

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ



**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования города Москвы
«МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**



**ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ ДЕТЕЙ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ
СИТУАЦИИ: ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ,
РЕАБИЛИТАЦИИ, СОПРОВОЖДЕНИЯ**

МАТЕРИАЛЫ

I Международной научно-практической конференции



14-15 ноября 2013 года

Москва

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования города Москвы
**«МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

Лаборатория
«Психолого-социальные проблемы профилактики и сиротства»



**ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ ДЕТЕЙ В ТРУДНОЙ
ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ: ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ПРОФИЛАКТИКИ, РЕАБИЛИТАЦИИ, СОПРОВОЖДЕНИЯ**

Сборник научных статей



Москва-2013

ББК 88.8

П 86

Психическая депривация детей в трудной жизненной ситуации: образовательные технологии профилактики, реабилитации, сопровождения. Сборник научных статей./Ред: В.Н. Ослон, Е.В. Селенина.-М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. - 213 с.

Сборник подготовлен к I Международной научно-практической конференции «Психическая депривация детей в трудной жизненной ситуации: образовательные технологии профилактики, реабилитации, сопровождения» 14-15 ноября 2013 года в Московском городском психолого-педагогическом университете (г.Москва) в рамках реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы. В сборнике обсуждаются результаты мультдисциплинарных научных исследований в области психической депривации и привязанности детей, оригинальные теоретико-методологические подходы к исследованиям. Особое внимание уделено профилактике девиантного родительства, а также комплексной реабилитации детей в трудной жизненной ситуации. Представлены технологии социально - психологического сопровождения семьи с биологическими и (или) приемными детьми. Описаны различные модели подготовки детей-сирот и молодых людей из их числа к самостоятельной жизни, родительству.

Для специалистов социальной сферы, педагогов учреждений общего, профессионального и дополнительного образования, преподавателей вузов, научных работников – для всех, чья профессиональная деятельность и круг научных интересов связаны с изучением проблем психологии детей в трудной жизненной ситуации, оказанием им комплексной помощи, реабилитацией, организацией сопровождения детей и молодых людей уязвимых категорий, а также их биологических и замещающих семей, образовательной подготовкой кадров.

ISBN 978-5-94051-142-0

©ГБОУ ВПО МГППУ, 2013

Содержание

I.

Научные исследования в области психической депривации и привязанности

Козловская Г.В.

Психическая депривация и ее психогенная роль в нарушениях психического развития и формирования личности у детей в возрастном аспекте 7

Савкова Е.А.

Семейная идентичность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей 14

Котляров В.Л.

Возрастной аспект клинико-психологических корреляций у детей и подростков из условий монотонии 17

Платонова Н.В.

Особенности психических нарушений у детей в возрастном аспекте при перманентном сексуальном насилии 20

Евстратова Ю.В.

Исследование мотивации приема ребенка у кандидатов в замещающие родители 26

II.

Комплексная реабилитация детей в трудной жизненной ситуации

Созинова М.В.

Потенциал детской субкультуры в деятельности специалиста социальной работы с детьми из неблагополучных семей 29

Марголина И.А.

Физическое насилие в раннем детском возрасте и его последствия для психического здоровья в возрастной динамике 35

Канаян В.А.

Инновационные социальные технологии работы с несовершеннолетними и молодежью: от апробации и внедрения к образованию (на примере СПб ГБУ «КОНТАКТ») 39

Пономаренко А.А.

Преодоление установки жертвы как одно из условий повышения качества жизни социально незащищенных лиц молодого возраста 46

Панков Д.Д., Ковригина Е.С., Петровичев В.С., Аксенова Н.С., Гордеева З.В.

Мониторинг нарушений осанки и физиологического статуса у детей и подростков с ОВЗ. 50

Назарова И.Г.

Реабилитация воспитанников детских домов, находящихся в конфликте с законом 55

III.

Профилактика девиантного родительства

Калинина М.А., Баз Л.Л.

Психосоциальные факторы риска соматоформных расстройств детско-подросткового возраста. 58

Масленникова Е.С.

Реабилитация родителей детей, рождённых маловесными. 61

Кремнева Л.Ф.

Нарушения материнского поведения и его последствия для психического здоровья детей 69

Проселкова М.О.

Клинические проявления депривационного «синдрома сиротства» у детей раннего возраста	73
<i>Добряков И.В.</i>	
Дифференцированный подход к дородовой подготовке беременных женщин с различными формами умственной отсталости	79

IV.

