семье» (5,4 балла), затем «материальная жизнь» (6,1 балл) и «здоровье» (6,2 баллов). Только двое родителей девиантных подростков дали высший рейтинг показателю «счастье в семье», в отличие от 10 подобных выборов родителей благополучных подростков (рис 3.и 4).

Исследование показало, родители благополучных подростков имеют более осознанное отношение к своему родительству, родительским позициям, ценностные ориентации родителей и ценностные ориентации подростков находятся в некотором соотношении и сопряжены между собою.

Ценностное поле родителей благополучных подростков сосредоточено на ценности «счастья в семье», «здоровье» и «любовь», на осознании семьи как ценности, своей ответственности за семью и на высоком уровне принятия ребенка. Ценностное поле благополучных подростков лежит в области «любви», «личностного развития», «материальных ценностей», «творчества». Такие подростки высоко оценивают авторитет родителей, советуются



Рисунок 3. Ранговая структура терминальных ценностей родителей благополучных подростков



Рисунок 4. Ранговая структура терминальных ценностей родителей девиантных подростков

большую размытость ценностей, их устремления меньше направлены на семью и воспитание, в то время как ценностное поле подростков сосредотачивается в большей степени на семье и социальном созидании (интересная работа, активная жизнь).

Данное исследование, еще не завершённое и предполагающее последующие этапы, показало, что родительские отношения и осознанность родительских позиций имеет значительное влияние на поведение подростков, что ярко подтверждается в неблагополучных семьях девиантных подростков.

с ними, однако ценность семейного взаимодействия отходит для них на второй план.

Ценностное поле родителей подростков с девиантным поведением, по сути, близко к показателям контрольной группы, но более размыто, показатель «счастья в семье» выступает в рейтинге на третьем месте, хотя и значимом. Ценностное поле подростков с девиантным поведением, имеет противоречивую структуру. У таких подростков родители не пользуются авторитетом, однако, в иерархическом ряду ценность семьи для них стоит выше, нежели для благополучных подростков. Девиантные подростки больше ценят здоровье и семью, возможность активной жизни.

Таким образом, мы увидели, что ценность «счастья в семье» для родителей и направленность на семью позволяет подросткам чувствовать себя более защищенными, дает им возможность сосредоточиться на творчестве, личностном развитии, любви. У подростков с выявленными девиациями родители имеют

Литература

1. Березин С.В., Лисецкий К.С., Серебрякова М.Е. Подростковый наркотизм: семейные предпосылки. – Самара: Издательство «Самарский университет», 2001. – 340с.

2. *Варга А.Я.* Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери / Журнал практической психологии и психоанализа. – № 3. – 2002.
3. *Клейберг Ю.А.* Психология девиантного поведения. – М., 2001. – 160с.
4. *Ланцбург М.Е.* Психологическая поддержка матерей группы риска как профилактика социального сиротства / Современные подходы к ранней профилактике социального сиротства и семейного неблагополучия. / Науч. ред. Н.Ю. Грачева. – М.: Старполиграф, 2011. С. 489–496
5. *Матушкина И.И.* Технологии профилактики семейного неблагополучия. Пособие. – М., 2012. – С. 227.
6. *Овчарова Р.В.* Родительство как психологический феномен: учебное пособие – М.: изд. МПСИ, 2006.
7. *Сапоровская М.В.* Психология межпоколенных отношений в семье: Автореф. ... дис. д-ра псих.наук. – Кострома, 2013.
8. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства, М., – 2002.
9. *Ходырева Е.А., Микова Т.С.* Социально-психологический феномен девиантного материнства. – М., 2005, – 560с.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С НКО

Береговая Е. Б.

кандидат педагогических наук, директор Благотворительного фонда содействия социокультурным инициативам и попечительству «Образ жизни», эксперт Общественной палаты РФ, член Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере, член Совета при Уполномоченном при Президенте РФ по правам ребенка

smirnovfund@mail.ru

Нетесова М. С.

м. н. с. Института государства и права РАН, юрист Благотворительного фонда содействия социокультурным инициативам и попечительству «Образ жизни»

netesova@inbox.ru

Аннотация. Статья посвящена актуальной проблематике социальной работы. Авторы определяют современные направления поддержки семей, которые находятся в трудной жизненной ситуации. В статье дан анализ основных государственных документов; авторы описывают примеры эффективной поддержки. Выделены базисные основания создания программ индивидуального сопровождения семей.

Ключевые слова: семья в трудной жизненной ситуации, перспективы, взаимодействие, социальные сироты, государственные документы, сопровождение, программы, поддержка

Keywords: family in a difficult situation, prospects, interaction, social orphans, state documents, support, programs, support

Изучение проблематики семейного неблагополучия, оказание поддержки семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации является, с нашей точки зрения, предметом междисциплинарных исследований, включая психологию, педагогику, юриспруденцию, социологию, экономику и многие другие сферы общественной жизни. Все это говорит о том, что решение этих вопросов не может быть явлением частным, нужно подходить к этому комплексно и стремиться разработать наиболее эффективную систему стабилизации всей складывающейся сейчас тревожной ситуации. Известно, что в России все еще велико количество родителей, в отношении которых ежегодно осуществляется лишение или ограничение родительских прав. Это означает, что их дети становятся социальными сиротами со всеми вытекающими отсюда неблагоприятными обстоятельствами и факторами влияния на их развитие, а это в свою очередь, влечет за собой ухудшение социальной ситуации во всем обществе и снижает возможность его перспективного прогрессивного становления.

Среди государственных документов, регламентирующих базисные основания поддержки таких семей, необходимо особо отметить:

- Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [1];

- Федеральный закон от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка РФ», в котором определена категория детей, находящихся в трудной жизненной ситуации – это:

- дети, оставшиеся без попечения родителей;
- дети-инвалиды;
- дети-жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий;
- дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев;
- дети, оказавшиеся в экстремальных условиях;
- дети-жертвы насилия;
- дети, находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях, – дети, проживающие в малоимущих семьях;
- дети с отклонениями в поведении;
- дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи [2].

Выявляя наиболее эффективные направления, отвечающие современным требованиям общественного запроса к качеству жизни и социальной защиты, следует изначально подчеркнуть, что, во-первых, необходимо учитывать следующие моменты: семьи в трудной жизненной ситуации имеют разный потенциал для решения возникающих у них проблем. Это означает, что если в одной семье достаточно лишь указать на проблему, четко ее определить и направить на возможные пути решения, то у другой семьи слишком мало интеллектуальных и материальных ресурсов, которые нужны для выхода из неблагоприятной ситуации. Соответственно, таким семьям необходимо очень продуманное индивидуальное и довольно длительное по времени психолого-педагогическое, социальное, юридическое сопровождение, которое влечет за собой и вдумчивую деликатную супервизию выхода из данной ситуации.

Во-вторых, при разработке подобных программ сопровождения необходимо опираться на современные методики работы с семьей и учитывать, что эти методики эффективны при основательном изучении особенностей той или иной трудной ситуации, психологических свойств членов семьи и т.д. – это связано и с выделением определенных временных этапов реализации таких программ.

Среди методик психолого-педагогического сопровождения семей в трудной жизненной ситуации можно выделить следующие:

- патронатное посещение семей с целью обследования условий проживания и воспитания несовершеннолетних детей;

- метод совместного планирования;
- экспресс-диагностика детско-родительских отношений в семьях, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- консультации специалистов;
- подключение к решению проблем семьи органов самоуправления, работников культуры, медицины;
- вовлечение в досуговую деятельность членов семей по месту жительства;
- методики, направленные на принятие окружающего мира, изменение ограничивающих представлений, расширение модели мира;
- разработка индивидуальных программ перспективного развития семьи и повышения ее социального статуса.

Анализ практического опыта работы авторов статьи, являющихся сотрудниками известного российского Благотворительного фонда «Образ жизни», показывает, что весьма значительный ресурс представляет активное взаимодействие государственных органов социальной защиты и некоммерческих общественных организаций.

В последнее время принимается ряд государственных мер, направленных на помощь семьям в трудной жизненной ситуации, и в первую очередь, если в этих семьях проживают дети, что способствует профилактике социального сиротства. К ним относится, в первую очередь, принятие Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года [3], предусматривающей комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых детям и их семьям, направленных на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграции в общество, а также на сопровождение и поддержку их семей и повышение компетентности родителей (законных представителей).

Важное значение также имеет проработка вопросов, связанных с профилактикой социального сиротства, с сохранением ребенка в семье, основы которых заложены в Семейном кодексе Российской Федерации [4]. В связи с рядом громких случаев отобрания детей, освещенных СМИ, эта тема стала предметом взаимодействия органов государственной власти и некоммерческих организаций. В настоящее время на данных партнерских основаниях прорабатываются вопросы формирования оптимальной модели социального сиротства, позволяющей ограничить вмешательство государства в семью только теми случаями, когда жизни или здоровью ребенка есть реальная угроза, создающей механизмы оказания реальной помощи семье по выходу из трудной жизненной ситуации.

В целом, необходимо еще раз акцентировать внимание на следующих положениях:

1) Поддержка семей в трудной жизненной ситуации должна осуществляться, с одной стороны, системно и опираться на корпус государственных

документов, методических разработок, отражающих лучшую отечественную и зарубежную практику, технологии психолого-педагогического и социального сопровождения. С другой стороны, в этом процессе необходимо учитывать индивидуальные запросы и особенности каждой семьи в трудной жизненной ситуации, с этой целью целесообразно разрабатывать программы такого сопровождения и перспективного развития каждой семьи.

2) Результативной поддержкой семей в трудной жизненной ситуации может быть только комплексная поддержка и в этой связи необходимо организовать активное и гибкое взаимодействие министерств и ведомств, так или иначе вовлеченных в вопросы социальной защиты, а также социально ориентированных некоммерческих организаций.

Литература

1. Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // СЗРФ.– 30 декабря 2013 года. -№ 52 (часть I).– Ст. 7007.

2. Федеральный закон от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка РФ» // СЗРФ.– 03 августа 1998 года – № 31 -Ст. 3802.

3. Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года – Режим доступа: <http://government.ru/media/files/7NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf>

4. Семейный кодекс Российской Федерации // СЗРФ.– 01 января 1996 года. – № 1.– Ст. 16.

ДЕВИАНТНОЕ РОДИТЕЛЬСТВО – ГЛАВНАЯ УГРОЗА СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА

Блохин В. Н.

Магистр исторических наук, старший преподаватель кафедры истории и педагогики факультета Бизнеса и права УО Белорусская государственная сельскохозяйственная академия
vik-1987@bk.ru

Аннотация. Статья рассматривает проблемы распространения различных форм девиантного поведения среди родителей. В условиях современного общества появляются новые формы отклонений и социальных патологий, что представляет серьезную опасность для социализации детей. Распространению девиаций среди родителей способствуют современные технологии, что необходимо учитывать в профилактической и социальной работе с семьями.

Ключевые слова: девиантное поведение, родители, дети, проблемы, угрозы
Keywords: deviant behavior, parents, children, problems, threats

В повседневной жизни приходится постоянно сталкиваться с необычными поступками, реакциями или целой системой отклоняющегося поведения детей. В подавляющем большинстве случаев отклоняющееся поведение начинается с реакции дезадаптации. Если не предупреждать подобного типа реакции, они закрепляются и могут стать причиной как асоциального, так и антисоциального поведения. Нарушениями поведения или социальной дезадаптацией называются такие состояния, в которых главная проблема заключается в появлении социально неодобряемых форм поведения. Как бы ни были разнообразны эти формы поведения, они почти всегда характеризуются плохими отношениями с другими людьми (взрослыми, детьми). Они проявляются в ссорах, агрессивности, и различных видах девиантного поведения [1].

Девиантное (отклоняющееся) поведение – действия, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе (социальной группе) нормам и ожиданиям, приводящие нарушителя к изоляции, лечению, исправлению или наказанию. Основными видами девиантного поведения являются преступность, наркомания, самоубийство, проституция. В современных исследованиях чаще всего говорят о подростковом девиантном поведении, либо о девиантном поведении личности.

Девиантология родительства – достаточно новая область исследований, но, несомненно, важная, так как именно родители оказывают наибольшее влияние на развитие ребёнка в семье, формируя модель поведения ребёнка в собственной семье и в социуме [3,190].

Родительство необходимо понимать не только как часть личностной сферы родителя, но и как элемент семейной системы, образованный в связи

с реализацией родительской сферы личности. Формирование родительства обусловлено влиянием различных системных факторов: макросоциальных, семейных, личностных. Девиантное родительство проявляется в форме жестокого обращения, физического и психологического насилия, деформации детско-родительских отношений. Среди неблагоприятных факторов нарушения родительских функций отмечается трансляция в ряду поколений девиантных моделей материнства и отцовства, искажение эмоциональной и операциональной составляющих родительства, нарушение родительской культуры в целом. Основные компоненты патологизирующего родительства (неблагоприятные когнитивные стили и сценарии, патологические личностные характеристики родителей, модели воспитания) и факторы неблагоприятного семейного наследования обладают тенденцией к усилению в ряду поколений, возрастает их патологизирующее воздействие на личность ребенка. Появление особого ребенка служит фактором семейного стресса и затрудняет формирование родительства, обостряет неблагоприятные тенденции реализации родительских функций [2].

Семейное воспитание ребёнка является основой, закладывающей систему координат его будущего мировоззрения или «картины мира». Система семейных ценностей, семейных «моделей» взаимодействия с окружающим миром остается в том или ином трансформированном виде с человеком на всю жизнь и влияет на его установки и поведение.

Рассмотрим, в каких случаях и какое влияние может оказать девиантное поведение родителей на состояние безопасности детей. Для этого возможно использовать специальную матрицу, которая разделяет девиации по характеру направленности и по степени социальной одобряемости. Так, по характеру направленности выделяют конструктивное, аутодеструктивное и внешнедеструктивное девиантное поведение. По степени социальной одобряемости различают следующие образцы поведения:

- 1) социально одобряемое и просоциальное (адаптированное к нормам определенной социальной группы);
- 2) социально нейтральное (не представляющее общественной опасности или с неоднозначными критериями оценки);
- 3) социально неодобряемое асоциальное (отклоняющееся от морально-нравственных норм) и антисоциальное (отклоняющееся от правовых норм).

Первый блок (по характеру направленности) составляют так называемые конструктивные девиации. В эту группу входит художественное, научное, техническое, организационное и компьютерное творчество. Родители, демонстрирующие поведение в рамках первого (творческого) блока, будут увлечёнными людьми, погружёнными в мир творчества и науки. Негативную роль здесь может сыграть отсутствие интереса к воспитанию и развитию собственных детей, что приводит к некоторой их заброшенности. В то же время, вовлечение детей в собственное творчество, совместная

деятельность в социально одобряемой области будут работать на развитие ребёнка. Неконтролируемое, или нерезензируемое с точки зрения морали и нравственных норм «творчество», развиваемое девиантными родителями в детях может привести в дальнейшем к крайней форме девиации – антисоциальному поведению, наказываемому по закону.

Второй блок – это аутодеструктивное поведение. В эту группу входят: аддиктивное поведение (нехимическая и химическая зависимость), суицидальное поведение (парасуицидальное и суицид) [3]. В этой группе мы наблюдаем также градацию от социально одобряемого поведения до антисоциального. Рассматривая этот блок, стоит заметить, что все виды данного поведения родителей носят негативный характер с точки зрения успешного родительства, так как отвлекают их от гармоничных взаимоотношений с детьми, общения с ними. Положительное влияние можно отметить только в таких социально одобряемых девиациях (нехимическая зависимость) как трудоголизм, коллекционирование. Такое поведение может служить моделью для подражания, в особенности, если родители привлекают к своему увлечению детей и общаются с ними на эту тему, вовлекают в совместные действия, демонстрируют свои успехи. В некоторых случаях такое поведение может переходить и в совместное творчество, принимать конструктивный окрас, носить позитивное для общества значение. В этом блоке девиаций достаточно много негативных проявлений родительства, которые могут нанести вред здоровью и гармоничному развитию ребёнка, даже если он будет только пассивным свидетелем данных проявлений (социально нейтральное: приверженность к маргинальным субкультурам; любовные и пищевые аддикции; религиозный, музыкальный, спортивный и прочие виды фанатизма, нарушения пищевого поведения; социально неодобряемое: побеги из дома и бродяжничество; аномалии сексуального поведения [1].

Особое внимание хочется уделить такому современному проявлению девиации у родителей, как кибераддикции (геймерство, компьютерная, интернет-зависимость, гаджет-зависимость). Компьютерные технологии захватили современный мир и представить себе повседневную жизнь без них мы не можем. Это и СМИ, это «электронное правительство», интернет-магазины, социальные сети, электронное обучение и даже «электронный дневник» в школе. Развитие интернета произвело революционный эффект на обмен информацией в обществе. Увлечение информационными технологиями родителей в семье имеет как положительный, так и отрицательный момент. Наибольший вред здоровью и развитию детей могут принести те случаи, когда родителей не «оторвать» от экранов современных гаджетов (мамы – в социальных сетях и интернет-магазинах, папы играют в виртуальные игрушки), все внимание сконцентрировано на виртуальном действии с компьютером. Ребёнок, особенно беспомощный, раннего детского возраста будет просто запущенным: не соблюдается время кормления, прогулок, ребёнок лишен разговорной речи и тактильного общения. С другой

стороны, приходится признать, дети в современном обществе развиваются в интернете, проходят социализацию, строят коммуникации посредством гаджетов. Если родитель не владеет средствами доступа к информации, которую получает современный ребёнок через сеть Интернет, то он может также пропустить значимые изменения в развитии ребёнка и вовлечения ребёнка другими слоями общества в различные девиантное поведение (сексуальные девиации, экстремизм и т.д.). Можно сказать, что отсутствие «цифровой грамотности», медиакомпетентности у родителей – это тоже своего рода девиантное поведение в современном обществе. В то же время общественность, социальные и образовательные институты должны использовать площадку интернета для просвещения и образования родителей как современное средство воздействия и воспитания.

В этом же блоке находится и такой вид девиантного поведения, который нельзя замалчивать, как парасуицидальное и суицидальное поведение. Современные родители, демонстрирующие такое даже социально нейтральное парасуицидальное поведение, как самоповреждающие действия (тагуаж, пирсинг, делание тоннелей, шрамирование, модификации тела); аутистическое, нарциссическое, фанатическое поведение; стритрейсинг, паркур, экстремальные виды увлечений; приверженность к современным субкультурам: эмо, готы, сатанисты, байкеры, подвергают свою жизнь и здоровье опасности, что, в конечном счете, может привести к сиротству их детей. Одним из таких проявлений поведения современных родителей является повальное увлечение «селфи» (самофотографирование и выкладывание снимков в сети Интернет). Средства массовой информации пестрят сообщениями, когда люди, в том числе имеющие детей, а иногда и на глазах у детей, в погоне за головокружительным «селфи» подвергают себя смертельной опасности (фотографируются на краю обрыва, на крышах высоток). Дети, наблюдая такое безрассудное поведение родителей, усваивают это как социальную «норму», правило поведения и могут потерять инстинкт самосохранения, повторяя за родителями.

Третий блок – внешнедеструктивное поведение, в состав которого входит противоправное поведение (административные правонарушения, деликventное и криминальное поведение) и коммуникативные девиации. С этой точки зрения родители, демонстрирующие девиации третьего блока чаще всего имеют проблемы с законом, вследствие чего не могут полноценно заниматься воспитанием детей. Кроме того, это сказывается на общем достатке семьи [3].

Таким образом, снижение уровня девиантности среди родителей является условием сохранения стабильности семейных отношений и благополучной социализации детей. Именно семья является первичным агентом социализации, в семье закладываются основы воспитания и мировоззрения молодого поколения. Воспитание детей – это чрезвычайно важный и ответственный процесс, о чём должен помнить каждый родитель.



Литература

1. *Азарова Л. А.* Психология девиантного поведения: учебно-методический комплекс – Минск: ГИУСТ БГУ, 2009. – 164 с.
2. *Макарова И. Ю.* Профилактика девиантного родительства в условиях инклюзивного образования [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://edu-open.ru/Default.aspx?tabid=475>
3. *Шагина Е. М.* Девиантология родительства и информационная безопасность личности: Сборник научных трудов «Девиантология родительства». / М.: ИИУ МГОУ, 2016. С. 190–197.

ОПЫТ РАБОТЫ РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА ПО МЕТОДИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ШКОЛЬНЫХ СЛУЖБ ПРИМИРЕНИЯ (МЕДИАЦИИ) ПО ВНЕДРЕНИЮ МЕДИАТИВНЫХ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ ПРАВОНАРУШЕНИЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Волков А.В.

генеральный директор АНО ДПО и СОН
«Межрегиональный институт социальных и образовательных услуг» –
руководитель Межрегионального ресурсного центра поддержки СО НКО,
работающих с семьями и детьми,
находящимися в трудной жизненной ситуации,
председатель Общественного совета
при Министерстве социального развития Пермского края
avital753@mail.ru

Аннотация. В статье представлено описание опыта работы по внедрению медиативных и восстановительных технологий в систему профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Пермском крае. Представленные результаты и описание системы работы могут быть использованы в качестве положительного опыта для тиражирования другими регионами.

Ключевые слова: несовершеннолетний, служба медиации, восстановительный подход, система профилактики

Keywords: juvenile, mediation service, restorative approach, prevention system

В рамках государственной политики Российской Федерации последнего десятилетия одним из национальных приоритетов стала политика в сфере детства, направленная на обеспечение и защиту прав и интересов детей, создание наилучших условий для их жизнедеятельности и развития, поиск эффективных механизмов содействия формированию безопасного и комфортного семейного окружения. Процесс гуманизации государственной политики в интересах детей согласуется с международными обязательствами Российской Федерации и охватывает все сферы поддержки семьи и детства. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 годы, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761, определяет данные направления как «дружественные к детям».

С учетом принципов, закрепленных в рекомендациях Совета Европы, Национальная стратегия действий в интересах детей предусматривает

создание системы защиты и обеспечения прав и интересов детей и дружественного к ребёнку правосудия.

Среди основных принципов правосудия, доброжелательного к детям: ценность личности несовершеннолетнего; защиты прав и развития ребёнка; усиление охранительной функции суда по отношению к несовершеннолетнему; предпочтение восстановительному подходу и мерам воспитательного воздействия; специальная подготовка судей по делам несовершеннолетних; наличие системы специализированных вспомогательных служб (в том числе служб примирения); наличие процедур и норм общественного контроля за соблюдением прав ребёнка.

С начала 2000-х годов на территории некоторых регионов России происходит применение инновационной технологии работы со школьниками «Службы примирения». Цель школьной службы примирения – разрешение конфликтных ситуаций в школе. Это драки, взаимные оскорбления, обиды, угрозы, причинение незначительного материального ущерба, прогулы в результате конфликта и др. Таким образом, школьную службу примирения можно рассматривать как первый уровень системы профилактики конфликтного и противоправного поведения несовершеннолетних.

Можно выделить пять основных направлений деятельности детских служб примирения в образовательных организациях:

1. Разрешение конфликтов сверстников в школьном сообществе.
2. Реализация интерактивных мероприятий со сверстниками по профилактике противоправного поведения.
3. Обучение сверстников навыкам конструктивного общения и толерантного отношения к другим.
4. Поддержка сверстников в трудной жизненной ситуации.
5. Межсетевое взаимодействие и коммуникация.

Внедрение восстановительных технологий в Пермском крае началось в 2002 году на территории двух пилотных площадок: Индустриального района г. Перми и города Лысьвы. Был заключен четырехсторонний меморандум о намерениях между Администрацией Пермской области, Администрацией г. Лысьвы, Администрацией Индустриального района г. Перми и Межрегиональной общественной организацией «Центр «Судебно-правовая реформа» г. Москвы». В 2003 году появились первые школьные службы примирения (ШСП). Апробация технологии показала ее эффективность и востребованность.

С 2006 г. по инициативе Правительства Пермского края восстановительные технологии стали системно внедряться на территории всего региона в рамках масштабного проекта «Внедрение восстановительных технологий в систему профилактики правонарушений несовершеннолетних». С целью повышения эффективности деятельности по организации межведомственного взаимодействия по профилактике правонарушений и преступлений несовершеннолетних в Пермском крае был принят Порядок межведом-

ственного взаимодействия системы профилактики правонарушений и преступлений несовершеннолетних и судов по реализации восстановительных технологий.

В 2008 году было подписано Соглашение о сотрудничестве в сфере внедрения элементов ювенальной юстиции между Правительством Пермского края и Пермским краевым судом. В работу включились все 50 судов общей юрисдикции Пермского края. Значительных успехов в реализации этой деятельности удалось достичь благодаря программе мероприятий Пермского края на 2009–2010 гг. «Правосудие и дети (Пермская модель ювенальной юстиции)». Данная программа прошла конкурсный отбор и получила финансовую поддержку Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В течение двух лет было обучено 100 судей и 100 помощников судей Пермского края по программе повышения квалификации «Основы ювенальной юстиции с элементами медиации». Был создан интернет-ресурс – тематический портал «Восстановительные технологии в Пермском крае» (www.jjpk.perm.ru); разработаны 30 информационно-методических изданий, которые были распространены среди специалистов системы профилактики преступлений и правонарушений несовершеннолетних на территории Пермского края.

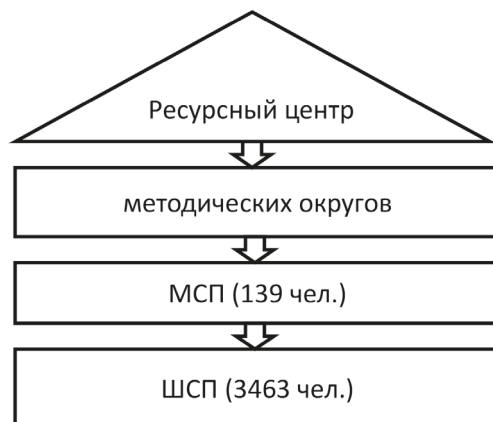
Следующим этапом в развитии системных изменений в крае стала разработка региональной программы по профилактике, социализации и реабилитации несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом, на 2013–2015 гг. «Выбор за тобой». Данная программа получила финансовую поддержку Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и составила основу 8-й подпрограммы государственной программы Пермского края «Семья и дети Пермского края», утвержденной постановлением Правительства Пермского края от 03.10.2013 № 1322-п.

Мероприятия Программы были направлены на профилактику правонарушений и преступлений среди несовершеннолетних. Эффективными профилактическими мерами здесь стали дальнейшее развитие системы школьных и муниципальных служб примирения, создание и развитие служб примирения в детских домах, активное вовлечение детей и подростков в проектную деятельность, развитие краевого волонтерского движения актива детских служб примирения «Страна Мира» с применением интерактивных тематических технологий.

Отдельным значимым направлением в реализации восстановительных технологий на базе ресурсного центра стало создание единого информационно-методического и информационно-коммуникационного пространства для специалистов, родителей и детей. Образовательные информационные ресурсы должны способствовать формированию привычки к социально ответственному поведению у несовершеннолетних и их родителей. Важными элементами информационной системы станут серии выпущенных методических материалов и публикаций в СМИ, работа специализированного ин-

тернет-портала «Восстановительные технологии в Пермском крае» (www.jjrk.perm.ru) с разделами «Детям», «Родителям», «Специалистам», разработка регионального стандарта реализации восстановительных программ, а также цикл обучающих семинаров, курсов повышения квалификации и конференций. Появление такой единой информационно-методической системы делает возможным постоянный профессиональный рост и повышение эффективности работы специалистов, которые занимаются профилактикой правонарушений несовершеннолетних.

В настоящее время в регионе создана система эффективного взаимодействия служб примирения (медиации). Методическое сопровождение системы обеспечивается ресурсным центром и методическими объединениями, организованными по «кустовому» принципу (территория края поделена на шесть методических округов («кустов»)):



Координирующая роль в организации работы с несовершеннолетними, совершившими общественно опасные деяния и преступления, отводится комиссиям по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН и ЗП).

Красной КДН и ЗП утвержден Порядок межведомственного взаимодействия субъектов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и судов по реализации восстановительных технологий и медиативного подхода. Согласно данному Порядку специалист муниципальной КДН и ЗП проводит отбор материалов, направленных инспекторами подразделений по делам несовершеннолетних отделов полиции, следственными отделами, судами, для проведения восстановительных программ в соответствии с утвержденными критериями. В случае соответствия критериям муниципальная комиссия направляет в муниципальную службу примирения по месту жительства несовершеннолетнего заявку на проведение программы

с применением восстановительных технологий (программы примирения, программы по заглаживанию вреда, возмещению ущерба и др.).

Муниципальная КДН и ЗП:

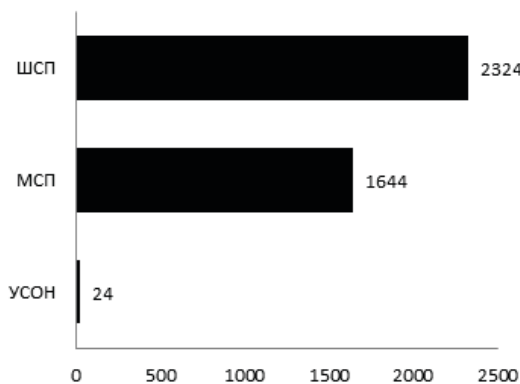
- собирает, обобщает информацию о несовершеннолетнем и его семье, условиях проживания, воспитания, его поведении, увлечениях, учебе, результатах психологической диагностики, а также о проведенной профилактической работе с несовершеннолетним и его семьей,
- организует проведение межведомственного консилиума по анализу причин и условий, способствовавших совершению преступления,
- планирует межведомственные мероприятия по реабилитации несовершеннолетнего и его семьи,
- готовит на основе проведенного анализа и изучения представленных документов заключение, в котором отражает информацию о несовершеннолетнем и его семье, результаты профилактической работы, результаты восстановительной программы,
- прописывает рекомендации по дальнейшей работе с целью предупреждения повторных преступлений.

Пакет документов и заключение направляются в суд до заседания, чтобы была возможность более подробно изучить личность подростка и принять соответствующее решение. Муниципальная КДН и ЗП также координирует проведение дальнейшей реабилитации несовершеннолетнего и его семьи.

Применение восстановительных технологий способствует повышению эффективности деятельности по профилактике конфликтного и противоправного поведения, социализации и реабилитации несовершеннолетних, вступивших в конфликт с законом.

Количество отработанных случаев

Всего за 2016 год отработано **3992** случая



Количество отработанных случаев по результату восстановительных программ (за 2016 год)

Результат реализации программ	МСП		ШСП		УСОН		ИТОГО		% от общего кол-ва
	Общее количество	В завершенных программах	Общее количество	В завершенных программах	Общее количество	В завершенных программах	Общее количество	В завершенных программах	
С положительным результатом (с примирительной встречей)	818	821	2067	2070	22	22	2907	2913	72,82
С положительным результатом для н/д правонарушителя / обидчика	270	x	159	x	0	x	429	x	10,75
С отсутствием результата (ситуация не изменилась)	556	x	98	x	2	x	656	x	16,43
Всего	1644	821	2324	2070	24	22	3992	2913	100,00

По данным мониторинга по внедрению восстановительных технологий за 2016 год всего возбуждено 1180 уголовных дел в отношении несовершеннолетних, из них направлено заявок в МСП для реализации восстановительных программ 408, что составляет 34,6% от общего количества возбужденных уголовных дел. В отношении несовершеннолетних судами вынесено 789 приговоров, из них прекращено 215 уголовных дел, в том числе за примирением сторон после проведения восстановительных программ – 111, что составляет 51,6%.

О результативности восстановительных программ также свидетельствует показатель количества несовершеннолетних, повторно совершивших общественно опасные деяния и преступления: по итогам 2016 года 28,7% несовершеннолетних совершили повторно правонарушения, а из числа несовершеннолетних, прошедших восстановительные программы, только 5,5%.

В целом можно сделать вывод, что в Пермском крае сложилась эффективная система работы по внедрению восстановительного подхода в деятельность субъектов системы профилактики и развития сети служб примирения, способствующая снижению уровня правонарушений среди несовершеннолетних и позволяющая наиболее полно учесть интересы детей при рассмотрении дел в судебных заседаниях, что отвечает требованиям раздела Национальной стратегии действий в интересах детей по созданию системы защиты и обеспечения прав и интересов детей и дружественного к детям правосудия.

Литература

Акты международного права

1. Конвенция о правах ребенка. Принята резолюцией 44/25, Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 г. Вступила в силу 2(19) сентября 1990 года.

2. Руководящие принципы ООН для предупреждения преступности среди несовершеннолетних (Эр-Риядские руководящие принципы). Приняты на 68 Пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН, 14 декабря 1990 года.

3. Минимальные стандартные правила ООН, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних (Пекинские правила). Приняты резолюцией 40/33, Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1985 года.

4. Рекомендация № R(99)19 Комитета министров Совета Европы государствам – членам Совета Европы, посвященная медиации в уголовных делах. Принята Комитетом министров 15 сентября 1999 года на 679 встрече представителей Комитета.

Нормативные правовые акты Российской Федерации

1. Конституция Российской Федерации, принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года;

2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ.
 3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ;
 4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ;
 5. Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»;
 6. Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;
 7. Федеральный закон от 27 июля 2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)»;
 8. Указ Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы»;
 9. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 июля 2014 г. № 1430-р «Об утверждении Концепции развития до 2017 года сети служб медиации в целях реализации восстановительного правосудия в отношении детей, в том числе совершивших общественно опасные деяния, но не достигших возраста, с которого наступает уголовная ответственность в Российской Федерации»;
 10. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 1 февраля 2011 года № 1 «О судебной практике применения законодательства, регламентирующего особенности уголовной ответственности и наказания несовершеннолетних»;
 11. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 29 октября 2009 г. № 22 «О практике применения судами мер пресечения в виде заключения под стражу, залога и домашнего ареста».
- Акты Пермского края*
1. Закон Пермской области от 9 сентября 1996 г. № 533–83 «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства»;
 2. Закон Пермской области от 05.09.2005 г. № 2441–539 «О комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав».
 3. Порядок межведомственного взаимодействия субъектов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и судов по реализации восстановительных и медиативных технологий (утвержден Постановлением комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Пермского края от 1 декабря 2016 г. № 18).
 4. Комплексный план мероприятий по профилактике правонарушений и преступлений среди несовершеннолетних в Пермском крае на 2016 год, утвержденного распоряжением Правительства Пермского края от 27.07.2016 № 209-рп

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЬИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ И МЕДИАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ИХ УРЕГУЛИРОВАНИЯ

Складчикова Е. С.

Психолог, медиатор

АНО «Социальная открытая линия»

e-skladchikova@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены некоторые социальные последствия функционирования семьи, находящейся в трудной жизненной ситуации, в частности проблемы правонарушений несовершеннолетних и проблемы ресоциализации женщин, отбывающих наказания с точки зрения необходимости общественной поддержки их детей с целью профилактики правонарушений несовершеннолетних.

Ключевые слова: ресоциализация, правонарушения, семейные связи, восстановительные технологии, медиативные технологии

Keywords: resocialization, offence, family ties, restorative processes, mediative processes

Семья, находящаяся в трудной жизненной ситуации, не имеет достаточных ресурсов для ее конструктивного разрешения без вмешательства органов опеки и попечительства и специализирующихся на проблемах помощи семье и профилактике социального сиротства НКО. В данной статье рассматриваются некоторые социальные последствия, которые выходят за рамки функционирования семьи и влияют на общество в целом.

Со стороны ребенка – конфликты в школе, правонарушения со всеми последствиями реагирования компетентных служб. Школа, как правило, не имеет адекватного механизма реагирования на такие ситуации, и, даже понимая сложность семейной ситуации конкретного ребенка, не имеет ни ресурсов, ни организационных возможностей на нее повлиять.

Несовершеннолетние, совершившие правонарушения, при фактическом отсутствии реализованного восстановительного правосудия в России, чаще всего попадают в систему специальных учебно-воспитательных учреждений, где оказываются под влиянием субкультуры. Жизнь вне семьи не обеспечивает формирование нормальных психологических, адаптационных механизмов и социально приемлемого поведения, которое могло бы обеспечить им качественное включение в общество после отбывания наказания. К особенностям личности несовершеннолетних правонарушителей относятся такие черты, как противоречивость, сочетание чувствительности и черствости, завь-

шенной самооценки и неуверенности в себе [1, 2]. Применение восстановительного подхода в реагировании на правонарушения несовершеннолетних позволяет не только проводить индивидуальную работу по ресоциализации ребенка, но и комплексную работу с семьей, в которой были созданы условия для того, чтобы правонарушение могло быть совершено, и ближайшим окружением ребенка. Такой механизм способствует позитивной активности людей в налаживании взаимопонимания, принятия на себя ответственности за собственные действия. Важным является подход, позволяющий отделить правонарушение от личности, избежать клеймения и отвержения, и таким образом дать возможность всем участникам событий наладить отношения, загладить принесенный ущерб и восстановиться в обществе. [2, 310; 4, 9]

Согласно Концепции развития до 2017 года сети служб медиации в целях реализации восстановительного правосудия в отношении детей, в том числе совершивших общественно опасные деяния, но не достигших возраста, с которого наступает уголовная ответственность в Российской Федерации [5], должна быть обеспечена комплексная работа по социализации и ресоциализации детей, качественное межведомственное взаимодействие всех органов и служб, реагирующих на правонарушения. Первым уровнем реагирования на конфликтные ситуации должна быть служба школьной медиации, которая призвана, в том числе, дать педагогам коммуникационные инструменты выстраивания взаимоотношений с родителями и детьми, формирования социально ответственного поведения учеников и психологически безопасного климата в школе.

Наиболее успешный опыт реализации модели восстановительного правосудия имеется в Пермском крае, где существует Порядок межведомственного взаимодействия системы профилактики правонарушений и преступлений несовершеннолетних и судов по реализации восстановительных технологий. Данная работа предполагает не только реагирование на правонарушение, но и комплексную работу по поддержке семьи, попавшую в трудную жизненную ситуацию. Таким образом, ребенок остается в семье, которая получает возможность реабилитации.

Последствия со стороны взрослого (родителя) – правонарушения как результат психологического неблагополучия семьи: наличие зависимостей и созависимостей, асоциальное поведение, бедность. Второй вариант – правонарушения, когда оно не определяется серьезной психологической и социальной дезадаптацией, и родитель был бы способен выполнять свои функции, но оказывается изолирован от общества в системе отбывания наказаний. В обоих случаях, при отбывании родителями наказания, ребенок оказывается в детдоме, замещающей семье, либо в семье родственников, но теряет фактически связь с родителем.

В ситуации относительного психологического благополучия родителя, в случае, если он отбывает наказание в местах лишения свободы, возможны два варианта: ребенок рожден до начала срока и во время отбывания мате-

рью срока. В первом случае можно говорить о вероятности наличия периода нормативного формирования детско-родительских связей. Во втором случае ребенок с самого рождения находится в условиях депривации.

Одна из необходимых точек проведения работы по профилактике социального сиротства – дома ребенка на территории женских исправительных учреждений. Психологическая работа во время беременности, направленная на профилактику отказа от ребенка, проведение образовательных программ для молодых матерей об этапах развития ребенка, роли матери в формировании психики ребенка и роли грудного вскармливания начинает давать первые результаты в тех исправительных учреждениях, где в последние годы процесс организован именно таким образом. Осужденные женщины, родив ребенка, получают мощный стимул для собственного развития, но организационная сторона жизни в колонии не способствует качественному развитию в этом отношении [3, 2].

Далее возникает вопрос поддержания контакта с ребенком, который не может больше оставаться вместе с матерью по достижении возраста трех лет. Где на воспитании оказывается этот ребенок – всегда индивидуально. В наилучшем случае, он оказывается у отца или родственников, которые не отвергают мать, могут привозить его на свидания, поддерживают позитивный образ матери для ребенка, что оказывается для ребенка достаточно благоприятным относительно общего положения дел. В другом случае, даже при нахождении в родной семье, но при явно выраженном негативном отношении к матери, создаются риски развития психологического неблагополучия, ребенок неизбежно переживает травму. В данном случае необходима так же психологическая работа с семьей, с целью поддержки всех ее членов.

При попадании ребенка в замещающую семью так же возникает сложность коммуникации, нет никакого прямого влияния матери на то, где оказался ее ребенок, как его воспитывают. Нахождение ребенка в детском доме влечет все общие последствия, характерные для такой ситуации: нарушение формирования «Образа Я», социального интеллекта, эмоциональной регуляции [8].

В данном случае возможно использование медиации и медиативных технологий [9] для поддержания контакта с родной или замещающей семьей, когда в силу тяжелого эмоционального состояния всех сторон, нарушена конструктивная коммуникация, отсутствуют договоренности о качестве и способах воспитания ребенка.

В данной статье речь не о том, должен ли был родитель оказаться в местах отбывания наказания или нет. Требуется внимания качество заботы о ребенке в том случае, если семья оказалась в ситуации подобного рода и все ее психологические и социальные последствия.

Стигматизация людей, отбывших наказание – большая социальная проблема. Необходимо обратить внимание на влияние школы и общества на отношение к детям родителей, отбывающих наказание. Привычная обще-

ственная реакция отвержения таких детей создают для них необходимость поиска сообщества, где они смогут чувствовать себя признанными, и вряд ли оно окажется благополучным. Феномен «исключения», механизм которого подробно рассмотрен Садовниковой М.Н., Лозовским А.В., Раднаевой Э.Л. [6, 13], заключается в том, что к преступному правонарушению несовершеннолетних приводит негативная реакция окружающих. И при отсутствии качественной скоординированной работы, направленной на поддержку и социализацию таких детей, они неизбежно оказываются в группе риска по совершению правонарушений.

Отсутствие психологических и организационных мер ресоциализации лиц, отбывших наказание, с одной стороны – наращивает проблему рецидива, с другой – создает сложности воспитания их детей, даже если у родителя есть огромное желание делать это. Создание постпенитенциарной системы является необходимым условием ресоциализации, в том числе для развития качества жизни ребенка и контакта с семьей.

Отдельно внимания требует способ восстановления контакта родителя с ребенком после освобождения из мест лишения свободы [7]. Особенности становления психики детей, находящихся в ситуации общественного отвержения из-за отбывания наказания их родителей, перемещения в детские дома либо замещающие семьи, сложности их адаптации – требуют отдельного рассмотрения. Здесь важна не только история каждой конкретной семьи и каждого из этих детей, но и то, в какую систему и какие сообщества они сливаются, как взаимодействуют и выживают, формируя свою особую культуру поведения.

Ключевым моментом в реализации такой работы являются профессиональные и личностные компетенции специалистов, непосредственно работающими с теми, кому необходима поддержка. Это относится и к специалистам ООП, и КДН и ЗП, и сотрудникам ФСИН. Обучение медиативным и восстановительным технологиям является в том числе ресурсным в плане сохранения собственной позиции нейтральности в работе, профилактики профессионального выгорания. Об этом позволяет говорить накопленный с 2013 года опыт реализации программы «Комплексная программа профилактики повторных правонарушений несовершеннолетних путем формирования единого профессионального сообщества специалистов», при участии АНО «Поволжская семейная академия «УМАЙ»» и при поддержке Республиканской комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Республики Татарстан.

Литература

1. Ажиев В.В. Особенности личности несовершеннолетнего правонарушителя / В.В. Ажиев // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 5 – с. 1–4. – электронная версия печатной публикации. URL: http://teoriapractica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2012/5/yurisprudentsiya/azhiev.pdf

2. *Брэйтуэйт Дж.* Преступление, стыд и воссоединение. М.: МОО Центр «Судебно-правовая реформа». 2002. 310 с.