Психосоциальное сопровождение семьи с биологическими и (или) приемными детьми

<i>Ослон В.Н.</i>	
Эколого - динамический подход как методологическое основание к психологическому сопровождению замещающей семьи	85
<i>Шульга Т.И.</i>	
Особенности сопровождения замещающих семей с детьми разного возраста	91
<i>Шульга Т. И., Татаренко Д.Д.</i>	
Психологические особенности подростков, не имеющих опыта жизни в семье	97
<i>Суханова И.В.</i>	
Модель подготовки и психосоциального сопровождения замещающих семей	99
<i>Шубина А.С.</i>	
Подготовка ребенка к устройству в замещающую семью как необходимое условие эффективного преодоления социального сиротства	103
<i>Горохова И.В., Фатина Е.А.</i>	
Специфика технологий профессиональной подготовки социальных педагогов к работе с замещающей семьей	110
<i>Русаковская О.А.</i>	
Судебно-психиатрическая экспертиза родителей, страдающих психическим расстройством.	117
<i>Перелякина Н. Л.</i>	
Из Детского дома - в семью.	121
<i>Басин М.А., Хаидов С.К.</i>	
Иждивенческая позиция личности маргинальной женщины, находящейся в трудной жизненной ситуации как негативный фактор социализации ребенка	125
<i>Денисова Г.З.</i>	
Медитация «Зеленая горошина» для развития внимания школьников	134
<i>Черничкина Ю. Д.</i>	
Педагогическое сопровождение детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС	139

V.

Сопровождение детей и молодых людей уязвимых категорий в различных условиях социализации

<i>Нестерова А.А.</i>	
Жизнеспособность личности как условие снижения факторов риска в развитии детей и подростков	143
<i>Крючкова Л. Л.</i>	
Жизнестойкость выпускников детских домов	149
<i>Быкова С. Т.</i>	
Обучение математике детей, находящихся на лечении в больнице	154
<i>Кольтинова В.В.</i>	
Психическая депривация детей в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	158
<i>Яковлева Т. Д.</i>	
Модель программы формирования гражданско-патриотического образования субъектов социального пространства детского дома	163
<i>Бобылева И.А.</i>	

Сопровождение как технология индивидуализации социально-педагогической поддержки детей, оставшихся без попечения родителей <i>Васильева К. Е.</i>	170
Эмоционально-волевое развитие детей дошкольного возраста, оставшихся без попечения родителей. <i>Селенина Е.В.</i>	178
Подготовка молодых мам из числа детей-сирот к трудоустройству после декретного отпуска (Из опыта работы некоммерческого благотворительного фонда «Надежда») <i>Семья Г.В.</i>	180
Сопоставительный анализ результатов адаптации детей-сирот при национальном и международном усыновлении <i>Ослон В.Н., Селенина Е.В.</i>	185
Особенности социально-трудовой адаптации выпускников – сирот на первом рабочем месте <i>Коблик Е.Г.</i>	199
Проектная деятельность детей как ресурс социальной адаптации воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	206
<i>Сведения об авторах</i>	210

I.

Научные исследования в области психической депривации и привязанности

Козловская Г.В.

Психическая депривация и ее психогенная роль в нарушениях психического развития и формирования личности у детей в возрастном аспекте

Психическая депривация как психологический и социальный феномен весь XX век и текущую современность привлекает активное внимание ученых разных специальностей, хотя история научного и практического понимания этого явления уходит в далёкое прошлое. Известно, что еще в средневековых летописях имеются сведения о трагических последствиях психической депривации на физическое и психическое здоровье человека (Й. Лангмейер). Существует и немало художественных вымыслов на эту же тему (Маугли, Тарзан, Золушка и др.).

Депривация (deprivation – англ. – лишение) обозначает недостаточность чего либо, но в приложении к психической депривации термин – депривация – касается недостаточности удовлетворения основных психических потребностей.

В одной из основополагающих работ по проблеме психической депривации – в монографии Й. Лангмейера и З. Матейчика авторы ставят обоснованный вопрос о том, какие из психических потребностей следует отнести к основным?

Проведя научный анализ многочисленных изысканий на тему депривации, авторы предлагают свой реестр основных психических потребностей, депривация которых может оказать отрицательное воздействие на психическое состояние индивида, особенно в период детского возраста. К таковым ими отнесено: недостаток удовлетворения аффективных потребностей, раздражителей органов чувств, в детском возрасте лишение материнской заботы, в прямом (сиротство) и «маскированном» виде, когда детско-материнские не отношения не отсутствуют, но количественно обеднены. Сюда же отнесены педагогический и игровой дефицит, дефицит общения, а также недостаток изменчивости (монотонность) средовых стимулов и условий для самовыражения и целевой социальной самореализации и др.