3. *Латышева Л.А.* «Особенности ресоциализации женщин, осужденных к лишению свободы» // Научно-практический журнал «Вестник института: преступление, наказание, исправление», Вологодский институт права и экономики Федеральной службы исполнения наказаний//http://фсин.пф/territory/Vipe/journal_bulletin_of_the_institute/archive/magazine/26/21.pdf

4. *Максудов Р.Р.* «Особенности проведения медиации, связанной с несовершеннолетними. Восстановительный и реабилитационный подход: принципиальные и понятийные различия» // Ливенцева Е.Н., Максудов Р.Р., Кузнецова А.Н., Рябинин А.Л.// «Восстановительный подход в работе специалистов системы профилактики правонарушений и поддержки социализации несовершеннолетних», Череповец, 2015.

5. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 июля 2014 г. № 1430-р «Об утверждении Концепции развития до 2017 года сети служб медиации в целях реализации восстановительного правосудия в отношении детей, в том числе совершивших общественно опасные деяния, но не достигших возраста, с которого наступает уголовная ответственность □ // Собрание законодательства Российской Федерации. 2014. № 32.–Ст. 4557.

6. *Садовникова, М.Н.* Восстановительно-медиативный подход в работе сотрудников субъектов системы профилактики: методическое пособие для практических работников / М.Н. Садовникова, А.В. Лозовский, Э.Л. Раднаева.– Иркутск: Изд-во ИГУ, 2015.– 249 с.

7. *Садовникова, М.Н.* Ресоциализация осужденных женщин: значение восстановления социальных связей (в аспекте связей матерей с их детьми), или дети здесь ни при чем: учебно-методическое пособие для практических работников / М.Н. Садовникова, А.С. Архипкина, Л.М. Третьякова, Л.А. Сошина, М.А. Сутурин.– Иркутск: Изд-во ИГУ, 2015.– 241 с.

8. *Савченко Д.Д.* / Социально-психологические особенности подростков, не имеющих опыта жизни в семье // автореф. канд. диссертации.

9. ФЗ от 07.07.2010 № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации) [электронный ресурс] – режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103038/

**ПОМОЩЬ МОЛОДЫМ СЕМЬЯМ.
ОПЫТ РАБОТЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА
«ДЕТЯМ С ЛЮБОВЬЮ»
С ВЫПУСКНИКАМИ ДЕТСКИХ ДОМОВ**

Степанова О.Н.

Директор благотворительных программ
БФ «Детям с любовью»
www.tochildrenwithlove.ru
тел.: +79102951370
ostepanova09@gmail.com

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема эффективной организации помощи выпускникам и выпускницам детских домов, которые стали мамами и папами. На основе многолетнего опыта работы фонда, автор обосновывает идею о том, что всесторонняя помощь, оказанная выпускницам детских домов в период беременности и в первые два года жизни ребенка, позволяет разорвать круг социального сиротства. Особое внимание уделено важности оказания моральной, эмоциональной поддержки молодым родителям, обмена родительским опытом с другими ребятами и наставниками. Важная часть статьи заключается в описании системы оказания материальной и юридической помощи и поддержка при устройстве на работу, преодоление иждивенческих настроений и обучение умению брать ответственность за свою семью. В заключение автор приводит реальные истории выпускниц детских домов, подтверждающие основные положения статьи. Данная статья будет интересна и полезна всем, кто работает с детьми-сиротами и выпускниками организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Ключевые слова: дети-сироты, выпускники детских домов, молодые мамы, социальное сиротство, моральная поддержка, гордость за успехи, счастье материнства
Keywords: children-orphans, orphanageleavers, socialorphanhood, moralsupport, prideforsuccess, happinessofmotherhood

Программа «Молодые мамы» БФ «Детям с любовью» была разработана шесть лет назад, с целью профилактики социального сиротства посредством поддержки выпускниц организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, которые беременеют в течение ближайшего времени после выхода из учреждения и не имеют достаточно собственных ресурсов для того, чтобы освоить роль матери.

За прошедшее время 15 молодых матерей стали участницами программы. Мы с гордостью можем сказать, что всех деток нам удалось сохранить с мамами. Таким образом, главную цель программы: разорвать круг социального сиротства возвращения ребенка на место мамы в социальное учреждение нам пока удается выполнять.

Время нахождения в программе, как правило, составляет 2–3 года, зависит от конкретного случая и состоит из нескольких этапов.

I этап. При поступлении сигнала о беременности нашей воспитанницы, мы начинаем подготовку к рождению ребенка. Постановка на учет, занятия со специалистами, моральная поддержка во время беременности, приобретение необходимого для ребенка или обмен внутри нашего большого круга молодых мам и пап, готовимся к приезду после роддома, моем, убираем комнату, где живет мама. Общими усилиями делаем минимальный ремонт, если необходимо [2,4].

II этап. После рождения ребенка, мы обязательно навещаем маму в роддоме, радуемся вместе со всеми молодыми папами, бабушками и дедушками, стоим под окнами и смотрим на своих девочек с их кулечками в руках, потому что очень грустно маме лежать в роддоме одной, без внимания и радостных посетителей под окном [13,2]. Забираем из роддома, готовим суп, купаем, обрабатываем, ухаживаем, помогаем, объясняем, поддерживаем и делаем много всего, что случается в обычной семье, когда малыш приезжает домой.

III этап. Высококвалифицированная медсестра с большим стажем, которая навещает маму ежедневно в первый месяц жизни ребенка, давая маме возможность окрепнуть и освоиться с новой ролью, потом реже, по мере необходимости, но до года все детки у нас находятся под присмотром. Все наши мамы получают ежемесячную финансовую помощь от фонда, в размере 4000 рублей [14,11].

IV этап. Молодые родители общаются между собой, обмениваются опытом, детскими вещами, кроватками, колясками, как в обычной семье. Мы стараемся поддерживать эти связи, сделать их крепче, нашим детям необходимо чувствовать за спиной большую сильную семью, готовую помочь. Поэтому мы часто собираемся вместе на праздники и просто так [11,3].

V этап. Один из важных этапов работы с молодыми родителями – это юридическая, правовая помощь. После рождения ребенка, нужно оформить большое количество документов, самостоятельно сделать это маме очень трудно, поэтому мы обязательно помогаем взаимодействовать с учреждениями здравоохранения, социальной защиты. Наверное, самый острый вопрос среди нашей категории детей – это жилье. Для молодой мамы это особенно важно. Мы часто обращаемся за помощью к нашим партнерам, юридической фирме, которая безвозмездно помогает нашим детям разобраться в сложных вопросах наследования или получения жилья [14,7]. Если с получением собственного жилья возникают сложности, мы находим временное жилье для мамы с ребенком. Это может быть комната в общежитии, или небольшая квартира, за которую наш фонд платит некоторое время, до того, как мама сможет отдать малыша в сад и устроиться на работу.

VI этап. Помощь в устройстве на работу – еще одна большая и важная часть нашей работы с молодыми мамами. Все мы знаем об иждивенчестве,

которое развивается у детей в сиротских учреждениях. Мы всегда говорим нашим воспитанникам, что мы – их помощь и поддержка во всем, но не решение их проблем и свою жизнь им нужно прожить самим. Главный наш совет и помощь для них – помочь определиться с выбором профессии, получением образования, устройстве на работу. Это касается и молодых родителей. Как только ребенок готов идти в сад, мы помогаем маме закончить образование, если оно было прервано рождением, или выйти на работу, чтобы она сама заботилась о своей маленькой семье. Это обязательное условие программы.

И только после этого мы можем быть спокойны и навещать их потому, что они нас в гости пригласили без повода, потому что скучаем и хотим увидеть, чему они научились, и как поживают наши дети и внуки.

Программа поддержки матерей с опытом институционализации в анамнезе началась с Екатерины, сейчас ей 27 лет.

После окончания интерната Екатерина встретила молодого человека и уехала с ним в Москву. Однако грандиозные планы не осуществились, девушка осталась одна с ребёнком на руках, ей негде жить, порой нечего есть. Мы помогли материально, приобрели необходимые для малыша вещи, поддержали. В конце концов, научили просто быть мамой!

Сейчас Екатерина замужем. Год назад она стала мамой во второй раз. «Пусть не всегда у нас на столе лежит вкусное, пусть не всегда мы можем купить себе хорошую дорогую одежду. Но я настолько счастливая женщина! Ложась вечером, я не думаю, что будет завтра, потому что знаю, что муж проснётся, пойдёт на работу, решит все мои проблемы. Ради нас он бросил курить, совсем не пьёт спиртного. Занимается спортом. Каждое воскресенье летом мы ходим на стадион, бегаем. Это абсолютно другая жизнь!»

Любовь, 20 лет. Воспитывает годовалую дочь Сонечку, попутно оканчивает техникум в Мичуринском университете по специальности «Технолог общественного питания». Мы поддерживали девушку в школе-интернате в Сельцо, где она оказалась в 7 лет. Отца не помнит, мать умерла. Время, проведённое в интернате, вспоминает без грусти. Говорит, там были общительные люди, с одноклассниками ладила, ощущала помощь и поддержку воспитателей и сотрудников нашего фонда.

В 18 лет Любовь забеременела. Вспоминает, что была «чуть-чуть в шоке». Очень переживала: «Со мной разговаривали сотрудники фонда. Объясняли, что это такое, что меня ждёт. Одним словом, готовили. Тяжело в столь раннем возрасте стать мамой. Особенно одной, без папы. Но ничего страшного, я не жалею. Зато у меня теперь вот есть такое солнце и бабушка (улыбаясь, поочередно показывает на спящую дочь и Ольгу Николаевну)».

У Екатерины растёт сын Матвей. Ему 1 год 9 месяцев. Маме, соответственно, 21. Это ещё одна воспитанница Сельцовской школы-интерната. Туда девочка попала, будучи пятиклассницей. Рассказывает, что мать пила, а потому её лишили родительских прав. Катя – личность творческая. Она хорошо и танцевала и пела. Ближе и доверительнее молодая мама стала общаться с сотрудниками фонда, когда родила. В первую очередь, мы ей помогли материально, назначив ежемесячное пособие. «Были и самокаты, и ходунки... Помню, не знала, что с ними делать (смеётся). И пылесос мне подарили, и мультиварку. В общем, те предметы, которые очень важны, но которые я не могла себе позволить. Плюс подарки на Новый год, Дни рождения...»

Сейчас Катя учится на третьем курсе в университете и растит красавца Матвея, нашего общего любимчика.

Литература

1. *Владимирова Л.* Дети и общество // Грани общества. – 2009. – август. – С. 8–9.
2. *Дементьева И.* Дети, нуждающиеся в государственной помощи и поддержке // Социальная педагогика. – 2003. № 3. – С. 69–72.
3. *Зезина М.Р.* Система социальной защиты детей-сирот в России // Педагогика. – 2012. – 3№. – С. 58–67.
4. *Костюнина М.* Из опыта работы педагога-психолога школы-интерната с социальными сиротами // Воспитание школьников. – 2003. – № 6. – С. 68–71.
5. *Красницкая Г., Пронина С.* Социальное сиротство: причины и профилактика // ОБЖ. – 2002. – № 11. – С. 57–58.
6. *Нестерова О.* Кого назвать мамой // Труд. – 2005. – 18 нояб. – С. 1, 2.
7. Современный словарь по педагогике / сост. *Рапацевич Е.С.* – Мн.: «Современное слово». – 2001. – 928 с.
8. *Сорокин П.* Системы социологии. Том. 2. Социальная аналитика. Часть 2. Учение о строении сложных социальных агрегатов. – Сыктывкар: Коминвест. – 2005. – 189 с.
9. *Чувев А.* Укрепление семьи возможно только на основе возрождения традиционных ценностей // Социальная педагогика. – 2003. – № 4. – С. 6–8.
10. Федеральный закон «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (от 21 декабря 2004 года № 159-ФЗ, в редакции от 7 августа 2008 года № 122-ФЗ).
11. Электронный журнал о благотворительности «Филантроп» проект «Мамарядом» [Электронный ресурс] <http://philanthropy.ru/intervyu/2014/08/26/17486/>



12. Доклад «О положении детей в Российской Федерации». [Электронный ресурс] URL: rfdeti.ru.

13. *Владимирова Н.В., Спаньярд Х.* Шаг за шагом: индивидуальное консультирование выпускников детских домов и школ-интернатов. М.: Генезис, 2007. – 218 с.

14. *Казанская В.Г.* Подросток. Трудности взросления. – СПб.: Питер, 2008.

15. *Ослон В.Н.* Некоторые особенности личностного развития в период ранней взрослости у выпускников различных форм альтернативной заботы // Российский научный журнал. – 2010. – № 4(17).

ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНЫХ ГРАНИЦ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ

Ратникова Е. В.

педагог-психолог «Быковский центр содействия семье и детям»,
Московская область
ratnikova67@bk.ru

Аннотация. В статье раскрывается понятие личных психологических границ в семье и представлены авторские упражнения по их формированию. Упражнения позволяют выработать у родителей навык конструктивной требовательности по отношению к ребенку, который, в свою очередь поймет, сколько преимуществ приносит ответственное отношение к жизни.

Ключевые слова: метафорические ассоциативные карты, «границы», ответственность

Keywords: metaphorical associative cards, psychological borders of the personality, responsibility

Границы личного пространства любого человека представляют собой ответственность за свои чувства, поступки, взгляды. Конфликты в семье возникают именно по причине, что никто не хочет или не умеет брать на себя ответственность за происходящее. Размытые границы у приемных детей в виде несоблюдения установленных в семье правил приводят к подчинению себе окружающих, к неумению владеть собой. Такие дети беспрепятственно «взламывают» внутренний мир родителей, и родители, сами того не понимая, внедряются в пространство ребенка, вызывая у них протест и раздражение.

Знакомство ребенка с личными границами начинается в семье. Насколько родители сами могут контролировать и конструктивно выражать свои чувства, осознавать мотивы и ожидания, настолько дети будут иметь четко выраженные границы. При соблюдении законов психологических границ у детей будут развиты такие черты личности, как:

- способность самостоятельно делать выбор и нести за него ответственность;
- умение ставить себя на место другого человека;
- конструктивно выражать протест, когда им угрожает опасность;
- способность позаботиться о себе и защитить себя;
- выбирать лучший из возможных вариантов;
- стремление быть активным, брать инициативу на себя;
- осознавать, что его проблемы и потребности – то, над чем следует работать ему самому и др.

Для формирования границ, которые необходимо знать детям, автором статьи разработаны упражнения с метафорическими ассоциативными

картами, которые можно проводить как с родителями, так и с детьми даже с пяти лет[3].

Все упражнения можно выполнять при помощи любой колоды («Мифы», «ОН», «СОРЕ», «Лестницы» [2], «Границы и убежища», «Из сундука прошлого», «Кнуты и пряники» и т.д.) Карты можно вытягивать «вслепую» и осознанно, выбирая их открыто.

Сами упражнения не самоцель. Они дополняют беседу или консультацию на тему о законах личных границ. Таких законов десять. На каждой встрече разбирается один закон. Теоретические сведения можно почерпнуть их книги Генри Клауда и Джона Таунсенда «Дети: границы, границы...» [1].

1. Закон последствий

Цель: помочь выработать границы личного пространства, увидеть возможность управления своей жизнью; свободу выбирать и ограничения последствий выбора.

Ход беседы:

1. Сосредоточься на ситуации, которая требует сделать выбор, когда есть возможность сделать только что-то одно. Выбери из колоды две карты, представляющие два выбора (возможно, что будут еще другие выборы). Положи их слева и справа от центра. Расскажи о возможных вариантах решения ситуации.

2. Посмотри на первый выбор. Вслепую вытяжи карту, и ответь на вопрос: «Что случится, если я это сделаю...». Поразмышляй, каковы последствия выбора.

3. Посмотри на второй выбор. Также, вслепую, выбери карту и ответь на вопрос: «А что произойдет, если я этот выбор осуществлю... Каковы здесь последствия выбора.

4. Опираясь на последствия, какой хочется сделать выбор? Выбери карту вслепую с вопросом: «Что подсказывает, какой сделать выбор?»

5. После того, как ты определился с выбором, выбери карту вслепую и ответь на вопрос: «Что поможет продвинуть именно этот выбор? Какой у меня есть ресурс? Что поможет принять окончательное решение?»

2. Закон ответственности

Цель: выработать умение быть ответственным за свои слова, поступки, решать свои проблемы, не перекладывая их на людей и обстоятельства.

Ход беседы:

1. Честно признать, что у меня есть проблема, тупик, нахожусь в сложной ситуации. Перебирайте колоду, пока не откликнется карта, символизирующая затруднение. Расскажите, как карта помогает осознать происходящее.

2. Какова твоя роль в возникновении этой трудности? Выбери закрытую карту. (Какова твоя доля ответственности? Важно отделить участие другой стороны).

3. С какими последствиями приходится сталкиваться? Выбери закрытую карту.

4. Как реагируешь на такие последствия? Что ты конкретно делаешь? Как себя при этом чувствуешь? (Можно сказать, что это ответственное поведение?)

5. Как в этой ситуации можно взять на себя ответственность? Перебирая карты в открытую, найди возможное решение. Добавь ответ закрытой картой.

6. Можно ли попросить помощи? От кого может прийти помощь? (Помощь может просить человек, который осознает свою ответственность за принятие решения).

7. Какой урок несет эта ситуация? Какой опыт ты приобретаешь? Выбери закрытую карту.

3. Закон власти

Цель: осознать, что только мы можем управлять обстоятельствами, либо примириться с тем, что не в наших силах. Чтобы сформировать адекватные границы, человеку нужна определенная власть или способность управлять: обстоятельствами; собой; другими людьми.

Ход беседы:

1. Сосредоточься на ситуации, которая выходит у тебя из под контроля, кажется безвыходной. Выбери одну карту в открытую, одну – закрытую.

2. Что находится в твоей власти относительно управления этой ситуацией? Как ты можешь управлять сложившейся ситуацией? Выбери закрытую карту.

3. Что не находится в твоей власти, о чем это для тебя?

4. Каким образом ты можешь приспособиться к тому, чем ты управлять не в состоянии?

5. Какой видится теперь ситуация? Насколько напряжение, тревога снизилась? (Отметьте, что это хорошо). Но, если тревога усилилась или осталась прежней выберите карту открытую и закрытую, что поможет преодолеть данную трудность, что может дать поддержку.

4. Закон уважения

Цель: научить ребенка уважать семейные правила, выработать уважительное отношение к родительским запретам, принимать слово «нет» взрослого.

Ход беседы:

Нам не нравятся запреты, правила, отказы, ограничения. И, как правило, мы начинаем протестовать, что приводит к дальнейшему конфликту.

1. Найди среди карт ситуацию, которая напоминает тебе о том, что столкнулся с запретом, когда на свою просьбу получил «нет».

2. Выбери из карт-слов чувство, которое испытываешь в ситуации отказа.

3. Выбери карту, показывающую, как ты поступаешь в такой ситуации? О чем твое поведение? (Как правило – это поведение – сопротивление, неуважение к простроенным границам).

4. К чему приводит такое сопротивление? Какую «обратную связь» получаешь? (Ребенок сталкивается с повторным запретом, наказанием. Получается замкнутый круг).

5. Что случится, если ты согласишься с этим запретом?

6. Для чего тебе нужен этот запрет? Можно выбрать ЗК.

7. Как можно поступить по-другому?

8. Чему научился в ходе этого размышления? Выбери карту открытую и закрытую. (НЕ делать никому больно, уважать чужое «нет», печалиться, а не приходить в ярость, когда границы других не позволяют получить желаемое).

5. Закон мотивации

Цель: мотивировать ребенка к выполнению необходимой задачи, передать ребенку ответственность за его собственные черты характера, вредные привычки, агрессивное поведение, безответственность.

Ход беседы:

1. Выбери карту, которая похожа на твое поведение, когда ты проявляешь свои вредные привычки, непослушание, проявляешь негативные черты характера. Расскажи о конкретном случае, который часто повторяется и причиняет тебе боль, дискомфорт.

2. С какими негативными последствиями ты сталкиваешься по отношению к себе? К другим? Могут ли эти последствия помочь тебе не совершать негативные поступки? И тогда кто является хозяином, кто контролирует

3. Цель такого поведения? Чего хочется добиться, когда так поступаешь? (Ребенок не в состоянии понять цели и причины своего поведения. Поэтому карту выбирать нужно закрытую). Если ты хочешь, чтобы было так как на картинке, то это про что?

4. Есть ли другие способы, при помощи которых ты можешь достигнуть желаемой цели, которое не имеет негативных последствий?

6. Закон объективной оценки

Цель: учиться не избегать боли; принимать и переживать боль.

Ход беседы:

1. Перебирая карты, найди сюжет, который символически представляет обстоятельства, события, вызвавшие боль (утрата, потеря, неудача в достижении цели).

2. Кто (что) помог пережить эту боль?

3. Что делал в этих переживаниях сам?

4. Что приобрел в результате этой боли?

5. Переверни карту № 1. Представь, что этой боли не было. Были ли все эти действия совершены? Зачем нужна была эта боль?

7. Закон действия

Цель: формировать границы в ситуации борьбы между желанием поддаться первому импульсу и умением действовать обдуманно, между мгновенным выражением протеста и разумным способом решения проблемы; научить действовать, а не реагировать, вырабатывать собственное мнение, учиться брать ответственность за поступки.

Ход встречи:

1. Представь ситуацию, когда ты протестуешь против того, что тебе что-то не нравится, что-то не в порядке.

2. Какие чувства ты испытываешь в связи с этой ситуацией. Выбери карту-слово и карту-образ своего чувства.

3. Каким образом ты протестуешь, что ты делаешь, какая твоя реакция? Найди картинку, которая точно покажет, вот, это похоже на меня. Посмотри на себя со стороны, словно это запечатлено на фотографии. Можно ли при помощи подобной реакции решить проблему? (Раздражение, гнев, разочарование ничему не поможет)

4. Давай обдумаем все возможные варианты решения и выберем лучший. Решить создавшуюся проблему можешь только ты сам. Выбрать в открытую несколько вариантов решения.

5. Что бы тебе подсказали взрослые как поступать, вытяни две-три карты вслепую. Проговорить все варианты и выбрать наиболее конструктивный.

8. Закон зависти

Цель: уметь различать зависть и желание, развивать умение быть благодарным

Ход беседы:

1. Что такое зависть? Вытяни несколько карт вслепую и дай определение зависти при помощи метафоры. (Зависть полезная, побуждающая к действию и зависть плохая, приносящая страдание)*

*Примечание тренеру: упражнение может быть как диагностика. Через механизм проекции ребенок проговаривает то, чему он завидует.

2. Найди среди карт предметы, которые у тебя вызывают зависть или чувство восхищения «О, ему хорошо, это у него есть»...

3. Насколько это тебе необходимо, является твоей потребностью?

4. Если так это для тебя важно, какие три шага ты можешь предпринять, чтобы достичь желаемого? Выбирая три карты, попробуем найти противоядие от зависти.

4. Какие есть у тебя внутренние силы, чтобы осуществить это желание?

5. Другой или ты сам можешь помочь в осуществлении этих желаний. Кто несет ответственность за реализацию твоих планов?

9. Закон инициативности

Цель: помочь в стремлении быть активным, брать инициативу на себя.

Ход беседы:

1. Найди среди карт ситуацию, где ты действуешь пассивно, без инициативы, словно тебе лень.

2. В чем причина пассивности, что ограничивает деятельность? (примеры: избегание неудач и ошибок, страх(близости, открытости), конфликт, неинтересные цели и желания, разделенная ответственность).

(Когда ребенок пассивен, он не учится быть хозяином своей судьбы. Он привыкает находиться в чьих-то руках, привыкает, что кто-то сделает все за него.

3. Какие сделаешь шаги, чтобы проявить инициативу в достижении цели(решении проблемы)? Вытяни три-четыре закрытых карты.

4. Какие твои качества характера будут в этом полезны?

5. Что поддержит тебя, даст силу, ресурс «завести свой мотор с «пол-оборота»?

10. Закон открытости

Цель: развивать навык прямоты, открытости, честных способов общения

Ход беседы:

1. Выбери несколько закрытых карт. Что эти сюжеты могут сказать о том, что такое искренность, честность, открытость? Для чего стоит быть открытым?

2. В каких ситуациях ты можешь быть открытым (выбрать карты)?

3. В каких ситуациях не получается быть искренним и открытым?

4. Что мешает быть открытым? Чего я боюсь?(страх потерять любовь и страх ответных мер)

5. Что поможет преодолеть страх быть открытым?

Перед началом программы стоит провести диагностическое исследование. Для этого можно применять тесты о границах, конфликтоустойчивости, конструктивного общения, семейных отношений и др. После завершения цикла бесед провести повторное исследование.

Литература

1. *Клауд Г., Таунсенд Дж.* Дети. Границы, границы: Пер. с англ.-М.: Три-ада, 2010.-213 с.

2. *Гаврик А.В., Ратникова Е.В.* Метафорические ассоциативные карты «Лестницы: метафора спуска и восхождения.-М.: Генезис,2015.

3. *Ратникова Е.В., Гаврик, А.В.* Игры на песке. Работа с семьей и детьми.- СПб.: Речь, 2013.-144 с.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ ДЕВИАНТНЫМИ ПОДРОСТКАМИ ИЗ МАЛОДЕТНЫХ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ

Небыкова С.В.

Кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Медико-психолого-социального института ФГБОУ ВО Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова
nebykovas@gmail.com

Аннотация. В статье представлены результаты исследования восприятия семейной ситуации девиантными подростками, воспитывающимися в малодетной неполной материнской семье. Девиантные подростки по сравнению с подростками с нормой поведения воспринимают матерей как менее эмоционально привязанных к ним; чаще проявляющими воспитательную неуверенность, агрессию, авторитаризм. Полученные данные могут быть использованы для создания программ психологического сопровождения семей, имеющих детей с отклоняющимся поведением, а также для профилактики девиантного родительства.

Ключевые слова: неполная семья, детско-родительские отношения, подросток, отклоняющееся поведение

Keywords: single-parentfamily, parent-childrelationship, teenager, deviant behavior

Одной из причин отклоняющегося поведения подростков является дисфункциональная семья. Нарушенные отношения с родителями, враждебная семейная ситуация, некомпетентность родителей в вопросах воспитания, нежелание и неумение взрослых изменить стиль отношений с взрослеющим ребенком, отсутствие примера конструктивного разрешения конфликтов и адаптивных способов совладания с жизненными проблемами создают условия для протестного поведения подростка, препятствуют его успешной социализации и личностной идентичности.

Профилактика девиантного родительства невозможна без эмпирических знаний о специфике семейной ситуации детей из группы риска. Вместе с тем, исследования в этой области немногочисленны и разноплановы (что затрудняет сопоставление и обобщение выявленных закономерностей), направлены в большинстве случаев на изучение родительской составляющей взаимоотношений. Однако, «ребенок – не просто продукт воспитания. Он сам осмысливает семью и себя в ней, определяет свое поведение, отношение к семье и самому себе. В определенной мере ребенок –воспитатель себя» [7,332].

Цель данного исследования – выявить специфику восприятия семейной ситуации девиантными подростками, воспитывающимися в малодетной неполной материнской семье.

В исследовании приняли участие 60 человек в возрасте от 12 до 15 лет из малодетных неполных материнских семей. В экспериментальную группу

вошли 30 подростков (15 мужского и 15 женского пола), состоящих на учете в отделе по делам несовершеннолетних. Контрольную группу составили 30 подростков (15 мужского и 15 женского пола), не имеющих отклонений в поведении.

В работе были использованы следующие тестовые опросники: «Биополе семьи» (Бойко В.В.), «Родителей оценивают дети» (Фурманов А.И., Аланьин А.А.), «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (Вассерман Л.И., Горькова И.А., Ромицина Е.Е.). Для сопоставления групп применялся метод математической статистики – угловое преобразование Фишера.

Было обнаружено, что у подростков с отклоняющимся поведением чаще отмечается устойчивое отрицательное биополе семьи (53%), по сравнению с контрольной группой (0%). У 83% подростков с нормой поведения выявлено устойчивое положительное биополе семьи, которое встречается только у 17% испытуемых из экспериментальной группы ($\varphi^* = 5,58$; $p < 0,001$). Полученные данные свидетельствуют о том, что девиантные подростки чаще, чем их сверстники с нормой поведения, чувствуют себя в семье дискомфортно, их взаимоотношения с членами семьи чаще лишены взаимопонимания и поддержки.

Обнаружены статистически достоверные различия в восприятии подростками проявлений позитивного интереса к себе со стороны матери. Так, высокий позитивный интерес матерей отметили 64% детей экспериментальной группы и только 20% девиантных подростков ($\varphi^* = 3,59$; $p < 0,001$). Подростки с нарушениями норм поведения (57%) чаще, чем испытуемые из контрольной группы (3%), указывали на наличие низкого позитивного отношения к ним со стороны матерей ($\varphi^* = 5,58$; $p < 0,001$).

У подростков из экспериментальной группы чаще встречается представление о высоком уровне директивности матерей (30%), по сравнению с испытуемыми без нарушений поведения (0%). В то время как, в контрольной группе подростки чаще отмечают низкий уровень директивности матерей к ним (77%), чем девиантные испытуемые (47%) ($\varphi^* = 2,43$; $p < 0,01$).

Показатели восприятия проявлений враждебности со стороны матерей также различны. Представление о низком уровне враждебности чаще встречается у подростков без нарушений поведения (97%), по сравнению с экспериментальной группой (30%) ($\varphi^* = 6,32$; $p < 0,001$). Подростки с отклоняющимся поведением (50%) имеют представления о высоком уровне враждебности матерей, в отличие от сверстников с нормой поведения (3%) ($\varphi^* = 4,73$; $p < 0,001$).

По мнению подростков с отклоняющимся поведением матери чаще, чем с точки зрения испытуемых с нормой поведения, используют такие неконструктивные стили воспитания как гипопротекция (47% и 7% соответственно ($\varphi^* = 3,77$; $p < 0,001$)), игнорирование потребностей детей (53% и 3% соответственно ($\varphi^* = 4,96$; $p < 0,001$)), воспитательная неуверенность (57%

и 17% соответственно ($\varphi^*=3,33$; $p<0,001$), проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (67% и 3% соответственно ($\varphi^*=6,07$; $p<0,001$), предпочтение в подростковом возрасте детских качеств (43% и 3% соответственно ($\varphi^*=4,18$; $p<0,001$)).

Чрезмерность требований-обязанностей чаще встречается в представлениях подростков контрольной группы (40%), чем экспериментальной (10%) ($\varphi^*=3,38$; $p<0,001$). В то время как подростки с отклоняющимся поведением (37%), чаще воспринимают недостаточность требований-обязанностей, чем испытуемые с нормой поведения (0%). По мнению 30% девиантных испытуемых, матери используют чрезмерность санкций, тогда как их сверстники из контрольной группы не отмечают применение матерями данного неконструктивного стиля воспитания (0%).

Таким образом, мать глазами подростков с девиантным поведением представляет собой некомпетентного родителя, который не умеет уделять внимание, проявлять интерес и понимание, регулировать свои эмоции, устанавливать четкие и понятные правила. Мешают установлению конструктивных отношений и непроработанные внутриличностные конфликты матери: неосознаваемое желание вернуться к золотым дням детства ребенка, когда он был послушным, и отсутствие осознанного принятия подростковой эмансипации; непринятие собственных неконструктивных личностных и поведенческих особенностей и проекция их на подростка.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в восприятии подростков с отклоняющимся поведением их матери проявляют более противоречивое поведение по отношению к ним, чем в восприятии подростков из контрольной группы. Наши данные частично согласуются с результатами исследований предшественников.

Так, Белкова Е.А., исходя из опыта консультационной работы, описала основные типы проблемных ситуаций во взаимоотношениях с родителями подростков и старшеклассников. Используя метод репертуарных решеток и опросник «Поведение родителей и отношение подростков к нему» (Васерман Л.И., Горькова И.А., Ромицина Е.Е.), автор выявила, что многие испытуемые воспринимают недостаток психологического принятия, поддержки и доверия со стороны родителей, отмечают непоследовательность родительского воспитания, демонстрируют непонимание мотивов поведения родителей [1,115].

Горьковская И.А., исследуя семьи подростков с агрессивным поведением, обследовала 100 делинквентных подростков при помощи выше названного опросника и определила представления испытуемых об особенностях родительского воспитания. По мнению воспитанников СПТУ, воспитательная практика родителей характеризовалась непоследовательностью: чередованием крайних форм отношения к ним – от позитивного интереса до враждебности. При этом колебания в отношениях к себе подростки связыва-

ли не с собственным поведением, а с динамикой семейной жизни родителей или их самочувствием [3,251].

Для налаживания функциональных отношений между матерью и девиантным подростком необходимо психологическое сопровождение таких семей, которое может быть организовано в рамках школы эффективного родительства. Однако, данная работа, невозможна без изменений установок школьных психологов, социальных педагогов, учителей [5,24], без использования уже накопленного опыта психологической помощи людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

Так, Осуховой Н.Г. разработана динамическую модель психологического сопровождения человека, пережившего трудную жизненную ситуацию, на основе которой созданы эффективные программы психологической помощи военнослужащим, уволенным в запас, женщинам, пострадавшим от семейного насилия, подросткам, эвакуированным из зоны боевых действий. Модель включает следующие этапы: создание безопасного пространства, работу по возрождению чувств и реагированию травматического опыта, работу с разрушительными чувствами, принятие и укрепление своего «Я», расширение внешнего пространства, освоение новых жизненных ролей и моделей поведения, готовность к переменам в реальной жизни [6,16].

Алгоритм работы с молодёжью Республики Хакасия в трудной жизненной ситуации «Escape», предложен Гребешковой О.Ю. и Мантиковой А.В. Модель анализа (либо самоанализа)ситуации включает этапы самоопределения или «постановки диагноза», рефлексии, поиска ресурсов, решения, информационной поддержки, действия. Разработанный авторами алгоритм помогает сформировать у молодого человека адаптивный копинг по совладанию с трудной жизненной ситуацией[2,123].

Елизаров А.Н. применяет в работе с деструктивными родительно-юношескими конфликтами ряд методических средств, основанных на идентификации, обучая родителей идентифицироваться с установками и поведением человека, ведущим себя конструктивно в споре. Приемы, разработанные автором, в частности, идентификация родителей с образами романа Тургенева И.С. «Отцы и дети», методика развития социально воспитательного потенциала семьи направлены на стимулирование развития личностной идентичности, процессов рефлексии вокруг смысла внутрисемейных ситуаций[4,164].

Таким образом, девиантные подростки по сравнению с подростками с нормой поведения воспринимают матерей как менее эмоционально привязанных к ним; считают, что они менее дружелюбны и приветливы, меньше интересуются их делами, проблемами и интересами. Матери, по их мнению, чаще проявляют негативные чувства к ним, воспитательную неуверенность, склонность к инфантилизации, к проекции на них собственных отрицательных качеств; чаще используют вербальную или физическую агрессию, авто-

ритаризм, не склонны к компромиссам. В то время как подростки с нормой поведения полагают, что их взаимоотношения с матерями основаны скорее на дружбе, чем на субординации.

Литература

1. *Белкова Е.А.* Проблемные ситуации во взаимоотношениях с родителями в подростковом и раннем юношеском возрасте // Психология и практика. Ежегодник российского психологического общества. Т. 4, вып.2.– Ярославль, 1998.– С. 250–252.

2. *Гребешкова О.Ю., Мантикова А.В.* Проблема создания единого алгоритма помощи молодежи в трудной жизненной ситуации: психологический аспект // Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова.– 2015.–№ 12.– С. 120–124.

3. *Горьковская И.А.* Исследование семей подростков с агрессивным поведением // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.– 1993.– № 3.– С. 114–116.

4. *Елизаров А.Н.* Рефлексивно-смысловой подход к проблеме формирования идентичности в семье / Человек в трудной жизненной ситуации: Материалы 1 и 2 науч.-практ. конф., 24 декабря 2003 г. и 8 декабря 2004 г.– М., 2004.– С. 160–166.

5. *Небыкова С.В.* Возможности семейной системы по предупреждению отклоняющегося поведения детей / Профилактика безнадзорности, правонарушений среди несовершеннолетних, выявление и учет «группы риска» в системе образования Республики Хакасия: Материалы республиканских семинаров.– Абакан, 2009.– С. 18–25.

6. *Осухова Н.Г.* Человек в трудной жизненной ситуации: феноменология и психологическая помощь / Человек в трудной жизненной ситуации: Материалы 1 и 2 науч.-практ. конф., 24 декабря 2003 г. и 8 декабря 2004 г.– М., 2004.– С. 15–17.

7. *Шнейдер Л.Б.* Психология семейных отношений.– М., 2000.– 512с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕРТВ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ

Солдатенкова М.Л.

Кандидат педагогических наук,
доцент кафедры психологии и педагогики
ГАУ «Институт дополнительного образования
работников социальной сферы»
mls2004@bk.ru

Аннотация. В статье представлены теоретические и практические аспекты психотерапевтической работы с конфликтной семьей, обозначена проблема семейного насилия и выделены основные этапы работы психолога с жертвами семейного насилия, а так же с их обидчиками. Описаны принципы работы психолога с семьей в которой присутствует различного рода психологическое насилие и даны общие рекомендации для супругов, переживающих конфликтные отношения.

Ключевые слова: психологическое консультирование, семейные конфликты, насилие в семье, психотерапия семейных отношений

Keywords: counseling, family quarrel and fight, family violence and abuse, psychology of family relations

Проблема изучения семьи и основных сфер ее жизнедеятельности остается актуальной не одно десятилетие. Супружеские и детско – родительские отношения, функции и роли семьи, супружеские конфликты, проблемы и другие вопросы – вот лишь небольшой спектр исследований как отечественных, так и зарубежных специалистов в этой области. Теоретическое обоснование семьи и семейных отношений представлено в исследованиях второй половины XX века А.Г. Харчева, Н.Я. Соловьева, А.И. Антонова, В.Н. Дружинина и др. Они достаточно полно представляют семью, ее формы, виды, функции, ролевую структуру. Левкович В.П., Зуськова О.Э. изучали супружеские пары, а точнее их поведение в конфликтных ситуациях. Учеными было установлено, что для «семейных конфликтов характерны крайне неоднозначные и потому неадекватные ситуации, связанные с особенностями поведения людей в конфликтах» [3, 22]. Демонстрируемое поведение часто маскирует истинные чувства и представления о конфликтной ситуации и друг о друге. Так, за грубыми и шумными столкновениями супругов могут скрываться привязанность и любовь, а за подчеркнутой вежливостью – эмоциональный разрыв, хронический конфликт, иногда и ненависть.

Важную роль в конфликтной ситуации играет стиль поведения супругов и способы разрешения конфликтной ситуации, что на сегодняшний момент особенно актуальным становится вопрос не только возникновения конфликтов, но и стратегий поведения в разрешении таких ситуаций. Так, статистика

насильственного поведения в семейных конфликтах возрастает. Противоречия в интересах, ценностях, целях, потребностях супругов могут приводить к конфликтам как внешнему выражению этих противоречий и проявлению жестких форм отстаивания своих позиций.

Если участники конфликта – супруги, имеют возможность высказать свое мнение, которое, возможно, совсем не совпадает с мнением второго участника конфликта, то «это свидетельствует лишь о наличии противоречия, которое принимает форму разногласий, если речь идет о взаимодействии людей. Любой конфликт есть проявление противоборства, т.е. активное столкновение тенденций, оценок, принципов, мнений, идей, характеров, эталонов проведения и т.д. Тем не менее, отсутствие согласия не всегда выражается в форме явного столкновения, конфликта. Это происходит только тогда, когда существующие противоречия и разногласия нарушают нормальное взаимодействие людей и препятствуют достижению поставленных целей. В этом случае люди, чтобы преодолеть разногласия, вступают в открытое конфликтное взаимодействие, в процессе которого они получают возможность выражать различные мнения, утверждать защищаемую идею, выявлять больше альтернатив при принятии решения – именно в этом заключается важный позитивный смысл конфликта» [1, 60].

Если же в сложившейся ситуации лишь один из супругов имеет возможность высказываться и подавляет мнение и инициативу другого, то здесь уже присутствует форма насильственного поведения одного из супругов.

Проблема психологического семейного насилия в общественном сознании предстает достаточно однозначно – в форме «ужасов отдельного случая», более того до настоящего времени существует реальное сопротивление социума заниматься вопросами и причинами бытового насилия. По статистике обращений мы можем констатировать, что за психологической и юридической помощью приходят женщины среднего возраста, как правило, не работающие, имеющие одного или нескольких детей и неоднократно подвергающиеся насилию со стороны мужа. Представления о том, что насилие имеет место только в социально неблагополучных семьях, является несостоятельным мифом конвенционального общественного сознания. Чаще всего жертвой насильственных действия является женщина, она становится зависимой от мнения обидчика, не может сформулировать свои цели и взгляды, не контролирует раздражимость и, в конечном счете, становится зависимой от отношений «палач-жертва». При этом так называемый обидчик, старается постоянно контролировать и подавлять женщину, используя детей и прибегая к различным видам насилия: физическому – «преднамеренное манипулирование взрослыми телом ребенка как объектом, приводящее к нанесению ребенку физических повреждений различной степени тяжести (к физическому насилию относятся не только побои, но и ограничения детей в еде и сне, вовлечение детей в употребление алкоголя и наркотиков и т.п.); сексуальному насилию – преднамеренное манипулирование взрос-

лыми телом ребенка как сексуальным объектом, приводящее к вовлечению ребенка в сексуальные действия со взрослыми с целью получения последними сексуального удовлетворения или какой-либо иной выгоды (к сексуальному насилию относятся не только сексуальное совращение детей, но и вовлечение детей в проституцию, порнобизнес и т.п.; психологическому (поведенческое, интеллектуальное, эмоциональное и проч.) насилие – преднамеренное манипулирование взрослыми ребенком как объектом, игнорируя его свободы, достоинства, права и т.п.), либо разрушающее отношения привязанности между взрослыми и ребенком, либо, напротив, фиксирующее эти отношения и приводящее к различным деформациям и нарушениям психического (поведенческого, интеллектуального, эмоционального, волевого, коммуникативного, личностного) развития» [4, 31].

«Центром» любого вида насилия является психологическое насилие и как вид оно самое распространенное. Спектр психологического насилия включает:

а) психологические воздействия (угрозы, унижения, оскорбления, чрезмерные требования, чрезмерная критика, ложь, изоляция, запреты на поведение и переживание, негативное оценивание, фрустрация основных нужд и потребностей ребенка и т.п.);

б) психологические эффекты (утрата доверия к себе и миру, тревожность, нарушения сна и аппетита, депрессия, агрессивность, уступчивость, угодливость, плохая успеваемость, коммуникативная некомпетентность, низкая самооценка, склонность к уединению, суицидальные наклонности, задержки физического и психического развития, личностная психопатология различной этиологии – наркотические зависимости, булимия, анорексия нарциссические, мазохистские, множественные, пограничные и проч. личностные расстройства, амбулаторная шизофрения, соматические и психосоматические заболевания – язва желудка, аллергии, избыточный вес, энурез, нервные тики и т.п.);

в) психологические взаимодействия (доминантность, эффективность, непредсказуемость, непоследовательность, неадекватность, непринятие со стороны родителей и субординированность, бесчувственность, ригидность, безответственность, неуверенность, беспомощность, самоуничижение со стороны детей)» [5, 38].

Обращения женщин, переживающих конфликты и семейное насилие, принимаются благодаря работе службы «Телефона доверия» или непосредственно, если жертва сама приходит к специалисту – психологу. Причем, стоит отметить, что женщины, подвергшиеся насилию, не сразу обращаются к нам – психологам, и основной причиной обращения становится жестокое обращение супруга или сожителя с ребенком. Женщины терпят до последнего, принимают свою жертвенность, занижают самооценку, страдают и обвиняют себя, разрушают ценностную структуру своей личности, но если участниками неоднократных баталий становятся дети, то только в этом

случае женщина готова обратить внимание на ситуацию и обратиться за помощью. В психологическом портрете такой женщины преобладает страх, развивается тревожность, наблюдается потеря смысла жизни.

Учитывая данные факторы при работе с женщинами и детьми, пережившими насилие, мы используем принципы комплексного подхода и межведомственного взаимодействия в разрешении сложившейся кризисной ситуации. Комплексность заключается в многостороннем анализе ситуации и применении специалистами – психологами множества методов и форм психологической, социально – психологической и социально-медицинской реабилитации и оказания правовой помощи и поддержки жертвам насилия. Такой процесс не только длителен, но и требует включения всех членов семьи при работе по восстановлению гармоничных отношений, если это возможно.

Для более эффективной работы специалисты ведут профилактическую работу и взаимодействуют с правоохранительными органами, медицинскими и образовательными учреждениями, некоммерческими организациями и благотворительными фондами.

Несмотря на длительность реабилитационного процесса самым сложным является процесс работы с ребенком. Негативные последствия конфликтов и развода для детей гораздо значительнее по сравнению с последствиями для супругов. Так, дети, переживающие насилие, испытывают тревогу перед неопределенностью будущего, они могут тяготиться домом, подолгу задерживаются вне него. Нередко дети проецируют причину ссор на себя, что приводит к формированию заниженной самооценки. Еще более тревожной является ситуация, когда при семейном разладе дети начинают выступать с одним из родителей против другого. Ребенок становится дезориентированным в выборе эмоциональных отношений и это надолго определяет его последующие установки. В этом случае специалисты применяют методы психологического воздействия. Среди них одно из важнейших мест в деятельности психологов, несомненно, принадлежит психологическому консультированию семьи в целом. Сама ситуация обращения к психологу за помощью – это ситуация личностного или семейного неблагополучия.

В процессе консультирования происходит:

- поддержка семьи и личности в кризисные периоды жизни;
- оказание здоровым людям психологической помощи, направленной на развитие и саморазвитие самосознания личности, помощи, запускающей механизмы саморазвития и активизирующей собственные ресурсы человека;
- поддержка естественно развивающихся реакций, процессов и состояний личности;
- успешно организованное консультативное пространство открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту «зону развития», которая ему пока еще недоступна;

– создание условий для перехода личности (или) семьи к самопомощи» [6,41].

В рамках консультации работа осуществляется с супружескими парами, проводится совместное консультирование детей и родителей, оказывается психологическая помощь родителям, находящимся в состоянии развода.

Обратившиеся за помощью родители подчеркивают негативную роль других в возникновении собственных жизненных сложностей. И основная задача психологов-консультантов состоит в том, чтобы помочь клиентам посмотреть на свои проблемы и жизненные сложности со стороны, продемонстрировать и обсудить те стороны взаимоотношений, которые будучи источником трудностей обычно не осознаются и не контролируются.

В ходе консультативной беседы члены семейной системы получают возможность шире взглянуть на ситуацию, иначе оценить свою роль в ней и в соответствии с этим новым видением изменить свое отношение к происходящему и корректировать свое поведение. Если семья испытывает кризис отношений с ярко выраженным проявлением действий насильственного характера (оскорбления, унижения одной стороны, психологическое подавление, избиение и т.д.), то в этом случае акцент делается на работе с каждой стороной супругов отдельно. Так с насильником работают индивидуально: изначально на признание факта насилия и только потом на мотивацию к исправлению. С жертвой работают по принципу осознания, что она стала жертвой и далее реабилитация. Если в итоге такой индивидуальной работы пара принимает решение на исправление ситуации в семье и дальнейшее воссоединение, то проводится семейная психотерапия, но, как правило, обретенный синдром жертвы, женщины, пережившие насилие не хотят приобрести заново, поэтому принимают решение о расставании с супругом, в одностороннем порядке.

Если же мы рассматриваем случаи семейного насилия в первичной фазе его проявления (то есть впервые появилась потасовка супругов во время конфликта, впервые проявилось оскорбление чести и достоинства супругов), то гармонизация отношений возможна, если определить источник раздражения и выявить факторы, влияющие на проявление агрессии. Основная работа психолога должна быть направлена на коррекцию взаимоотношений и, необходимо упражнять клиента в самоконтроле такого агрессивного проявления.

В этом случае работа психолога начинается с анализа собранной информации и сведений о семье, Психолог может свободно выдвигать гипотезы о ее функционировании и разрабатывать на их основе стратегию терапевтической помощи. В консультативной деятельности, работая над восстановлением гармоничных отношений в семье, психологи используют современные психотехнологии, а именно:

- гештальттерапию;
- психоанализ;

- нейролингвистическое программирование;
- системное семейное консультирование;
- психосинтез;
- нарративный подход в психотерапии;
- комплексную сказкотерапию;
- песочную терапию;
- проективные методы;
- серийное рисование и др.

В соответствии со сложившейся в настоящее время практикой семейного консультирования и семейной терапии, а также с конкретными наработками по данной теме, мы сформулировали следующие принципы консультирования семей с различной степенью выраженности психологического насилия:

«1. В ходе психологического консультирования семей с проблемами насилия приоритетное внимание следует уделять психологическому насилию;

2. В ходе психологического консультирования семей с проблемами психологического насилия приоритетное внимание следует уделять неадекватному (патологическому) родительствоваанию;

3. В ходе психологического консультирования семей с неадекватным (патогенным) родительствоваанием приоритетное внимание следует уделять механизмам самонеприятия родителей;

4. В ходе психологического консультирования родителей с проблемами самонеприятия приоритетное внимание следует уделять интраперсональным процессам блокирования (фрустрации), диссоциации (расщепления) и вытеснения из сознания родителей своих собственных сущностных (в широком смысле витальных) проявлений» [2, 23].

Такая стратегия консультационной психологической практики открывает путь к созданию новых, свободных от насилия форм родительствоваания.

При работе с детьми акцент сделан на коррекции эмоционального состояния и для этого применяются так же разные психотерапевтические подходы. Одним из таких психотерапевтических подходов является метод нейролингвистического программирования (НЛП). В частности для коррекции страхов ребенку предлагают как можно подробнее вспомнить любую ситуацию из жизни, когда он был смелым и не боялся сложившихся обстоятельств, в результате чего просят зафиксироваться на переживании новых ощущений (поставить так называемый «якорь») и применять его при следующих похожих переживаниях. Возникшее новое условно-рефлекторное положительное поведение как реакция на новое будет способствовать его прочной фиксации и облегчат трансфер выработанного нового поведения в реальную жизнь.

Другим психотерапевтическим подходом при работе со страхами является социально-когнитивное направление. Благодаря такому подходу новые образцы поведения и эмоциональные реакции могут возникать в результате подражания (обучения на других моделях поведения). Причем эту модель

можно конструировать в процессе групповых тренинговых мероприятий, что актуально для детей подросткового возраста или включить ребенка более младшего возраста, в игровое действие и предложить ему сочинить историю или сказку. Тем самым специалисты провоцируют моделирование ситуаций, которые помогают справиться со страхами и пережить новые ощущения защищенность и уверенности в разрешении ситуации.

В процессе психотерапевтической работы со страхами необходимо учитывать те изменения когнитивных процессов (память, внимание, мышление) которые нельзя оставить без внимания. Наиболее часто дети, страдающих от страхов отличаются изменением фокуса восприятия себя самого, то есть склонны интерпретировать нейтральную информацию как опасную и переоценивать случившееся, а успехи объясняет стечением обстоятельств и везением, неудачи же, ошибки и сложности в жизни относит на свой счет. При этом в памяти страдающих от страха угрожающие события закрепляются прочнее, чем события приятные.

При работе с эмоциональной составляющей личности как детей, так и взрослых, переживших насилие психологи предлагают релаксационные занятия. «Выполняя упражнения специалисты учат расслаблять только те группы мышц, которые не заняты в действиях, и практиковаться в релаксации в страшных и трудных ситуациях. Так же используют дыхательные упражнения, самоинструкции, конкурентное моторное поведение, приятные действия или стимулы, сладости (для детей), шутки и розыгрыши и т.д.» [4, 13]. В законченном виде методика представляет собой комбинацию систематической десенсибилизации, прогрессивной мышечной релаксации и замещения альтернативной реакцией.

В конце каждого занятия психолог предлагает какие-либо рекомендации, например: «Постарайтесь исключить из вашего общения с супругом (ой) такие «саботажники общения», как критика, оскорбительные клички, угрозы, приказы, похвала с подвохом, допрос, убеждение логикой, отказ от обсуждения проблемы, смена темы, соревнование, успокоение отрицанием – все это плохие привычки общения, они способны охладить отношение, заблокировать эмпатию. Они не пройдут незамеченными и ваш(а) супруг(а) будет чувствовать, что вы его не уважаете» [4, 16].

Для налаживания отношений необходимо наладить взаимопонимание. В ходе психотерапевтической сессии психолог рекомендует выстраивать отношения, опираясь на новые правила семейного взаимодействия:

1. Найдите тему разговора. Возьмите тему, которая не относиться к вашей проблеме.
2. Совместные действия помогают наведению мостов. Например, сыграйте в настольную игру, сходите в кино.
3. Выберите соответствующее время, если вы хотите поговорить по душам. Полезная беседа может состояться во время совместной поездки в автомобиле, также во время совместного мытья посуды. Иногда полезно

повести вашего супруга (у) в общественное место, где оба будете склонны воздержаться от повышения голоса.

4. Правильно выбирайте время. Не пытайтесь начинать «разговор по душам», если ваш(а) супруг(а) спешит или слишком расстроен(а).

5. Выслушивайте точку зрения вашего партнера внимательно.

Литература

1. *Алешина Ю.Е.* Цикл развития семьи: Исследования и проблемы // Вест. Моск. Ун-та. Психология. Сер. 14.-2007.-№ 2.– с. 60–72.

2. *Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.М.* Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. М., 2007.

3. *Гаврилица О.А.* Чувство вины у работающей женщины // Вопросы психологии. 2010. № 4.– с. 13–16.

4. *Грищенко Л.А., Грищенко Д.Ю.* Практикум по психологии личности: Учебно-методическое пособие.– Новороссийск: МГА им. адмирала Ф.Ф. Ушакова, 2006.-174с.

5. *Карбанова О.А.* Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие.– М.: Гардарики, 2014.-320с.

6. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Е.И. Артамонова, Е.В. Екжанова, Е.В. Зырянова и др.; Под ред. Е.Г. Силяевой.– 2-е изд., стереотип.– М.: Издательский центр «Академия», 2014.-192с.

АЛКОГОЛЬНАЯ СОЗАВИСИМАЯ СЕМЬЯ: ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ И НЕДОВЕРИЯ

Ташёва А.И.

доцент, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной психологии и психологии личности Академия психологии педагогики Южного федерального университета,
annaivta@mail.ru

Гриднева С.В.

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и педагогической психологии Академия психологии педагогики Южного федерального университета,
gridneva-sveta@mail.ru

Аннотация. Авторы приводят литературные и собственные эмпирические данные о созависимой алкогольной семье, собранные в течение 20 лет; определяют основные понятия; развернуто характеризуют феномены общения и недоверия, которые с неизбежностью усваивают дети алкоголиков; а также – типичные психологические трудности взрослых, выросших в алкогольных семьях, включенных в явление алкогольной созависимости. Результаты исследования рекомендуются использовать в работе с детьми из алкогольных семей для диагностики, профилактики и коррекции явлений алкогольной созависимости.

Ключевые слова: диагностика алкогольной созависимости, личностные характеристики созависимых членов алкогольной семьи; особенности личности, деструктивные характеристики общения и недоверия в алкогольных семьях

Keywords: Diagnosis of alcohol codependency, codependent personality characteristics alcoholic family members; personality traits, destructive characteristics of communication and mistrust in alcoholic families

Алкогольной семьей мы, вслед за зарубежными и отечественными специалистами, называем семью с хотя бы одним родителем или прародителем, больных алкоголизмом, злоупотреблявшим спиртным на различных этапах развития ребёнка; а её членов – «созависимыми» [3, 4, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 16 и др.].

При этом не существенно, имел ли родитель диагноз алкоголизма или лишь злоупотреблял спиртными напитками; жил с семьей или прервал отношения с ней; непосредственно принимал участие в воспитании ребёнка или нет; жив родитель в данный момент или умер.

Алкогольная семья рассматривается как система, все члены которой связаны между собой и оказывают деструктивное влияние друг на друга за счет формирования групповых механизмов психологической защиты, часто носящих патологический характер [3, 4, 5, 6 и др.]. Все члены алкогольной семьи страдают от последствий алкоголизма, и каждый из них играет собственную роль в поддержании вызванной алкоголизмом деструктивной модели общения и взаимодействия [1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11 и др.]. Жизненный опыт

членов алкогольной семьи сходен, различия состоят лишь в реагировании на его разрушающие последствия.

Алкогольную семью отличает симптомокомплекс алкогольной созависимости («взаимозависимость», «ко-алкоголизм»); проявляющийся в особенностях личности, поведения и типичных психологических трудностях детей и внуков разных возрастов, выросших в таких семьях.

На наш взгляд, данная точка зрения правомерна потому, что, согласно исследованиям отечественных и зарубежных психологов, личность формируется на всех этапах её развития, однако наиболее значимыми оказываются первые 5 лет жизни ребёнка, поэтому все впечатления раннего детства фиксируются в структуре личности.

Истинным критерием отнесения личности к категории людей «взрослые дети алкоголиков» является глубина страдания человека от пережитого негативного опыта и субъективная констатация факта принадлежности к этой категории, которая выявляется с помощью специального теста.

Многие авторы называют следующие основные признаки алкогольной семьи: табуирование алкогольной проблематики; запрещение для всех членов открытого выражения чувств; непредсказуемость и непостоянство психологической атмосферы в семье; семейное насилие; специфические стили родительского поведения по отношению к детям; особые роли членов семьи.

Приведем литературные данные и результаты двадцатилетнего исследования проблемы алкогольной созависимости.

Проявления созависимости разнообразны, поскольку касаются всех сторон психической деятельности, мировоззрения, поведения человека, системы верований, сказываются на физическом здоровье членов семьи. Американские авторы называют несколько критериев созависимости: длительное проживание с алкоголиком, наличие у членов семьи минимум пяти из признаков психологической неадекватной реакции на поведение больного алкоголизмом: страх, стыд/вина, отчаяние, гнев, отрицание, ригидность (не гибкость), смещение понятий [6, 14, 15, 16 и др.].

Охарактеризуем указанные признаки несколько подробнее.

Страх, постоянная тревога, неприятные предчувствия, потребность избегать любого риска во взаимоотношениях с окружающими, сверхвыраженная потребность в контроле за собственным поведением, гиперответственность за себя и близких, людей вообще, постоянная озабоченность проблемами других, попытки бесконечно манипулировать их поведением, особенно поведением алкоголика.

Непреходящие чувства стыда и вины за свое поведение и за поведение других; чувство вины за чужие проблемы. Эти люди склонны к изоляции для того, чтобы скрыть «позор семьи»; они часто испытывают ненависть к себе; а для прикрытия явно заниженной, «условной» самооценки демонстрируют своё мнимое превосходство или вызывающую грубость.

Затянувшиеся чувства отчаяния и безнадежности в отношении изменения семейной ситуации или своих жизненных перспектив в целом; им свойственны пессимистический взгляд на мир; чувство собственной неуспешности в жизни, что может не соответствовать реальным достижениям личности.

Гнев, адресованный больному, семье в целом, себе, «всем на свете», сопровождающийся тягостным страхом потери самоконтроля, может быть одной из ведущих эмоций личности. В ситуациях истинной или лишь кажущейся им угрозы, их реакции непредсказуемы: неожиданно для окружающих они ведут себя вызывающе, агрессивно, жестоко.

Упорное отрицание источника семейных бед (алкоголизм); привычная минимизация тяжести проблем; оправдание, защита пьющего от негативных последствий пьянства.

Ригидность, проявляющаяся на уровне мышления, чувств, поведения и состоящая в страхе любых перемен из-за опасения ещё большего ухудшения жизненных обстоятельств.

Игнорирование собственных потребностей и избыточная озабоченность удовлетворением потребностей значимых людей из-за привычки считать себя своеобразным продолжением близких; выраженная личная зависимость от близких, потребность в их постоянном присутствии и страх быть брошенным ими, привычная ориентация на оценку себя другими людьми.

Расплывчатые нормы и истинные человеческие ценности (двойные стандарты поведения, своеобразная «условная порядочность», когда нормы поведения значительно сужаются и адресуются только избранным, «своим» людям).

Взрослые дети алкоголиков не умеют точно воспринимать качество отношения к себе других людей. Посторонним они стремятся показаться с самой лучшей стороны, но жестоко страдают от ощущения собственной недостаточности, неадекватности в сравнении с другими. Они отличаются значительными трудностями в целеполагании, в определении смыслов собственной жизни, просто в ситуациях выбора; с трудом дифференцируют собственные чувства и переживания, затрудняются в предвидении реальной опасности. Мотивом их поведения часто является страх перед неожиданной реакцией близких или посторонних людей, опасения вызвать неодобрение, раздражение, гнев других.

Едва ли не самым сильным из их страхов является страх одиночества; они боятся близких, явно не доверяют им и себе, поэтому не умеют брать на себя ответственность за собственные поступки, за свою жизнь в целом.

Они будто живут в ожидании негативной реакции взрослых и детей в семье, годами и с трудом адаптируясь к бесконечной и непредсказуемой смене настроений её членов. Через пять-шесть лет жизни в алкогольной семье это чувство трансформируется у человека в глобальное недоверие не только родственникам, но и людям вообще.

Близкие алкоголиков ориентированы не столько на успех, сколько на избегание неудачи, поэтому, страдая от ощущения заведомой («обученной») неуспешности, одновременно устремленные к очень высокой оценке их окружающими, они могут годами не проявлять познавательной активности во всех видах деятельности.

Семьи с алкоголиками дисфункциональны: им свойственны явное и скрытое отвержение членами семьи друг друга; априорное отрицание проблем, связанных с алкоголизмом; в большинстве из них есть насилие [1,3,7,8,9,10 и др.].

Созависимость в семье алкоголиков проявляется в образе мыслей, чувств и в действиях членов семьи; в выраженных психосоматических проявлениях (головные и другие боли, дисфункции желудочно-кишечного тракта, изменения в сосудистом тоне и так далее). Алкоголизм и созависимость схожи по своей сути. Психологи убеждены, что «рядом с каждым больным алкоголизмом всегда есть его зеркальное отражение (жена, мать, дети и другие члены семьи), рядом с «мокрым алкоголиком», почти всегда живет «сухой алкоголик» [4,14,15,16 и др.].

Таким образом, в алкогольной семье растущий ребенок испытывает на себе неблагоприятное воздействие обоих «неблагополучных» родителей: больного алкоголизмом и больного созависимостью. Признаки созависимости, как правило, наследуются и взрослыми детьми, выросшими в алкогольных семьях.

Очевидно, что все члены алкогольной семьи нуждаются в помощи специалистов, так как составляют группу высокого риска алкоголизма, различных психологических и патопсихологических нарушений; по крайней мере, без профессиональной психологической помощи они, даже имея значительные социальные достижения, до конца дней своих могут чувствовать себя несчастными людьми, неудачниками [1,3,4,8,14,15,16 и др.].

Литература

1. *Гриднева С.В., Тащёва А.И.* Восприятие детьми семейного насилия // Психология и право 2013. № 1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/psyandlaw>
2. *Гриднева С.В., Тащёва А.И.* Личностные детерминанты копинг-стратегий при страхах у детей 9–10 лет // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Психология. – 2009. – Т. 3. – Вып. 1. – С. 42–52.
3. *Зелинская С.Ю., Тащёва А.И.* Образ родителей у взрослых детей из алкогольных семей / Прикладная психология: достижения и перспективы. – Ростов-на-Дону: Изд-во ЮРГИ, 2004. – С. 428–450.
4. *В.Д. Москаленко* – Дети больных алкоголизмом. – М.: Медицина, 1990. – 187 с.

5. *В.Д. Москаленко* – Ребенок в алкогольной семье – психологический портрет // Вопросы психологии. – 1991. – № 4. – С. 65–70.
6. *Смит Э.У.* Внуки алкоголиков / Проблемы взаимозависимости в семье. – М.: Изд-во Медицина, 1991. – 208с.
7. *А.И. Тацёва* – Насилие в современной американской семье // Психологический вестник РГУ. Вып.1. Ч. 2. – Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ. – 1996. – С. 52–63.
8. *А.И. Тацёва* – Насилие в алкогольной семье // Психологический вестник РГУ. Вып.1. Ч. 2. – Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ. – 1996. – С. 64–73.
9. *А.И. Тацёва* – Сексуальные оскорбления в современной американской семье // Психологический вестник Ростовского госуниверситета. Вып.1. Ч. 2. Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ. – 1996. – С. 35–57.
10. *А.И. Тацёва* – Потребность семьи в психологической помощи при переживании утраты в ситуации развода/Антология тяжелых переживаний: социально-психологическая помощь. – М.: МГПУ, 2002, с. 39–59.
11. *А.И. Тацёва* – Психологические проблемы детей в разводящейся семье./Сб. научных трудов Оренбургского гос. ун-та. Оренбург: ОГУ. – 2004. – с. 124–143.
12. *А.И. Тацёва, С.В. Гриднева* – Новая интерпретация результатов CAST – теста для исследования взрослых детей из алкогольных семей // Гуманитарные и социально-экономические науки. – 2014. – № 5. – С. 86–94.
13. *А.И. Тацёва, С.Ю. Зелинская* – Эмпирическое исследование своеобразия психологических особенностей взрослых сыновей из алкогольных семей // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Психология и общественные науки. – 2006. – С. 62–68.
14. *N.M. Rothberg* – The alcoholic spouse and the dynamics of codependency // *alcohol.Treat. Quart.* – 1986. – 3. Ni. – P. 73–86.
15. *B. Strong, C. Devauld* – Inside Americans New Families // *Family life educator.* – 1983. – spring. – P. 17–21.
16. *J.G. Woititz* – Adult Children of Alcoholics – Ponpanv beach, Fla: Health Communications, Inc. – 1988. – P. 154–163.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СУБЪЕКТОВ ПРОФИЛАКТИКИ СЕМЕЙНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, СОВЕРШАЮЩИМИ САМОВОЛЬНЫЕ УХОДЫ ИЗ ДОМА И УЧРЕЖДЕНИЙ

Антипина М.А.

Аспирант кафедры социальной психологии
ГБОУ ВО МГОУ (областной)
заместитель директора по социально-реабилитационной работе
ГКУ СРЦ «Алтуфьево» ДТСЗН города Москвы
antipina1701@yandex.ru

Аннотация. В статье представлен опыт эффективного межведомственного взаимодействия по работе с семьей, оказавшейся в трудной жизненной ситуации, на примере деятельности отделения интенсивной реабилитации ГКУ СРЦ «Алтуфьево» ДТСЗН города Москвы, созданного для реабилитации детей, совершающих систематические самовольные уходы из дома и организаций социальной защиты. Представлена информация о деятельности социального консилиума, в который входят субъекты профилактики семейного неблагополучия, участвующие в сопровождении семьи, оказавшейся в трудной жизненной ситуации или социально-опасном положении.

Ключевые слова: подросток, самовольные уходы, детско-родительские отношения, социальный консилиум, межведомственное взаимодействие

Keywords: adolescent, deviant behavior, unauthorized leave, child-parental relationships, social concilium, interdepartmental interaction

Работа с семьей группы риска [7] долгие годы остается актуальной в разных сферах развивающегося общества. Деятельности всех субъектов профилактики направлена на сохранение семьи с детьми, как здоровой ячейки сильного государства. С каждым годом совершенствуется правовая система, позволяющая беспрепятственно, в рамках утвержденных регламентов межведомственного взаимодействия реагировать на негативные изменения в конкретной семье:

- Конвенция ООН «О правах ребенка», Конституция РФ, Семейный Кодекс РФ, Гражданский кодекс РФ,
- Федеральный закон от 24.06.1999 N120-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»,
- Федеральными законами Российской Федерации: Федеральным законом от 24.04.2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»,
- Федеральный закон от 28.12.2013 N442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»,
- Указ Президента от 01.06.2012 года № 761 «О Национальной стратегии действия в интересах детей на 2012–2018 годы»,

- Закон города Москвы от 14 апреля 2010 г. № 12 «Об организации опеки, попечительства и патронажа в городе Москве,
- Постановлением Правительства Москвы от 20 сентября 2011 г. № 433-ПП «О мерах по обеспечению реализации Закона города Москвы от 14 апреля 2010 г. № 12 «Об организации опеки, попечительства и патронажа в городе Москве» и др. законодательные акты.

Несмотря на устоявшуюся государственную правовую систему поддержки семьи и детей, регулярно выявляются острые, нерешенные проблемы в профилактической работе с несовершеннолетними и появляются документы, позволяющие перестроить и усовершенствовать работу с детьми и их семьями, оказавшимися в трудной жизненной ситуации.

Одной из проблем современности является профилактическая работа с детьми, склонными к самовольным уходам из дома и учреждений. Психологами, педагогами, психiatрами предложены различные классификации причин подобного поведения детей.

Психиатры связывают уходы с тяжело протекающими возрастными кризисами. По мнению А. Е. Личко [5], одна треть детей и подростков, совершающих побег из детских государственных учреждений, имеют нарушения в психическом развитии. Первые побег обычно совершаются из-за страха наказания или как реакция оппозиции, а по мере повторения превращаются в «условно-рефлекторный стереотип». С этой точки зрения выделяются четыре типа побегов у детей: эмансипационные, импульсивные, демонстративные, дромоманические.

Эмансипационные побег (45%) совершаются, чтобы избавиться от опеки и контроля воспитателей, от наскучивших обязанностей и понуждений и отдалиться «свободной», «веселой», «легкой» жизни. Данные побег начинаются в основном в возрасте 12–15 лет. Поводом для первого побега нередко является ссора, столкновение с воспитателями учреждения. Но не страх перед ними, а жажда освободиться от надзора, надоевшего режима, наскучившего образа жизни. Такие побег обычно совершаются не в одиночку. В 85% данным побегам предшествуют прогулы занятий, в 75% они сочетаются с делинквентностью, в 32% – с алкоголизацией во время побега. Эмансипационный тип побегов наиболее свойственен детям с психопатиями и акцентуациями характера.

Импульсивные (26%). Чаще всего первые побег были следствием жестокого обращения, суровых наказаний, «расправ» со стороны воспитателей или старших подростков. Побегу может способствовать неправильный тип воспитания – гипопротекция или явное или скрытое отвержение ребенка, воспитание по типу жестокого отношения. Подобные побег обычно совершаются в одиночку. Во время них все поведение строится так, чтобы забыться, отвлечься от тяжелой ситуации. Деньги на еду обычно добываются сбором бутылок, продажей цветов, но не воровством. Однако повторные побег становятся стереотипной поведенческой реакцией на любую трудную ситуацию.

Демонстративные (20%) побегі являются следствием реакции оппозиции. Особенность данных побегов в том, чтобы привлечь к себе внимание, поэтому убегают недалеко и в те места, где их увидят, поймут и возвратят. Причина – гипопротекция, уменьшение внимания со стороны взрослых или необходимость получить какую-либо материальную выгоду или сформировать авторитет у сверстников. Возраст детей, совершающих демонстративные побегі, 12–17 лет.

Редкий тип побегов – дромоманические (9%) побегі. Данным побегам предшествует внезапно и беспричинно изменяющееся настроение («какая-то скука», «тоска»). Возникает немотивированная тяга к перемене обстановки. В побег пускаются в одиночку и только затем находят попутчиков. Дети, совершившие такой побег, внезапно возвращаются домой – измученные, притихшие, послушные. Стыдятся своего поступка.

Анализ причин самовольного ухода детей из Государственного казенного учреждения социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Алтуфьево» ДТСЗН города Москвы показало, что практически у каждого подростка «своя причина» [4]. Сами несовершеннолетние причинами самовольных уходов называют:

1. Нежелание соблюдения режима, предусмотренного учреждением, реакция протеста;
2. Трудности в адаптации к новым условиям проживания;
3. Желание быть свободным в передвижении и принятии решений – склонность детей к бродяжничеству;
4. Желание вернуться к родителям (пусть даже лишенным родительских прав);
5. Наличие отклонений в психическом развитии (многие воспитанники имеют наследственные заболевания центральной нервной системы, психические заболевания разной степени тяжести). Накладывает отпечаток и социальный опыт, приобретенный ребенком до момента определения в учреждение.
6. Уклонение от уголовной ответственности, при поступлении ребенок дает о себе заведомо ложные данные, так как находятся в розыске за совершение правонарушений и др.

При этом необходимо отметить, что побегі детей из государственных организаций связаны чаще всего с причинами, которые достаточно просто продиагностировать и спрогнозировать. В вопросах с самовольными уходами детей из дома, от кровных или приемных родителей, остается много неопределенного, проблема часто носит латентный характер и для уточнения причин побегов ребенка из семьи, необходимо комплексное обследование личности ребенка и его семьи. Но факт даже однократного самовольного ухода ребенка из семьи вынуждает органы системы профилактики семейного неблагополучия предполагать, что ребенок находится в трудной жизненной ситуации или социально-опасном положении.

Статистические данные по городу Москве о составленных сотрудниками ОВД за 2016 год актах выявления и учета беспризорного и безнадзорного несовершеннолетнего свидетельствуют об актуальности проблемы самовольных уходов среди несовершеннолетних. Так за 2016 год сотрудниками ОВД было выявлено по акту безнадзорного:

- **8739** несовершеннолетних (статистика из сводки «Горячей линии» ДТСЗН города Москвы),

- **5296** несовершеннолетних в течение 3-х часов забрали родители/законные представители из отделения полиции, дав соответствующие объяснения. Информация об этих детях попала в районные КДНиЗП для дальнейшей профилактической работы с семьей

- оставшиеся **3443** несовершеннолетних направлены в лечебные учреждения города Москвы по актам ОМВД (**2883** н/л поступает в ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ»), данное ЛПУ играет важную роль в дальнейшей судьбе ребенка; **560** н/л – направляются в специализированные ЛПУ – если у ребенка признаки инфекционных заболеваний, психические расстройства личности, состояние наркотического опьянения и т.д. – по рекомендациям врача скорой помощи)

Таким образом мы видим, что около 40% несовершеннолетних, выявленных сотрудниками ОВД по актам безнадзорности на территории города Москвы, попадают в лечебно-профилактические учреждения. Более 2850 семей, не имеют возможности или желания в короткие сроки приехать в отделение полиции, чтобы забрать своего ребенка. Анализ постоянного места регистрации выявленных детей показывает, что 48% (1381 н/л) поступивших в ЛПУ постоянно зарегистрированы и проживают в городе Москве. Остальные являются гражданами России, с постоянной регистрацией в регионах РФ, гражданами стран ближнего и дальнего зарубежья.

По регламенту межведомственного взаимодействия ребенок, попавший по акту безнадзорности в ЛПУ, может быть выдан родителю/законному представителю, но информация о случае помещения направляется в ОСЗН по месту регистрации ребенка, для организации дальнейшей профилактической работы с семьей, оказавшейся в трудной жизненной ситуации или социально-опасном положении.

Если анализировать дальнейшее жизнеустройство **2883** несовершеннолетних, поступивших в ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», ситуация выглядит следующим образом:

- **1914** н/л (**66%** от числа поступивших) – передано кровным или приемным родителям

- **814** н/л (**28%** детей от общего числа поступивших в ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ») – передано в социально-реабилитационные центры города Москвы на стационарную форму работы

- **88** н/л – передано сотрудникам ОВД

- **33** н/л – переданы в другие ЛПУ по результатам обследования

- **13** н/л (менее 1%) – переданы сотрудникам учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

- **3** н/л – совершили самовольный уход из ЛПУ

Приведённая выше статистика Московского региона ярко демонстрирует актуальность организации комплексной работы с семьей [7], которая находится в трудной жизненной ситуации, так как ребенок совершает самовольные уходы из дома.

Анализ изменений в законодательных и локальных актах РФ, позволяет сделать вывод, что проблема самовольных уходов из учреждений и семьи является актуальной на территории России. Подтверждением данному тезису служит информация, представленная в подпункте «а» п. 3 протокола заседания Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 31.03.2015 № 7 Минобрнауки России в части взаимодействия органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних по вопросам профилактики самовольных уходов детей из семей и государственных организаций, содействию их розыска, проведению социально-реабилитационной работы с детьми.

В соответствии с решением Правительственной КДНиЗП в мае 2015 года заместителем Мэра Москвы по вопросам социального развития, Л.М. Печатниковым, было дано распоряжение:

- открыть специализированное отделение в ГБУ ЦССВ «Синяя птица» ДТСЗН города Москвы, для реабилитации воспитанников, совершающих самовольные уходы из организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, ДТСЗН города Москвы

- открыть отделение интенсивной реабилитации в ГКУ СРЦ «Алтуфьево» ДТСЗН города Москвы для детей, совершающих самовольные уходы из дома и социальных организаций (стационарных отделений СРЦ) ДТСЗН города Москвы.

В рамках новых отделений с 2015 года начали отрабатываться инновационные технологии работы с детьми [2], склонными к самовольным уходам из дома и организаций. На деятельности отделения интенсивной реабилитации ГКУ СРЦ «Алтуфьево» ДТСЗН города Москвы необходимо остановиться более детально. В отделение принимаются несовершеннолетние в возрасте от 12 до 17 лет, имеющие постоянную регистрацию на территории города Москвы, совершающие систематические самовольные уходы из кровной семьи или организаций.

Отличительной особенностью определения детей в отделение интенсивной реабилитации, является алгоритм зачисления ребенка.

- В случае, когда несовершеннолетний направляется специалистами ОСЗН района

1. В ГКУ СРЦ «Алтуфьево» направляется ходатайство ОСЗН района о помещении н/л в отделение интенсивной реабилитации, с полным опи-



санием ранее проведенной профилактической работы, перечислением методов и форм работы с семьей, участников профилактики (ЦСПСиД, СРЦ и т.д.)

2. В 3-х дневный срок специалисты ГКУ СРЦ «Алтуфьево» выходят на обследование социально-бытовых условий несовершеннолетнего совместно со специалистами ЦСПСиД или СРЦ по месту регистрации несовершеннолетнего и специалистами ОСЗН. По месту жительства несовершеннолетнего, в ходе обследования условий жизни, проводится социальный консилиум, в котором принимают участие специалисты ООПиП, несовершеннолетний и его родители. Целью консилиума является коллегиальное решение о необходимости помещения ребенка в отделение интенсивной реабилитации для устранения причин отклонений в поведении, связанных с самовольными уходами из дома и/или организаций.

3. По результатам обследования-консилиума составляется акт, и протокол социального консилиума с принятыми решениями и рекомендациями [4]. В данном протоколе все присутствовавшие (специалисты системы профилактики социального сиротства и семейного неблагополучия, члены семьи и несовершеннолетний) подтверждают подписью свое участие и согласие с принятыми решениями.

4. В 3-х дневный срок специалисты ГКУ СРЦ «Алтуфьево» готовят заключение с подробным описанием случая и принятыми на социальном консилиуме решениями, направляют ходатайство ОСЗН района и заключение в ДТСЗН города Москвы для дальнейшего согласования помещения несовершеннолетнего в отделение интенсивной реабилитации.

5. В случае согласования ДТСЗН города Москвы о помещении несовершеннолетнего в ГКУ СРЦ «Алтуфьево», специалисты ЦСПСиД совместно с родителями доставляют несовершеннолетнего в СРЦ «Алтуфьево».

• В случае, когда несовершеннолетний был выявлен сотрудниками ПДН, помещен в ЛПУ по акту выявления безнадзорного:

6. Пока ребенок находится в ЛПУ, специалисты ОСЗН района направляют в ГКУ СРЦ «Алтуфьево» ходатайство о помещении несовершеннолетнего в отделение интенсивной реабилитации с полным описанием ранее проведенной профилактической работы, перечислением методов и форм работы с семьей, участников профилактики (ЦСПСиД, СРЦ и т.д.),

8. Далее алгоритм соответствует пунктам 3–5 с тем отличием, что несовершеннолетний проходит обследование в ЛПУ.

9. В Отделение не могут быть приняты несовершеннолетние, находящиеся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также с явными признаками обострения психического заболевания.

Прием и отчисление несовершеннолетних возможно по результатам социального консилиума, но наличие заявления от родителей и несовершеннолетнего также необходимы. Сроки реализации реабилитационной программы в отделении составляют от 3-х до 6-ти месяцев.

В период пребывания несовершеннолетнего в отделении интенсивной реабилитации все субъекты профилактики семейного неблагополучия включены в процесс:

1. Первая встреча происходит на социальном консилиуме по принятию решения о зачислении несовершеннолетнего в отделение интенсивной реабилитации

2. Следующая встреча происходит через 7–10 дней после помещения ребенка в ГКУ СРЦ «Алтуфьево», на социальном консилиуме по утверждению индивидуальной программы интенсивной реабилитации, подготовленной по результатам комплексной диагностики.

3. В тех случаях, когда выбранные методы и технологии реабилитации ребенка и его семьи оказались ошибочными и положительная динамика отсутствует более 1-го месяца интенсивной работы, может пройти внеплановый консилиум, с участием специалистов и администрации СРЦ.

Присутствие на нем остальных субъектов профилактики необходимо, если родитель ребенка перестал принимать участие в индивидуальной программе интенсивной реабилитации. В данном случае внешние участники привлекаются в качестве административного ресурса, или с целью определить иную форму работы с несовершеннолетним и его семьей.

4. Финальная встреча всех субъектов профилактики происходит на социальном консилиуме по принятию решения о завершении курса интенсивной реабилитации и поиск новой формы сопровождения семьи, находящейся в трудной жизненной ситуации.

Таким образом, социальный консилиум становится ведущим методом определения, коррекции и реализации индивидуальной программы интенсивной реабилитации несовершеннолетнего, совершавшего самовольные уходы из дома и семьи. Несмотря на сложный подготовительный этап перед зачислением ребенка, включающий в себя сбор полной информации о проделанной ранее профилактической и реабилитационной работе с ребенком и семьей по месту жительства, в отделении интенсивной реабилитации ГКУ СРЦ «Алтуфьево» с июля 2015 по январь 2017 г.г. прошли реабилитацию 72 подростка, склонных к самовольным уходам. Из 72 выпускников повторно в отделение интенсивной реабилитации попали 3 несовершеннолетних. Причиной неуспеха явилось успешное желание родителей забрать ребенка на начальном этапе положительных изменений в поведении и эмоциональных проявлениях [6], после 1–1,5 месяцев интенсивной работы.

На данном этапе идет наблюдение за каждой семьей с ребенком, прошедшим курс интенсивной реабилитации в ГКУ СРЦ «Алтуфьево» ДТСЗН города Москвы. Семьи находятся на сопровождении по месту жительства в социально-реабилитационных центрах или центрах социальной помощи семье и детям, что явилось одним из решений социального консилиума по принятию решения о завершении курса интенсивной реабилитации.

Литература

1. Барсукова Т.М., Быкова Н.В., Иванова Л.А., Снурникова Н.Н., Ануфриева Н.В. Методическое пособие для педагогической службы специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации. М., Издано с участием рекламного агентства «4TE Art», 2002. – 88 стр.
2. Инновационные программы по работе с семьей и детьми в специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации. Под. Ред. Потяева Т.А., Кононова Л.И., Семкина Е.А., Шеляг Т.В. – 2011 г. – 187 с.
3. Казанская В.Г. Подросток. Трудности взросления: книга для психологов, педагогов, родителей. – СПб.: Питер, 2006. – 240 с.: ил. (Серия «Практическая психология»).
4. Организация социально-реабилитационного процесса детей-мигрантов и их семей в условиях мегаполиса: Методическое пособие / Под ред. Т.М. Барсуковой, Т.В. Шининой, Г.И. Успенской, М.А. Антипиной. – М., 2016. – 132 с. (Серия «Портфель специалиста по работе с семьей»)
5. Осложненное поведение подростков: Причины, психолого-педагогическое сопровождение, коррекция: Справочные материалы / Авт. – сост. Т.А. Шишковец. – М.: 5 за знания, 2006. – 192 с. – (Классному руководителю).
6. Шульга Т.И., Худенко Е.Д., Кальянов И.В., Ираклиевская О.Ю., Белевцева Е.В., Щербанева Н.Г., Керас А.А., Николаева О.И., Савин Г.И., Вишнякова Н.Н. Программа разработки стратегии профилактики и реабилитации депривационных расстройств у подростков в условиях интеллектуально и эмоционально обедненной среды. Методический сборник. – М., 2009 г. – 157 с.
7. Шульга Т.И. Психологическое сопровождение семьи: учеб. пособие / Т.И. Шульга. – М.: НОУ ВПО МЭИ, 2014. – 154 с.

ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ В СЕМЬЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

Трушкина С.В.

Кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ
«Научный центр психического здоровья»
trushkinasv@gmail.com

Аннотация. Сообщение посвящено описанию распространенных психопатологических синдромов у детей из семей, переживающих трудную жизненную ситуацию: посттравматическому стрессовому расстройству, эмоциональным нарушениям, расстройствам привязанности. Наличие нарушений психического здоровья у детей требует от специалистов, работающих с ситуацией, первичного распознавания и учета при планировании программ помощи.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, сепарационная тревога, нарушения привязанности

Keywords: posttraumatic stress disorder (PTSD), separation anxiety disorder, attachment disorder

Конкретные формы трудных жизненных ситуаций (ТСЖ), в которые попадают российские семьи, могут быть самыми различными, однако, во всех случаях можно вести речь о запредельных стрессовых нагрузках на членов семей, тем или иным образом сказывающихся на состоянии их психического здоровья. Детей это касается не в меньшей степени нежели взрослых. Данное сообщение посвящено описанию особенностей распространенных психопатологических проявлений у детей из семей, переживающих ТСЖ: посттравматическому стрессовому расстройству, эмоциональным нарушениям, расстройствам привязанности.

Переживание катастрофических событий, таких как пожар в доме, разбойное нападение, обстрел, ранение, природные катаклизмы и др., могут стать причиной возникновения стрессовых расстройств у детей, как острых, так и хронических – в форме посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Проявления ПТСР у детей имеют свою возрастную специфику и зачастую нелегко распознаются, однако, они отвечают всем критериям ПТСР у взрослых, предложенным Международной классификацией болезней (МКБ-10). У ребенка, пережившего то или иное психотравмирующее событие, спустя уже достаточно длительное время после самого события могут отмечаться симптомы его повторяющегося переживания и воспроизведения. Это могут быть навязчивые вопросы или высказывания о событии, повторяющиеся ночные кошмары, эпизоды флэшбэк-симптомов, т. е. внезапного острого переживания обстоятельств былой травмы. Для детей раннего, дошкольного и даже младшего школьного возраста характерно появление посттравматической игры, представляющей собой бесконечное проигрывание ребенком реальных событий

катастрофы. В отличие от обычной детской игры посттравматическая имеет навязчивый характер, события в ней раз за разом воспроизводятся буквально, не подвергаясь никакой игровой переработке. Кроме того, дети любого возраста могут начать избегать действий, мест или людей, напоминающих им о травме, или демонстрировать общую эмоциональную и социальную отгороженность, в том числе и от своих родителей. У ребенка могут отмечаться трудности концентрации внимания, бессонница, постоянная повышенная настороженность, внезапные внешне беспричинные приступы паники (панические атаки), выраженные страхи, мутизм (отсутствие речевого общения), заикание, энурез и др. В поведении могут появиться не отмечавшиеся ранее несобранность, суетливость, плаксивость, гневливость, агрессивность, оппозиционно-вызывающие и истерические формы, депрессивность. Детям раннего и дошкольного возраста присущи также специфические возрастные симптомы – регресс в развитии с утратой уже сформировавшихся навыков и нарушения физиологического функционирования, такие как повышение температуры без соматической патологии, психогенная рвота, аффективно-респираторные приступы и др.[1]

Психические расстройства, возникшие вследствие переживания ребенком хронического неблагополучия, отличаются от нарушений психического здоровья вследствие отдельных потрясений. Причем именно длительное страдание чаще оказывается наиболее повреждающим фактором. Так, известно наблюдение, что долгосрочные психиатрические проблемы у ребенка следуют за потерей родителя чаще вследствие развода, чем смерти. Причина, вероятно, заключается в том, что события предшествующего и продолжающегося семейного разлада имеют для ребенка большее травмирующее значение, чем сама потеря родителя. [2] Все ситуации, связанные с выраженной дисфункциональностью семейной системы, например, наличие алкогольной, наркотической или игровой зависимости у родителей, хронические конфликты между членами семьи, пред разводные и после разводные семейные состояния и т.п., способны привести к возникновению стойких эмоциональных нарушений у детей в форме тревоги, депрессии и патологических страхов.