Перечисленные психологические потребности, отнесенные к основным и оказавшиеся в ситуации недостаточного удовлетворения, входят в структуру психической депривации, которая в итоге представляет собой сочетанный, комплексный фактор, оказывающий повреждающее психогенное воздействие на психическое здоровье

По мнению ряда таких исследователей как Д. Боулби, Р. Шпиц, В. Гольфарб и др., психическая депривация, особенно в детском возрасте, оказывает патогенное воздействие на психофизическое развитие и вызывает необратимые последствия вплоть до смертельного исхода. По их мнению, драматические результаты депривации выражаются психопатическим сдвигом личности в виде её примитивного уровня, бесчувственного характера, склонности к правонарушениям.

Последнее время психическая депривация стала предметом изучения не только в рамках психофизического развития, но и таких областях как космонавтика, спелеология, диспетчерское дело, профессиональный спорт и другое, где индивидуумы оказываются в ситуации длительной изоляции и монотонной деятельности.

Несмотря на многолетние усилия отечественных и зарубежных исследователей многие вопросы проблемы психической депривации остаются нерешенным. Например, мнение об особенностях роли психической депривации в детском возрасте, как патогенного фактора в отношении психического здоровья и психофизического развития ребенка, неоднозначно, в связи с чем, последствия депривационного воздействия нуждаются в уточнении.

В НЦПЗ РАМН уже более 20 лет работает научная группа специалистов в области детской психиатрии, психологии и психоневрологии, активно занимающаяся вопросами психической депривации в детском возрасте, особенно раннем, в возрастной динамике, и ее роли в возникновении психического дизонтогенеза.

Целью работы было проследить влияние некоторых видов психической депривации на психический онтогенез детей раннего и дошкольного возраста, начиная с первого года жизни.

В основу исследования была положена гипотеза о патогенном влиянии психической депривации на развитие ребенка. Методологической базой работы послужили многочисленные исследования психической депривации представителями разных дисциплин – педагогов, психологов, врачей разных специальностей и с недавнего времени – психиатров. Констатировано, что психическая депривация, особенно в таких проявлениях как слепота, глухота, информационный голод влечет за собой искажение психического развития, имеющего ряд отличительных черт (Фрейд А., 1970; Козловская Г.В., 1971; Барденштейн Л.М., 1971; Матвеев В.Ф., 1975; Лангмейер Й., Матейчик З., 1984; Пиклер Э. 1989; Мухина В.С., 1991, Рычкова Н.А., 1994; Минкова Э.А., 1994; Козловская Г.В., Проселкова М.Е., 1995; Долматова Е.Ю., 1997 и др.).

За пусковой фактор механизма патогенного воздействия психической депривации на психику, взят психобиологический феномен - система мать – дитя и ее нарушение или материнская депривация (в более обобщенном виде – нарушение детско-родительских отношений), приводящее к искажению формирования эмоциональных, когнитивных, коммуникативных и других психических функций ребенка. Кроме того, материнская депривация приводит и к искажениям взаимодействия между матерью и ребенком, с одной стороны и ребенком, с уже измененным развитием, и его социумом с другой.

В процессе исследования проводимого в ФГБУ «НЦПЗ» РАМН было изучено более 500 детей раннего и дошкольного возраста: в том числе дети сироты из детских домов, дети с глубокими нарушениями зрения (абсолютно и практически слепые), дети из условий педагогической запущенности и перманентного физического (в том числе сексуального) насилия в семье. Была изучена и группа контроля, здоровых детей того же возраста из типовой городской популяции. Кроме того, была подобрана группа сравнения – детей с ранним детским аутизмом, у которых психическая депривация обусловлена эндогенным психическим заболеванием, для клинической картины которого патогномонична аутистическая самоизоляция от влияния внешней среды в силу чего ее воздействие ограничено или извращено.

Дети всех групп прослежены проспективно и ретроспективно с первого года жизни в катамнезе более 5 лет. Средний возраст обследованных 3 года, в том числе 300 мальчиков и 200 девочек.

Дети обследованы комплексно – психологом, психиатром, невропатологом, педиатром, а в ряде случаев окулистом (слепые дети), хирургом и травматологом (дети из

ситуации физического насилия), гинекологом и проктологом (в случаях сексуального насилия).