Тревожное расстройство характеризуется выраженным и устойчивым состоянием беспокойства у ребенка, которое может ассоциироваться им с самыми различными причинами или восприниматься как беспричинное. Особое место занимает тревога по поводу разлуки с родителями – так называемая *сепарационная тревога*. Дети испытывают интенсивное беспокойство, что их родители могут уйти и не вернуться, бросить их или что в разлуке может случиться что-то страшное – они потеряются, их украдут, положат в больницу, родители погибнут и т.п. Сепарационная тревога вынуждает ребенка неотвязно следовать за родителем даже дома, отказываться находиться и спать в одиночестве, посещать детский сад и школу. Предчув-

ствие разлуки при сепарационной тревоге приводит к эмоциональным срывам, слезам, мольбам, вспышкам гнева, а также к физическим страданиям – тошноте, рвоте, головным болям и т.п. Следует отметить, что тревога по поводу разлуки с родителем, главным образом – с матерью, возникает как нормальное психологическое образование у детей в возрасте шести-восьми месяцев и остается достаточно заметной вплоть до школьного возраста, убывая по мере того как ребенок приобретает уверенность в своей безопасности без физического присутствия родителей. Психическое расстройство в форме сепарационной тревоги диагностируется в тех случаях, когда интенсивность переживаемой тревоги не соответствует возрасту и приводит к нарушениям социального функционирования ребенка, например, к отказу ходить в школу или играть со сверстниками. *Тревожно-фобическое расстройство* представляет собой чрезмерные необоснованные страхи. В отличие от нормальных детских страхов, таких как страх незнакомых людей, исчезающий примерно к двум с половиной годам, или страх животных, достигающий своего пика в 2–4 года, фобические расстройства приводят к существенному страданию и избегающему поведению ребенка, которые мешают его развитию и повседневной жизни.

В основе депрессивного синдрома лежит длительное сниженное настроение. У детей оно может быть тоскливым, угнетенным или безразличным, неотчетливо определяемым в жалобах ребенка как «скука». Кроме того, у ребенка может произойти снижение или полная потеря способности испытывать удовольствие от того, что раньше несомненно его приносило (ангедония). Могут отмечаться заниженная самооценка, склонность к самообвинениям, чувство беспомощности и безнадежности, суицидальные мысли и действия. Характерна апатия и общее снижение энергетического потенциала, в когнитивной сфере – снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, заторможенность мышления. Для депрессии в детском возрасте типична «маскированность» формы, т.е. проявление в форме других заболеваний и расстройств, что делает ее трудно распознаваемой для специалистов. В младенческом и раннем возрасте на наличие депрессии могут указывать нарушения сна, аппетита и пищеварения, необъяснимые повышения температуры, меняющиеся жалобы на то или иное физическое недомогание, разнообразные боли. Позже, в дошкольном возрасте, это могут быть страхи, тенденция к изоляции, энурез и энкопрез, плаксивость, отказ от оживленных и шумных игр. У младших школьников – периодические спады работоспособности, равнодушие к играм и учебе, ощущение безрадостности жизни, раздражительность и агрессивность. Как уже было отмечено, из-за многообразия и неустойчивости симптоматики диагностика депрессии у детей сильно затруднена. [3] Кроме того, проявления, сходные с депрессивными, входят в картину нормального переживания горя. [2]

Фактором либо последствием трудной жизненной ситуации может стать девиантное родительское поведение, т.е. поведение взрослых по отноше-

нию к своим детям, резко отклоняющееся от нормального. Наиболее известными формами являются жестокое обращение родителей с детьми (в виде физического, эмоционального или сексуального насилия) и пренебрежение их витальными нуждами, среди которых – потребность детей в питании, бытовой гигиене, лечении, развитии и обучении. У детей младенческого и раннего возраста родительские девиации зачастую становятся причиной формирования так называемых расстройств привязанности. Это особый тип стойких искажений социального поведения и эмоционального реагирования у ребенка, весьма негативно сказывающихся на его дальнейшем психическом развитии и социальном функционировании, которые с трудом поддаются коррекции в дальнейшем. Как известно, привязанность входит в число базовых, биологически обусловленных потребностей ребенка первого года жизни и представляет собой необходимость для ребенка установления особой – устойчивой и индивидуализированной – связи с ухаживающим взрослым. Феномен привязанности имеет эволюционный смысл, который заключается в обеспечении условий для выживания и комфорта младенца через приобретение и поддержание им прочной связи с определенным взрослым, выступающим для него в качестве «фигуры привязанности». В норме поведение привязанности у маленького ребенка заключается в поиске им защиты и комфорта в контакте с близким взрослым и одновременно с этим – в заметной сдержанности, тревоге или даже страхе при взаимодействии с незнакомыми взрослыми людьми. [4] Психологическая классификация привязанности описывает оптимальный («надежный») и менее оптимальные («тревожно-амбивалентный» и «игнорирующий») типы привязанности и их сочетания, а также содержит тип «дезорганизованной» привязанности. Последний формируется в том случае, когда фигура привязанности, призванная обеспечивать защиту, сама оказывается источником опасности для ребенка, что грубо искажает его дальнейшее эмоциональное и социальное развитие.

В детской психиатрии описываются клинические формы психопатологических расстройств у детей, связанных с длительным отрывом ребенка от семейного окружения или с существенной депривацией в семье, включающей и игнорирование потребности ребенка в фигуре привязанности. В МКБ-10 они обозначаются как реактивное и расторможенное расстройство привязанности. При реактивном расстройстве привязанности нарушается, главным образом, стремление ребенка к физической и эмоциональной близости с фигурой привязанности, а в случае диагноза расторможенного расстройства привязанности уменьшается или совсем исчезает его опасение по отношению к чужим людям. Согласно исследованиям, при изменении социальной ситуации в лучшую сторону дети с диагнозом реактивного расстройства привязанности показывают заметное улучшение состояния, в отличие от детей с диагнозом расторможенного расстройства привязанности, у которых стабильные признаки этого синдрома прослеживались вплоть до школьного возраста [5].

В целом, нарушение психического здоровья у детей из семей, находящихся в ТЖС, вносит свою лепту в картину происходящего и требует от специалистов, работающих с ситуацией, первичного распознавания и учета при планировании программ помощи. В частности, может понадобиться консультация ребенка детским психиатром и назначение ему медикаментозного лечения. Кроме того, выбирая способы взаимодействия с ребенком, имеющим расстройства психического здоровья, специалисту необходимо учитывать неизбежную специфику его эмоционального и поведенческого реагирования, а также значительное ограничение доступных ему возможностей совладания с ситуацией.

Литература

1. *Портнова А.А., Серебровская О.В.* – Острые стрессовые нарушения у детей раннего возраста // Психиатрия. – 2013. – № 04 (60). – С. 37–40.
2. *Гудман Р., Скотт С.* Детская психиатрия. М.: «Триада-Х», 2008.
3. *Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б.* Детская социальная психиатрия для непсихиатров. М.: «Питер», 2006.
4. *Скобло Г.В., Трушкина С.В.* – Нарушения психического здоровья в первые годы жизни: связанные с психогенными факторами расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – № 12. – С. 81–87.
5. *Zeanah C.H., Smyke A.T.* – Attachment disorders and severe deprivation / Rutter's child and adolescent psychiatry. London: Blakwell, 2008.

РАБОТА С КРОВНЫМИ СЕМЬЯМИ ВОСПИТАННИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ: ОПЫТ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «ДЕТИ НАШИ»

Омельченко А. С.

Руководитель программы «Не разлей вода»

БФ «Дети наши»

aomelchenko@detinashi.ru

Аннотация. В материале описан опыт работы БФ «Дети наши» с кровными семьями воспитанников учреждений для детей-сирот – представлены основные направления работы, приведены критерии случаев, которые принимаются в работу. В материале приводятся данные по методическим наработкам БФ «Дети наши» в данном направлении и результатам работы в 2016 г.

Ключевые слова: социальное сиротство, воспитанники учреждений для детей-сирот, кровные родители.

Keywords: social orphanhood, pupils of institutions for orphan children, natural parents

Благотворительный фонд «Дети наши» (Москва) основан в 2006 году с целью организации всесторонней поддержки детей-сирот. Программы и проекта Фонда реализуются в Смоленской, Костромской и Нижегородских областях, а также в Москве. В 2014 году в Фонде была открыта новая программа «Не разлей вода», в рамках которой началась комплексная работа по восстановлению отношений с кровными семьями воспитанников учреждений для детей-сирот. Для этого в штат Фонда были приняты 2 психолога и 2 социальных педагога, которые по соглашению с Департаментом Смоленской области по образованию, науке и делам молодежи и администрацией учреждений для детей-сирот, начали работу с воспитанниками и их семьями.

Актуальность работы:

Воспитанники учреждений для детей-сирот нуждаются в сохранении своих родственных связей и в формировании адекватного отношения к своей семейной истории – опыт и исследование фонда показывает, что это благотворно сказывается на их будущем, даже если возвращение в семью невозможно [1,2].

При этом ребята в детских домах часто не просто лишены возможности общаться со своими родителями и кровными родственниками, сама тема «кровной семьи» оказывается под запретом, как нежелательная, в стенах учреждения для детей-сирот.

Теряя семью, дети теряют не только родителей, но привычное местожительство, круг общения, семейные и культурные традиции, разделенное с кем-то время и воспоминания, опыт, прошлое, чувство похожести на кого-то,

иногда имя и место на родословном древе. Известный семейный и клинический психолог Екатерина Жуйкова утверждает: «Учреждение для детей – это то место, где семейных психологов должно быть особенно много».

Основные направления в обучении специалистов для работы в данном направлении:

Начиная с 2014 г. сотрудники Фонда работают на восстановление семейных связей в двух подшефных учреждениях Смоленской области: СОГБУ «Шаталовский детский дом» и СОГБОУ «Сафоновский детский дом-школа». Для развития и продвижения этого направления БФ «Дети наши» каждый год проводит по 2–3 обучающих мероприятия не только для сотрудников Фонда и персонала подшефных учреждений, но и для специалистов сферы защиты Смоленской области.

Большое значение для формирования ключевых представлений и разработки конкретных технологий стали следующие семинары, организованные БФ «Дети наши»:

1. Интерактивный тренинг «Психологическая работа с младшими и средними школьниками в детских домах: от реконструкции семейной истории к конструированию образа семьи» (даты: 13.11.14–15.11.14; ведущая: Е. Б. Жуйкова; партнер: ИРСУ).

2. Интерактивный тренинг «Психологическая работа с подростками в учреждении для детей-сирот: организация взаимодействия с кровной семьей и формирование отношений с кровными родственниками» (даты: 05.03.15–07.03.15; ведущая: Е. Б. Жуйкова; партнер: ИРСУ).

3. Интерактивный тренинг «Дети-сироты: работа с горем и травмами потерь (в том числе с травмами от потери возможности контактировать со своей кровной семьей)» (даты: 26.11.15–27.11.15; ведущая: Т. Д. Панюшева; партнер: «Волонтеры в помощь детям-сиротам» (г. Москва).

Основные направления работы:

Важным достижением первого этапа работы стала дифференциация возможных направлений работы в проблемном поле. Среди этих направлений можно выделить:

1). Психологическая работа с воспитанником по теме его личной и семейной истории (в том числе, с помощью «Книги жизни»);

2). Восстановление отношений воспитанника учреждения с родителями и/или родственниками и их поддержка через общение по телефону, в соцсетях и во время личных встреч.

3). Перемещение ребенка обратно в кровную семью (после ее реабилитации).

4). Организация своеобразного ритуала прощания, когда родитель напрямую озвучивает ребенку, что не может быть с ним, и, прощаясь, благословляет его на переход в замещающую семью.

Первоначально в программе было понимание, что необходимо именно возвращать воспитанников учреждения в кровные семьи. Большая и се-

рьезная работа показала, что это не всегда возможно по объективным причинам. И в то же время стала очевидна ценность просто восстановленных контактов. В ряде случаев, единственное, что можно сделать для ребенка, оставшегося без попечения родителей, – это собрать воедино разрозненные факты его биографии, истории его семьи и сохранить их при помощи «Книжки жизни».

Основные направления фокусировки:

БФ «Дети наши» привлекал и привлекает супервизоров для разбора наиболее трудных случаев в работе с кровными семьями. В разное время ими были психологи Екатерина Жуйкова, Анастасия Турова, Анна Голубева. Также для программы «Не разлей вода» было проведено несколько организационных супервизий, которые безвозмездно предоставил БДФ «Виктория» (в рамках программы «Развитие. Рост. Перспектива»). Руководитель программы Ольга Широких и психолог Татьяна Арчакова обратили внимание специалистов БФ «Дети наши» на необходимость выработки фокусировки, т.е. определения критериев случая, который может быть принят в работу. Однако эти рекомендации получилось учесть только тогда, когда необходимость фокусировки сама «вызрела» в недрах программы, когда стал очевиден целый комплекс причин, почему нельзя работать в проблемном поле без четких ориентиров:

Причина 1. Работа по восстановлению отношений воспитанников интернатного учреждения – трудоемкий и длительный процесс. И если не правильно распределить ресурсы, то можно долго «биться» за 1 один недостижимый случай, упуская возможность поработать с 3 случаями, где возврат с семьей наиболее возможен.

Причина 2. Ресурс программы «Не разлей вода» является (как и все прочие ресурсы) ограниченным. Специалисты включены в разные направления деятельности (кроме работы с кровными семьями в программе «Не разлей вода» предусмотрена деятельность по профилактике социального сиротства и по содействию семейному устройству).

Причина 3. Четкая фокусировка позволит лучше определиться с критериями эффективности деятельности. В противном случае, возможен риск профессионального выгорания специалистов, т.к. достигнутый в процессе большой проведенной работы результат часто размыт и не очевиден.

В результате анализа случаев были определены следующие группы детей, которые должны попадать в работу:

1). **Дети-годовичники** – дети, которые размещены в учреждении по заявлению родителей (ситуация попадания детей в учреждения не связана с такими критичными обстоятельствами, как это часто бывает в случае лишения родительских прав);

2). **Дети, недавно прибывшие в учреждение** после изъятия (т.е. после приюта или больницы) – у таких детей контакт с семьей еще полностью не утрачен;

3). **Дети 7–12 лет** – со всеми детьми данного возраста (не зависимо от того, входят они в первую или вторую группу) ведется работа по реконструкции семейной истории с использованием разработанной БФ «Дети наши» «Книги жизни».

4). **Дети 12–18 лет**– для детей этого возраста может быть рекомендована «Программа реконструкции семейной истории и формирования образа будущей семьи у воспитанников интернатных учреждений», разработанная педагогом-психологом СОГБУ «Шталовский детский дом» Решетовой Оксаной.

Методический инструментарий:

В 2015 году в рамках программы «Не разлей вода» БФ «Дети наши» была разработана и издана «Книга жизни» [4].

«Книга жизни» – это красочная и познавательная рабочая тетрадь, с помощью которой специалист помогает ребенку создать целостную картину собственной жизни. Разработанный методический инструмент ориентирован на работу с детьми 7–12 лет.

Задачи работы над «Книгой жизни»:

1. Реконструирование событий жизни ребенка до попадания в учреждение / приемную семью.

2. Помощь ребенку в осознании и принятии своего настоящего.

3. Помощь ребенку в планировании своего будущего.

4. Содействие ребенку в развитии навыков саморефлексии.

5. Психологическая поддержка и поиск внутренних ресурсов.

«Книга жизни» БФ «Дети наши» используется не только в работе специалистов Фонда. Этот инструмент получил хороший отклик в профессиональном сообществе. В настоящий момент «Книга жизни» напечатана тиражом в 5000 и передана в 14 регионов РФ, включая Хабаровский край, Приморский край, Красноярский край, Томскую область, Мурманскую область, Республику Карелия и др.[4].

Обобщение и анализ опыта:

БФ «Дети наши» уделяет большое внимание обобщению и анализу проводимой работы. В 2016 г. Фонд издал сборник «Работа с кровной семьей воспитанников учреждений для детей-сирот и профилактика социального сиротства. Опыт Благотворительного фонда «Дети наши» и специалистов Смоленской области» [3]. Небольшой тираж в 300 экз. передавался участникам мероприятий, где сотрудники БФ «Дети наши» выступали с сообщениями о своей работе. Всего в 2016 году специалисты программы «Не разлей вода» выступили на 14 крупных мероприятиях, которые проходили в Москве, Санкт-Петербурге, Вологде, Сочи, Туапсе, Смоленске, Хельсинки. Выступления касались следующих тем: работа по «Книге жизни»; результаты проведенного исследования по отношению к кровным семьям воспитанников интернатных учреждений; работа с ребенком, лишившимся попечения и его семейным окружением; сопровождение кровных семей,

Результаты работы с кровными семьями в 2016 г.:

Восстановлены отношения с кровными родителями	10
Восстановлены отношения с кровными родственниками	6
Восстановлены отношения с бывшими опекунами	1
Вернулись в кровную семью	11

вернувших себе детей из учреждения; риски и ресурсы специалистов, включенных в работу с кровными семьями воспитанников учреждений для детей-сирот и др.[4].

Проведенные исследования:

В период с 2015 по 2016 Благотворительный фонд «Дети наши» в рамках программы «Не разлей вода» в сотрудничестве с Центром доказательного социального проектирования МГППУ при поддержке БФ Елены и Геннадия Тимченко провел качественное исследование «Отношения к кровным семьям воспитанников учреждений для-детей».

Развитие БФ «Дети наши» в качестве стажировочной площадки:

Одной из задач программы «Не разлей вода» БФ «Дети наши» является распространение наработанного опыта работы. Фонд готов себя развивать в качестве стажировочной площадки. 13 декабря 2016 г. на базе БФ «Дети наши» прошла стажировка для сотрудников КГКУ «Лесосибирский детский дом им. Ф.Э. Дзержинского» (Красноярский край). Цель стажировки: ознакомления коллег с технологиями работы с кровными семьями, разработанными в проекте «Не разлей вода» БФ «Дети наши».

Литература

1. *Бриш К.* Терапия нарушений привязанности. От теории к практике. – М.: Когито-Центр, 2012.
2. *Капилина (Пичугина) М., Панюшева Т.* Приемный ребенок: жизненный путь, помощь и поддержка – М.: Никая, 2015.
3. Работа с кровной семьей воспитанников учреждений для детей-сирот и профилактика социального сиротства. Опыт Благотворительного фонда «Дети наши и специалистов Смоленской области» – М.: Смоленск: БФ «Дети наши», 2016.
4. Книга жизни – М.: БФ «Дети наши», 2015.

ПРЕОДОЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Дворянска Г. П.

директор ОГКУСО СРЦН «Причал надежды» – Центр по профилактике
семейного неблагополучия г. Ульяновск
galina.dvorynskova@mail.ru

Смирнова Н. Ф.

заместитель директора по профилактике семейного неблагополучия ОГКУСО
СРЦН «Причал надежды» – Центр по профилактике
семейного неблагополучия г. Ульяновск
nina.f.smirnova@mail.ru

Логина Н. И.

педагог-психолог – ОГКУСО СРЦН Центр по профилактике
семейного неблагополучия г. Ульяновск

Аннотация. Авторами статьи представлен опыт деятельности Центра по профилактике семейного неблагополучия «Причал надежды» в г. Ульяновске по преодолению социального сиротства. Раскрыты цель, задачи, этапы, технология и результаты реализации проекта «Пусть всегда будет семья».

Ключевые слова: социальное сиротство, семья, семейное благополучие, технология

Keywords: social orphanhood, family, family well-being, technology

Проблема семьи, её функционирования как социального института в настоящее время является одной из самых приоритетных. С социологической точки зрения семья является важнейшим элементом общества: для здорового общества необходима здоровая семья, адекватно исполняющая все свои функции: культурную, эмоциональную, социально-экономическую. Под влиянием семьи формируется личность человека. Вырастая, мы часто не замечаем, как сильно зависим от мнения родителей, привыкаем смотреть на мир через призму их семейных ценностей и традиций, установок и принятых правил поведения. Образ личности складывается из того, как строятся взаимоотношения в семье, от того, чувствует ли человек любовь и уважение или привык к тому, что его не замечают, а общение проходит только в скандалах и на повышенных тонах. Куда бы мы ни переместились, в каком бы обществе ни развивались, как бы много мы ни достигли, наш личный опыт взаимодействия внутри своей семьи с родителями, братьями и сестрами будет всегда следовать за нами, определяя наше поведение [3,75].

В жизни каждого человека родители играют большую и ответственную роль. Они дают первые образцы поведения. Ребенок подражает, стремится быть похожим на мать и отца. Когда родители понимают, что во многом от них самих зависит формирование личности ребенка, то они ведут себя

так, что все их поступки и поведение в целом способствуют формированию у ребенка тех качеств и такого понимания человеческих ценностей, которые они хотят ему передать. Такой процесс воспитания можно считать вполне сознательным, так как постоянный контроль над своим поведением, отношением к другим людям, организацией семейной жизни позволяет воспитывать детей в наиболее благоприятных условиях, способствующих их всестороннему и гармоничному развитию [4,67].

Изменения в социокультурной сфере, общественном сознании привели к изменениям общественных ценностей, в том числе и ценности семьи.

Все большее число семей оказывается на грани перехода из категории неблагополучных в категории семей «групп риска». В настоящее время существует несколько понятий, таких как здоровая семья, благополучная семья, неблагополучная семья, семья группы риска, распавшаяся семья и т. д.

Здоровая семья – подразумевается семья, не подверженная деструктивному психическому, психологическому и социальному влиянию и способная воспроизводить здоровое поколение. Количество таких семей резко падает.

Современная семья все больше подвержена распаду, разрушению, нестабильности, неблагополучию. Все яснее становится ситуация, что психические травмы, пережитые ребенком в детстве, незаметно деформируют его жизнь и судьбу, а несчастливые дети несут в себе заряд психического нездоровья для всего общества [5,139]. Возможно, что дети из этих семей, подражая своим родителям, неправильно воспринимают духовные и материальные ценности.

Рассмотрим решение проблемы социального сиротства на примере функционирования Центра по профилактике семейного неблагополучия «Причал надежды» в г. Ульяновске. Одной из эффективных технологий деятельности Центра является социальное проектирование. В частности был разработан и реализован проект «Пусть всегда будет семья».

Проект «Пусть всегда будет семья» ориентирован прежде всего на оказание экстренной психологической помощи неблагополучным семьям. Процентное соотношение таких семей от общего родительского состава незначительно, но именно они требуют первостепенного участия специалистов, так как существует прямая угроза возникновения детской беспризорности, риска отказа от ребенка [2,71].

Многие семьи являются «условно благополучными». Большинство из них при первичном диагностировании оценивают себя как «благополучная семья», но по результатам тестирования им нередко присваивается статус «проблемная семья [1,57].

Среди родительского контингента, желающих пройти реабилитацию в условиях Центра, в 2013 г. были и семьи малообеспеченные, безработные, семьи с родителями до 30 лет. Особо выделяется большой процент неполных семей.

Как выяснилось по результатам тестирования, даже благополучные семьи ввиду недостаточной осведомленности в вопросах детско-родительских отношений и взаимоотношений в браке, нуждаются в работе с психологом.

Раскроем цели, задачи, этапы и технологии реализации проекта « Пусть всегда будет семья».

Цель: активизация эффективного социально-ролевого поведения в процессе построения супружеских и детско-родительских отношений, профилактика социального сиротства.

Реализация проходила в 4 этапа, в зависимости от обозначенных проблем во взаимоотношениях с ребенком, выявленных нарушениях в структуре семьи:

Этап I. Обследование родительского контингента

Задачи:

- определение запроса семьи
- анализ общего состава родителей, так в 2013 году выявились следующие категории семей:
30% – неполные семьи,
15% – безработные,
15% – малообеспеченные,
10% – неблагополучные, группа риска,
20% – «условно благополучные»,
10% – родители до 30 лет.

Этап II. Ежедневное общение с родителями несовершеннолетних, посещающих группу развития и группы психологической поддержки

Задачи:

- мотивация родителей на сотрудничество с психологом,
- помощь в решении конкретных проблем развития и воспитания несовершеннолетних, укрепления их физического и психического здоровья.

Этап III. Индивидуальное консультирование по заявленным проблемам

Задачи:

- психологическая диагностика семьи,
- определение ключевой проблемы семьи,
- изучение ресурсов семьи
- оказание психологической помощи в решении проблем воспитания детей, детско-родительских отношений, личностных и поведенческих проблем подростков.

Этап IV. Групповая реабилитация

Тренинговые занятия организуются в рамках проведения заседаний клуба общения для родителей «Радуга». Данный этап предполагает реализацию следующих разделов:

Раздел 1. «Открываем тайник души» – коррекция отношения членов семьи к собственному «я» (к себе), изменение мировоззрения.

Задачи:

- обоснование важности коррекционно-развивающей работы для улучшения качества жизни,
- приобретение уверенности в себе, создание и принятие внутреннего «я» (личностный рост);
- обучение приемам саморегуляции психического состояния;
- осмысление и осознание целей и смысла жизни;
- помочь семье найти внутренние ресурсы и мобилизовать внутренний потенциал всех членов семьи.

Раздел 2. «Строим семью» – посвящен коррекции нарушенной структуры функционирования семьи (для родителей)

Задачи: работа над данным разделом предполагает изменение критериев нарушенной структуры семьи:

- семейной иерархии,
- внешних и внутренних границ семьи,
- дисфункциональных семейных ролей,
- неэффективного уровня семейной сплоченности,
- семейных норм и правил,
- семейных ценностей,
- традиций и ритуалов семьи.

Раздел 3. «Общаемся с ребенком» – коррекция детско-родительских отношений (для детско-родительских групп)

Задачи:

- установление и развитие отношений партнерства и сотрудничества родителя с ребенком,
- улучшение понимания родителями собственного ребенка, особенностей и закономерностей его развития,
- достижение способности к эмпатии, к пониманию переживаний, состояний и интересов друг друга,
- способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов,
- устранении дезадаптивных форм поведения и обучение адекватным способам реагирования в проблемных и стрессовых ситуациях.

Этап V. «Психолог на дому»

Задачи:

- оказание своевременной психологической помощи-коррекция коммуникативной сферы в неблагополучных семьях подростков,
- оздоровление семейной обстановки,
- поддержание ситуации в семье под контролем.

Ожидаемые результаты реализации:

1. Укрепление взаимоотношений в семье.
2. Улучшение психического здоровья детей и взрослых.

3. Наличие потребности семьи в активном участии в общественной жизни.

4. Снижение числа семей с тенденцией к асоциальному поведению.

Участники:

- семьи, состоящие на патронаже;
- семьи, имеющие актуальный социальный статус (неблагополучные, группы риска) и нуждающиеся в комплексной реабилитации.

Формирование групп, индивидуальное консультирование происходит на добровольной основе. Родительский состав представлен семьями, в которых несовершеннолетние посещают группу развития и группы психологической поддержки дневного отделения.

Групповые занятия проводились в рамках заседания клуба общения для родителей «Радуга».

Комплектование групп, посещающих клуб общения, проводится с учетом проблем, имеющихся у детей и родителей.

Часть групповых занятий планируются как совместные с детьми. В этом случае в группу входят дети близкого возраста; наиболее целесообразны следующие возрастные границы: 6–7 лет, 8–9 лет, 10–12 лет, 13–15 лет.

Совместное с ребёнком занятие посещает кто-то из родителей (можно по очереди), либо лицо, заменяющее родителя, но обязательно тот, кто непосредственно занимается его воспитанием. Количественный состав группы 5–6 пар (10–12 человек). Предпочтительны разнополюсные группы.

В процессе реализации проекта «Пусть всегда будет семья» использовалась технология комплексного сопровождения семьи. Рассмотрим опыт использования данной технологии на базе Центра по профилактике семейного неблагополучия «Причал надежды».

Сроки реализации:

- Индивидуальное консультирование: первые три посещения – еженедельно, затем, по мере необходимости, 2 раза в месяц.

- Периодичность групповых занятий – один раз в месяц. Продолжительность одного занятия 1,5–2 часа.

- В течение 2013 года технология была апробирована в семьях, посещающих дневное отделение Центра. Общая численность охваченных – 80 проведенных индивидуальных консультаций, 9 заседаний клуба общения – 100 человек.

Итого: 180 человек.

- Постреабилитационное сопровождение семьи в семьях группы риска (патронаж с участием психолога) осуществляется ежемесячно, а также по экстренному случаю.

- Общее количество времени, необходимое для достижения результата, – около 16 часов.

В настоящее время (2014 г.) продолжается реализация технологии.

Практическая значимость:

1. На начальном этапе реабилитации семьи отдается приоритет методам формирования мотивации родителей на сотрудничество с психологом, что позволяет специалисту акцентировать внимание родителя на взаимосвязи оптимальных детско-родительских взаимоотношений с общим жизненным благополучием, жизненным успехом.

Таковыми являются техники коррекции жизненных ценностей – «Начни жизнь по-новому», «Колесо благополучия», «Волшебная лавка», «Счастье, которое остается».

Основной вывод для родителя по результатам мотивационной беседы: «если улучшатся ваши (детско-родительские) взаимоотношения с ребенком, то повысится уровень общего благополучия и в других сферах жизни».

2. Отмечена важность личностного роста родителя как основного фактора, определяющего желание иметь детей и заниматься их воспитанием.

Членам неблагополучных семей бывает трудно воспринимать информацию, выражаемую психологом. Поэтому диалог с ним зачастую превращается в псевдо-диалог, когда психолог и члены семьи говорят в параллельных монологах, в то время как подразумевается, что они обмениваются информацией. Некоторые психологи склонны расценивать это как сопротивление, хотя имеет место непонимание из-за низкого уровня образованности и социального статуса семьи.

Вследствие выше сказанного становится понятно, что прежде чем осуществлять коррекцию детско-родительских отношений в семье, важна работа над личностным ростом родителя, развитием его самосознания. Это будет способствовать появлению с его стороны активности и желания дальнейшего сотрудничества в целях улучшения качества жизни.

3. В создании условий для формирования духовно-развитой, нравственно здоровой личности членов семьи заложен огромный потенциал для успешной социализации семьи – групповые занятия «Что я подразумеваю под словом «духовность»?», «Традиции и ритуалы как средства повышения воспитательного потенциала семьи», «Начни жизнь по-новому».

4. Более раннее и точное определение проблем семьи, причин родительской несостоятельности за счет использования компьютерного психодиагностического комплекса «Эффектон Студио».

5. Важное место в реабилитации отводится методам укрепления физического и психического здоровья членов семьи. К таковым относятся мероприятия, часть из которых проводится с совместным участием как родителей, так и детей, активно привлекаются другие специалисты Центра – социальный педагог, воспитатели: «Ключи от стресса», «Линия здоровья», «Странички здоровья».

Многие из числа посещавших клуб общения, по окончании реабилитации продолжают поддерживать общение детей друг с другом, а также общение семьями.

6. В психолого – просветительском направлении реабилитации родительства отдается предпочтение групповым (тренинговым) формам работы, что позволяет участникам поделиться жизненным опытом, посмотреть на себя со стороны глазами другого, получить положительный опыт социализации личности, организации досуга, времяпрепровождения в неформальной обстановке.

Коррекционная работа с родителями заключается в том, чтобы научить их поддерживать ребенка, а для этого, возможно, придется изменить привычный стиль общения и взаимодействия с ним. Вместо того чтобы обращать внимание, прежде всего, на ошибки и плохое поведение ребенка, взрослому придется сосредоточиться на позитивной стороне его поступков и поощрении того, что тот делает.

С целью изучения динамики проведенной реабилитации семьи, «до» внедрения технологии и «после» её внедрения родителям и подросткам предлагается ответить на вопросы анкеты, по результатам которой выявляется уровень изменений тех или иных параметров мониторинга.

Динамика психологического статуса семьи

Инструкция: ответьте на предложенные вопросы, интуитивно проставив баллы по пятибалльной шкале.

До внедрения	После внедрения
1. Оцените психологический климат в Вашей семье: _____	Оцените психологический климат в Вашей семье: _____
2. Какова степень трудности в общении членов семьи друг с другом? _____	2. Какова степень трудности в общении членов семьи друг с другом? _____
3. Насколько вы интересуетесь проблемами вашего ребенка? _____	3. Насколько вы интересуетесь проблемами вашего ребенка? _____
4. Как вы думаете, как ваш ребенок относится к вам? _____	4. Как вы думаете, как ваш ребенок относится к вам? _____
5. Насколько вы последовательны во взаимодействии с ребенком? _____	5. Насколько вы последовательны во взаимодействии с ребенком? _____
6. Оцените свое желание принимать участие в общественной жизни, желание найти занятие «по душе» _____	6. Оцените свое желание принимать участие в общественной жизни, желание найти занятие «по душе» _____

В реализации технологии в 2013 г. приняло участие 180 человек.

Данный мониторинг отображает динамику исследуемых характеристик группы, проходившей реабилитацию в период сентябрь-декабрь (70 человек).

За основу взяты несколько характеристик:

- Субъективное благополучие.
- Психологический климат в семье.
- Особенности семейного воспитания.

Опыт проведения доказал эффективность технологии для семей, имеющих актуальное проблемное состояние. Участниками тренингов становятся родители, чьи дети проходят реабилитацию в Центре. Кто-то узнает о программе от своих друзей и становится участником по их рекомендации. Главное достоинство технологии в том, что она позволяет родителям и детям посмотреть друг на друга другим взглядом, увидеть себя в зеркале других, осознать, изучить, апробировать и принять новые законы семейного и детско-родительского общения.

Данная технология доказала свою результативность уже тем, что её участниками за два года стали уже более 150 семей. Высказывания участников говорят о том, что для многих такие занятия становятся отправной точкой к положительным изменениям во взаимоотношениях с членами семьи, первым шагом на пути осознания и неприемлемости привычного опыта общения, о силе его разрушительного воздействия.

Так первый шаг к взаимопониманию, сделанный на занятиях, становится основой для построения новых позитивных семейных отношений.

Следует отметить, что процесс реабилитации протекал в разных семьях по-разному. Положительной динамики внутрисемейных отношений удается добиться более чем у 70% семей.

Но статистическая норма по результатам заключительной диагностики не всегда имеет устойчивый характер, поэтому специалисты Центра продолжают и по завершении курса реабилитации поддерживать контакт с такими семьями.

Отсутствие выраженной положительной динамики исследуемых характеристик некоторых участников реабилитационного процесса связано с особенностями их психосоматического здоровья, низким социальным статусом семьи, недостаточным уровнем образования родителей. Такие семьи приглашены на дальнейшее индивидуальное консультирование, организован патронаж специалистов.

К несовершеннолетнему, который без энтузиазма относится к перспективе жить в семье, следует отнестись со всей серьёзностью: специалистами учитываются все пожелания ребенка и обдумывается возможность его помещения в стационарное отделение Центра.

Это значит, что любая ситуация в первую очередь рассматривается с точки зрения ребенка, стараясь принимать во внимание его взгляды, а также обеспечивая уважение его прав. При принятии решения учитывается возраст и зрелость несовершеннолетнего.

Преимуществами технологии комплексного сопровождения семьи с точки зрения реабилитации является:

- обращение к ценностно-смысловой сфере родителя, что позволяет сохранить для ребенка его семью;
- учет компонентов структуры семьи как важнейшего условия её совершенствования;

- обогащение в короткий срок новыми навыками взаимодействия с ребенком;
- широкие возможности для самоактуализации родителя.

Подводя итог вышесказанному, следует подчеркнуть, что данное направление работы актуально, так как современная российская семья характеризуется такими негативными явлениями, как рост численности неблагополучных семей, снижение уровня здоровья населения, рост числа разводов, неполных семей, изменение семейных ценностей в молодежной среде. Перечисленные явления свидетельствуют о том, что необходимо осуществлять поддержку семьям, попавшим в трудную жизненную ситуацию. Одно из возможных решений данной проблемы – реализации комплексного подхода в преодолении социального сиротства.

Литература

1. *Бибикова Н. В.* Семейное воспитание как фактор становления личности ребенка // Сб.: Православная культура в современном обществе: проблемы и перспективы. – Ульяновск: УлГПУ, 2014. – С. 56–59.
2. *Бибикова Н. В., Гринева Е. А., Давлетишина Л. Х., Шубович М. М.* Педагогическое проектирование: социально-экологический аспект. – Ульяновск: УлГПУ, 2016. – 84 с.
3. *Гиппенрейтер Ю. Б.* Родителям: книга вопросов и ответов. М.: АСТ, 2014–192 с.
4. *Дене М.* Родительский авторитет. – М.: Клевер-Медиа-Групп, 2014–122 с.
5. *Маховская О. И.* 100 ошибок воспитания, которых легко избежать. М.: ЭКСМО ООО, 2015–288 с.

ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Турсунова Ю. Т.

Аспирант Департамента психологии
Национального исследовательского университета
«Высшая школа экономики»
tursunova.yulduz@gmail.com

Аннотация. В статье представлены результаты исследования возможностей и ограничений групповой работы в качестве профилактического средства суицидального риска. Полученные результаты могут быть использованы в диагностической, коррекционной и профилактической работе психологической службы организаций, реализующих функции воспитания и обучения детей, переживших сложную ситуацию.

Ключевые слова: трудная жизненная ситуация, суицидальный риск, юношеский возраст, групповые формы работы

Keywords: difficult life situation, risk of suicidality, adolescence, group work

На сегодняшний день актуальным является вопрос помощи и поддержки семей, попавших в трудную жизненную ситуацию. Под трудной жизненной ситуацией понимается некоторый комплекс таких понятий, как экстремальная ситуация, критические поворотные события, кризисная ситуация, критическая ситуация, травматические события, напряженная ситуация и т. д. Анализ литературы показывает отсутствие четкого психологического понимания данного термина. Е. В. Битюцкая делает акцент на том, что для психологического исследования предметов является не внешне объективная ситуация, а «субъективная представленность картины ситуации в индивидуальном сознании» [3]. Таким образом, важным становится не сама ситуация, а ее восприятие или «когнитивное оценивание» самим индивидом.

За последние годы психологи отмечают увеличение роста проявления девиантного поведения среди молодежи. Часто можем наблюдать большое количество курящих юношей и девушек, различные репортажи о наркозависимых, алкогольно-зависимых семьях. Среди всего этого есть еще один феномен, который требует особого внимания и бдительности от каждого из нас. Речь идет о суицидальном поведении. Данные, публикуемые в СМИ заставляют задуматься о профилактических работах по борьбе с суицидальными проявлениями среди молодежи.

В рамках данного исследования была совершена попытка выявления новых методов и технологий работы с проявлениями суицидального поведения у лиц юношеского возраста, попавших в сложные жизненные ситуации. В литературе часто описываются индивидуальные форма работы с людьми,

совершившими суицидальные попытки. Изучение нескольких подходов по групповой работе у нас возникла идея использования групповых методов работы для профилактики суицидального риска.

Теоретический обзор

Разные авторы дают множество определений феномена суицидов, например, в работах Э. Дюркгейма, Е. В. Змановской, М. Л. Фарбера [6;8;13]. Также определение суицида давалось ВОЗ в 1982 году: «Суицид – акт самоубийства с фатальным исходом». Позже в 2001 году в докладе ВОЗ говорится о том, что «самоубийство есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода» [13].

Также в классификациях по видам самоубийств выделяются самоубийства – истинные суициды, а также попытки самоубийства – незавершенные суициды. Автором данного подхода является А. Г. Амбрумова [1;2;4]. По мнению А. Е. Личко, суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным или истинным [9]. Э. Дюркгейм делил самоубийства на виды зависимости от особенностей социальных связей индивида. «Аномическое» самоубийство происходит в результате тяжелых разногласий между личностью и окружающей ее средой. «Фаталистическое» самоубийство имеет место в случае личных трагедий, например смерти близких, потери работоспособности, несчастной любви. «Альтруистическое» самоубийство совершается ради других людей или во имя высокой цели. Наконец, «эгоистическое» самоубийство является уходом от неблагоприятных ситуаций – конфликтов, неприемлемых требований [6]. В. А. Тихоненко, при акцентировании внимания на степень желаемости смерти, выделяет демонстративно-шантажное суицидальное поведение и поведение, которое называется самоповреждением или членовредительством. Данные виды поведения не бывает направлены на смерть, они ограничиваются лишь повреждениями того или иного органа [11].

Возрастной фактор оказывает существенное влияние на совершение суицидов. Кризисные периоды, такие как, юность или старость являются периодами повышенной суицидальной активности. Также наблюдаются случаи детских самоубийств, но они, как правило, являются следствием ситуационно-личностных реакций, т.е. связаны не с самим желанием умереть, а совершаются с целью избегания стрессовых ситуаций или наказания. Большинство исследователей отмечают, что самоубийства детей в возрасте 13 лет – редкое явление, но в 14–15 лет количество суицидальных попыток увеличиваются и достигают максимума в возрасте 16–19 лет. Подростковые самоубийства встречаются чаще, чем у детей, причем лишь не многие из них достигают своей цели. Важно отметить тот факт, что в этом возрасте суицидальное поведение чаще имеет демонстративный характер, в том числе носит характер шантажа. А. Е. Личко отмечает, что лишь у 10% подростков

имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90% – это крик о помощи [9]. Б.Н. Алмазов, обследовав группу подростков 14–18 лет, умышленно нанесших себе порезы, установил, что только 4% из них в момент самопореза имели мысли суицидального содержания. Большинство же эксцессов были совершены после ссоры со сверстниками, а также как бравада или обряд «братания». А.Е. Личко, А.А. Александров, проведя обследование группы подростков в возрасте 14–18 лет, пришли к выводу, что у 49% суицидальные действия были совершены на фоне острой аффективной реакции [4]. В группе подросткового возраста, также как и в группе детей с суицидальным поведением, несколько возрастает роль психических расстройств, например депрессии. Дополнительно у подростков к «детским» признакам депрессии присоединяются чувство скуки и усталости, наблюдается фиксация внимания на мелочах, склонность к бунту и непослушанию, злоупотребление алкоголем и наркотиками, хотя последнее не всегда может являться признаком депрессивного состояния. В целом можно сказать, что важным и одновременно очень сильным фактором, влияющим на суицидальное поведение, у подростков является межличностные отношения со своими сверстниками и родителями. По мнению Л.Я. Жезловой в предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном – «сексуальные» и «любовные» [7]. Существенное влияние на суицидальное поведение оказывает семья и личностные особенности родителей. Например, наличие в семье самоубийц повышает риск суицидального поведения у членов данной семьи.

Самоубийства связываются с потерей смысла жизни. В. Франкл указывал, что связанная с этим экзистенциальная тревога переживается как ужас перед безнадежностью, ощущение пустоты и бессмысленности, страх вины и осуждения [12].

А.Т. Амбрумова и ряд других исследователей расценивают суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Социально-психологическая дезадаптация, как несоответствие организма и среды, может проявляться в разной степени и в различных формах. Автор различает лимитирующую (непатологическую) и трансформирующую (патологическую) дезадаптацию. Каждая из этих форм может быть парциальной (частичной) и тотальной (всеобщей) [1;2;4;5]

Суммируя данные, полученные различными авторами, можно представить некий обобщенный психологический портрет суицидента. Для него характерна как заниженная самооценка, так и высокая потребность в самореализации. Это сенситивный, эмпатичный человек со сниженной способностью переносить боль. Его отличают высокая тревожность и пессимизм, тенденция к самообвинению и склонность к суженному (дихотомическому) мышлению. Также отмечаются трудности волевого усилия и тенденция ухода от решения проблем.

Сравнительный анализ возможностей и ограничений групповых форм работ для профилактики суицидального риска в юношеском возрасте

В нашем исследовании участвовало 62 респондента в возрасте от 18 до 25 лет. Исследование проводилось в два этапа: 1) предъявление опросника; 2) экспериментальное воздействие в виде групповых форм работ (психодрама, арт-терапия, групповая дискуссия); 3) повторный опрос и заполнение анкеты для обратной связи. В качестве опросника использовалась методика «Опросник суицидального риска (Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозова) [10].

После проведения первого этапа были отобраны юноши и девушки с высокими и средними показателями суицидального риска. Каждая форма групповой работы сопровождалась налаживанием контакта с участниками, снятия напряжения, знакомства с участниками и ознакомления с правилами проведения работы.

Для психодрамы были выбрана 2 сложные семейные ситуации участников. В качестве арт-терапевтического воздействия было выбрано рисование. Объектов для групповой дискуссии послужил фильм «Доверие», по сюжету которого девушка-подросток переживает трудную жизненную ситуацию.

Как мы можем видеть из таблицы 1, $p < 0,05$ у всех трех групп, что говорит о том, что групповая работа оказала значимое влияние на снижение риска склонности к суициду. Практически у всех респондентов произошли изменения в сторону снижения, за исключением одного респондента, показатели которого остались неизменны.

Далее для того, чтобы сравнить изменения между группами, мы воспользовались непараметрическим тестом Манна-Уитни.

Таблица 1.

Влияние методов профилактической работы на уровень склонности к риску суицида до и после их проведения

Групповая работа	Уровень значимости	Респонденты у которых уменьшилась склонность к риску суицида	Респонденты у которых увеличилась склонность к риску суицида	Респонденты у которых осталось без изменения склонность к риску суицида
Психодрама	0,028	6	0	0
Арттерапия	0,027	6	0	0
Групповая дискуссия	0,042	5	0	1
Общее по 3 группам	0,001	17	0	1

Таблица 2.
Попарные сравнения эффективности воздействия между группами

Сравниваемые группы	Значимость	Группа больших изменений	Группа меньших изменений
Психодрама и Арт-терапия	0,589	Психодрама	Арт-терапия
Психодрама и Групповая дискуссия	0,015	Психодрама	Групповая дискуссия
Арт-терапия и групповая дискуссия	0,093	Арт-терапия	Групповая дискуссия
Объединённые группы психодрама, арт-терапия и Групповая дискуссия	0,018	Объединённые группы психодрама и арт-терапия	Групповая дискуссия

В группах, в которых проводилась психодрама и арт-терапия $p > 0,05$ ($p = 0,589$), следовательно это указывает на то, что значимых различий между результатами групп не наблюдалось. В то время как, при сравнении групповой дискуссии с психодрамой ($p = 0,015$) $p < 0,05$, а это значит то, что в группе под влиянием метода психодрамы произошло намного больше изменений. Так как явных различий между изменениями в группах психодрамы и арт-терапия не было выявлено, мы объединили их, и посмотрели на сколько могут быть значимы различия с групповой дискуссией. Из таблицы 2 мы можем видеть, что $p = 0,018$, а это значение $p < 0,05$, можно сделать вывод о том что группы в которых проводилась психодрама и арт-терапия оказались наиболее эффективными в сравнении с групповой дискуссией. Это может быть связано с тем, что методы психодрама и арт-терапия направлены на работу со своими внутренними проблемами, переживаниями больше чем групповая дискуссия.

Выводы

1. В целом по всем групповым работам уровень значимости $p = 0,001$ ($p < 0,05$), следовательно можно сделать вывод о том, что профилактические групповые работы являются действенным методом для снижения риска суицида у людей склонными к нему.

2. В ходе групповой работы в группе «Психодрама» произошло стабильное, сильное снижение у всех без исключения респондентов, и если до групповой работы максимальное значение у респондента достигало 81%, то после нее оно стало 77%.

3. В ходе групповой работы в группе «Арт-терапия» так же произошло снижение у всех респондентов. Самый высокий балл у респон-

дента по группе был 79%, а снизился до уровня 68%. Так же мы выявили, то что $p < 0,05$, а именно уровень значимости в группе под воздействием метода арт-терапии $p = 0,027$ и дает возможность сделать вывод, что арт-терапии оказывает очень значимое влияние на снижение уровня суицидального фактора.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. – М., 1978.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980.
3. Битюцкая Е.В. Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания // Психологическая наука и образование. 2007. № 4
4. Гилинский Я.И., Юнацкевич Я.И. Социологические и психологические основы суицидологии. – СПб., 1999.
5. Диагностика суицидального поведения: Метод, рекомендации / Сост. А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. – М., 1981.
6. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. – М., 1994.
7. Жезлова Л.Я. Об особенностях формирования суицидальных тенденций у больных шизофренией в детском и подростковом возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1978. – № 10.
8. Змановская Е.В. Девиантология. М.: Академия, 2004.
9. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983.
10. Погодин И.А. Психология суицидального поведения: пособие для студентов вузов. Мн.: Тесей, 2005.
11. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 59–71.
12. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М., 1990.
13. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Д.: Пороги, 2006.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО-ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ

Плохова И. А.

кандидат социологических наук, доцент кафедры педагогики и социальной работы ФГБОУ ВО «УлГПУ им. И. Н. Ульянова»

Дворянскова Г. П.

директор ОГКУСО СРЦН «Причал надежды» – Центр по профилактике семейного неблагополучия

Хусаннова Р.

студентка 4 курса направления подготовки Социальная работа кафедры педагогики и социальной работы ФГБОУ ВО «УлГПУ им. И. Н. Ульянова»

soc.rabota2007@mail.ru

Аннотация. В статье рассматривается опыт социального сопровождения детей из семей, находящихся в социально-опасном положении, на опыте регионального центра г. Ульяновска «Причал надежды».

Ключевые слова: социальное сопровождение, социально-опасное положение
Keywords: social support, socially dangerous situation

Нестабильность социально-экономической и политической жизни значительно расширяет спектр социальных, экономических, педагогических факторов, активно стимулирующих детскую безнадзорность и неблагополучность. В современной ситуации выделяют кризисные явления в семье – нарушение структуры и функций семьи, падение жизненного уровня, ухудшение условий содержания детей, резкое снижения уровня социальных гарантий для детей в жизненно важных сферах духовного и физического развития [4, с. 46]. В результате сложившейся ситуации актуальным является пересмотреть деятельность специализированной системы учреждений для дезадаптированных детей и подростков, оказавшихся в кризисной ситуации. Поддубная Т.Н. отмечает, что именно социально-реабилитационные центры являются наиболее перспективными в общей системе социально-защитных детских учреждений. Они призваны помочь не только беспризорным и неблагополучным детям, но и тем, которые еще не утратили связи с семьей [3, с. 112].

Современная государственная социальная политика направлена на сохранение семьи как социального института, помощь каждой конкретной семье. Прежде всего, это профилактические меры, направленные на социальное развитие семьи и ее членов, обеспечение приоритета семейного воспитания детей, утративших родительское попечение. Именно эти задачи

стали приоритетными в сфере защиты прав и интересов детей в Ульяновской области.

Для решения поставленных задач в федеральном законе № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 введено понятие социальное сопровождение, которое нами определено как комплекс мер, направленных на поддержание процессов активной жизнедеятельности клиента, семьи, а также создание условий для предупреждения развития негативных последствий и различных социальных проблем, мобилизация на активизацию скрытых резервов, способности самостоятельно справиться с возникшими проблемами [2, с. 305–310].

По состоянию на 2015 год в России насчитывается 210 социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних, в которых находятся 28167 воспитанников. На территории Ульяновской области расположены семь социально-реабилитационных центра, в которых находятся 255 детей [1, с. 17]. В Российской Федерации проживает около 29 миллионов детей. Среди них много тех, кто оказался в трудной жизненной ситуации: прежде всего это дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, дети из многодетных и малообеспеченных семей.

В России существует Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, который ведет свою работу при поддержке Правительства РФ и субъектов РФ. Деятельность Фонда ведется по трем приоритетным направлениям – профилактике семейного неблагополучия и социального сиротства, семейному устройству детей-сирот, социальной поддержке семей с детьми-инвалидами и социальной реабилитации детей, находящихся в конфликте с законом. За время существования Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации были разработаны и реализованы программы в каждом направлении.

За период 2009–2011 год разработаны 12 программ Фонда для реализации в субъектах Российской Федерации и 5 собственных программ.

В рамках профилактики семейного неблагополучия и социального сиротства выполнялась 41 региональная инновационная программа по программам Фонда «Право ребенка на семью», «Лига помощи», «Новая семья», «Защитим детей от насилия!».

По трем приоритетным направлениям Фонд выделил гранты на реализацию 138 программ субъектов Российской Федерации и 37 проектов муниципальных образований, государственных и муниципальных учреждений, российских НКО. На финансирование программ и проектов в регионах было направлено более 2,6 миллиарда рублей.

В последние годы в России наметился комплексный подход в создании территориальных социально-педагогических учреждений, что позволяет по определенной системе оказывать разнообразную помощь каждому ребенку, нуждающемуся в социальной, педагогической и психологической помощи, определять его дальнейшую судьбу.

Имеющийся в стране опыт по созданию системы социальной психолого-педагогической поддержки детства показывает, что комплексный подход позволяет:

- во-первых, создать условия для обучения и воспитания всех категории детей (дезадаптированных, продвинутых, педагогически запущенных, слабоуспевающих, сирот, оставшихся без попечения родителей, подвергшихся жестокому обращению, перенесших травмы);

- во-вторых, осуществить реабилитацию (педагогическую, психологическую, медицинскую, социальную и т.д.) всех нуждающихся в ней детей и подростков.

Комплексное сопровождение должно включать в себя ряд взаимосвязанных и дополняющих друг друга видов деятельности команды специалистов, таких как:

- Правовая защита
- Педагогическая поддержка
- Социальная помощь
- Психологическое сопровождение индивидуального развития
- Обучение навыкам социальной компетентности.

Таким образом, специфика социальной ситуации ребенка, находящегося в реабилитационном центре без родителей, добавляет к данным условиям ряд моментов, связанных с недостатком социального и культурного опыта и возможностей его приобретения в семейном окружении.

На примере Областного государственного казенного учреждения социального обслуживания «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Причал надежды» в г. Ульяновске – Центра по профилактике семейного неблагополучия» (далее – Центр) рассмотрим опыт внедрения и применения инновационной работы в области профилактики социального сиротства, сопровождения детей из семей, находящихся в социально-опасном положении.

Центр был открыт в 1996 году. Он являлся субъектом социальной защиты как социально-реабилитационным учреждением государственной системы социальной защиты населения, осуществляющим на территории Ульяновской области оказание разнообразной социальной помощи и поддержки несовершеннолетним с целью обеспечения реабилитации, в предусмотренном законодательстве полномочий по социальному обслуживанию граждан, находящихся в сложной жизненной ситуации, в том числе по профилактике безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних. На сегодняшний день цель данного Центра остается той же, но используются новые формы и методы работы.

В функции Центра входят: обеспечение временного проживания несовершеннолетних, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, выявление и устранение причин и условий, способствующих безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних, оказание помощи в восстановлении

социального статуса в коллективах сверстников; разработка и реализация программ социальной реабилитации несовершеннолетних, направленной на выход из сложной жизненной ситуации.

Сегодня в Центре работают 4 отделения:

1) Отделение социальной реабилитации, которое оказывает социальную поддержку безнадзорным детям и подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, организует временное проживание, предоставляет правовую, медико-психолого-педагогическую помощь.

2) Сотрудники отделения методологического сопровождения оказывают методическую помощь и поддержку специалистам учреждения по вопросам профилактики семейного неблагополучия, коррекции и реабилитации несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

3) Не менее важным моментом в развитии системы социального обслуживания несовершеннолетних является создание в 2015 году по Распоряжению Губернатора Ульяновской области С.И. Морозова на базе Центра отделения «Социальная гостиница» для временного проживания женщин с несовершеннолетними детьми, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в том числе: беременных женщин и юных матерей. И как показала практика, данная инновационная форма работы оказалась востребованной. Отделение рассчитано на 6 мест. Клиенты социальной гостиницы могут находиться в ней до 6 месяцев. В данном отделении предоставляется социальная поддержка женщинам с детьми, беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации; организуется временное проживание; оказывается правовая, медико-психолого-педагогическая и другая необходимая помощь. Специалисты «Социальной гостиницы» принимают активное участие в дальнейшем жизнеустройстве всех клиентов, попавших в безвыходное положение.

Открытие отделения «Социальная гостиница» является весьма актуальным и своевременным. Данный опыт позволяет объединить ресурсы государства и общества в работе по профилактике социального сиротства и семейного неблагополучия.

4) Так же одним из инновационных направлений в Центре является создание службы сопровождения семей с детьми. Специалисты осуществляют профилактику семейного неблагополучия, социального сиротства; обеспечивают комплексное социально-психологическое сопровождение семей с детьми, находящихся в социально-опасном положении. Ребенок, временно находящийся в стенах Центра, не утрачивает связи со своей семьей, и так же при выходе ребенка из Центра, сотрудники ведут постоянный «контроль» за семьей, в которой воспитывается данный ребенок.

Приоритетным направлением Центра является создание условий для индивидуального подхода к каждому ребенку, а также восстановление его утраченных связей, социального статуса. Особое внимание уделяется социальной адаптации вновь поступивших детей и их социальной реабилитации.

Холостова Е. И определяет, что реабилитационные мероприятия побуждают подростков к активности, самостоятельности, ответственности, признавая за ребенком право на свободную оценку различных аспектов социальной жизни [5, с. 87].

Коллективом Центра накоплен и обобщен большой опыт реабилитационной работы с детьми, оказавшимися в социально-опасном положении. Специалисты используют различные направления, такие как: «Творческая деятельность», «Организация летнего отдыха, оздоровления и занятости детей и подростков», «Формирование навыков здорового образа жизни, «Профилактика социального сиротства».

С начала 2015 года на территории Ульяновского региона реализуется проект «России важен каждый ребенок», направленный на профилактику семейного неблагополучия и социального сиротства. В рамках данного проекта сотрудники Центра разработали методику и реализовали в практической деятельности модель социального сопровождения семей, находящихся в социально опасном положении с учетом рекомендаций Фонда поддержки детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, опыта других регионов, а также возможностей Ульяновской области. В предложенной Фондом модельной программе были обозначены цели, задачи, направления и этапы сопровождения семей с детьми. Все это было учтено при разработке регионального проекта. Таким образом, данный Центр стал базовой площадкой для такого направления проекта как работа с кровной неблагополучной семьей.

Литература

1. *Дробинская А. О.* Ребенок с задержкой психического развития: понять, чтобы помочь / А. О. Дробинская. – М.: Шк пресса, 2016. – 96 с.
2. *Плохова И. А.* Сопровождение семей и их детей, попавших в трудную жизненную ситуацию // В сб.: Социокультурный менеджмент: содержание, проблемы, перспективы материалы IV международной научно-практической конференции. Ответственный редактор Ильина Н. А. 2015. С. 305–310.
3. *Поддубная Т. Н.* Социальная защита детства в России и за рубежом: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Т. Н. Поддубная. – М.: Академия, 2014. – 320 с.
4. *Савинов А. Н.* Организация работы социальной защиты: учеб. пособие / А. Н. Савинов, Т. Ф. Зарембо. – 2е изд., стереотип. – М.: Академия, 2012. – 192 с.
5. *Холостова Е. И.* Социальная реабилитация: учеб. пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – М.: Дашков и К, 2012. – 340 с.

СЕКЦИЯ 2. ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

СЕМЬИ ИНВАЛИДОВ И ОБЩЕСТВО: ИНКЛЮЗИЯ КАК ВЗАИМОПОМОЩЬ

Арпентьева М.Р.

доктор психол. наук, доцент, профессор кафедры психологии развития и образования, руководитель лаборатории психолого-педагогического сопровождения семьи и детства Центра социально-гуманитарных исследований, Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского, Калуга
mariam_rav@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению проблем взаимодействия семей инвалидов и общества, рассматриваются общие и частные социально-психологические аспекты проблемы включения инвалидов в жизнь общества, обучение и профессиональную деятельность, в реабилитацию и абилитацию. Особое внимание уделяется взаимопомощи как ведущему императиву направленной на полноценную инклюзию аспекту. Отмечается также необходимость выхода за пределы инклюзивной доктрины – к доктрине развития.

Ключевые слова: инвалидизм, сегрегация, инклюзия (включенность), взаимопомощь, реабилитация

Keywords: invalidism, segregation, inclusion (inclusion), mutual aid, rehabilitation

Инвалидность человека (ребенка) – одна из причин его дезадаптации, а также дезадаптивных реакций и проблем психологического и социального плана у его родителей. Среди детей-инвалидов немало тех, кто убегая от распространенного в обществе инвалидизма («расизма») в отношении инвалидов и их близких) и стратегии инвалидизации (закрепляющей ощущение человека с особыми нуждами себя как неполноценного, ударяется в крайности разнотипных психологических и социальных девиаций, многие убегают от социального контроля и общества как такового – множеством самых разных способов. Работа с такими людьми – шанс вернуть их в общественную жизнь не столько даже как «полноправных и полноценных», сколько важных – для социального и духовного развития самого общества частиц. Эта работа пока осуществляется путем инклюзии как помощи семьям и людям с ОВЗ, однако, быть принимающим помощь, – недостаточно, человеку нужно быть помощью предоставляющим. Поэтому настоящая инклюзия предполагает отношения взаимопомощи, включение людей с ОВЗ в отношения социального служения, в том числе взаимопомощи людей с ОВЗ и их семей, а также помощи людей с ОВЗ и их семей другим категориям нуждающихся.

Инклюзивная культура – культура участия (партисипации) и взаимопомощи людей разных групп, страт и кластеров сообщества, целью которой является гармония социальных отношений и стабильное развитие данного сообщества. В современном мире один из ведущих компонентов формирования инклюзивной культуры – культура инклюзивных отношений в образовании. Как свидетельствуют исследования молдавских, российских и иных исследователей, количество детей и взрослых с особыми нуждами, отклонениями в развитии, инвалидностью, неуклонно возрастает: многочисленные трудности и связанные с ними деструктивные и патологизирующие факторы приводят к различным заболеваниям и отклонениям в развитии. Поэтому возрастает и необходимость усилий по включению семей детей и взрослых с ОВЗ в социум на условиях равноценности и равноправия [1; 6; 19; 30; 32; 40]. За последние годы в системах образования и воспитания, социального и медицинского обслуживания, юридической и экономической помощи многих стран сделано множество шагов с целью продвижения моделей инклюзивной доктрины. Успешная практика в инклюзии достигается, как показала практика инклюзивного образования, в основном, благодаря поддержке со стороны гражданского общества, профессионализму и энтузиазму, проявляемому специалистами – психологами и педагогами, волонтерами и родителями. Инклюзивное образование и другие инклюзивные практики предполагают внимание к отношениям кооперации, партнерства, социального образования и воспитания и ценностям межличностных отношений. Инклюзивное образование предполагает непрерывное изменение и адаптацию образовательной системы с тем, чтобы отвечать разнообразию характеристик учащихся и обучающихся и образовательным нуждам учеников, их семей, общества и государства, оно направлено на то, чтобы предоставлять качественное образование детям и молодежи на основе интеграции в рамках общей образовательной системы. Однако, одного инклюзивного образования, самой по себе односторонне помощи государства и общества семьям детей и взрослых с ОВЗ, недостаточно. Необходимо преодоление эксклюзии, сегрегации во всех сферах и отношениях. Инклюзивная модель предполагает, что существующая терминология препятствует адекватному психолого-педагогическому планированию и разработке эффективных и продуктивных психолого-коррекционных и развивающих программ. Она скорее фиксирует мнение, что если в современной науке: медицине, психологи, педагогике и т.д. – не известны способы эффективной абилитации и реабилитации инвалидов и больных людей, то их и не существует. Такого рода заключения переносят акцент с неспособности специалистов помочь тому или иному человеку, на «недостатки» и несовершенства самого человека и его окружения, на болезнь или инвалидность, выступающие как не подлежащий обжалованию и пересмотру «приговор». Дизабелизм предполагает дискриминацию людей с ограниченными / особыми возможностями и отношение к ним как к неполноценным. Ценность человека обществом

и самим человеком при этом рассматривается с точки зрения его «полезности». В некоторых ситуациях инвалидность рассматривается как социальная проблема. Тогда суть проблемы инвалидности усматривается в неравенстве возможностей при провозглашенном равенстве прав. При этом собственные ресурсы инвалидов вновь остаются невостребованными: люди воспринимаются лишь как потребители помощи, не способные помочь еще кому-либо. С этим связана и тенденция «жалеть» инвалидов, не рефлексируя причин и целей инвалидизации, ее нравственно-психологического содержания [19; 41; 42].

Однако, и развитие инвалида, и развитие общества немислимы без полноценного продуктивного взаимно обогащающего взаимодействия, без контакта друг с другом и без общения с миром во всем его многообразии. Традиционная «помощь» отчетливо характеризует «благие намерения» специалистов как стремление обособить инвалидов от здоровых. Усилия социального психолога, социолога, педагога и медика должны быть направлены на преодоление этой и подобных позиций, стигматизирующих людей с особыми нуждами, на изменение представлений о них в обществе, на воспитание общества, развитие представлений о равноценности и уникальности личности каждого человека, в том числе инвалида, сироты, осужденного, мигранта, пожилого, бедного и т.д. Необходимо воспитание способности и желания людей жить вместе с людьми с особыми нуждами, попавшими в трудные жизненные ситуации, а не рядом с ними.

Ситуация жизни ребенка с особыми нуждами и его семьи со стороны кажется существенно более трудной и подчас травмирующей, чем ситуация жизни обычных, здоровых людей. Очевидно, что часть социальных, медицинских и психологических проблем ребенка с особыми нуждами и его семьи, связана с – прежде всего, с отношением окружающего семью социума: большим или меньшим общественным принятием, вниманием, страхами или уже имеющимся опытом отвержения семьи или ее ребенка «нормальными» семьями и детьми. Однако, общий кризис института семьи, общепризнанный специалистами разных научных школ и дисциплин, изучающих ее в России и в мире в целом, указывает, что данные проблемы имеют более или менее общий характер [2; 5; 6; 38; 42; 44]. Даже в семьях здоровых людей, по данным современных исследователей, показатель отчуждения родителей от детей по некоторым шкалам достигает 95%: родители не только не проявляют необходимой ребенку любви, но демонстрируют нетолерантность, нелояльность и отчужденность. При этом в представлениях многих людей существует идеализация семейных отношений как таковых, их восприятие как зоны постоянного психологического и социального комфорта, которая сочетается с существенными трудностями построения такого «идеала» – даже в обычной семье [20; 21]. Поэтому общество с таким подчас существенной амбивалентностью реагирует на ребенка с особыми нуждами и его семью: если большинству не удастся достигнуть «идеала» в «нормальной»

семье, то как он может быть достигнут в семье с ребенком-инвалидом? В попытке доказать свою нормальность, ребенок с особыми нуждами и его семья попадают в ловушку психологических игр в неполноценность и игр в преследователя-жертву-спасителя, подробно описанных в работах специалистов интерактивной школы [4; 8; 12; 13]. Отказываясь учиться воспринимать опыт жизни как данность, либо убегая от проблем (в том числе с помощью переездов, переводов, других внешних изменений среды развития ребенка и семьи) или вытесняя их из сознания, либо, напротив, продолжая упорствовать в сохранении своей позиции, моделей поведения и т.д., семья сталкивается с массой трудностей, переоценивая роль взаимоотношений с обществом и направляя ресурсы, данные ей для осуществления внутрисемейных преобразований, глубинных и обширных личностных изменений, на решение проблем отношений с представителями общества как таковыми.

Общественные и государственные структуры – школа, сотрудники институтов социальной поддержки семьи и детства, службы медицинской помощи и т.д. активно вмешиваются в процесс развития семьи, задавая нормы и модели развития семьи и ребенка, сформированные обществом. Однако, данные модели и нормы, не обладая качеством всеобщности и всеохватности в решении проблем современного ребенка с особыми нуждами и его семьи, нередко не только не помогают, но и мешают ее нормальному развитию, прохождению адаптации семьи и ребенка к инвалидности и совладанию с нею, развитию становлению семейных отношений [9; 18;26]. Будучи созданными чтобы оказывать влияние на семью, действуя как «двойные агенты» влияния, защищающие интересы и общества, и конкретных клиентов, социальные службы и организации, контактирующие с семьей, подчас не могут просто оставить семью или ребенка «в покое». Проблема влияния как проблема власти является одной из наиболее трудных проблем отношений ребенка с особыми нуждами и его семьи обществом. Отношения семьи и интерната (школы) также часто полны трудностей и недоразумений: общественный стереотип нередко предполагает, что ребенок с особыми нуждами и его семья неполноценны, дезадаптивны и от них можно ожидать «чего угодно» (негативного). Этот стереотип имеет обыкновение срывать, затягивая семью в круги подчас бесплодных отношений и объяснений с представителями воспитательных и иных учреждений. Помимо прочего, этот стереотип закрепляет потребительское отношение семьи к обществу и государству, ожидание поддержки и понимания и отказ оказывать поддержку и понимать кого-либо, кроме себя.

Страхи общества отражают его неготовность и неспособность жить, открыто опираясь на реальные, а не фиктивные цели: распространенные в обществе стремления «иметь, а не быть», «брать от жизни все», связанные с ними деформации нравственной основы жизни, потребительство, корыстность, в случае детей с особыми нуждами и их семей сталкиваются с попытками преодоления такой корысти, попытками принимать в расчет

эти и свои «нужды», а не только «желания» собственного успеха, комфорта, благополучия [8; 13; 25]. Общество начинает проявлять в отношении семьи скрытую, латентную, или явную агрессию. Скрытая агрессия – наиболее типичный способ поведения, когда индивидуальный субъект или группа не могут выразить свою враждебность в открытой форме и прибегают к осмеянию, игнорированию собеседника или к навязыванию ему своей «любви» и «помощи». Как отметил К. Меннингер, нашу жизнь формируют те, кто нас любит, и те, кто отказывается любить нас [17; 37]. Навязывание «хорошего» другим людям является одной из наиболее разрушительных форм взаимодействия. Множественность форм явного или скрытого противостояния общества инвалидам и их семьям обостряет попытки семьи противостоять им!

Вместо того, чтобы заниматься собой, меняться и помогать меняться окружающему миру, семья нередко совершает целую серию серьезных по отношению к самой себе ошибок: 1) она пытается доказать обществу, что 2) она «хорошая» («нормальная»), 3) тем самым, пытается заслужить «любовь» сообщества и ее представителей [6] получить помощь от него. За всеми этими попытками доказать, что у нее все «хорошо», заслужить этим любовь общества, получить от нее поддержку, семья и ее член с ОВЗ (инвалидностью) нередко упускает из вида более важный момент: любовь как сущностное проявление человека и его отношений не требует того, чтобы ее заслуживали, она есть всегда. Вопрос в том, умеет ли человек любить в смысле проявлять любовь, способен ли он и готов ли он в тот или иной конкретный момент – в терминах К. Роджерса и А. Маслоу, к истинно партнерским, трансперсональным, сущностным, глубоко человеческим отношениям и, если нет, как его научить, как помочь стать собой, партнером? [8; 16; 36; 39] Святые старцы Оптинские, отвечая на этот вопрос, призывают «делать дела любви»: даже если душа человека кажется ему самому и окружающим «бесплодной», делая «дела любви», человек дает ей место в своей жизни, внутри себя: «Если ты находишь, что в тебе нет любви, а желаешь ее иметь, то делай дела любви, хотя сначала без любви. Господь увидит твое желание и старание и вложит в сердце твое любовь» [20, с. 324]. В конкретном выражении «делать дела любви» означает:

1. заботиться, делиться друг с другом и заботясь друг о друге, жертвуя силы и время друг другу, в помощь окружающему миру;

2. терпеть друг друга и бремя жизни как таковой («толерантность к неопределенности», «совладание», «жизнестойкость», «боль отношений», «умение отпускать» негативные переживания, трудности, других людей и себя самих, давая событиям и людям «объяснять самих себя»);

3. уважать себя и других, исправлять собственные ошибки, а не только и не столько ошибки окружающих, понимать, что дети – здоровые или инвалиды – отражают состояние души родителей, что гармония в душе родителей, их правильное поведение – достойное и уважающее себя и дру-

гих людей, жизнь как таковую – залог правильного поведения и счастливой жизни детей.

Кроме того, человек и семья растут гармонично, понимая, что проблемы их семьи – частный, конкретный случай проблем человеческой жизни. Снятие переживаний «исключительности», «неразрешимости» семейных проблем, преодоление тенденций к сверхобобщениям, катастрофизации переживаемых негативных ситуаций, – путь к их разрешению. Это 1) снимает эмоциональную «насыщенность» переживания проблем, 2) переводит проблемы их в плоскость задач, требующих более или менее неотложного решения и поддающихся ему.

С появлением в семье ребенка-инвалида или заболеванием ребенка до состояния инвалидности в семье обычно возникает психологический шок. Реализация собственных планов родителей подвергается коррекции, осуществление некоторых из них становится проблематичным или откладывается, при этом остаются неясными перспективы в отношении судьбы ребёнка и семьи в целом. Сами родители, как правило, оказываются не готовыми к новому испытанию. Шок от того, что в семье появился ребенок-инвалид, неготовность родителей к такому испытанию, часто связаны с тем, что о многие семьи «заводят» ребенка не потому, что испытывают избыток «бытийной» любви, но, скорее, ее дефицит («дефициентная любовь»), стремятся «заполнить бреши» своей жизни ребенком. Некоторые семьи, «заставляя» себя полюбить ребенка, заканчивают сетованиями о том, что у них родился «не тот» ребенок: терпя закономерное поражение в сражении со страхом родительской неуспешности и нелюбви, родители делегируют ответственность за это медицинским работникам, социальным службам или самому ребенку. При этом более или менее активная или латентная агрессия в отношении ситуации может проявляться как насилие по отношению к ребенку, конфликты с медицинскими учреждениями, школами и социальными службами, и даже как отказ от ребенка. Реже отмечаются попытки взглянуть на ситуацию со стороны и принять вызов требующихся от семьи изменений: развитию любви, стремления и способности делиться ею.. Ребенок также нуждается в восполнении имеющихся него «брешей», однако, парадокс ситуации в том, что это возможно лишь тогда, когда семья может и нацелена, прежде всего, на то, чтобы, давая ребенку любовь, развивать то состояние или отношение любви, которое в ней уже есть – в избытке [39]. Продуктивность преодоления конфликтов и проблем, выход семьи из «полосы препятствий» определяется тем, насколько семья, не включаясь в круги бесконечных повторений непродуктивных сценариев, готова изменяться, осмысляя и разрешая конфликты с позиции сохранения и умножения любви: уважения, терпения, заботы друг о друге. Эти три составляющие, реализуемые и взрослыми и детьми, позволяют преодолевать проблемы максимально продуктивно и эффективно. Они реализуются в процессе становления гармоничных (семейных) отношений и человека через описанную

психологами гуманистической и психоаналитической школ метатехнологию или требование конкретности (принцип реальности):

1) взаимодействие должно быть предметным и осуществляться в каждой конкретной ситуации по поводу данной ситуации («здесь-и теперь», а не «там и тогда»), смена предмета взаимодействия и переход к обсуждению «старых ран» ребенка или родителей, так же, как и вероятных с точки зрения участников взаимодействия сценариев развития ситуации должно осуществляться именно в модусе прошедшего, то есть ушедшего, миновавшего, или вероятного, то есть возможного, наряду с другими вариантами развития событий. Люди чаще всего живут представлением о желаемом и должном. Вместе с тем, способность видеть мир таким, каков он есть, жить в настоящем и настоящими ценностями, отношениями, – означает принятие человеком принципа реальности, частным случаем которого является и принцип конкретности [7];

2) взаимодействие должно быть персонифицированным, отражающим переживания говорящего,

3) взаимодействие должно быть обращенным, учитывающего другого, его особенности и «всеобщую человечность».

Исцеление означает способность, готовность и подчас даже риск – говорить с другим человеком, стремясь понять его (кто он), от собственного лица, то есть лица такого же, как он – человека: могущего ошибаться, стремящегося решать проблемы лучшим из известных ему способов, совершать поступки, отражающие его истинные жизненные цели – любовь [14; 24].

Такого рода тройственная «конгруэнтность» позволяет развивать отношения даже в самых сложных ситуациях, конфликтах и других жизненных перипетиях, включая травмы более или менее глобальных личностных, межличностных и общесоциальных катастроф.

Родители задают детям «образцы» преодоления конфликтов, создают рамки поведения в них, сценарии входа и выхода из них. Однако, родителям необходимо быть готовым учиться у ребенка, чтобы не пропустить моменты, которые волнуют ребенка, которые ребенок предъявляет родителям и психотерапевтам, способным исцелить раны, нанесенные ребенку травмами болезни и отношений, связанных с попытками ее преодоления, сокращения, оправдания и т.д. Родители нуждаются в осознании имеющегося (ре)абилитационного, жизнеутверждающего потенциала ребёнка, его талантов и ресурсов, а также ограничений и «зон риска», в оценке возможных и вероятных результатов и эффектов, которые могут возникнуть в процессе вхождения ребенка в семью и жизни в ней. Конкретные семьи и дети различаются по готовности к сотрудничеству с психологом, врачом, психологом, педагогом, социальным работником, к добросовестному выполнению всех актуализируемых этими специалистами и самой семейной жизнью задач. Важно, чтобы родители понимали необходимость системного и постоянного труда помощи ребенку и, главное, труда любви – к себе, друг другу,

ребенку и к миру, обеспечивающему гармоничность жизни ребенка и семьи (друг с другом и по выходу ребенка во взрослую жизнь). Многие родители не менее ребёнка нуждаются в помощи и поддержке специалистов. Такого рода поддержка может фокусироваться на самих родителях или на ребенке, однако, наиболее продуктивной является работа со всей семьей [1; 3; 10; 11]. Проблемы родителей в ситуации инклюзивного сопровождения образуют несколько типичных групп, например:

- проблемы супружеской пары, в том числе – ее существования, различия восприятия ребенка и его проблем. В это случае паре необходима помощь в поиске общей – более конструктивной, любящей – стратегии организации взаимоотношений с миром и друг с другом;

- проблемы взаимодействия ребенка с родителями – капризы и неприятие, неадекватные формы компенсации, стойкие поведенческие нарушения (девиации) и болезни и т. д.. В этом случае необходима помощь клиентам в изменении шаблонов и сценариев семейного взаимодействия, в том числе – помощь в решении проблемы соотношения любви и «дрессуры» (дисциплины) в отношениях с людьми;

- взаимодействие ребенка с миром других детей и взрослых. Здесь обычно необходима «прицельная» работа в направлении профилактики неприятия себя и мира ребенком (депрессии, равнодушия, ипохондрии, и комплекса неполноценности и «ин-валидизма», др.), транслирующим эти бессознательные тенденции родителей в своем поведении вне семьи.

- Превращение конфликта в конфронтацию, коррекция конфликтной ситуации предполагает раскрытие ее внутренних смыслов – для специалиста и семьи, развенчание иллюзии понимания общающихся, обозначение непродуктивности и неполноты их миро- и самопонимания. Эта – по сути переломная ситуация, предполагает исследование ситуации в целях угашения «мнимого конфликта» обнаружением и противопоставлением позиций. В некоторых случаях продуктивна смена консультанта: слишком существенная разница, конфликт ценностных ориентаций клиентов и консультанта.

Рекомендации по процессу консультирования клиентов – членов семьей инвалида, как и в случае консультирования клиентов иных групп, включают соблюдение наиболее общих «психологических условий помогающей коммуникации», являющейся ярким выражением любящего отношения человека к человеку: принятие (толерантность и терпимость, верна и надежда), эмпатия (безоценочность, сопереживание, забота), конгруэнтность, аутентичность (искренность, уважение к себе и людям, свобода и открытость, спонтанность), конкретность (персонифицированность, обращенность, предметность). «Технологизация» и «операционализация» выделенных условий продуктивной помощи (уважение, забота, смирение, принятие, искренность, фрустрация обыденных шаблонов), использование их как метастратегий, происходит в процессе общения: в опыте понимания клиентов как людей, помощи людям осознании важности «дел любви», реализации

любви на уровне непосредственных поступков, в повседневной, обыденной жизнедеятельности а не только на рассуждений и лишенных действенной силы «отношений» [11; 15; 19; 23; 27].

Кроме того, клиентам необходимо транслировать ряд идей, помогающих преодолевать наиболее сложные кризисы, увеличивая жизнеутверждающий потенциал семьи и каждого ее члена:

- 1) трудности развивают семью, помогая ей осознать свои силы и ресурсы, чтобы преодолеть тяжелые ситуации жизни, болезни;
- 2) в процессе совладания необходимо сосредоточиться на достижениях, успехах;
- 3) необходимо научиться доверять естественным силам организма и психики, способным вывести человека и семью к здоровью;
- 4) важно понимать, что исцеление требует времени, это путь, который семья должна пройти вместе, научившись верить друг другу и жизни.

Важно развитие представления о возможности и продуктивности интеграции семьи в общество, в том числе, служения и помощи членов семьи окружающим людям: осмысление семьей важности социального обмена «делами любви» и взаимопонимания как одного из условий конструктивного взаимодействия с обществом, развития семьи в обществе, излечения или максимальной компенсации ограничений здоровья ребенка (Таблица № 1) [28;29; 43; 45]. Истинная инклюзия – это инклюзия взаимопомощи: вне социального служения, вне ощущения себя полноценным не только потребителем, но и производителем – социального мира, социальных отношений, любви и заботы, человек не может исцелиться и развиваться. Само общество, ограничивающее инвалидов и прочие группы нуждающихся только правами и потреблением, разрушает возможности развития и исцеления. Напротив, обязанности и труд, вовлечение в социальное служение, взаимопомощь и дарообмен – гарантия развития человека, его семьи, гарантия оздоровления.

Таблица 1.

Принципы инклюзивного сопровождения детей и семей детей с ОВЗ

Группы принципов	Основные принципы и способы взаимодействия с семьями с ОВЗ			
	Развивающие, профессиональные принципы	Принятие и инклюзия	Эмпатия и делегирование ответственности, взаимопомощь	Искренность и гибкость фиксации
Разрушающие, непрофессиональные принципы	Непринятие и изоляция	Оценочность и сверхзабота, помощь односторонняя	Неискренность и фиксация на негативном	Фатичность отношений и ценностная дезориентация

Инклюзия не может замыкаться на обеспечении детям и семьям «сносных» условий существования, но на раскрытие их потенциала, в том числе – в процессе социального служения обществу, преодоления потребительских и пассивных установок и их преобразование в отношения активного дарообмена, взаимопомощи [1; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 38; 40; 41; 43; 44;46]. Более того, для «нормальных людей», как пишет А. Неклесса: «Культурный шок от столкновения с иным – шанс на радикальную терапию проблем, нерешаемых в привычной системе координат» [19, с.286]. Внедрение в жизнь общества на уровне идеологических ориентиров ценностей взаимопомощи, социального служения и партисипации, а также на уровне государственных программ, целей общественных, волонтерских, и казенных организаций и институтов ориентаций на взаимопомощь и самопомощь будет способствовать осмыслению инклюзии как универсального принципа восстановления разрушенных у людей связей с обществом и друг другом.

Литература

1. *Афонькина Ю.А.* Социальная инклюзия лиц с инвалидностью и проблема человеческого достоинства // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2015. № 11 (55). С. 149–162.
2. *Арпентьева М.Р.* Пожилые инвалиды: проблемы инклюзии и мета-технология понимания // Клиническая геронтология. 2014. Т. 20. № 11–12. С. 39–45.
3. *Бейтсон Г.* Экология разума. М., Смысл. 2000. 476 с.
4. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди: психология человеческих отношений. Люди, которые играют в игры. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 640с.
5. *Бахарев А.В.* Разработка модели инклюзивного образования: международный опыт // Знание. Понимание. Умение. 2014. № 2. С. 330–335.
6. *Боровикова И.В.* Нормоцентризм, социальная интеграция и социальная инклюзия инвалидов // Общество: философия, история, культура. 2016. № 2. С. 27–29.
7. *Бондаренко А.Ф.* Психологическая помощь: теория и практика.– М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 336 с.
8. *Вишлма Л.* Процаю себе. В 2т. Т1.– Екатеринбург: У-Фактория, 2004. 720с., Т. 2. Екатеринбург: У-Фактория, 2007. 640с.
9. *Гуггенбуоль-Крейг А.* Власть архетипа в психотерапии и медицине. СПб.: «Б.С.К.», 1997, 116 с.
10. Дети социального риска и их воспитание / Под ред. Л.М. Шипицыной. СПб.: Речь, 2003. 144 с.
11. *Елизаров А.Н.* Роль духовных ценностных ориентаций в процессе интеграции семьи // Вестник МГУ. 1997. Сер.14.№ 3. С. 59–68.
12. *Корнелиус Х., Фэйр Ш.* Выиграть может каждый. М.: Стрингер, 1992. 280с.

13. *Лазарев С.Н.* Человек будущего. Воспитание родителей. СПб.: ИПК ООО «Ленинградское издательство». Т. 1. 2008. С. 232с., Т. 2. 2009. 272с. Т. 3. 2009. 224с. Т. 4. 2010. 256с.Т.5.2010.256с. Ответы на вопросы. 2009. 240с.
14. *Лакан Ж.* Семинары. Кн. 1. Работы Фрейда по технике психоанализа (1953–1954). М. Гнозис, Логос, 2009. 432 с.
15. *Луковицкая Е.Г.* Социально-психологическое изучение толерантности к неопределенности: Автореф. дисс. канд. психол. наук / Е.Г. Луковицкая. СПб.: СПбГУ, 1998. 19 с.
16. *Маслоу А.* Психология бытия. М.: Рефл-бук, Киев: Ваклер, 1997. 304 с.
17. *Меннингер К.* Человек против самого себя. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 479с.
18. *Минигалиева М.Р.* Практическая подготовка психосоциального работника. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. 508с.
19. *Неклесса А.И.* Сердце тьмы: травматическая инклюзия // Актуальные проблемы экономики и права. 2015. № 2. С. 280–295.
20. *Оптинские старцы: наставления, письма, дневники.* М.: Лепта Книга, 2012. – 816с.
21. *Петровский В.А., Полевая М.В.* Отчуждение как феномен детско-родительских отношений // Вопросы психологии. 2001. № 1. С. 19–26.
22. *Полевая М.В.* Отчуждение как характеристика детско-родительских взаимоотношений. Дисс. канд. психол. наук. – М.: МГУ, 1998 155 с.
23. *Ризэрдон Б.Э.* Толерантность дорога к миру. – М.: Изд-во «Бонфи», 2001.-304 с.
24. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 366 с.
25. *Фромм Э.* Бегство от свободы. Человек для себя. М.: АСТ, 2004. 571с.
26. *Хиллман Д.* Исцеляющий вымысел. С. Пб.: «Б.С.К.», 1997. 157с.
27. *Хьямяляйнен Ю.* Воспитание родителей: Концепции, направления и перспективы. М.: Просвещение, 1993. 112с.
28. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.* Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2001. 651 с.
29. *Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К.* Социальная работа с инвалидами. С. Пб.: Питер, 2004. 316 с.
30. *Arpinte D., Baboi A., Cace S., Tomescu C., Stănescu I.* Politici de incluziune socială // Calitatea Vieții. 2008. XIX, № 3–4. P. 339–364.
31. *Bulat G.* Politici și practici în domeniul educației incluzive: nivel internațional și național. Chișinău: Lumos Foundation Moldova, 2010. 120p.
32. *Cara A.* Implementarea educației incluzive în Republica Moldova: Studiu de politici publice. Chișinău: Lexon-Prim, 2015. 60(86) p.
33. *Cojocaru Șt.* Metode apreciative în asistența socială // Ancheta, supervizarea și managementul de caz. Iași: Polirom. 2005. P. 162–268.
34. *Daniels H.* Exclusion from school and its consequences // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 38–50.

35. *Hayes J., Cara A.* Evaluarea la mijloc de termen a rezultatelor proiectului. Chişinău: Lumos Foundation, 2013. 120p.
36. *Maslow A.* Toward a Psychology of Being. N. Y.: Van Nostrand Reinhold, 1968. 340p.
37. *Menninger K.* Love against hate. N. Y.: Harcourt, Brace & World, 1942. 210p.
38. *Rimmerman A.* Social Inclusion of People with Disabilities. National and International Perspectives. Cambridge, Cambridge University, 2014. 182 p.
39. *Rogers C.* On Becoming a Person. Boston, Mass.: Houghton Mifflin, 1961. 420p.
40. *Siebers T.A.* Disability Theory (Corporealities: Discourses of Disability). Michigan: University of Michigan Press, 2008. 240 p.
41. *Silver H.*, Social exclusion and social solidarity: three paradigms, International // Labour Review. 1994. Vol. 133, № 5–6. P 531–578.
42. *Solovei R.* Educație incluzivă. Chişinău: Keystone, 2013. 155p.
43. Special Education in the 21st Century. Issues of Inclusion and Reform / Eds. M.A. Winzer and K. Mazurek. Washington: Gallaudet University Press, 2010. 270p.
44. *Tsyrlina-Spady T., Jones V.L., Cote D.L., Pierson M.* Special education inclusionary practices // Образование и саморазвитие. 2014. № 2. С. 212–216.
45. *Van Kaam A.L.* Phenomenal analysis: Exemplified by a study of the experience of “really feeling understood” / A.L. Van Kaam // J. individ. Psychol., 1959. Vol.15. P. 66–72.
46. *Vremiş, M., Craievschi-Toartă, V., Rojco A., Cheianu-Andrei, D.* Abordări ale excluziunii sociale în Republica Moldova. Aspecte metodologice și analitice. Chişinău: “Nova-Imprim” SRL, 2010. 322p.

КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ИХ СУБЪЕКТНОСТИ

Гриднева С. В.

Кандидат психологических наук, доцент кафедры
общей и педагогической психологии
Академия психологии педагогики
Южного федерального университета,
gridneva-sveta@mail.ru

Ташёва А. И.

Доцент, кандидат психологических наук, доцент кафедры
социальной психологии и психологии личности
Академия психологии педагогики
Южного федерального университета,
annaivta@mail.ru

Аннотация. Авторы приводят концепцию системной профессиональной психологической помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями, основанной на опыте совместной волонтерской и социальной помощи с 1991 года, который может быть использован в диагностической, консультативной и коррекционной работе. Программа может быть полезной близким и государству в воспитании ребёнка, развивающегося в личностном плане как и его физически здоровые сверстники; в рациональном использовании государственных средств и средств общественных организаций, направляемых на работу с этой сложной и, к сожалению, многочисленной категорией граждан.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями, психологические проблемы их воспитания, субъектность как базис концепции социализации

Keywords: children with disabilities, psychological problems of their education, subjectivity as the basis for the concept of socialization

Семьи с длительно и тяжело больными детьми – это семьи с особым психологическим статусом, определяемым характером взаимоотношений между членами семьи, большей закрытостью семьи для внешнего мира, частым отсутствием работы у матери, «заброшенностью» здоровых детей и других членов семьи; часто тяжёлым материальным положением семьи, но главное – специфическим положением в семье ребенка, страдающего смертельно опасным заболеванием, длительным его пребыванием в стационаре; тяжёлым, болезненным, порой жестоким лечением; неопределёнными перспективами [1;2;3;4]. Опасаясь за жизнь ребёнка, сострадав ему, испытывая тяжёлое чувство вины перед ним, семья часто оказывает на больного, а затем и на вышедшего в длительную ремиссию, да и на физически выросшего «дитя» инвалидизирующее влияние. По Селигману, гиперопека в таких семьях часто становится основным или единственным стилем вос-

питания ребёнка, ведёт к возникновению выученной беспомощности. Дети с разной степенью готовности воспринимают навязываемое им пассивное, по сути объектное, отношение к себе медицинского персонала и близких – выученная беспомощность у них формируется по типу условного рефлекса, который крайне медленно угасает даже на фоне специальной длительной работы. Наиболее «талантливые» из наших детей еще быстрее приобретают рентные установки, научаясь получать прямые выгоды от своего тяжелого заболевания.

Основные психологические трудности специалистов, постоянно работающих с семьями, где живет или погиб тяжело больной ребенок, описаны как синдром «психологического сгорания», тягостно переживаемым как постоянная коммуникативная усталость, немотивированная раздражительность, неадекватным образом сублимируемая агрессивность и др. [1,2,4,7].

Суть концепции нашей работы состоит в следующем.

1. Психологи работают с ребёнком, находящимся на диспансерном учёте по поводу смертельно опасного заболевания; с близкими и персоналом, который его лечит и воспитывает.

2. Работа с семьёй ребёнка осуществляется на всех этапах его лечения: от момента постановки диагноза через этап активной, специфической, а затем поддерживающей терапии до полного выздоровления, психологической и социальной реабилитации или смерти.

3. В основе нашей системы психологической помощи лежит идея о включении «внутренней картины» тяжёлого хронического соматического заболевания или физического дефекта, вызванного болезнью, травмой либо лечением, в число личностных особенностей ребенка, равных по значению другим его индивидуальным особенностям, что способствует изменению его «особого» статуса. Эти дети часто имеют сохранный психику и интеллект. Их тяжелая болезнь является такой же специфической особенностью, как голубые глаза или неразговорчивость папы, которые не воспринимаются ими как нечто сверхзначимое, определяющее всю их личность. Окружающие получают при этом реальную возможность не игнорировать болезнь ребенка, не табуировать саму проблематику болезни, используя неадаптивные защитные психологические механизмы, а принять болезнь как факт и помочь ребенку найти собственное место в жизни. Близкие и все работающие с больным должны научиться разделять отношение к болезни и отношению к больному, переориентировать воспитательную стратегию семьи с низкого уровня компенсации дефекта на высокий уровень с активным преодолением последствий заболевания.

4. Цели психологической помощи семье с таким ребенком: 1) помощь ребенку в осознании собственной субъектности как основы его социализации; 2) осознание и разрешение прошлых личностных проблем каждого члена семьи, которые могут быть источниками актуальных психологических трудностей; 2) предложение членам семьи иного, более адекватного

отношения к ребенку, его болезни и статусу в семье, к собственному образу жизни и к будущему в целом [3,5,6,7].

5. Реализация названных выше целей предполагает решение следующих задач: а) ребенок и члены семьи приобретают навыки понимания себя, своих чувств и чувств близких; б) родные учатся поддерживать больного, не забывая о собственных потребностях, поддерживая его самостоятельность и инициативу; в) семья стремится поощрять не болезнь, а здоровье, следуя таким правилам: не лишать больного возможности заботиться о себе самом; поощрять любые проявления его инициативы, направляя её в продуктивное русло; отмечать любое улучшение в состоянии больного; заниматься с ним деятельностью, не относящейся к болезни; по мере выздоровления больного постепенно сокращать внимание к нему, чтобы ребенок не принял любовь и заботу близких как награду за свою болезнь, чтобы не опасался потерять их по мере выздоровления и т.д.

6. Профессиональная работа психологов (психодиагностика, психологическое консультирование, психологическая коррекция, психопрофилактика) сочетается с организацией досуга детей (кружки по интересам, развитие творческих способностей) с налаживанием их социальных контактов с близкими, со стабилизацией их социальных связей с посторонними сверстниками и взрослыми.

7. Принцип круговой причинности диктует необходимость профессиональной психологической работы не только с больным, но и с его семьей, всеми, кто непосредственно общается с больным, так как актуальные психологические трудности окружающих неизбежно транслируются детям, усугубляя их положение.

8. Будучи неразрешенными, индивидуальные и семейные проблемы специалистов, окружающих ребенка, разрушают личности самих работников, их физическое здоровье или семьи.

9. Методы нашей работы с детьми и взрослыми традиционные и сравнительно новые: различные виды арттерапии (рисование, лепка, вязание, изготовление игрушек, куклотерапия и пр.), библиотерапия, элементы психодрамы, социодрамы, кататимно-имагинативной терапии и т.д.

10. Работа осуществляется очно и заочно (по переписке, эл. почте, телефону).

11. Уровень активности психологического воздействия, используемые методические приёмы и средства определяются особенностями психологического и соматического статусов ребёнка и его близких, медицинской терапией и т.д.

12. Психологическая помощь детям должна непременно сочетаться с предоставлением им возможности полноценного обучения в условиях стационара или дома в соответствии с их соматическим состоянием, возрастом и уровнем знаний. Необходим постоянный добросовестный контроль за качеством знаний детей; планомерное, грамотное педагогическое воспитание

больных с учетом факта их болезни и актуальных психологических проблем самого ребенка и его семьи.

Только в этом случае ребенок получает возможность развиваться эмоционально и интеллектуально, не чувствовать себя бесконечно отставшим от сверстников, а также для того, чтобы у ребенка формировалось адекватное представление о том, что болезнь/тяжелая травма – это сложный, но всего лишь этап его жизни, что у него действительно есть реальные шансы выздороветь и жить полноценно.

Полагаем, что оптимальной является следующая схема работы:

а) в период интенсивной медицинской терапии заболевания ребёнка и его близким следует помочь адаптироваться к новым условиям, помочь принять болезнь и ответственность за лечение, сформировать и поддерживать мотивацию к излечению либо подготовить его и его близких к смерти ребенка. В это время осуществляется максимально возможная психодиагностика, начинается работа с его актуальными проблемами (страхи, агрессия, чувство вины, одиночество и пр.).

б) Наш опыт свидетельствует о том, что радикальной психологической помощью семье с тяжело и длительно больным ребенком может быть наиболее эффективной в период стойкой ремиссии, вне стационара, на дому у выздоравливающего, в оптимальном варианте – в условиях психологического санатория, где роль медиков сводится к контролю за физическим статусом вышедшего в ремиссию ребенка, к оздоровлению его и одного из членов его семьи.

Если квалифицированная психологическая и социальная помощь в стационаре необходима для выживания ребенка и его близких, то последующая помощь вне стационара – для того, чтобы все они действительно жили.

Дети с ограниченными возможностями, как и их физически здоровые сверстники, должны в детские годы научиться принятию себя, других людей, любви к себе, близким, к другим людям и к окружающей действительности во всём её многообразии – это позволит им чувствовать себя действительно любимыми другими, необходимыми им и, следовательно, – счастливыми. Счастливый же человек сможет преодолеть все препятствия, сможет жить полноценной жизнью, несмотря на физическое недомогание.

Литература

1. *Дурнов Л.А.* Записки детского онколога.-М.: Медицина, 1992.– 173с.
2. *Захаров А.И.* Неврозы у детей.-СПб.: Медицина, 1996.-480с.
3. *С.Ю.Зелинская, А.И. Тацёва* – Психологический статус детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца: Материалы науч.– практ. конф., 20–22 сентября 1991 г. «Проблемы психологического консультирования семьи». / Ростов-на-Дону, 1991.– 245с.
4. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование. – М.: Изд-во МГУ, 1987.– 168с.



5. *А.И. Тацёва* Впечатления психолога о проблемах Беслана//Российский психологический журнал.– 2005.– № 3.– С. 124–143.

6. *А.И. Тацёва* Оказание психологической помощи детям, страдающим онкологическими заболеваниями//Вестник психосоциальной и реабилитационной работы.– 1994.– № 1.– С. 58–60.

7. *A. Taschova* – The psychological counselling of children with hematological diseases.– The Handbook of 25-th International congress of Psychology / Belgium, 1992.– pp.374–375.

«НЕУЛОВИМЫЙ БАЛЕТ» В МОДЕЛИ ДИАЛОГА ДИАДЫ «МАТЬ–ОСОБЫЙ РЕБЕНОК»

Галасюк И. Н.

Кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии развития факультета клинической и специальной психологии Московского государственного психолого-педагогического университета
igalas64@gmail.com

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ. Проект
«Исследование индивидуально-психологических особенностей
родительства в биологической и замещающей семье с особым ребенком»
№ 16–06–00991

Аннотация. В представленной статье проведен анализ отечественных и зарубежных исследований взаимодействия в диаде «мать–ребенок». Отмечено, что учеными была выделена одна из значимых характеристик поведения родителей – родительская отзывчивость, влияющая на развитие ребенка как в норме, так и при нарушениях в развитии. Родительская отзывчивость рассматривается как мультифакторный конструкт, содержание которого в различных эмпирических исследованиях варьируется. Между тем, исследователи указывают, что прежде всего родительская отзывчивость является способностью понимать потребности ребенка. Данная характеристика, по мнению автора, является основополагающей для реализации модели диалога между матерью и ребенком, тончайшие поведенческие проявления которого отражает предложенный учеными метафорический образ танца – «неуловимого балета».

Ключевые слова: поведение родителя, ребенок с нарушениями в развитии, видео-наблюдение

Keywords: the behavior of a parent, the child with developmental disorders, video surveillance

Социализация ребенка является по своему содержанию двусторонним процессом и предстает как синхронизация сложных структур действий взрослого и ребенка [2; 5]. Ребенок постепенно выстраивает идеаторную картину мира на основе «диалога», взаимопонимания с матерью или другим взрослым, осуществляющим заботу. [4]. Этому способствует способность родителя принаравливаться к внутреннему состоянию ребенка, учитывать его возрастные изменения и способность воспринимать разные воздействия [2]. Другими словами, мать должна действовать как представитель ребенка не только перед внешним миром, но и перед внутренним, демонстрируя понимание желаний ребенка. Поступки родителя, в свою очередь, дают ребенку основания понимать намерения взрослого [4]. Такое взаимопонимание в диалоге отражает предложенный учеными *метафорический образ*

танца, своеобразного «вальса» [11], «неуловимого балета» («Subtleballet») [6], в котором присутствует синхронность движений младенца и матери. Социолог Георг Зиммель (1908), впервые назвавший группу мать-дитя «диадой», подчеркивал, что в этих отношениях можно найти зачатки всех развиваемых впоследствии социальных отношений более высокого уровня [Цит. по 4, 24].

В различных научных парадигмах ученые делают попытки вычлнить паттерны поведения ребенка и родителя, которые способствуют или препятствуют диалогическому общению в диаде. Так, Рене А. Шпиц, ученик З. Фрейда, многие годы анализировал взаимодействие в диаде «мать-ребенок», используя метод видео-наблюдения. Автор достаточно образно описывает объектные отношения, обращая внимания на то, что трудно, а иногда невозможно подобрать формулу, чтобы выразить «многообразие бесшумных приливов и отливов, безмолвных, невидимых, мощных, но в то же время почти незаметных течений, пронизывающих эти отношения» [4, 204]. Анализ данных видео-наблюдения позволил ученому выделить особенности поведения матерей, демонстрирующих патогенные паттерны поведения, среди которых: первичное открытое отвержение; первичное тревожное попустительство; враждебность под маской тревоги; колебание между баловством и враждебностью; циклическая смена настроения матери; сознательно компенсированная враждебность.

Подробный отчет результатов наблюдения за матерью, демонстрирующей открытое отвержение ребенка констатирует следующие нюансы невербального поведения: «Ее поведение сводилось к попыткам отодвинуться от ребенка; тело, руки, лицо застывали в постоянном напряжении» [4, 210]. Анализ «враждебности под маской тревоги» также включает описание невербального поведения матерей, демонстрирующих подобный паттерн: «они не любили прикасаться к своему малышу или о нем заботиться, систематически лишая ребенка кожного контакта» [4, 228]. Исследование Рене А. Шпиц в области детского психоанализа методами прямого наблюдения позволило автору обозначить некоторые особые характеристики поведения матерей, которые влекли за собой серьезные нарушения психического и соматического развития ребенка.

В отличие от психоаналитического взгляда на нарушения детско-родительских отношений, где в поле зрения находится прежде всего мать, исследователи в рамках поведенческой психологии указывают, что неоправданно рассмотрение только поведения родителей как причины особенностей детей, так как оно является одновременно и его следствием: свойства детей влияют на позицию родителей [2]. Так, например, достаточно сильным подкреплением для родителей являются разнообразные реакции ребенка – смех, улыбка, вокализация в ответ на коммуникативные сигналы родителя. Отсутствие эмоционального отклика ребенка, что наблюдается при различных нарушениях в развитии ребенка, лишает родителя «ориентиров»

в его эмоциональном настрое, который является основой эмоционального контакта.

Родитель, сталкиваясь с поведением ребенка, обусловленным нарушениями в развитии, и не имея информации о том, как необходимо реагировать на его коммуникативные сигналы, либо избегает общения, ограничиваясь лишь уходом, либо проявляет чрезмерную активность, настаивая на том, чтобы ребенок получил все больше и больше полезных знаний, которые родитель стремится ему передать [1].

К сожалению, многие специалисты и родители сосредотачиваются на технологиях обучения ребенка и не достаточно внимания оказывают развитию у родителя коммуникативных навыков взаимодействия, созданию условий для диалога в общении родителя с ребенком. Между тем, ключевым моментом для изменения поведения родителей является сенситивное взаимодействие родителя с ребенком, способность родителя действовать в гармонии с сигналами и поведением ребенка, проявлять отзывчивость, что создает безопасную основу для его последующего исследовательского поведения [3, 193].

Обнаружена связь между родительской отзывчивостью и результатами обучения детей. Программы для детей с нарушениями в развитии часто включают обучение родителей использованию стратегии отзывчивости при взаимодействии со своими детьми, включая интервенции по повышению социальных, эмоциональных навыков, а также развития речи у детей с аутизмом [7]. Различные аспекты родительской отзывчивости (parent responsiveness) оказывают влияние на результаты развития ребенка, исследовательскую деятельность во время игры, развитие речи, а также на развитие способности к сотрудничеству [8].

Отмечено, что родительская отзывчивость (responsive parenting) играет более существенную роль в развитии детей с биологическим риском, чем с детьми, которые очевидно более устойчивы в достижении оптимальных результатов в развитии [8]. Поведение родителей, проявляющих отзывчивость обозначается в литературе через следующие характеристики: *непосредственность*, безотлагательность, срочность (immediate); *соответствие ситуации*, обстоятельствам (contingent); *позитивные эмоции*, аффективно положительные реакции (affectively positive reactions). Одним из основных отличительных признаков отзывчивости родителя является способность родителя *следовать за текущим фокусом внимания ребенка* [8]. Способность к разделенному вниманию называют главным маркером и источником дальнейшего развития процесса социального познания [12].

Исследуя детско-родительские отношения Mahoney, Powell and Finger разработали диагностический инструмент «Шкала оценки материнского поведения» («The maternal behavior rating scale»), в котором предлагают 4 параметра для измерения родительской отзывчивости: *чувствительность к сигналам ребенка* (responsiveness); *эмоциональность* (affect);

ориентация на достижения (achievement orientation); *директивность* (directiveness) [10].

Интересен подход к оценке социального взаимодействия L. Ruble. Предложенная ученым «Шкала оценки социального взаимодействия» [9], с помощью которой оценивается родительское поведение, включает шесть уровней: *уровень эмоциональных реакций* (измеряет степень интереса/внимания родителя к ребенку, к его активности); *директивность* (измеряет степень использования родителем указаний при взаимодействии и при направлении непосредственного внимания ребенка); *иницирование совместной деятельности* (измеряет степень инициативы родителя при взаимодействии с ребенком); *поддержка (помощь) ребенка* (измеряет степень поддержки ребенку в его инициативе, помощи в использовании предметов); *соответствие ситуации (отзывчивость)* (измеряет частоту и интенсивность реакций родителя на инициативу ребенка); *уровень физической подвижности/сотрудничество* (измеряет степень соответствия физических передвижений родителя передвижениям ребенка). В данной шкале родительская отзывчивость является одной из характеристик социального взаимодействия, которая связана с измерением частоты и интенсивности реакций родителя на инициативу ребенка.

В представленной статье мы провели анализ современных исследований взаимодействия ребенка и родителя, что позволило нам сделать вывод, что учеными была выделена одна из значимых характеристик поведения родителей, влияющая на развитие ребенка как в норме, так и при нарушениях в развитии. Такой характеристикой является родительская отзывчивость, способность родителя адекватно реагировать на коммуникативные сигналы ребенка, а значит понимать потребности ребенка. Родительская отзывчивость рассматривается учеными как мультифакторный конструкт [9] и содержание данного конструкта в различных эмпирических исследованиях варьируется. Вместе с тем, мы считаем данную характеристику основополагающей для того, чтобы «неуловимый балет» в модели диалога «мать-особый ребенок» состоялся.

Литература

1. *Галасюк И.Н.* Родительство особого ребенка: специфика смыслов и зрелость родительской позиции // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2015. № 9. doi:10.12731/2218–7405–2015–9.

2. *Лисина М.И.* Общение, личность и психика ребенка / Под редакцией *Рузской А.Г.* – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 384 с.

3. *Овчарова Р.В.* Родительство как психологический феномен: учебное пособие. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. – 496 с.

4. *Рене А. Шпид* Первый год жизни. Пер. С англ. Л.Б. Сумм под ред. А.М. Боковой. – М.: ГЕРПУС, 2000. – 384 с.
5. *Шунина Т.В.* Особенности развития процесса социализации детей 5–10 лет // Современная социальная психология: теоретические подходы и прикладные исследования. 2010. № 2. С. 61–71.
6. *Condon W., Sander L.* Synchrony Demonstrated Between Movements of the Neonate and Adult. speech // Child development 45: 456–462, 1975
7. *Fey, M.E., Warrn, S.F., Brady, N., Finestack, I.H., Bredin Oja, S.L., Fairchild, M., et al. (2006).* Early effects of responsivity education/prelinguistic milieu teaching for children with developmental delays and their parents. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, . 49. 526–547.
8. *Landry S.H., Smith, K.E., & Swank, P.R. (2006).* Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication and independent problem – solving skills. Developmental Psychology, 42 (4), 672–682.
9. *Lisa Ruble, Andrea McDuffie, Andrea S. King, Doug Lorenz* Caregiver Responsiveness and Social Interaction Behaviors of Young Children With Autism. Topics in Early Childhood Special Education: Nov 2008; 28, 3; Psyc INFO pg. 158.
10. *Mahoney, G.J., Powell, A., & Finger, I. (1986).* The maternal behavior rating scale. Topics in Early Childhood Special Education 6. 44–55.
11. *Stern D. N.* A Micro-Analysis of Mother-Infant Interaction: Behavior Regulating Social Contact Between a Mother and Three-And-Half-old twins // J. of American Academy of Child Psychiatry. 1971.V.10. – P. 501–517
12. *Tomasello M.A.* A natural history of human thinking. Cambridge: Harvard University Press, 2014. 192 p.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА В ПРИЁМНОЙ СЕМЬЕ

Савина Л.Ю.

Кандидат социологических наук, доцент кафедры социально-медицинской реабилитации ГАУ Института дополнительного профессионального образования работников социальной сферы города Москвы
larasavina29@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматриваются особенности социализации ребенка-инвалида в приёмной семье.

Ключевые слова: социализация, дети-инвалиды, замещающая семья

Keywords: socialization, children with disabilities, foster family

Семьи, принявшие на воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья, как правило, нуждаются в сопровождении кризисного уровня из-за стресса, вызванного заболеванием ребенка, приводящего к различным по степени сложности и характеру отклонениям в психическом или физическом развитии. Ограничения психофизических возможностей не являются чисто количественным фактором – это системное изменение всей личности в целом. Поэтому приемная семья для ребенка-инвалида рассматривается как социализирующая и реабилитирующая структура, обеспечивающая условия его оптимального развития, и это понимание семьи является основным критерием в организации сопровождения.

В большинстве случаев инвалидность ребенка рассматривается с точки зрения ограничения, что снижает реабилитационный потенциал семьи, поэтому одной из основных задач сопровождения является изменение установок приемных родителей на ограничение возможностей ребенка, поскольку возможны компенсации организма развитием и усилением влияния других возможностей (например, при потере зрения усиливается функция слуха, тактильная чувствительность и пр.) [3]

Следует отметить, что независимо от кровного родства родителям сложно принять особенности личности ребенка-инвалида. При этом, как правило, они склонны к проявлению чрезмерной опеки в отношении ребенка, пренебрегая возможностями и потребностями детей в активной самостоятельной деятельности, что нередко способствует усилению последствий инвалидизации. Для приемных родителей характерны также противоречивые и не всегда адекватные ожидания от ребенка: с одной стороны они ждут от него взросления и самостоятельности, с другой – сами способствуют его зависимости и инфантильности. Неадекватные родительские ожидания способствуют усугублению эмоциональных нарушений у детей-сирот, что несомненно отражается на процессе социализации.

В некоторых случаях ребенок с ограниченными возможностями здоровья может быть эмоционально отвергнут как биологическими, так и приемными родителями. Он воспринимается ими как инфантильный, лично и социально несостоятельный, не приспособленный к жизни и не умеющий ничего делать самостоятельно. Именно такое отношение приемных родителей часто выливается в раздражение, нетерпимость по отношению к ребенку и отчаяние.

Специалисты службы сопровождения замещающих семей с целью определения основных направлений активной деятельности должны иметь четкое представление о целевой группе. Поэтому специалистами Центра «Детство» было подготовлено и проведено анкетирование замещающих родителей. По результатам проведенного анкетирования, в котором приняли участие 216 человек (выборка случайная), можно сделать следующие выводы: рассматривая возрастные характеристики приёмных родителей, принявших участие в анкетировании (диаграмма 1), следует отметить, что наибольшую часть (39%) составляют достаточно активные люди в возрасте 35–45 лет. Еще 13% – это представители замещающих семей в возрасте 45–50 лет. Другую весомую часть суммарно представляют лица старшего поколения: 16% наших респондентов – это пожилые граждане старше 60-ти лет, 14% находятся в возрасте 50–55 лет, и еще 13% в возрасте 55–60 лет – среди них большая часть является опекунами (попечителями) своих младших родственников – внуков, племянников и др.

На диаграмме 2 представлен стаж приёмного родительства. Значительное число замещающих родителей (12%) воспитывают приёмных детей уже более 10-ти лет. Девятилетний стаж приёмного родительства – всего у 3% заполнивших анкеты; восьмилетний стаж имеют 4% участников; семилетний стаж – 10%; шестилетний стаж – 6%; пятилетний стаж – 7%; четыре года –

Диаграмма 1
Возраст приемных родителей

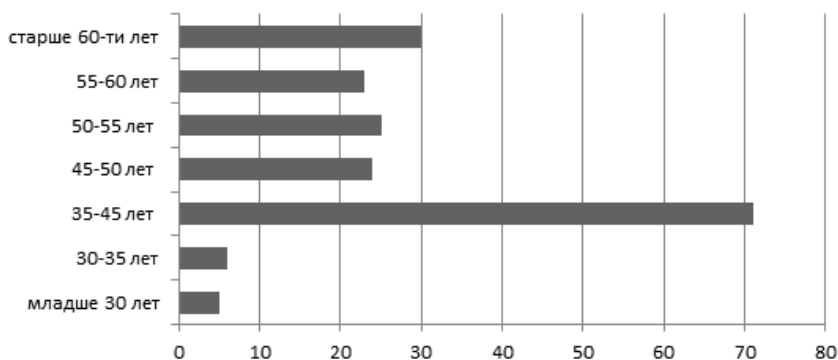
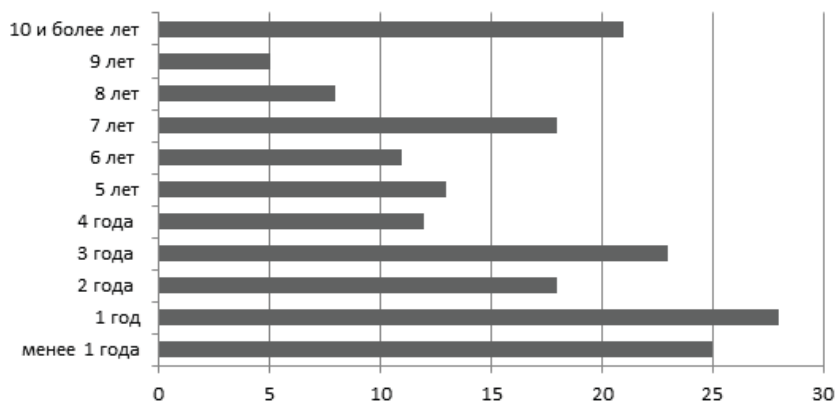


Диаграмма 2
Стаж приемного родительства

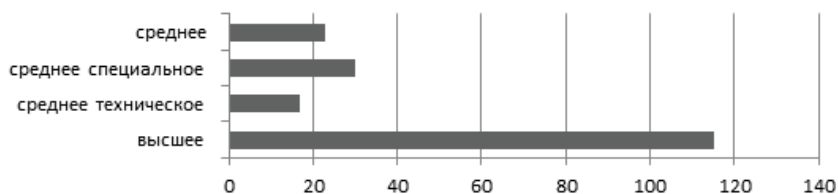


7%; три года – здесь цифры увеличиваются почти вдвое и составляют 13%; два года – 10% от общего количества лиц, отвечающих на вопросы анкеты.

Особое внимание обращает на себя то, что наибольшие значения приходятся на наименьший опыт: 15% респондентов имеют стаж замещающего родительства всего 1 год и 14% – менее 1 года, что свидетельствует о возрастающем интересе у населения к приёму в семью детей, оставшихся без попечения кровных родителей и проживающих в стационарных учреждениях системы социальной защиты населения. К этой категории относятся также участники Пилотного проекта Правительства Москвы по имущественной поддержке приёмных семей.

Образовательный уровень представителей замещающих семей достаточно высокий: 62% приёмных родителей имеют высшее образование, 16% – среднее специальное, 12% – среднее, 9% – среднее техническое (диаграмма 3).

Диаграмма 3
Образование приемных родителей



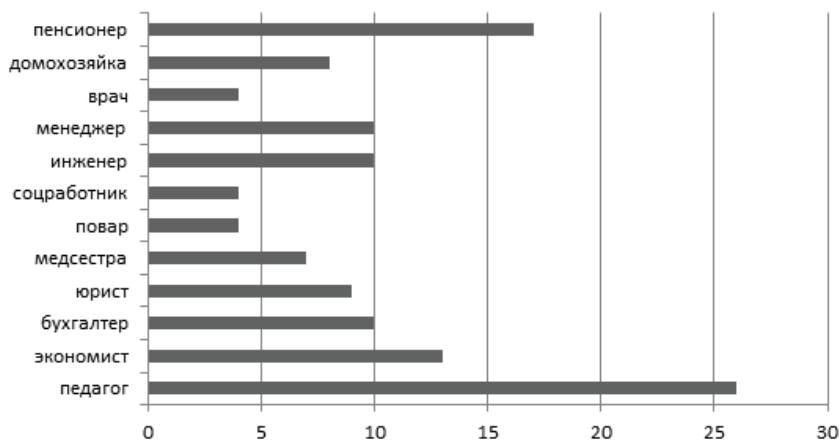
Профессиональный состав (диаграмма 4) представителей замещающих семей, принявших участие в анкетировании, изобилует многообразием. Респондентами перечислено почти шестьдесят наименований профессий, освоенных приёмными родителями. В различном процентном соотношении представлены учителя, психологи, логопеды, юристы, экономисты, бухгалтеры, банковские служащие, социальные работники, инженеры, строители, биологи, научные сотрудники, лингвисты, художники, артисты, журналисты, врачи, медсёстры, предприниматели, менеджеры, продавцы, товароведы, дизайнеры, фармацевты, технологи, водители, начальник пожарно-спасательного отряда, священник, телеграфист, историк, логист, корректор, эксперт по недвижимости и др.

Следует отметить, что 14% от общего количества анкетированных являются пенсионерами. Наибольшее количество наших респондентов (20%) получили специальность педагога и успешно применяют свои профессиональные знания в практике семейного воспитания приёмных детей.

На основе анализа полученных данных о портрете приёмного родителя, специалисты служб сопровождения могут подобрать наиболее эффективные технологии работы с данной категорией получателей социальных услуг.

Для детско-родительских отношений в замещающих семьях, принявших на воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья, характерен недостаток родительского авторитета и эмоциональной близости с приёмным ребенком, трудности в отношениях приемных детей с другими членами семьи. Семьям также не хватает согласия в супружеской подсистеме и роди-

Диаграмма 4
Профессии приемных родителей



тельской последовательности. Выражение недовольства детьми сменяется потворством в удовлетворении их потребностей.

В замещающей семье в силу слабости супружеской подсистемы или отсутствия супруга в ролевой структуре семьи наблюдается инверсия ролей, когда мать играет роль отца, главы семьи. Это сопровождается усилением требовательности, ужесточением санкций и физических наказаний детей. В отличие от кровных родителей, которые могут оценить состояние ребенка как требующее помощи, приемные родители недооценивают серьезности состояния здоровья ребенка, не придают значения необходимости оказания специализированной помощи. Для них характерна неадекватная структура внутренней картины болезни и инвалидности ребенка. Можно выделить следующие нарушения родительской внутренней картины болезни и инвалидности ребенка: семья может тяготиться заболеванием приемного ребенка, преувеличивать тяжесть заболевания либо недооценивать, в ряде случаев приемный ребенок воспринимается как здоровый, а иногда отношение к нему может быть абсолютно формальным [1].

Когда речь идет о детях с ограничениями жизнедеятельности, то процессы их социализации и адаптации приобретают особенно сложный характер и требуют дополнительного внимания, поскольку люди, ставшие инвалидами в силу травмы или утраты здоровья, переживают деформацию какой-то уже сложившейся социальной ситуации и изменение уже сформировавшейся структуры личности, социальной роли и статуса. А дети, родившиеся с физическими, психическими и интеллектуальными отклонениями, формируют особый тип личности, по-своему адаптируются к социальной действительности, рассчитанной на «обычного», «типичного» индивида. Многие черты их характера, самоощущения, социальной роли создаются не под влиянием врожденного ограничения здоровья, а под влиянием факторов микро- или макроокружения.

Такие дети могут стать жертвой среди двух групп воздействующих условий: во-первых, среда их жизнедеятельности не приспособлена к проживанию и полноценному социальному развитию детей с особыми нуждами. Множество социальных барьеров мешают таким детям свободно передвигаться, полноценно воспринимать впечатления от действительности, осваивать необходимый объем социокультурной информации. В дальнейшем возникают ограничения на получение полноценного образования, на доступ к профессии, препятствия для самообеспечения и самообслуживания [2].

В систему этих барьеров оказываются втянутыми также семьи, принявшие на воспитание детей-инвалидов, и это, в том числе, становится практически непреодолимым препятствием для личностного развития, успешного профессионального и социального роста других представителей этой семьи, что может стать причиной малообеспеченности и низкой социальной активности.

Во-вторых, дети-инвалиды являются жертвами субъективных суждений и психологических стереотипов общества, пока еще не ставшего толерантным к своим «другим», нетипичным представителям. Происходит стигматизация инвалидности, которая на социально-психологическом уровне выражается в чувстве жалости и снисходительной нетребовательности к детям-инвалидам. Такая позиция может быть характерна как для взрослых членов приемных семей, поскольку у них самих может быть сформирована социальная безответственность, демотивируются усилия по личностному социальному росту, стремление к саморазвитию, полноценной интеграции в общество.

Последние десятилетия в мире отмечается не только усиление внимания к проблемам детской инвалидности, но и формирование ряда концепций, обосновывающих формирование полноценной личности детей-инвалидов, корректировку негативных воздействий, которые могут повлиять на нее. Общим для всех этих подходов является понимание того, что социальная реабилитация и психолого-педагогическая коррекция должна воздействовать не на устранение отдельных недостатков, улучшение отдельных черт характера или поведения ребенка с ограниченными возможностями, но на целостную личность. Более того, универсальное личностное воздействие позитивно сказывается на компенсации отдельных частных дефектов, а целенаправленная деятельность по исправлению отдельных недостатков может положительно повлиять также на улучшение показателей в коррекции других дефектов, здоровья и личности ребенка в целом.

В каждом обществе существует специально созданное, социально и культурно обусловленное пространство. Отклонения в развитии, психическом и физическом здоровье приводят ребенка или к выпадению из него, или к отчуждению. Поэтому связь нетипичного ребенка с культурой, социальной средой, близкими людьми как источниками развития грубо прерывается, причем на самых ранних этапах, так как взрослый носитель культуры не может и не знает, как, каким образом передать ребенку с нарушениями речи, мышления, движения, восприятия тот социальный опыт, который каждый нормальный ребенок приобретает в процессе непосредственного общения, без специально организованных, дополнительных и специфических усилий, средств, методов, путей обучения, коммуникации. Таким образом, для ребенка с инвалидностью просто перестают действовать традиционные способы решения жизненно важных задач на каждом возрастном этапе.

Поэтому реабилитационные методики, направленные на исправление тех или иных затруднений, являются в то же время социализирующими, и поэтому огромное значение, несравнимое с другими направлениями деятельности, имеет в процессе реабилитации использование методик социокультурной природы. Они помогают «особым» детям на определенный срок приобщиться к другой жизни, исполненной красоты и гармонии, где не заметны обычные беды детей-инвалидов, где всегда все заканчивается

благополучно. Социокультурная деятельность лишает реабилитационные занятия монотонии, расцветивает их положительными эмоциональными красками, включает элемент соревновательности.

Трудности социализации детей-инвалидов, принятых на воспитание в замещающую семью, состоят в неумении гармонично включаться в социальную среду, осваивать новые социальные роли, устанавливать и поддерживать контакт с окружающими. Часто именно затрудненное общение, а не отставание в развитии психофизических процессов, является основным барьером на пути социальной адаптации ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Адаптация ребенка в замещающей семье, принятие им новых принципов жизни, новых ценностей, в значительной степени зависит от того, насколько новое окружение способно помочь ему осознать свою самооценку. Низкая самооценка тормозит адаптацию ребенка к новым условиям жизни, так как усиливает чувство его неадекватности тем требованиям, которые к нему предъявляются новым окружением.

Поэтому реабилитационная работа должна быть сориентирована на восстановление ребенка-инвалида в правах, прежде всего, перед самим собой, формирование у него уважения к самому себе, чувства собственного достоинства, уверенности в своих позитивных возможностях.

Наряду с привитием навыков самообслуживания, у детей с ограниченными возможностями с помощью социокультурных воздействий осуществляется привитие им навыков поведения в быту, в различных жизненных ситуациях, в общественных местах. Коммуникативные навыки приобретаются детьми в ходе реабилитационных занятий и игр-тренингов, а также в процессе неформального общения со сверстниками и замещающими родителями.

Целенаправленное социокультурное реабилитационное воздействие оказывает существенное влияние на эмоциональное развитие: дети учатся более осознанно регулировать свои эмоции, намечается тенденция к снижению тревожности и уменьшению проявлений агрессии. Вследствие чего происходят положительные изменения в поведении – оно стабилизируется у многих ребят, ранее отличавшихся неуправляемым, импульсивным или, наоборот, заторможенным поведением.

Специалист, работающий с ребенком-инвалидом, одновременно является и специалистом по работе с семьей, поскольку только таким образом возможна синхронизация усилий и направлений деятельности в интересах ребенка со стороны социальной службы и со стороны его семьи.

Отсутствие такой координации в лучшем случае приводит к затуханию воздействия специалиста, не поддержанному семьей, в худшем случае – к конфликту установок между семьей и институтом социализации и реабилитации. Важность такого согласования целей и средств тем более значима, поскольку семьи детей-инвалидов отягощены многими другими проблемами: структурной неполнотой, малообеспеченностью, жилищны-

ми трудностями и т.д. Существует статистически достоверная корреляция между степенью активности установок семьи на поддержание реабилитационных мероприятий, проводимых с ребенком, и эффективностью процесса реабилитации. Поэтому образование и поддержание постоянной обратной связи с семейным окружением детей с особыми нуждами, целенаправленная деятельность по реабилитации семьи одновременно с реабилитацией ребенка, составляют важную часть обязанностей служб сопровождения. Социокультурные технологии обладают возможностью позитивных корректирующих воздействий также на других представителей замещающей семьи, принявшей на воспитание ребенка-инвалида.

Дети с нарушениями жизнедеятельности, включенные в социокультурную деятельность, не только сами становятся социально активными, но и оказывают воздействие на формирование положительных качеств у своего ближайшего окружения, являются своеобразным магнитом, создающим поле высокого нравственного притяжения, независимо от своего физического или интеллектуального ограничения.

Социокультурные занятия помогают выработать такие важные качества как дисциплинированность (в широком понимании), умение рационально использовать свободное время, стремление к достижению стабильных результатов деятельности, коммуникабельность, способность анализировать свои успехи и неудачи, осознание собственных возможностей, потребность в информации и т.д.

Чем активнее ребенок-инвалид включается в социокультурную деятельность, тем меньше он «уходит в болезнь», меньше надеется на чью-то постороннюю помощь, а все больше привыкает рассчитывать на себя, и для достижения благополучия делает ставку на определение цели, на активное участие в общественной жизни, на собственные способности, на инициативность, находчивость, отзывчивость, на чуткость, честность и принципиальность.

Участие ребенка в социокультурной деятельности в единстве ее компонентов (биологического и социального, духовного и материального) представляет собой социальную ценность, укрепление которой – важнейшая задача любого цивилизованного общества. Но проблема социокультурного внедрения не может решаться изолированно от многих других проблем, стоящих перед обществом. Она решается на трех уровнях – природном, социальном и культурном. Образ жизни – активный, культурный, цивилизованный – реализуется в конкретной предметной социокультурной деятельности, которая имеет два необходимых условия протекания: пространство и время. Для того, чтобы какая-либо деятельность, в частности, социокультурная, вошла в повседневный быт индивида, необходимо, чтобы этот индивид мог достаточно стандартизованно выделять на эту деятельность время, а сама деятельность осуществлялась бы в реальном социокультурном пространстве, а не только в мыслях и в мечтах. Поэтому потенциал

социокультурного развития неразрывно связан с социально-экономическим состоянием общества и статусом личности, а также с наличием действующей инфраструктуры этого развития.

Литература

1. *Иванова В.С.* Исследование эффективности профилактической работы с семьей ребенка-инвалида с ДЦП с учетом типа взаимосвязи особенностей семейной коммуникации и отношения родителей к заболеванию ребёнка с ДЦП. – М., 2012.
2. *Лысенко А.Е.* Модель комплексной реабилитации инвалидов в РФ. Научно-практическое руководство. – М.: 2009.
3. *Петросян В.А.* Реабилитация людей с ограниченными возможностями здоровья. – М., 2010.

СИСТЕМА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Бибикова Н. В.

кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры педагогики
и социальной работы ФГОУ ВО «Ульяновский государственный
педагогический университет им. И. Н. Ульянова», Ульяновск, Россия
nv95@rambler.ru

Гринева Е. А.

кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры педагогики
и социальной работы ФГОУ ВО «Ульяновский государственный
педагогический университет им. И. Н. Ульянова», Ульяновск, Россия
eliz.grin9@yandex.ru

Аннотация. Авторы статьи рассматривают социально-психологическое сопровождение семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья как целостную и комплексную систему социальной помощи и психологической поддержки. Раскрыты основные направления сопровождения и современные технологии социально-реабилитационной работы. В статье представлен опыт деятельности клубов молодых инвалидов «Высота» и «ПИОН» при Ульяновском региональном отделении общероссийской общественной организации инвалидов «Новые возможности».

Ключевые слова: социализация, семья, социально-психологическое сопровождение, дети с ограниченными возможностями здоровья

Keywords: socialization, family, social and psychological support to children with disabilities

Проблема социализации семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, в настоящее время является одной из наиболее актуальных и острых проблем современного общества. В связи со значительными изменениями в подходах к людям с ограниченными возможностями здоровья, данная проблема приобретает чрезвычайную значимость. Число лиц с ограниченными возможностями здоровья с каждым годом растет и проблема их полноценной жизни в обществе требует дополнительного решения.

Семья активно участвует в формировании жизненных ценностей и, является важным средством воспитания и формирования духовно-нравственных основ подрастающего поколения. Именно в семье происходит процесс становления личности человека, закладываются основы. Через семейную социализацию ребенок включается в общественную жизнь, усваивает необходимые нормы поведения, способы мышления, язык.

В настоящее время проблема социально-психологического сопровождения семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги и социальные работники рассматривают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социально-психологического сопровождения социализации.

В современном мире защита детей, семьи, обеспечения равных возможностей и реализации прав для всех, особенно самых уязвимых, групп населения приобретает приоритетный характер.

Для ребенка с ограниченными возможностями здоровья семья играет большую роль, как среда для жизни, развития и воспитания. Семья является еще и первой и основной реабилитационной средой[2].

Появление ребенка с особенностями развития неизбежно отражается почти на всех сферах жизнедеятельности семьи, тем самым вызывая потребность в поддержке и помощи самого ребенка и семьи в целом. Для оказания эффективной помощи этим семьям важно понимать все трудности, с которыми они сталкиваются.

Круг проблем, с которыми может сталкиваться современная российская семья, которая воспитывает неполноценного ребенка, достаточно широк и разнообразен. Обычно, ситуация, в которой оказывается такая семья, представляет собой комплекс трудностей разного характера, которые тесно переплетаются, а нередко и взаимно обуславливаются.

Сопровождение – это система профессиональной деятельности специалистов, направленная на создание социально-психологических условий для воспитания и развития ребёнка с ОВЗ. Сопровождение – это комплексный метод, в основе которого лежит единство четырёх функций:

- диагностики существа возникшей проблемы;
- информации о путях возможного решения проблемы;
- консультации на этапе принятия и выработки плана решения проблемы;
- первичной помощи при реализации плана решения.

Социально-психологическое сопровождение – это, в первую очередь, один из видов социального сопровождения как целостной и комплексной системы социальной помощи и психологической поддержки, исполняемой в масштабах работы социально-психологических служб, во-вторых интегративная разработка, цель которой создание критерий для возобновления потенциала становления и саморазвития семьи и личности вследствие успешного исполнения отдельным человеком или семьей в своих основных функций. В-третьих, процесс особенного рода бытовых отношений между сопровождающим и теми, кто имеет необходимость в поддержке.

Возможность обратиться за комплексной профессиональной помощью и поддержкой, доступность и своевременность такой помощи является крайне важным фактором для успешности функционирования семьи,

которая имеет ребенка с изъянами развития. Именно поэтому возникает необходимость в комплексной, многоаспектной помощи, которая требует привлечения разных специалистов (медицинских и социальных работников, психологов, педагогов).

Остановимся на технологиях социально-реабилитационной работы с детьми-инвалидами, обсудим некоторые технологии работы с семьей, имеющей ребенка с ограниченными возможностями.

Целями социально-психологической коррекционной помощи семьям, воспитывающим детей с нарушениями развития, являются:

- обеспечение адекватных микросоциальных условий развития ребенка с ограниченными возможностями в семье;
- преодоление состояния фрустрации и оптимизация самосознания родителей;
- формирование позитивного отношения близких лиц к ребенку с нарушениями развития и оптимистичного взгляда на его будущее.

Задачи коррекционной помощи семьям, воспитывающим детей с нарушениями развития, включают:

- формирование мотивации у родителей к взаимодействию со специалистами специальной организации;
- оптимизацию самосознания родителей, снижение уровня фрустрированности их личности;
- оптимизацию личностного развития детей с психофизическими недостатками;
- обучение родителей приемам формирования в семье реабилитационных условий, обеспечивающих оптимальное развитие ребенка с психофизическими нарушениями;
- установление причин, дестабилизирующих внутрисемейную атмосферу и межличностные отношения, и их коррекцию;
- выявление социально-психологических внутрисемейных факторов, способствующих гармоничному развитию ребенка с ограниченными возможностями в семье;
- оптимизацию межличностных отношений в семье (супружеских, родительно-детских, детско-родительских, sibлинговых);
- повышение психолого-педагогической компетентности родителей в вопросах воспитания, развития и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями развития[3].

Для решения задач социально-психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, необходимо осуществлять основные направления сопровождения.

Психологическое направление включает комплекс мер коррекционной работы специалистов с ребенком и его родителями.

На первом этапе социально-психологического сопровождения важна диагностическая работа, которая строится по трем направлениям: психоло-

гическое изучение ребенка с особенностями развития; психологическое изучение родителей и членов семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья, психологическое изучение социального окружения семьи ребенка с ОВЗ и факторов, влияющих на его социальную адаптацию.

На следующем этапе организуется консультирование близких ребенка с нарушениями развития на определение психолого-педагогических проблем: определение стратегий и тактики воспитания ребенка, направление на обучение в специальную школу, класс и т.д. Консультируя родителей, психолог дает им рекомендации по оптимизации внутрисемейной атмосферы и нейтрализации межличностных конфликтов.

Потребность в оказании психологической помощи семьям, воспитывающим детей с нарушениями развития, обуславливается наличием огромного числа разнообразных проблем, с которыми эти семьи повседневно встречаются. К числу наиболее актуальных относятся:

принятие родителями ребенка с психофизическими недостатками;

преодоление социальных проблем, связанных с ощущением себя родителем ребенка, не такого как у всех; организация ухода за ним;

преодоление учебных и воспитательных проблем, а также сопровождение ребенка в его взрослой жизни.

В организации коррекционной деятельности требуется активное участие самих детей и их родителей. Важно отметить, что значение психологической помощи в процессе ее реализации часто недооценивается не только специалистами, но и родителями детей с особыми образовательными потребностями. Зачастую результаты такой помощи приходится ждать длительное время [3].

Специальный психологический комплекс целенаправленных мероприятий способствует формированию, развитию, восстановлению различных видов психической деятельности, психических функций, качеств и образований, позволяющих ребенку с особыми образовательными потребностями успешно адаптироваться в среде и в обществе, принимать и выполнять соответствующие социальные роли, достигать высокого уровня самореализации.

Отдельно следует выделить **направление семейной психотерапии**, цель которой заключается в систематизации отношений, складывающихся в семье и обнаруживающих значимую связь с болезнью, лечением, социальным становлением больного. Семейную психотерапию необходимо рассматривать как особый процесс группового взаимодействия, посредством которого происходит изменение характера межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье.

Как одно из инновационных направлений семейной психотерапии, семейная арт-терапия может применяться для помощи как отдельным членам семьи, так и всей семье в целом с целью решения семейных проблем, гармонизации межличностных отношений, преодоления конфликтных ситуаций,

установления благоприятного эмоционального климата в семье. В процессе семейной арт-терапии происходит актуализация переживаний и событий, связанных со сложностями воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья [2].

Основным методом психокоррекционного воздействия выступает психотерапевтическая беседа. В отдельных случаях эффективны тренинги личностного роста. С целью оказания эмоциональной поддержки семьям проводятся психотерапевтические тренинги с родителями, в первую очередь матерями, повышая у них самооценку и формируя чувство потребности в ребенке и любви к нему.

Информационно-просветительское направление. В работе с родителями и ребенком участвуют все специалисты. Службы, которые в соответствии с профилем своей профессиональной деятельности осуществляют консультирование семьи, участвуют в разработке индивидуальной программы сопровождения ребенка и его семьи. У родителя должны быть сформированы представления об особенностях развития ребенка раннего возраста, о возрастных параметрах, к которым нужно стремиться подвести развитие ребенка [4].

Родители детей с ОВЗ испытывают значительные трудности как психологического (межличностного), так и педагогического (информационного) характера. Многие традиционные воспитательные установки, характерные для любой семьи, воспринимаются отчужденно или же вовсе не воспринимаются. Важно раскрыть родителям принципы воспитания ребенка с ОВЗ в семье и обучить их конструктивному с ним взаимодействию.

Педагогическое направление является важным в вопросах формирования психолого-педагогической компетентности родителей по вопросам воспитания и развития ребенка с ОВЗ.

Важно, чтобы с первых дней жизни ребенка с ОВЗ родители были обучены эффективным приемам воспитания, предупреждения вторичных нарушений развития, умели правильно оказывать ему помощь, поддерживать друг друга в трудные минуты и сообща выстраивали свое будущее, включая в него и ребенка [1].

Педагогическая работа позволяет стимулировать и корректировать развитие, способствовать развитию индивидуальных возможностей, компенсирующих неразвитые, работающие не в полную силу (недостаточно) функции познавательной, активно-волевой сфер, что необходимо ребенку в процессе его обучения самообслуживанию, образования (как общего, так и специального), воспитания.

Социально-психологическое сопровождение семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья является одной из важных задач, для реализации которых создаются специальные учреждения в регионах России.

К таким организациям г. Ульяновске относятся клуб молодых инвалидов «Высота» на базе детско-юношеского центра «Планета» и клуб

молодых инвалидов «ПИОН» при Ульяновском региональном отделении общероссийской общественной организации инвалидов «Новые возможности». Детско-юношеский центр «Планета» – многопрофильное учреждение. Он представлен такими направлениями, как социальная, психологическая и реабилитация, а также социальная адаптация. Каждая состоит из комплекса мер, направленных на компенсацию психофизиологических функций, восстановление социальных навыков, а также на развитие творческого потенциала.

Наиболее принципиальной и важной задачей, решаемой центром «Планета» при работе с семьями, имеющими детей-инвалидов, является обеспечение возможности их максимальной и полноценной социальной интеграции и адаптации. На это и направлен комплекс проводимых в них реабилитационных мероприятий, среди которых особую роль играет психологическая реабилитация инвалидов, психологическая поддержка семей.

К организации с помощью уже обратилось более 50 семей, имеющих детей с различными нарушениями развития. Многолетний педагогический опыт, высокая квалификация педагогов, работающих в организации и используют новейшие методики – предоставили возможность достичь значительных результатов.

На сегодня реабилитационный центр для детей-инвалидов оказывает помощь более 30 местным семьям, а также семьям из всех районов города, которые получают квалифицированные консультации.

Специалистами центра проводится постоянная научно-методическая работа по разработке новых пособий, совершенствование и адаптации существующих методик для работы с детьми с недостатками развития.

Развитие государственной службы реабилитации инвалидов в Российской Федерации предусматривает создание учреждений, основным направлением которых является проведение мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации детей и подростков с ограниченными возможностями для максимально полной их социализации для жизни в семье, в обществе. Решение этой проблемы будет также способствовать предупреждению первичной детской инвалидности. Инвалидность у детей и взрослых трактуется различно: если у взрослых это стойкое снижение или утрата общей и профессиональной трудоспособности вследствие заболеваний или травм, то у детей – нарушение развития и роста как основных физиологических процессов, характеризующих детский организм, ограничение познавательной, игровой, конструктивной деятельности, препятствующих воспитанию и обучению, приобретению навыков.

В Детско-юношеском центре «Планета» получают комплексную реабилитацию дети-инвалиды в возрасте от 14 до 30 лет включительно, проживающие на территории города Ульяновска. С целью профилактики первичной

инвалидности в реабилитационном центре принимаются дети с ограниченными возможностями здоровья, не имеющие категорию «ребенок инвалид», но испытывающие трудности адаптации, обучения, воспитания, развития и нуждающиеся в психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации.

В Ульяновском региональном отделении общероссийской общественной организации инвалидов «Новые возможности» работает клуб молодых инвалидов «ПИОН» (от 17 до 30 лет) с особенностями интеллектуального и психического развития и их семей. Главная цель данного клуба заключается в создании условий для адаптации и интеграции в общество молодых инвалидов (от 17 до 30 лет) с особенностями интеллектуального и психического развития. Среди основных задач работы клуба выделим наиболее приоритетные: социокультурная реабилитация молодых инвалидов; оказание социально-психологической помощи инвалидам и их семьям; развитие коммуникативных навыков молодых инвалидов.

Региональная Общероссийская общественная организация инвалидов «Новые возможности» – многопрофильное учреждение. Она представлена такими направлениями, как социальная, психологическая и реабилитация, а также социальная адаптация. Каждая состоит из комплекса мер, направленных на компенсацию психофизиологических функций, восстановление социальных навыков, а также на развитие творческого потенциала.

Организацию «Новые возможности» посещают молодые люди в возрасте от 20 до 30 лет, имеющие задержку психического развития. Данная организация помогает им максимально адаптироваться с социальной жизни в обществе.

Наиболее принципиальной и важной задачей, решаемой организацией «Новые возможности» при работе с инвалидами, является обеспечение возможности их максимальной и полноценной социальной интеграции и адаптации. На это и направлен комплекс проводимых в них реабилитационных мероприятий, среди которых особую роль играет психологическая реабилитация инвалидов, психологическая поддержка семей. Главное в работе с этой категорией детей помочь их социальной адаптации, сформировать у детей положительное отношение к жизни, обществу, труду, деятельности.

В заключение отметим, что организовывая социально-психологическое сопровождение как целостную и комплексную систему социальной помощи и психологической поддержки, необходимо принимать во внимание социально-психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья, реализовывать основные направления сопровождения, используя современные технологии социально-реабилитационной работы. Эффективность данного сопровождения достигается исключительно при наличии всего комплекса социально-психологических мер для воспитания и развития ребёнка с ограниченными возможностями здоровья.

Литература

1. *Бибикова Н.В., Гринева Е.А., Давлетишина Л.Х., Шубович М.М.* Педагогическое проектирование: социально-экологический аспект. – Ульяновск: УлГПУ, 2016. – 84 с.
2. *Плохова И.А., Бибикова Н.В.* Социальная реадaptация людей-инвалидов с умственной отсталостью посредством арт-терапии: учебно-методическое пособие. – Ульяновск: УлГПУ, 2014. – 71 с.
3. *Ткачёва В.В.* Технологии психологической помощи семьям детей с ограниченными возможностями здоровья. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2017. – 281 с.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Андрюшкова Н. П.

аспирант кафедры психологии
ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»
andruchkova@rambler.ru

Чуканов Е. В.

аспирант кафедры психологии
ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет»
chukanove.v@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрены особенности эмоциональных состояний родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Описана важность своевременной психологической поддержки и сопровождения, а также некоторые техники работы с данной категорией родителей.

Ключевые слова: семья, ограниченные возможности здоровья, эмоциональные состояния, нарративная терапия

Keywords: family, disabilities, emotional states, narrative therapy

Среди социальных систем, влияющих на формирование и развитие личности ребенка, роль семьи, необходимо обозначить особым образом. Семья является социальной системой и одним из базисов современного общества. Ключевой ролью семьи является обучение и воспитание ребенка, способствование успешной социализации и развитию самостоятельности. При рождении ребенка с ограниченными возможностями здоровья, происходит взаимовлияние родителей на ребенка, а также влияние ребенка на остальных членов семьи. В данном случае часть семейной системы деформируется, и все члены семьи фокусируют свое внимание на ребенке с ограниченными возможностями здоровья.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это дети, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, то есть глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с тяжёлыми нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата и другие, в том числе дети-инвалиды [2].

В области психологии и коррекционной педагогики отмечается, что психоэмоциональное состояние родителей, качество семейных отношений и психологический климат очень важный залог предупреждения осложненных заболеваний ребенка, успешной терапии и реабилитации.

К сожалению, несмотря на теоретические достижения, в практике предоставления коррекционно-реабилитационной помощи семьям с детьми с ограниченными возможностями здоровья, родителей часто восприни-

мают только как источник диагностической информации и исполнителей терапевтических инструкций. Однако максимальной эффективности можно достичь лишь в совокупности с психологической поддержкой и сопровождением. Игнорируя семейную ситуацию, снижается степень эффективности психолого-педагогического воздействия. Взрослые члены семьи, сталкиваясь с внезапным стрессом или травмой, такими, как рождение особого ребенка, могут потерять контакт с чувством собственного «Я», со своими способностями, умениями, желаниями и жизненными целями. Нарушается традиционный жизненный цикл семьи. Родители встают перед реальностью изменения собственных ожиданий в отношении ребенка и его будущего, материальными трудностями, социальной изоляцией.

Отдельные члены семьи и вообще разные семьи отличаются проявлениями своих реакций и переживаний связанными с болезнью ребенка. По мнению исследователей, это зависит от предыдущего жизненного опыта, религиозных и культурных позиций, социальных стереотипов относительно инвалидности, возраста ребенка, которому поставлен диагноз нарушения развития, а также от того, насколько выразительный образ ребенка создают себе родители до его рождения, осведомленность о системе услуг предоставляемых ребенку с ограниченными возможностями здоровья, умение принимать помощь от специалистов, родственников, друзей [2].

Трудно предсказать, как каждый член семьи отреагирует на известие о том, что их ребенок болен. То, что одна семья воспримет за небольшие нарушения, может быть трагедией для другой. Однако, наиболее распространенной реакцией на диагноз – сочетание шока, отчаяния. После этих травматических переживаний для многих родителей наступает период апатии. Это может быть следствием эмоционального стресса, соединенного с семейными конфликтами, связанными с неприятием диагноза, взаимными обвинениями, различными взглядами на лечение. Рождения особого ребенка для многих родителей является утверждением их собственной неполноценности. С этим связано чувство вины и скрытая аутодеструкция, кризис самоидентификации и ценностных ориентаций. Неприятие инвалидности обществом, социальные стигмы, вызывают социальную замкнутость и изоляцию семьи. Согласно опросам, родители утверждают, что им нужно было от 1 до 3 лет для выхода из шока, безнадежности, и готовности жить дальше [2].

Исследования Кирни и Гриффина, позволяют выделить определенный спектр эмоциональных реакций, которые могут возникать у родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, и сгруппировать их в три категории [4].

Первая категория – первичные реакции. Данные реакции возникают, при столкновении с поставленным диагнозом. Зачастую, родители не имеют должной психологической подготовки и сопровождения специалиста, вследствие чего, могут наблюдаться реакции шока, отрицания, депрессивные проявления.

Шок. Зачастую, это первая реакция возникающая у родителей, когда они узнают, диагноз своего ребенка. Для данного состояния характерно ощущение беспомощности, безнадежности и разочарование. Отрицание. Некоторые родители отвергают, что их ребенок имеет ОВЗ. Отрицание, являясь защитным механизмом личности, позволяет снизить уровень тревоги, при столкновении с неизвестностью. Обеспокоенность будущим ребенка, недовольтство и предвосхищение ответственности, может являться причиной реакции отрицания. Полное отрицание ОВЗ родителями, может способствовать появлению агрессии по отношению к ребенку. *Страдание и депрессия.* Появление ребенка с ОВЗ, является разрушением родительских идеалов об их идеальном ребенке. В данном случае, страдание, является чувством, которое способствует скорейшему принятию правды о ребенке.

Вторичные реакции связаны с процессом адаптации родителей к новым условиям существования семьи. К ним относятся чувство вины, стыда, нерешительность и гнев.

Чувство вины является результатом поиска причины диагноза, как правило не найдя логического объяснения родители начинают углубляться в предрассудки и иррациональные аргументы. В таких случаях болезнь ребенка может начать восприниматься как наказание за грехи родителей в прошлом и т.д. Тем не менее, чувство вины, является сдерживающим фактором к проявлению агрессии по отношению к ребенку. Характерны также проявления *нерешительности* при взаимодействии с ребенком. Данные реакции, как правило, проявляются в семьях, у которых затруднен процесс адаптации к новым условиям. Серьезным препятствием на пути принятия ребенка с ОВЗ, является гнев. *Гнев* может проявляться в нескольких формах. В форме самообвинения и агрессии направленной на ребенка.

Третичные реакции. Одной из реакций на данном этапе является торг.

Торг – способ родителей восстановить здоровье ребенка. За помощью родители могут обращаться в различные службы, к ним можно отнести систему здравоохранения, религиозные организации, магические силы. Для многих родителей нелегко принять информацию о диагнозе ребенка, даже при условии получения информации от компетентных специалистов. *Принятие и адаптация* к новым условиям. На данном этапе семья стремится как можно больше получить информации о диагнозе, психолого-педагогических условиях воспитания, особенностях развития ребенка [5].

Важно отметить, что важнейшую роль в выходе из кризиса играет пересмотр жизненных целей и ценностей, формирование новой перспективы жизни. Признаком выхода из кризиса является способность принимать реальность произошедшего, приспособливая свои потребности и интересы к новому смыслу жизни. Проявлением этих установок, по убеждению М. Радченко, может быть восстановление прерванной кризисом жизни (возврат к привычному ритму, любимой работе), или перерождение в другой смысл жизни: создание благотворительных учреждений и центров,

в которых мог бы находиться ребенок, избрание новой специальности [2]. В каждом случае – это создание собственной жизни, самосоздание, творческое самостроительство. Итак, в основе полноценной адаптации родителей после рождения ребенка с ОВЗ лежат принципы ценности и творчества, дают возможность превращать потенциально разрушительные события жизни в стимулы к духовному росту и самосовершенствованию.

Анализ отечественной литературы позволяет констатировать, что методология психокоррекционной, психотерапевтической помощи и социально-психологического сопровождения родителей детей с ОВЗ разработаны недостаточно. В ряде научных исследованиях освещены психолого-педагогические идеи по семейно-центрированному подходу в реабилитации детей с ОВЗ, психолого-педагогического сопровождения на этапе определения диагноза и дальнейшего сотрудничества со специалистами, психокоррекции взаимоотношений родителей с детьми-(Т.В. Скрипник, К. А. Островская, А. И. Романчук, Л. А. Пинчукова, Г.М. Хворова, В. Тарасун, Л. Н. Шпицина).

Внимания заслуживает, разработанная в диссертационном исследовании М.Б. Химко, комплексная программа интерперсонального тренинга для родителей детей (на примере родителей детей с аутизмом), направлена на изменение отношения родителей к своему ребенку, улучшение родительно-детских отношений, предупреждение и снижение проявлений внутренних конфликтов и негативных эмоциональных переживаний [2].

В исследованиях М.И. Радченко описана программа тренинга курса для родителей умственно отсталых детей, направленную на формирование адекватности самосознания и уровня социальной и психологической компетентности родителей, разработанные приемы их психологической коррекции, направленные на решение проблем по болезненному эгоцентризму, фиксированности на проблемах своего особого ребенка, неадекватной самооценки, чувство вины, формирование негативного мироощущения, навязчивого характера переживаний, трудностей в межличностных контактах, нарушение временных перспектив, физиологического и нервного истощения, фрустрации потребностей в самореализации, снижение уровня работоспособности и целенаправленной активности и некоторые другие [4].

Одними из самых эффективных методов психолого-педагогического сопровождения лиц в кризисе на сегодняшний день считают постмодернистские методы нарративной терапии. Нарративная терапия, освещена в основном в трудах М. Уайта и Д. Епстона. Практика нарративной терапии заключается в расширении поля зрения клиента о проблемах, освещение альтернативных возможностей трактовки себя и своих трудностей, совместном создании с клиентами новых сознаний собственной идентичности и способностей. Другими словами, нарративные техники помогают людям пересмотреть рассказы, которыми они живут, которые они конструируют по отношению к себе, заменив их более обнадеживаю-

щими жизненными историями, изменив акценты, точки зрения на ситуацию и ее толкование, что играет решающую роль в уменьшении ощущения жизненного дискомфорта [1].

Таким образом, крайне важным является изучение психоэмоциональных состояний родителей воспитывающих детей с ОВЗ, оказание им своевременной поддержки и помощи, так как качество семейных отношений и психологический климат в семье, играют важную роль в успешной терапии и реабилитации ребенка, и в его благополучии в целом. Вместе с тем, до сих пор существует ряд нерешенных проблем. В частности, практически отсутствуют исследования в области методов психолого-педагогического сопровождения, направленных на решение определенного вида психологических проблем родителей детей в зависимости от тяжести недостатка в каждом адаптационном этапе, а также наработки в области оказания эффективной краткосрочной помощи. Актуальными остаются потребности в разработке дифференцированных мер психологической поддержки родителей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Литература

1. *Жорняк Е. С.* Нарративная терапия: от дебатов к диалогу // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 4. – С. 15–19.
2. *Капна М. І.* Особливості психоемоційних та рольових змін в сім'ї з неповносправною дитиною // Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – Т. VII. – Вип. 4. – 2005. – С. 133–140.
3. Особистісна саморегуляція дорослих у сім'ях з розумово відсталими дітьми-інвалідами: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00. 01 [Електронний ресурс] / М. І. Радченко. – К.: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України, 2006. – 18 с.
4. *Breslau N., Staruch K. S., Mortimer E. A.* Psychological distress in mothers of disabled children. // American Journal of Diseases of Children. 1982. Vol. 136 (8). P. 682–686.
5. *Woolfson L.* Family well-being and disabled children: A psychosocial model of disability-related child behavior problems. // British journal of health psychology. 2004. Vol.9 (1). P. 1–13.

СТРАТЕГИИ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ И ИХ СВЯЗЬ С ЛИЧНОСТНЫМ СМЫСЛОМ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Довбыш Д. В.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им.
Сеченова; ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ Москва,

Первичко Е. И.

Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова
dashadovbysh@gmail.com

Аннотация. Ситуация тяжелой болезни ребенка представляет собой тяжелое испытание не только для больного ребенка, но и для его родителей. В данной работе выделены и описаны конфликтный, преградный и позитивный личностные смыслы болезни ребенка для родителя. Описаны стратегии когнитивной регуляции эмоций, специфичные для различных личностных смыслов болезни и общие стратегии регуляции, характерные для всех матерей, воспитывающих детей с ДЦП. Выделение групп матерей с различным личностным смыслом болезни ребенка позволяет в дальнейшем разрабатывать более специфичные программы реабилитации, включающие не только больного ребенка, но и всю его семью.

Ключевые слова: личностный смысл болезни ребенка для родителей, стратегии когнитивной регуляции эмоций, детский церебральный паралич

Keywords: personal sense of child's disease for parents, the strategy of cognitive emotion regulation, cerebral palsy

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это собирательный термин, «объединяющий группу непрогрессирующих состояний – расстройств движений (параличи, гиперкинезы, атаксия), которые могут сочетаться с нарушениями психики, речи, чувствительных систем, эпилептическими припадками» [2]. Порядка 30% матерей, воспитывающих детей с ДЦП, демонстрируют признаки депрессии [10, 14], высокий уровень стрессовых расстройств и родительского стресса [8]. Порядка 60% семей испытывают влияние стигматизации со стороны общества, связанное с воспитанием тяжело больного ребенка [6,7]. Семья в такой ситуации нуждается в помощи и поддержке специалистов не только на этапе постановки диагноза и первичного обследования, но и на протяжении всей жизни [13]. Высокая эмоциональная значимость болезни ребенка для родителей свидетельствует о возникновении у них особого личностного смысла болезни ребенка. Личностный смысл болезни – «...жизненное значение для субъекта объективных обстоятельств болезни по отношению к мотивам его деятельности, определяющее их «пристрастное» восприятие» [5]. А.Ш. Тхостов выделяет следующие типы личностных смыслов болезни: преградный, конфликтный

и позитивный [5]. При формировании *преградного личностного смысла* болезнь воспринимается как мешающая достижению намеченных целей и реализации повседневных планов. *Конфликтный личностный смысл* возникает в ситуации, когда болезнь способствует реализации одних мотивов и препятствует достижению других. Чем шире, богаче, структурированнее мотивационно-потребностная сферы человека, тем менее вероятным оказывается сужение и уплощение этой сферы [3, 4, 5]. При наличии *позитивного личностного смысла* болезни можно отметить формирование определенной выгоды, извлекаемой из ситуации болезни, которая создает для человека новую, более комфортную систему взаимодействия с окружающими.

Кроме особого смысла болезни ребенка, приведенные выше данные о наличии признаков депрессии, тревожности и стрессовых расстройств позволяют также предположить наличие у матерей особых стратегий регуляции эмоций. В наиболее общем виде регуляцию эмоций принято определять как «...все внешние и внутренние процессы, ответственные за сбор, оценку и изменение эмоциональных реакций, в особенности их интенсивности и протяженности во времени, для достижения определенных целей» [11]. Основываясь на данных представлениях, Н. Гарнефски и ее коллегами [11, 12] были выделены следующие стратегии когнитивной регуляции эмоций: самообвинение, обвинение других, позитивный рефокус, принятие, фокусирование на планировании, позитивная переоценка, помещение в перспективу, катастрофизация, руминация.

Организация и результаты исследования

В исследовании приняли участие 25 матерей, воспитывающих детей с ДЦП. На момент работы все матери находились на плановой госпитализации вместе с ребенком. Возраст матерей от 23 до 43 лет. Возраст детей от 1 года до 5 лет. На основании данных, полученных в ходе клинической беседы, были выделены группы матерей с различными личностными смыслами болезни ребенка. Выделение стратегий когнитивной регуляции эмоций проводилось с помощью опросника когнитивной регуляции эмоций [11]

Результаты показали, что у 48% матерей выявлены признаки конфликтного личностного смысла болезни ребенка, у 32% – преградного личностного смысла, у 16% – позитивного личностного смысла болезни ребенка.

Наиболее популярной стратегией регуляции эмоций, характерной для всех матерей, воспитывающих детей с ДЦП, независимо от личностного смысла болезни, оказывается стратегия «Помещение в перспективу»

Н. Гарнефски и ее коллеги отмечают, что «Помещение в перспективу» может быть эффективной стратегией регуляции эмоций лишь на протяжении недолгого времени, когда, при невозможности изменения ситуации, допустимо использовать сравнение с другими, более тяжелыми событиями в жизни для снижения значимости текущего дистресса [12]. Однако использование такой стратегии не является эффективным в длительной перспективе. Болезнь ребенка становится новой «контрольной точкой» из-

мерения значимости событий и их тяжести. Такой особый статус болезни ребенка усиливает фиксированность семьи на болезни, наделяет ее дополнительным, негативным смыслом. Отдельно стоит отметить две стратегии, которые практически не использовались матерями, воспитывающими детей с ДЦП – это «Катастрофизация» и «Принятие». Можно предположить, что в сравнении с ним остальные потенциальные стрессовые события не оцениваются как тяжелые и катастрофичные.

Матери с преградным личностным смыслом болезни ребенка – (32% участниц исследования) характеризуются преимущественным использованием таких стратегий регуляции эмоций, как «Помещение в перспективу» и «Позитивный рефокус».

Действие стратегии «Позитивный рефокус» заключается в смещении фокуса внимания на более приятные, положительные моменты. Матери предпочитают думать о тех аспектах воспитания ребенка, которые не связаны с его болезнью – дальнейшем обучении, налаживании контакта окружающими. Также у матерей данной группы с высокой частотой присутствует стратегия «Планирование», которая проявляется в смещении фокуса внимания матерей с текущей ситуации на будущее, в котором ребенок оказывается более здоровым и адаптированным, способным учиться в общеобразовательной школе, заниматься спортом.

Матери с конфликтным смыслом болезни, воспитывающие детей с ДЦП (48% участниц исследования) характеризуются преобладанием таких стратегий регуляции эмоций, как «Руминация», «Самообвинение», «Помещение в перспективу» и практически полным отсутствием таких стратегий, как «Принятие» и «Позитивный рефокус». Для матерей данной группы болезнь ребенка – это «...тема, которая никогда не уходит из головы»; у них всегда присутствуют мысли о том, что нужно сделать для ребенка, какие трудности придется преодолеть по дороге на прогулку, обращают ли другие люди внимание на болезнь ребенка. Отсутствие навыков смещения фокуса внимания и переключения со стрессового события на другие аспекты жизни оказывается связан именно с формированием конфликтного личностно смысла болезни.

Использование стратегии «Самообвинение» согласуется с распространенной среди участниц данной группой идеей об истоках болезни ребенка в поведении матери.

Позитивный личностный смысл болезни ребенка рассматривался нами как дополнительный к основному – конфликтному или преградному – смыслом. Все матери, имеющие «вторичную выгоду» от болезни ребенка, (16% участниц исследования) характеризуются преобладанием таких стратегий когнитивной регуляции эмоций, как «Руминация», «Помещение в перспективу» и «Обвинение других».

Стратегия «Обвинение других» выявляется только в данной группе и отсутствует в других. Ряд зарубежных работ показывает, что наличие «вто-

ричной выгоды» часто связано с экстренальным локусом контроля. Также, несмотря на маленькую численность группы, можно выделить тенденцию к снижению степени комплаентности при наличии вторичной выгоды от болезни ребенка. При подробной беседе с матерями данной группы оказывается, что «вторичная выгода» наиболее часто встречается в дисфункциональных семьях, например, при нарушениях семейной иерархии, а также при наличии трудностей коммуникации в супружеской паре.

Литература

1. *Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю.* Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение. Филологический факультет СПбГУ, 2004.
1. *Козьякин В. И., Бабадаглы М.А., Ткаченко С.К., Качмар О.А.* Детские церебральные параличи – Львов: Медицина світу, 1999.– 312 с.
2. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику.– М.: Изд-во Московского университета, 1987.– 168 с.
3. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях.– М.: SvR-Аргус, 1995.
4. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
5. *Affleck G., McGrade B.J., Allen D.A., McQueeney M.* Mothers' beliefs about behavioral causes for their developmentally disabled infant's condition: What do they signify? //Journal of Pediatric Psychology.– 1985.– V. 10.– P. 293–303.
6. *Barlow J. H., Cullen-Powell L. A., Cheshire A.* Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy.//Early Child Development and care.– 2006.– V. 176.– Iss. 3–4
7. *Britner P. A., Morog M. C., Pianta R. C., Marvin, R. S.* Stress and coping: a comparison of self-report measures of functioning in families of young children with cerebral palsy or no medical diagnosis.// Journal of Child and Family Studies.– 2003. -V.12(3).– P. 335–348.
8. *Carver C. S., Scheier M.F., Weintraub J.K.* Assessing coping strategies: a theoretically based approach.// Journal of Personality and Social Psychology/ – 1989.– V. 56.– P. 267±283.
9. *Foster T., Rai A.I.K., Weller R.A., Dixon T.A., Weller E.B.* Psychiatric Complications in Cerebral Palsy.// Current Psychiatry Reports.– 2010.– V. 12.– P. 116.
10. *Garnefski N., Kraaij V.* The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. // European journal of Psychological Assessment.– 2007.– V. 23.– P. 141–149
11. *Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P.* Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. // Personality and Individual Differences.– 2001.– V. 30.– P. 1311±1327

12. *Kazak A., Kassam-Adams N., Schneider S., Zelikovsky N., Alderfer M., Rourke M.*, An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. // *J. Pediatr. Psychol.* – 2006. – V. 31 (4). – P. 343–355

13. *Manuel J., Naughton M.J., Balkrishnan R., Paterson Smith B., Koman L.A.* Stress and adaptation in mothers of children with CP. // *Journal of Pediatric Psychology.* – 2003. – V. 28(3). – P. 197–201

14. *Mullen, S.W.* The impact of child disability on marriage, parenting, and attachment: relationships in families with a child with cerebral palsy. // *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering.* – 1998. – V. 58(7–B). – P. 3969.

РОЛЬ РОДИТЕЛЬСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ СЛАБОВИДЯЩИХ ПОДРОСТКОВ

Кошечеева И. И.

аспирант кафедры возрастной психологии факультета психологии
Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова
kosheevairina@yandex.ru

Аннотация. Подросток с серьезным нарушением зрения живет и развивается несколько иначе, чем его зрячий сверстник. Адекватная по форме и конструктивная по содержанию поддержка со стороны родителей играет значительную роль в гармоничном развитии и психологическом благополучии слабовидящего подростка. Но если родительская поддержка принимает вид гиперопеки, то у подростка с нарушением зрения затрудняется становление личностной автономии, формируются негативные характерологические черты, что мешает ему успешно адаптироваться и интегрироваться в окружающую действительность.

Ключевые слова: слабовидящий подросток, родительская поддержка, детско-родительские отношения, гиперопека, автономия

Keywords: visually impaired adolescent, parental support, children and parents' relations, hyperprotection, autonomy

Семью, в которой воспитывается подросток с серьезными нарушениями зрения, можно с полным основанием назвать семьей, попавшей в трудную жизненную ситуацию. Особенности подросткового возраста таковы, что именно на данном этапе онтогенеза возникает активная деятельность по самопознанию и рефлексия, происходит формирование более глубокого и разностороннего образа Я, подростки на принципиально новом уровне начинают анализировать свои взаимоотношения, а также строят планы на будущее. Закономерно, что именно в этом возрасте происходит более полное осознание своих личностных качеств, способностей и особенностей, в том числе и тех ограничений, которые влечет за собой зрительный дефект.

Понимание своей «ограниченности» может настраивать подростков на враждебное восприятие окружающей действительности. Наше недавнее исследование [1] выявило, что слабовидящие подростки чаще зрячих имеют негативное представление о справедливости и доброжелательности окружающего мира, т.е. считают его скорее несправедливым и нередко враждебным. Также слабовидящие ребята слабо верят в благосклонность судьбы или возможность удачного стечения обстоятельств. Мрачная картина мира внутренне связана с восприятием подростками системы внутрисемейных отношений как ограничивающей и подавляющей.

Действительно, слабовидение в большинстве случаев угрожает качеству и содержанию взаимоотношений подростков как с членами семьи, так и со сверстниками, хотя те же отношения могут играть важнейшую роль в ком-

пенсации дефекта. В период подростничества слабовидящие молодые люди пытаются интегрироваться в общество и не хотят чем-либо отличаться от окружающих, они остро переживают проблемы, связанные с самостоятельным взаимодействием с окружающим миром. Эти переживания влияют на их психологическое благополучие и социальную адаптацию [5]. Вобретении самостоятельности подросток с ослабленным зрением в данном возрасте как никогда нуждается в родительской поддержке.

Семья – это целый мир, в котором слабовидящий ребенок живет и развивается, усваивает моральные нормы и ценности, строит планы на будущее и формирует отношения к себе. Будучи членом семьи, ребёнок вступает в определённые отношения с родителями, которые могут оказывать на него как положительное, так и негативное влияние. Вследствие чего слабовидящий ребенок растёт либо доброжелательным, открытым, общительным, либо тревожным и неуверенным в себе.

Исследование [2] особенностей родительского отношения к слабовидящему ребенку, показало, что преобладающим типом воспитания в таких семьях является гиперпротекция. Родители предъявляют низкие требования к ребенку, при достаточно большом количестве запретов. Родители ограждают слабовидящего ребенка практически от всего, тем самым лишая его какой-либо самостоятельности. Подобный стиль воспитания формирует у подростка такие негативные личностные черты, как эгоизм, нерешительность, боязнь ответственности, упрямство, негативизм, внушаемость и равнодушие.

Распространенность гиперопеки со стороны родителей детей с ограниченными возможностями здоровья вполне объяснима. Как правило, родители слепорожденного или потерявшего остроту зрения ребёнка слабо представляют себе, как лучше его развивать, обучать и воспитывать, поэтому часто совершают ошибки в воспитании: например, боясь, что ребёнок ударится, не позволяют ему самостоятельно исследовать окружающий мир.

Интересен тот факт, что в семьях с гармоничным типом воспитания психологическая и эмоциональная поддержка со стороны родителей является положительным предиктором психологического благополучия слабовидящих подростков, но поддержка со стороны сверстников влияет на их уровень психологического благополучия еще сильнее. Примечательно, что в группе зрячих подростков наблюдается обратная картина: поддержка родителей важнее поддержки сверстников [4]. На наш взгляд, такие результаты можно объяснить тем, что важность эмоциональной поддержки со стороны сверстников для подростков с серьезными нарушениями зрения отражает их обостренную потребность в независимости от родителей при не менее остром желании «быть как все» (сверстники).

По общему мнению тифлопсихологов и дефектологов, родителям слабовидящих детей в первую очередь важно развивать в ребенке самостоятельность, активность и подвижность [3]. Родителям ребенка-инвалида

по зрению необходимо помнить, что слабовидящий подросток с высоким уровнем автономии, наличием доверия со стороны родителей, высокой познавательной активностью и привычным общением как со слабовидящими, так и зрячими сверстниками, – такой подросток гораздо успешнее адаптируется и интегрируется в окружающую действительность, чем подросток, живущий в тесных рамках гиперопеки родителей.

Литература

1. *Кошечева И.И.* Психологическое благополучие слепых и слабовидящих подростков // Векторы развития современной России. «Война миров»: научное знание / прагматика жизни. Материалы XIV Международной научно-практической конференции молодых ученых. – 2016. – С. 262–266.
2. *Ларина Е.С. Коваль В.В.* Особенности отношения родителей к ребенку с сенсорной недостаточностью // Мир науки, культуры, образования. – 2013. – № 6(43). – С. 211–213.
3. *Мастюкова Е.М. Московкина А.Г.* Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М.: Центр Владос. – 2003.
4. *Kefa S. Dekovich M.* The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment // Journal of adolescence. – 2004. – № 27. – pp. 453–466.
5. *Kefa S. Hox J.J. Habekothé H. T.* Social networks of visually impaired and blind adolescents. Structure and effect on well-being // Social Networks. – 2000. – № 22. – pp. 73–91.

ТЕХНОЛОГИЯ РАСКРЫТИЯ ДИАГНОЗА (ВИЧ) РЕБЕНКУ. СИСТЕМНАЯ РАБОТА С СЕМЬЕЙ.

Гальцова П. С.

семейный психолог, руководитель подразделения по социальной работе
и сопровождению семей ГКУ ЦССВ «Соколенок»
руководитель проекта БФ «Дети плюс»

Никольская Е. В.

психолог ГКУ ЦССВ «Соколенок»

Терпенова Е. Б.

психолог ГКУ ЦССВ «Соколенок»

БФ «Дети плюс»

Cssv-sokolenok@mail.ru

Аннотация. В данной статье представлен практический опыт специалистов, участвующих в сопровождении семей с детьми, затронутыми ВИЧ-инфекцией. Обозначены основные проблемы, возникающие в процессе сопровождения данной категории семей. Описана система работы, обозначены этапы раскрытия позитивного ВИЧ статуса ребенку.

Ключевые слова: Сопровождение семьи, психологическая поддержка, дети, ВИЧ-инфекция, раскрытие ВИЧ статуса

Keywords: family support, psychological support, children, HIV, talking openly about HIV

В России по официальным источникам более 800 тысяч людей, инфицированных ВИЧ, из них более 8000 детей. В Москве около 500 детей с данным диагнозом, более половины из этого числа дети от 5 до 14 лет. Диагноз ВИЧ-инфекция является не только серьезной медицинской, но и социальной проблемой. Общее негативное восприятие этой болезни в обществе, недостаточность знаний и множество мифов вокруг ВИЧ, приводит к стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ. Таким образом, информирование о заболевании связано с двойной травматизацией, у человека, узнающего о своем положительном ВИЧ-статусе, помимо переживаний о своем здоровье, необходимости строить свою жизнь с учетом неизлечимого заболевания, но и огромное количество страхов, связанных с отношением общества к данному заболеванию, необходимостью скрывать свой диагноз и рисками подвергнуться дискриминации в самых различных ситуациях, обуславливающие необходимость качественной психологической помощи и сопровождения при работе с семьей ВИЧ-инфицированного клиента (особенно ребенка).

В России диагнозы пациенту сообщают медицинские работники, задача которых объяснить схему лечения и перспективы дальнейшего течения болезни (прогнозы). Мало кто из медиков заботится о психологическом

состоянии пациента и его близких, на это просто нет ресурсов. Однако, чем серьезнее заболевание, тем важнее психологическое сопровождение пациентов в процессе раскрытия диагноза и принятия своего статуса. Актуальность подобной психологической помощи признают специалисты разных ведомств и служб, благодаря чему созданы, например, горячие линии помощи онкологическим больным и их близким.

Исторически сложилось так, что ЦССВ «Соколенок» (бывший СДР № 7) давно работает с детьми, рожденными с ВИЧ-инфекцией. В детском отделении МГЦ СПИД, также, как и в Подмосковном детском отделении никогда не было психолога, таким образом, психологической поддержки для семей с детьми, затронутыми эпидемией ВИЧ долгое время не существовала, вся психологическая поддержка ложилась на плечи лечащих врачей. Поэтому, когда у бывшего дома ребенка появились функции сопровождения, мы в первую очередь сосредоточились на выявлении потребностей семей, воспитывающих детей, рожденных с ВИЧ. С 2015 года, при всесторонней помощи БФ «Дети плюс» мы помогаем семьям, в том числе, вместе с родителями раскрываем детям их позитивный ВИЧ статус.

Начиная работу по сопровождению семей, затронутых ВИЧ, мы столкнулись с определенными трудностями:

1. Отсутствие стандартизированной российской программы и методических рекомендаций по сопровождению семей, затронутых ВИЧ-инфекцией.
2. Небольшое количество переводных методик разработаны для стран Африки и имеют во многих аспектах нуждаются в адаптации к российской социальной ситуации и культурным особенностям[2; 3].
3. Недостаточная информированность большинства законных представителей о возрастных особенностях детей и психологических аспектах формирования «картины болезни», важности формирования приверженности терапии и соблюдения здорового образа жизни.
4. Разнообразные страхи и фантазии воспитывающих взрослых о возможных реакциях ребенка на информацию о диагнозе.
5. Чувство вины у кровных родителей и непринятие собственного диагноза.
6. Психологические и интеллектуальные особенности детей, которые затрудняют понимание некоторых аспектов диагноза и затрудняющие раскрытие диагноза, а также представляющие психологические риски для самого ребенка, в случае неправильно организованного процесса раскрытия диагноза.
7. Наличие тайны диагноза внутри семьи (часто бабушки, дедушки, другие дети могут не знать о заболевании ребенка).

Когда мы говорим о детях, по закону, сообщать информацию им можно только при согласии законных представителей, то есть принимают решение о том, как и когда рассказать ребенку о его здоровье родители или люди

их замещающие. (В нашей практике мы встречались с подростками, 13, 14 и 16 лет, рожденные с ВИЧ или заразившихся в процессе грудного вскармливания, принимающие терапию и не знающие о своем статусе).

Подготовка и процесс раскрытия ВИЧ статуса ребенку

Проанализировав опыт российских и зарубежных коллег[1; 4], мы смогли выработать собственный подход к раскрытию детям их положительного ВИЧ статуса. Во-первых, мы считаем, что раскрытие диагноза – это многокомпонентный процесс, состоящий из нескольких этапов. **Первый этап** подготовки ребенка к раскрытию диагноза, это подготовка воспитывающих его взрослых, просветительская работа. Мы информируем родителей о зависимости между знанием ребенка о состоянии своего здоровья, понимания важности приема терапии и влияние регулярности ее приема на его здоровье и приверженности терапии, осознании ответственности за собственное здоровье. Кроме этого, объясняется технология и этапы раскрытия статуса ребенку, важные моменты, которые могут последовать за раскрытием ему статуса. Проявляется какими возможностями поддержки семья может или уже пользуется. Важнейшие условия – совместное с родителями принятие решения о переходе на следующий этап раскрытия диагноза и присутствие законного представителя при назывании диагноза ребенку.

Первый этап может быть разным по продолжительности. Осознанное принятие решения родителем о раскрытии является решающим в принятии ребенком своего статуса. Когда законный представитель принял решение о раскрытии диагноза ребенку, начинается **второй этап**. Этот этап зависит от возраста и интеллектуального развития ребенка, может проходить как в индивидуальной, так и в групповой форме, занимать от одной-двух встреч до нескольких лет. Цель данного этапа – формирование у ребенка представлений о личностных границах, психологической и физической безопасности, условиях сохранения и поддержания здоровья. На данном этапе мы используем различные методы для формирования устойчивой самооценки, развития навыков понимания и проявления собственных эмоций и эмоций других, учим конструктивным методам отстаивания собственного мнения и т. д.

Когда ребенок освоил все навыки второго этапа, можно переходить к следующему. На **третьем этапе** информируем ребенка о функционировании иммунной системы и реакции организма на различные заболевания, в том числе вирусы. Следующий этап, **четвертый**, состоит в введении понятия о вирусах, с которыми иммунная система не может справиться самостоятельно. Рассказываем о путях передачи этих вирусов. Когда все предыдущие этапы пройдены, проводится беседа с законным представителем, на которой принимается решение о раскрытии диагноза, встреча назначается с учетом ситуации в семье и школе (нежелательно совпадение по времени с другими травмирующими событиями, хорошо, если у ребенка будет возможность

сменить обстановку после раскрытия диагноза, например, уехать с семьей отдыхать). **Пятый этап** – непосредственно беседа о диагнозе, называние его, обобщение всей обсуждаемой ранее информации, обсуждение влияния ВИЧ-статуса на жизнь ребенка, ответы на все возникшие у него вопросы. Беседа проходит при активном участии законного представителя, он может рассказать о том, кто знает о диагнозе и ответить на другие важные для ребенка вопросы. **Шестой этап** – поддержка семьи и ребенка после раскрытия диагноза. Поддержка может проходить как в индивидуальной форме, так и в группе поддержки.

Объем доклада не позволяет описать все используемые нами методы работы в процессе раскрытия диагноза ВИЧ-инфекция ребенку, в настоящее время сотрудниками БФ «Дети плюс» готовятся к публикации несколько авторских методик, для детей разного возраста по которым смогут работать как специалисты, так и родители.

В завершении хочется отметить важные принципы работы специалистов в процессе сопровождения семьи, затронутой ВИЧ-инфекцией:

1. Принцип «Не навреди». Несмотря на убеждения специалистов о разрушительном влиянии тайны в семье, важно убедиться в готовности как взрослых членов семьи, так и самого ребенка, наличии ресурсов и других условий. Преждевременное раскрытие диагноза может быть разрушительным.
2. Согласие родителей (законных представителей) письменное
3. Озвучивание диагноза в присутствии родителя (законного представителя)
4. Поддержка семьи после раскрытия диагноза.
5. Важность соблюдения конфиденциальности.

Литература

1. Раскрытие ВИЧ-положительного статуса вашему ребенку. Брошюра для родителей. Сост.: А. А. Виноградова, – Киев, 2010. – 40с.
2. «Инструмент консультирования детей, живущих с ВИЧ»
3. История Феи Витаминки. Г. Немкина, М. Савка, – UNICEF, 2009.
4. Adolescents living with HIV: developing and strengthening. Care and support services. – UNICEF, 2016.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Андреева И.В.

Сертифицированный специалист по работе с телом и движением.
piter_2008@list.ru

Фёдорова С.В.

Кандидат психологических наук, клинический психолог
info@pozitiv-lab.ru

Аннотация. В статье предпринята попытка свести воедино, формализовать и подкрепить уже существующей теоретической базой типичные трудности, субъективно переживаемые членами «особой» семьи, то есть, собственно психологические трудности семьи, в которой растет ребенок с эмоциональными, социальными, физическими или психическими проблемами. А также сделан акцент на психологическое благополучие матери особого ребенка, как основу, опору, ресурс, без которого невозможна полноценная реабилитация, коррекция, лечение и развитие такого ребенка. Во второй части статьи кратко изложены принципы, цели и задачи, программы психологической помощи матерям детей, имеющим ментальные нарушения (расстройство аутистического спектра, шизофрения и др.), разработанной на базе Семейного центра «1000 шагов». Данная информация может быть полезна для специалистов, работающих с семьями, оказавшимися в трудных ситуациях при создании собственных аналогичных программ.

Ключевые слова: Аутизм, расстройство аутистического спектра, психологическая помощь семьям детей с ОВЗ

Keywords: children with (ОВЗ – disabilities)

Основные психологические проблемы семей с особыми детьми

В наше время проблемы семей с особыми детьми стали прорабатываться достаточно активно. Тут играют роль и накопившийся опыт и, к сожалению, все более актуализирующаяся потребность в этом, сопряженная с высоким процентом рождения детей с особенностями самого различного генеза [5].

На протяжении всего жизненного цикла семья постоянно сталкивается с трудными ситуациями, которые либо объективно нарушают жизнедеятельность человека или его семьи, либо субъективно воспринимаются им как сложные и потому не могут быть преодолены самостоятельно [8, 10].

Рождение ребенка само по себе испытание семьи на прочность, даже если он самый нормативный, желанный и запланированный. Источником стресса может становиться буквально всё: необходимость привыкать к изменениям структуры самой семьи, гормональная перестройка организма матери и бушующие от этого эмоции, банальная физическая усталость ухаживающих за младенцем членов семьи и т.д., и т.п. Перинатальные психологи давно

обозначили, что с рождением ребенка, зачастую у матери актуализируются собственные травмы рождения и младенчества и ей приходится проживать их, вне зависимости от осведомленности об их наличии [2, 47].

Теперь представим, что на все эти переживания и субъективные трудности накладываются трудности объективные. В семье рождается особенный малыш. Тут семейные сценарии складываются различным образом, одну семью эти трудности сплачивают и оба родителя, а также их ближайшее окружение, мобилизуются на поиски ответа на неизбежно возникающие вопросы о причинах и возможных последствиях такого события, а также эффективной помощи и лечения. Другие семьи, напротив, разрушаются. Часто слабым звеном оказываются отцы, не готовые принять ни ответственность, ни собственные чувства по поводу рождения у них нестандартного ребенка. Реже, в описанной роли оказываются матери. Объединяет и те и другие семьи одно, сталкиваясь с реальностью рождения особого ребенка, все силы и все мероприятия, проводимые как родителями (родителем), так и помогающими медицинскими учреждениями, социальными организациями, отдельными специалистами, к которым родители ведут своего особенного ребенка, нацелены на лечение, реабилитацию, социализацию этого ребенка. Родители вынуждены забывать о своих ожиданиях, надеждах, чаяниях и погружаться в борьбу за здоровье и благополучие своих детей.

Нужды, проблемы и трудности самих родителей зачастую остаются за скобками, игнорируются, отрезаются, но, на самом деле никуда не деваются. Следует признать, что чаще всего в такой ситуации оказываются матери, попадая в ситуацию многократно усиленного напряжения, создаваемого с внешней стороны такой вот «особой» объективно существующей реальностью и собственными переживаниями и страданиями действующими изнутри.

Многие истории, рассказанные мамами особых детей, можно объединить в одну, поскольку каждая из них своими словами описывает переживание стадий острого горя. Проблемы, сопряженные с переживанием «запрещенного горя» описала шведский психолог Г. Фюр (2003), обозначив спектр психологических проблем, с которыми сталкивается каждая мама особого ребенка. В их числе чувство вины и агрессия, гнев и депрессия, погружение в горе других, на фоне которого собственное не кажется таким уж горьким или полное отрицание того, что ребенок болен, социальная изоляция, уход в болезнь, самоистязание и мысли о самоубийстве. Основная трудность проживания своих чувств родителями особых детей заключается в том, что они оказываются под запретом, психологически, социально неприемлемо скорбеть по живому ребенку, в отличие от переживания горя утраты, которое открыто и естественно. Запрещенный, сознательно подавляемый процесс не может быть завершен. Застревание на какой-либо из стадий проживания горя лишает маму, сил, трезвого взгляда на происходящее, способности быть в полноценном эмоциональном контакте со своим ребенком. Ребенок

в свою очередь, остается без крепкого тыла, чувства безопасности, теплой, спокойной и любящей мамы, в которой он так нуждается. Той мамы, которая умеет управлять своим состоянием и дает ребенку в его развитии и реабилитации последовательную и качественную поддержку [6].

Применительно к семьям с особыми детьми вырисовывается следующая картина: именно мамы принимают на себя «основной удар», как от столкновения с собственными чувствами, сопряженными с крушением всех прежних ожиданий, так и от жестко отрезвляющей действительности, в которой далеко не все, начиная с обывателей и заканчивая педагогами и даже медиками, готовы принимать и понимать нестандартного ребенка и проблемы его семьи. Если же ребенок имеет глубокие нарушения развития, то ко всему перечисленному добавляется необходимость постоянной включенности матери в происходящее с ним просто по жизненным показаниям. Надолго ли хватит сил у такой мамы? Да, любящие матери, виноватые матери, самоотверженные матери (список можно продолжать) открывают у себя и второе, и десятое дыхание. Но чем они и их дети за это платят?

Накопившееся, но тщательно скрываемое, в первую очередь, от самих себя, эмоциональное напряжение матерей может проявляться в разнообразных и неожиданных формах: скандалы «на пустом месте», неуверенность в себе, потеря надежды, повышенная утомляемость, негативный настрой, опустошенность, бессонница, то есть в том, что называют хроническим стрессом, депрессией, выгоранием.

Зачастую понятие «стресс» используется как синоним целого ряда физиологических, эмоциональных, поведенческих, психических и интеллектуальных реакций человека в трудных условиях, но, в первую очередь стресс – это крайняя степень психической напряженности.

Классическая динамика развития стресса (Г. Селье) предполагает, что организм человека последовательно усиливает свои реакции, направленные на приспособление к изменившимся условиям. От стадии мобилизации резервов и активизации защитных сил организма, до стадии истощения и нарушения механизмов регуляции и защиты. Стадии истощения соответствуют явления, описанные как «синдром выгорания», для которого характерно наличие необратимых изменений в организме и истощенность физиологических и личностных ресурсов без возможности их адекватного восстановления [5].

Важное проявление стрессовых симптомов – это постепенно нарастающее недовольство собой, уменьшение чувства личной успешности, развивающиеся безразличие и апатия, уменьшение ощущения ценности своей деятельности. Во многих исследованиях отмечается, что именно личностные ресурсы, осознание собственной ценности, в значительной степени позволяют даже в условиях фрустрационной напряженности сохранить психологическую устойчивость, соразмерно учитывать собственные потребности и требования окружения, соотносить и верно оценивать

немедленные результаты и отсроченные последствия тех или иных своих действий [1].

Возвращаясь непосредственно к нашей теме, можно сказать, что противостоять постоянно действующему стрессу, сохранять адаптивное поведение, не разрушаться от собственных негативных чувств гораздо больше шансов у тех матерей особых детей, которые смогли сохранить способность пополнять свои личные ресурсы, заботится о себе, которые способны осознать, что их каждодневный труд, направленный на развитие, реабилитацию их особенного ребенка, может не давать сиюминутных плодов, но – это точно не напрасный труд, а вклад, который следует оценивать в долгосрочной перспективе.

Среди эффективных способов поведения человека в трудной жизненной ситуации, выделяют такие как:

- обращение за помощью к другим людям, включенным в данную ситуацию или обладающим опытом разрешения подобных проблем;
- изменение своего отношения к проблемной ситуации, ее переосмысление;
- изменения в себе самом, в системе собственных установок и привычных стереотипов;
- развитие навыков управления своим состоянием для снижения напряженности, формирование стрессоустойчивости [3].

Цели и задачи программы помощи мамам особых детей «Солнышко для мамы»

Решая проблему выбора методов помощи матерям особых детей, мы опирались на приведенные выше теоретические данные и опыт исследователей в интересующей нас области. Мы остановились на формате групповых встреч, дополняемых по необходимости индивидуальными консультациями или пролонгированным психотерапевтическим сопровождением, в зависимости от актуальных потребностей участников группы. Формат групповых встреч не директивен, но все же имеет четкую тематическую направленность, что позволяет её участникам мягко и экологично войти в групповое взаимодействие и примерить к себе актуальность индивидуальной психологической помощи.

Групповое взаимодействие решает проблему часто встречающегося у членов семьи с особыми детьми чувства изолированности и ощущения исключительности, а вследствие этого отношение к трудностям и переживаниям, с которыми они столкнулись, как к непреодолимым. Мы создаем пространство, где в безопасной среде можно поделиться своими чувствами, услышать истории, похожие на собственную, но в то же время уникальные. Такие условия и внимание уже сами по себе способны оказывать позитивное воздействие на эмоциональное состояние участников группы.

Далеко не все мамы могут говорить о своих чувствах и делиться своей историей, поэтому в группе ведущие опираются не только на вербальные техники, принципы и приемы нарративного и гуманистического подходов, но также используют инструменты интегрально-соматического (embodiment) подхода, техники танцевдвигательной и арттерапии. Основные задачи, помимо облегчения состояния эмоционального напряжения и профилактики выгорания – это освоение техник самопомощи в острых эмоциональных и стрессовых ситуациях и саморегуляции, поиск и подбор индивидуального, доступного способа восполнения внутреннего ресурса.

Глобальная цель группового взаимодействия, а также сопровождающего индивидуального консультирования – это помощь в обретении способности обращаться за психологической помощью, адаптации к новым «особым» условиям собственной жизни и жизни своей семьи, принятие мамой самой себя, признания собственных чувств, понимания ограничений как новых возможностей и через это принятие своего особого ребенка. Индивидуальный формат психологической помощи и интегрально-соматических практик предлагается как дополнение к групповому, для решения более частных задач в зависимости от запросов участников группы, а также как обеспечение возможности получить помощь тем, для кого работа в группе может оказаться неприемлемой.

В заключение, несколько слов о ведущих группы. Ведущие выбирались не только по принципу необходимого психологического образования, профессиональной квалификации и опыта работы, но и по принципу знания проблемы изнутри.

Мы, авторы данной статьи и разработчики программы поддержки матерей особых детей «Солнышко для мамы», сами являемся мамами особых детей и имеем опыт позитивного преодоления собственных трудностей, связанных с такими особыми обстоятельствами нашего материнства. Наш опыт позволяет не только «говорить на одном языке» с участницами группы, обеспечивая необходимую для эффективного группового процесса атмосферу доверия, но и оказывать более точную, более полную поддержку, нуждающимся в ней.

Литература

1. Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах, // Журн. Невропат. и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1994. – №6. – С.38–43
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. 2-е издание, переработанное и дополненное. – СПб.: Питер, –2015. – 352 с.
3. Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. – М.: Академия, – 2005. – 288 с.



4. Оксфордский толковый словарь по психологии / под ред. А. Ребера, 2002. [Электронный ресурс].– Режим доступа: vocabulary.ru
5. *Селье. Г.* Стресс без дистресса. общая редакция Е.М. Крепса Москва «Прогресс» 1982, 125 с.
6. *Суханова Л.П.* Перинатальные проблемы воспроизводства населения России в переходный период. М., «Канон+ Реабилитация»,– 2006.– 272 с.
7. *Фюр Г.* «Запрещенное» горе. Минск: Минсктиппроект,– 2003.– 64 с.
8. *Эйдемиллер Э. Г., Добряков И.В., Никольская И.М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 2-е, испр. и доп.– СПб.: Речь,– 2006.– 352 с.

РАБОТА ПСИХОЛОГА С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ РЕБЕНКА С АУТИЗМОМ

Галинская Н.А.

Аспирант кафедры психологии
филологического факультета ГОУ ВПО
«Донецкий национальный университет»
педагог-психолог высшей категории
galin.natasha@yandex.ru

Аннотация. В статье описаны основные шаги работы психолога с семьями, воспитывающими ребенка с аутизмом, что может быть использовано специалистами психологической службы в работе с семьями данной категории в системе образования, а также другими специалистами.

Ключевые слова: аутизм, детский аутизм, замкнутость, нарушение коммуникации, психологическое сопровождение

Keywords: autism, children's autism, isolation, communications infringement, psychological support

В последние годы увеличивается количество детей с особенностями развития. К одним из наиболее часто встречающихся расстройств выступают расстройства аутичного спектра. Количество детей с различными расстройствами аутичного спектра стремительно увеличивается. Что делает данную проблематику наиболее актуальной и популярной.

Аутизм, сложное психическое расстройство, – возрастающая мировая проблема. В США она уже приобрела формы эпидемии. Ученые считают, что от раннего детского аутизма («Аутичность», от греческого – «сам») страдает каждый сотый человек.

Для аутизма характерно аномальное развитие всех областей психики: интеллектуальной и эмоциональной сфер, восприятие, внимания, моторики, речевого развития и памяти.

В различных источниках аутизм обозначают как диагноз, заболевание, синдром, расстройства развития. Выделяют ранний детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Ретта, гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и двигательными стереотипиями, синдром Аспергера.

Ранний детский аутизм – это отклонение в психологическом развитии ребенка, главным проявлением которого является нарушение общения ребенка с окружающим миром. Причины возникновения аутизма в настоящее время до конца не исследованы. Большинство авторов относят к ним нарушение внутриутробного развития и болезни раннего детства. У аутичных детей чаще обычного наблюдаются мозговые дисфункции. Аутизм нередко сочетается с другими психическими расстройствами.

К причинам детского аутизма относят:

- нарушения на уровне генов, молекул, хранящих в себе информацию о том, как должен формироваться и развиваться человеческий организм;
- результат взаимодействия генетических факторов и факторов среды, в которой развивается ребенок;
- экология;
- нарушение внутриутробного развития плода, инфекции и некоторые лекарственные средства, продукты с ГМО принимаемые матерью во время беременности.

Внешние проявления синдрома детского аутизма следующие:

- предельное одиночество ребенка, снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации. Характерные трудности установления глазного контакта;
- стереотипность в поведении, связанная с напряженным стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизни; сопротивление малейшим изменениям в обстановке; поглощенность однообразными действиями – моторными и речевыми: раскачивание, потряхивание руками;
- особая характерная задержка и нарушение развития речи, прежде всего ее коммуникативной функции.

Аутичный ребенок замкнут, большую часть времени проводит сам с собой, не проявляет интереса ни к чему, кроме предметов, задействованных в стереотипной игре. Склонен к жестко заданным программам, устраивает истерику, если что – то делается не так, как он хочет, часто совершает какие-то движения руками; избегает обычных телесных прикосновений. Избегает контакта глазами, с трудом концентрирует внимание или, наоборот, целиком уходит в какую-то игру.

Быстрое увеличение детского аутизма ставит перед специалистами задачу в специфике оказания психологической помощи семье в которой появляется такой ребенок.

Работая с такими детьми и семьями, в которой воспитывается ребенок с аутизмом можно выделить несколько основных проблем, которые усложняют процесс оказания помощи и психологического сопровождения. Одна из основных проблем это – недостаточная осведомленность родителей о диагнозе своего ребенка. По разным причинам психиатры устанавливая диагноз ставят шифр в карту, не давая четкого объяснения или сухо сообщают о диагнозе как приговоре, что у родителей формирует ложные ожидания и перспективы или страх, вину, непринятие, стыд. И в настоящее время непонятно кто должен корректно и реалистично предоставить родителям полную информацию об особенностях развития их ребенка.

Безусловно, адекватная, квалифицированная информированность родителей об особенностях развития ребенка, постановка проблемных вопросов развития и дальнейших шагов их решения со стороны специалистов являет-

ся профилактикой и гарантом снижения тревоги, неопределенности, страха, чувства вины,

Из вышесказанного вытекают первые основные шаги работы психолога с семьей воспитывающей ребенка с особенностями развития в частности с расстройствами аутичного спектра. Первое с чего необходимо начать с принятия реальной данности родителями, с принятия своего ребенка таким какой он есть. Второе это снижение чувства стыда и вины у родителей, с того что в случившемся нет виноватых и явных причины, а это их жизненное испытание которое они как родители должны достойно пройти и они в силах с этим справиться и преодолеть. Третий шаг немало важный это формирование реалистичных ожиданий у родителей, активизация внутренних ресурсов для преодоления трудностей и постановка основных задач, таких как адаптация, социализация, развитие ребенка. Это наиболее содержательный шаг, от которого будет зависеть эффективность дальнейшей работы. Без реалистичности в ожиданиях невозможно двигаться дальше, родители должны трезво осознавать, что их ребенок будет особенным, не таким как все до конца жизни, и он нуждается в особом подходе, и никакой специалист ситуацию не изменит, а лишь поможет определиться в постановке основных задач и в их достижении. А основная роль лежит на их плечах, плечах самих родителей, за них не кто не сможет дать того внимания, заботы, любви, реализовать поставленные задачи и только их терпение, уверенность, целеустремленность и усилия помогут достичь результатов в воспитании и развитии их ребенка.

Далее работа предполагает привлечение различных специалистов для оказания комплексной и эффективной помощи не только семье, но и ребенку в частности. Сотрудничество родителей с психиатром, неврологом, психологом, дефектологом и педагогом, прислушивание и выполнение рекомендаций различных специалистов выступает гарантом в позитивном исходе.

Дальнейшая работа по психологическому сопровождению семьи не имеет четких шагов, она строится индивидуально и носит поддерживающий характер в преодолении поставленных задач и каждодневных трудностей. Акцент переходит на работу с ребенком. Это установление доверительных отношений, сопровождение адаптационного периода ребенка, помощь в ведении ребенка в детский коллектив и мониторинговое сопровождение развития ребенка.

Ребенок, посещающий образовательное учреждение, большую часть времени находится с дефектологом и воспитателем. Поэтому роль воспитателя и дефектолога в формировании навыков взаимодействия аутичного ребенка с взрослыми и сверстниками особо важна. Чтобы по – настоящему помочь ребенку, надо верить, что можно сделать многое: понять ребенка, принять его таким, какой он есть, увидеть его сильные личностные качества и достоинства и, учитывая его особенности, помочь приспособиться к миру.

Лучшим помощником по выявлению аутичных детей будет личный опыт общения с детьми, терпение и умение наблюдать. Природу этого явления до сегодняшнего дня досконально не изучено, как с ним бороться также никто достоверно не знает. Аутизмом сейчас называют все, чему не обнаружилось объяснение.

Литература

1. Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития/ Сост. и Общая ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2002. – 352с.
2. *Баенская Е.Р.* Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием: младший дошкольный возраст. Альманах института коррекционной педагогики РАО. – 2001, № 4. – 78с.
3. *Баенская Е.Р., Никольская О.С., Лилинг М.М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: – Центр традиционного и современного образования «Теревинф». – 1997. – 212с.
4. *Башина В.М.* Ранний детский аутизм. // Материалы сервера <http://autist.narod.ru/bashina>.НТМ.
5. *Лебединский В.В.* «Нарушения психического развития у детей»Москва 2010 г.– 196с.
6. *Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* «Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция»Москва 2000 г.– 321с.
7. *Орпик Н.И.* Ранний детский аутизм.// Сургутский государственный университет. // Материалы сервера <http://psychology.ru/lomonosov/tesises/in.htm>.

ОСОБЕННОСТИ СТИЛЕЙ ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДАУНА

Гарифуллина А.Д.

Студентка 3 курса факультета клинической и специальной психологии
Московского государственного психолого-педагогического университета
alia051196@gmail.com

Аннотация. В данной статье представлены результаты теоретического исследования проблемы воспитания детей с синдромом Дауна, выделены стили воспитания детей с особенностями развития, рассмотрены основные факторы построения взаимоотношений в семье ребенка с синдромом Дауна и практическое использование исследований по данной проблеме.

Ключевые слова: синдром Дауна, стили воспитания, кейс-метод
Keywords: Down syndrome, parenting styles, case-study

Существует тенденция по увеличению синдрома Дауна, характеризующегося наличием физиологических патологий и психических отклонений. На данный момент частота данного заболевания приравнивается к 1 случаю из 700 [3]. Наблюдаемая тенденция увеличения синдрома Дауна отражает огромную потребность в определении предрасположенности к рождению ребенка с синдромом Дауна, так как такой ребенок может родиться в любой семье.

На сегодняшний момент, точные статистические данные отсутствуют, так как сбор данных по статистике данного заболевания был проведен Минздравом РФ с 2009 по 2014 год. До этого времени синдром Дауна рассматривался в совокупности с другими заболеваниями. На данный момент сбор данных не проводится. Тем не менее, можно предположить, что данная тенденция связана с возрастом матери. Зависимость возраста матери от вероятности рождения ребенка с данной патологией является достоверным фактом [3]. Увеличение среднего возраста материнства, связанное с нормами современной жизни, ведет к статистическому увеличению заболевания. Данная проблема подводит к необходимости расширения и развития опыта оказания всесторонней помощи семьям, попавшим в трудную жизненную ситуацию по воспитанию ребенка с особенностями развития. Возникает потребность многостороннего глубокого анализа и теоретического исследования всех нерешенных вопросов в данной области для дальнейшего формирования рекомендаций специалистов, практических воздействий по оказанию помощи таким семьям. Основная цель заключается в накоплении материала, позволяющего создать условия достаточные для возникновения возможности семей воспитывать и развивать ребенка полноценно как по отношению к самому ребенку, так и ко всем членам семьи. В перспективе станет возможным решение проблемы отказа семьи от ребенка, распада се-

мы как системы по причине трудностей воспитания такого ребенка и социализации людей с особенностями развития в общество для их дальнейшей самостоятельной жизни.

Существует определенный свод данных, касающихся психологических особенностей семей, воспитывающих ребенка с особенностями развития. Имеющиеся исследования в большинстве своём изучают психологические особенности семей, в том числе особенности стилей воспитания, группируя семьи не по конкретным заболеваниям, а по определенным классификациям психического дизонтогенеза [9]. Тем не менее, каждое заболевание имеет свои специфические формы воздействия на психологию семьи. Синдром Дауна является достаточно распространенным заболеванием, и отдельное изучение психологических свойств семьи остаётся актуальным действием, позволяющим получить конкретные теоретические данные. Исследование стилей воспитания является необходимым, так как именно семейное воспитание формирует личность ребенка и его способность к дальнейшей самостоятельной жизни. На данный момент насущной проблемой является то, что родители не знают, как адаптироваться к особенностям своего ребенка [13].

В настоящее время семейная психология активно занимается проблемой детско-родительских отношений, в частности проблемой воспитания. Количество детей с особенностями развития возрастает, в связи с чем возрастает потребность в профессиональной помощи таким семьям. На данный момент было исследовано и выделено множество классификаций стилей воспитания. Каждый автор опирается на определенно выбранную им самим классификацию в зависимости от целей своего исследования и тех характеристик, которые, по его мнению, являются базовыми для полноценного развития личности ребенка. Стили воспитания могут быть рассмотрены с позиции отдельного родителя (С. Броди) или по критериям взаимоотношения обоих родителей с ребенком (Д. Элдер, Е.С. Шефер, П. Слатер, В. Шутц, Е.Е. Маккоби). С другой стороны, важным разграничением стилей воспитания является их соотнесение по норме и патологии. Большинство существующих классификаций относятся к семьям с нормативно развивающимся ребенком (Д. Боумринд, С. Броди, Ж. Келлерхальс, К. Монтадон, А. Клеманс, А.Г. Сагатовская, А.В. Петровский, А.И. Захаров, В.С. Мухина и др.), в то время как исследований по стилям воспитания детей с особенностями развития гораздо меньше (В.И. Гарбузов, Э.Г. Эйдемиллер, С.Ю. Рубинштейн, И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева и др.). Критерии выделения стиля воспитания или позиции родителя и ребенка в таких семьях будут отличаться от нормативных семей. Каждый родитель выстраивает свои отношения с ребенком по ряду факторов. Основными из них являются опыт собственного воспитания, опыт общения с детьми, социальное положение и гендерное различие как по отношению к родителю, так и к ребенку [20]. В семье ребенка с особенностями развития данные

факторы являются недостаточными и отходят на второй план, в то время как на первый план выступают физические и психические особенности ребенка. Воспитание любого ребенка базируется на формировании родительской позиции [4]. Было выявлено, что среднее время, необходимое матери для принятия ребенка с синдромом Дауна варьируется в диапазоне от 6 месяцев до 2 лет [21]. Данное явление будет сказываться отрицательно на формировании личности ребенка, так как будут нарушены его базовые потребности в любви, заботе и безопасности. Большинство выделенных стилей воспитания детей с особенностями развития включает в себя стиль «отчуждение» (С.Ю. Рубинштейн, И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, И.Н. Галасюк). В работах С.Ю. Рубинштейн выделено, что основной воспитательной проблемой для родителей становится определение меры строгости по отношению к ребенку с умственной отсталостью. В воспитании таких детей преобладают две крайности: родители либо слишком сильно о них заботятся, либо наоборот третируют их из-за неспособности делать что-то лучше, быстрее и т.д.[15]. Отчуждение родителей от ребенка может быть связано с неспособностью ориентироваться в его психических и физических возможностях, что является на данный момент ведущей проблемой воспитания детей с особенностями [13]. Значительная работа по стилям воспитания была проведена В.В. Ткачевой и И.Ю. Левченко. Авторы выделили девять типов неправильного воспитания детей общие для семей, воспитывающих детей с особенностями развития: гиперопека, противоречивое воспитание, воспитание по типу повышенной моральной ответственности, авторитарная гиперсоциализация, воспитание «в культе» болезни, модель «маленький неудачник», гиперопека и отвержение [17]. Данные стили выделены на основе неадекватности требований, предъявляемых родителями возможностям ребенка. В данной классификации, как и вышеуказанных работах имеет место стиль «отчуждения». Существующие на данный момент исследования по стилям воспитания детей с особенностями развития, или в целом относятся к детям с психическими отклонениями в развитии, или выделены по определенному проявлению данного отклонения, например интеллектуальная недостаточность, к которой можно отнести семьи детей с синдромом Дауна [9,12,17]. На основе данных исследований, можно сделать вывод, что для воспитания детей с данным заболеванием характерно отчуждение от своего ребенка, а родительская установка базируется на отрицательных эмоциях, игнорировании ребенка и отказе от общения с ним [4]. Все выделенные стили воспитания имеют одну общую тенденцию: родители не соотносят свои требования и ожидания с психическими и физическими возможностями ребенка.

Рассматривая семьи с нормативно развивающимся ребенком по какому-либо стилю или с патологией развития, специалист-психолог имеет различные практические цели. В отношении детей с особенностями психического развития первоначальной задачей становится соотнесение

способ воспитания с психическими особенностями и возможностями ребенка, а затем воспитание его личности, способной к социальной жизни в обществе [13].

Таким образом, первоначально родители должны опираться на физические возможности и способности своего ребенка. Характерная внешность является паттерном для многих родителей стесняться своего ребенка, стараться не появляться с ним в обществе. Данный феномен может быть связан с личностными особенностями самих родителей, тем обществом, в котором они живут и отношением близких людей к ребенку. В исследованиях было показано, что родители таких детей, имеющие поддержку со стороны своих родителей, относятся к своему ребенку более позитивно [4]. На данный момент проводится достаточно много мероприятий, направленных на разрушение стереотипного негативного отношения к детям и взрослым с особенностями развития. Синдром Дауна также включает в себя множество психических отклонений в развитии: позднее возникновение комплекса «оживления», интеллектуальная недостаточность, недоразвитие речи, сниженная слухоречевая память, задержка развития моторных навыков [3]. Большинство исследований выделяют основные проблемы в восприятии и воспитании ребенка в его интеллектуальном развитии и формировании его речи [6, 14, 18]. Для детей с синдромом Дауна характерна легкая или средняя степень умственной отсталости. Интеллектуальное развитие в среднем достигает семилетнего возраста. Временные характеристики и выраженность протекания процесса развития, характерные для нормативных детей, в виде способности ходить, говорить, мыслить являются в данном случае непрактичными. Интеллектуальное недоразвитие при синдроме Дауна связано с физиологией строения головного мозга, в связи с чем попытки родителей стимулировать развитие ребенка своими завышенными требованиями будут непродуктивными [3]. По И. Ю. Левченко и В. В. Ткачевой к неспособности учитывать интеллектуальные возможности ребенка относятся три типа воспитания: воспитание по типу повышенной моральной ответственности, авторитарная гиперсоциализация и модель «маленький неудачник» [17]. Все выделенные стили воспитания являются негативными. Существует множество исследований и программ развития интеллектуальных способностей, основой которых является своевременность [1, 6, 18]. Родителям в данном случае следует правильно понимать понятие прогресса в развитии ребенка в рамках его болезни. Второй психической особенностью, влияющей на взаимоотношения ребенка и родителей, является активная речь ребенка. Для детей с синдромом Дауна характерен слабый мышечный тонус губ и лица, а также сниженная слухоречевая память [3]. В исследовании Ю. А. Разенковой и Е. Б. Айвазян было выявлено, что матери воспитывают своих детей по принципу доминирования. Они задают вопрос ребенку, но не ждут ответа. В связи с чем, экспрессивная речь не развивается, а во взаимоотношениях с родителями ребенок занимает пассивную роль [14]. Тем не менее, специ-

алисты выделяют определенные области психического развития детей с синдромом Дауна, опираясь на которые, родители выстроят плодотворные, доверительные отношения с ребенком и способствуют его развитию для дальнейшей социализации в обществе [18]. Для этого родителям будет необходимо освоить новые способы общения с ребенком, отличные от традиционных: сведение к минимуму фонового шума при общении с ребенком, постоянное установление зрительного внимания, осваивание слов с помощью картинок, использование игр, требующих очередности и т.д. [18].

Проблема воспитания в семье ребенка с синдромом Дауна заключается также и в неосознанности. На данный момент психологи-практики активно используют кейс-метод, в частности видео-кейсы, при работе с родителем. Кейс-метод – анализ единичного случая – широко используется зарубежными психологами с прошлого столетия в целях аналитического рассмотрения изучаемой проблемы [8,16]. Видео-кейсы включает в себя запись общения родителей, или одного из родителей, и ребенка. При работе с родителями ребенка с синдромом Дауна, данная форма психологической помощи позволяют увидеть родителю себя со стороны. Психолог посредством данной записи может указать какие сигналы ребенка, связанные с особенностью его развития, родитель проигнорировал, неправильно или правильно воспринял.

В настоящее время проблема помощи семьям, воспитывающих детей с особенностями развития, является актуальной во всём мире. Существует множество фондов поддержки семей по оказанию им всесторонней помощи, проводятся различные пропагандирующие мероприятия, обучаются и выпускаются специалисты самых разных областей. Тем не менее, в России еще не достигнут высокий уровень как теоретической подготовленности специалистов, так и практической [8]. Исследования проводимые в области детско-родительских отношений не раскрывают все поставленные вопросы. По заболеванию синдром Дауна на данный момент остро ощущается нехватка узкоспециализированных и практикоориентированных отечественных и зарубежных работ. Освещение проблемы воспитания детей с синдромом Дауна происходит в рамках понятия «особенности развития» или «интеллектуальная недостаточность», то есть в купе с другими заболеваниями, в то время как каждое из них несет за собой специфический набор физических и психических отклонений, требующих специфической помощи [4,9]. Данный способ исследования приводит к обобщению полученных данных на все семьи, воспитывающих детей с особенностями развития, не учитывая само заболевание. Исследования в данной области позволяют накопить достаточное количество теоретического материала, для выявления общих закономерностей и предоставят возможность сделать валидные и надежные выводы. Лонгитюдные исследования стилей воспитания детей с синдромом Дауна позволяют показать влияния конструктивного стиля воспитания на рост и развитие ребенка. Также, психологические особенности семьи как

системы позволяют выявить не только типы неправильного воспитания, но и факторы, которые лежат в их основе. Собранные данные могут послужить теоретической основой для построения программ помощи в семейной психотерапии и в психокоррекции.

Литература

1. *Бакли С.* Как научить математическому мышлению? // Синдром Дауна: 21 век, 2009, № 1.
2. *Бодалёв А.А., Столин В.В.* Семья в психологической консультации. – М.: Педагогика, 1989. – 208 с.
3. *Валитова И.Е.* Специальная психология [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/1725919/>
4. *Галасюк И.Н.* Особенности родительских позиций в семье с умственно отсталым ребенком // Клиническая и специальная психология 2014, № 2.
5. *Галасюк И.Н., Краснова О.В., Шинина Т.В.* Психология социальной работы: учебник; под ред. Красновой О.В. – Москва: Дашков иК°, 2013. – 302 с. (Галасюк И.Н. – С. 84–184, 212–243).
6. *Грозная Н.С.* Ранняя помощь. Современное состояние и перспективные направления развития // Синдром Дауна: 21 век, 2013, № 2.
7. *Диксон У.* Двадцать великих открытий в детской психологии. – 2-е международное издание. – СПб.: прайм – ЕВРОЗНАК, 2007. – 448 с.
8. *Живица О.В.* Анализ подходов к подготовке профессиональных психологов в рамках обучения студентов в вузе // Наукоеведение 2015, Том 7, № 2.
9. *Красильникова Е.Ю., Никольская И.М.* Психологические характеристики семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического развития // Клиническая и специальная психология, 2012, № 4.
10. *Кузьмишина Т.Л., Амелина Е.С., Пермякова А.А., Хохлова Е.А.* Стили семейного воспитания: отечественная и зарубежная классификация // Современная зарубежная психология, 2014, № 1, с. 16–25.
11. *Мухина В.С.* Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. – 4-е издание, стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 456 с.
12. *Ноздрунова Е.Н., Сорокина В.М.* Психосемантика родительского поведения в условиях воспитания детей с интеллектуальными недостатками // Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья, 2011.
13. *Одинокова Г.Ю.* Выявление и преодоление неблагополучия в развитии общения матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна: Автореф. дис. на соискание ученой степени кандидата наук. – Москва: ФГБНУ «ИКП РАО», 2015.

14. Разенкова Ю.А., Айвазян Е.Б., Иневаткина С.Е., Одиноква Г.Ю. Материнство: восприятие себя и ребенка // Синдром Дауна: 21век, 2009, № 1.– С. 10–17.

15. Рубинштейн С.Ю. Психология умственно отсталого школьника.– 3-е издание.– М.: Просвещение, 1986, 192 с.

16. Северова Е.А., Охалкин А.С., Кошелева Г.Я. Использование кейс-метода в преподавании психиатрии и медицинской психологии // Смоленский медицинский альманах 2016, № 2.

17. Ткачева В.В., Левченко И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии.– М.: Просвещение, 2008.

18. Хьюз Д. Развитие речи и навыков коммуникации // Синдром Дауна 21 век 2013, № 2.

19. Шинина Т.В. Социально-психологические проблемы современной российской семьи // Интеллектуальный и научный потенциал XXI века: сборник статей Международной научно-практической конференции, 1 февраля 2016 г.: [в 4 ч.]/ Научно-изд. центр «Аэтерна»; [отв. ред.: Сукиасян Асатур Альбертович].– Уфа: Аэтерна, 2016.– С. 159–163.

20. Шнейдер Л.Б. Основы семейной психологии.– Издание 2–е, стереотипное.– Москва: Издательство Московского психолого–социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2005.– 928 с.

21. Shur-Fen Gau S., Chiu Y., Soong W., Lee M. Parental characteristics, parenting styles, and behavioural problems among Chinese children with Down syndrome, their siblings and controls in Taiwan // Elsevier and Formosan medical association vol. 107, 2008, № 9.– С. 693–703.

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ,
ПОПАВШИХ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ**

Материалы I международной
научно-практической конференции

Верстка
Александр Шимчук

Подготовлено в печать
КМК Media Group

Подписано в печать 9.02.2016
Формат 60х90/16. Объем 10 усл. печ. л.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Тираж 300 экз.





www.englishnursery.ru
family@englishnursery.ru