Кроме того, учитывая, что психическая патология детей раннего возраста остается неуточненной, не только в плане клинической картины, но и патогенеза, и традиционно рассматривается в рамках неврологических или педиатрических нарушений (в виде неспецифических психоневрологических комплексов, маскированных соматопатий или перинатальных церебральных дисфункций), методами диагностики ранней психопатологии, были объективные биологические (иммунологические и биохимические) исследования, позволяющие проводить раннюю диагностику нарушений созревания нервной системы. Одним из таковых была методика изучения титра антител к фактору роста нервов, отражающая аспекты нормального и нарушенного нейрогенеза. Фактор роста – нейротрофический протеин, играющий исключительно важную роль в созревании, дифференцировке и поддержании жизнедеятельности нейронов центральной и периферической нервной системы, а также иммунной и эндокринной систем. Очевидно, что и на развитие психических функций этот фактор оказывает решающее влияние. Отобранный контингент был также в ряде случаев, исследован методом ЭЭГ.

В психологическом исследовании была применена стандартизованная методика исследования психического развития ребенка раннего возраста ГНОМ, позволяющая выявить уровень развития отдельных психических функций и состояние психического здоровья в целом, начиная с первого месяца жизни и выразить его как клинически, так и количественно в виде коэффициента психического развития ребенка (КПР), а также определить степень выявляемых отклонений и тип развития (норма, группа риска, группа психической патологии).

Условиями включения случая в когорту исследования было наличие той или иной формы психической депривации, а также ранний возраст детей.

Условием исключения – выраженное органическое церебральное поражение, умственная отсталость, эпилепсия, шизофрения, генетическое заболевание с психическими проявлениями.

Итогом исследования были выделены основные положения изучаемого явления: сформулировано определение понятия – психическая депривация – обозначены наиболее значимые ее виды, выявлены и клинически описаны основные психопатологические проявления в целом и при отдельных формах.

Они следующие: психическая депривация – недостаточность, лишение экзогенной стимуляции психических функций человека.

Наиболее распространены и известны ряд видов психической депривации: эмоциональная депривация – скрытое сиротство в семье при искажении функционирования психобиологической системы мать-дитя; социальная депривация – истинное сиротство, брошенные дети, беспризорники; сенсорная депривация – слепота, глухота, гипокинезия; когнитивная депривация – информационный голод – дети, воспитанные животными или при минимальном общении – безречевое, бестактильное или другое аналогичного типа воспитание; перманентное физическое (в т ч сексуальное) и психологическое насилие в семье; монотония – однообразная, ригидная, монотематическая деятельность, сужающая общий кругозор, инициативу, аналогичная сверхценному психологическому образованию.

Следует отметить, что изолированно отмеченные виды психической депривации наблюдаются редко, чаще имеет место их сочетание, например, социальное сиротство связано с эмоциональной и когнитивной депривацией, нередко и с физическим (избиением) и психологическим насилием (пренебрежение правами ребенка, физическим обеспечением и уходом).

Характеристика депривации была следующей. В группу слепых включались случаи глубокого нарушения зрения (врожденной абсолютной и практической слепотой) с ранним развитием детей в относительно благоприятных условиях полной семьи и гармоничной диадитической системы. В группе сирот наблюдались дети из домов младенца с материнской депривацией с периода рождения. В группу физического насилия (в том числе сексуального) в семье включались случаи установленного юридически и врачами соответствующих специальностей факта насилия. Родители таких детей были, как правило, лишены родительских прав, а дети изъяты из девиантных условий.

Депривация в группе сравнения у детей с ранним детским аутизмом обуславливалась эндогенным психическим заболеванием, одним из факторов патогенеза которого был «блок сенсорных фильтров» подкорковых образований головного мозга (Э. Эрленмейер-Кимлинг, 1985), а следовательно, и своеобразная сенсорная депривация.

В результате проведенной работы были получены следующие результаты: у всех детей из условий ранней психической депривации (независимо от вида депривации) отмечены сходные отклонения в психическом развитии, в том числе и в группе сравнения – у детей с ранним детским аутизмом.

Среди типичных депривационных нарушений – задержка формирования основных психических функций – познавательных, эмоциональных, общения, а также моторики и социальных навыков поведения.

Это проявлялось в более позднем формировании эмоционального взаимодействия – запаздывание появления улыбки и эмоционального комплекса оживления, а также системы привязанности и более сложных эмоциональных реакций, задержки установления зрительного и речевого контактов, более поздних навыков статики и кинетики, особенно тонкой моторики, биологической опрятности, речи и игровых действий, а также социальных навыков в виде этических форм поведения, эмоциональной синтонности и тактичности, чувства вины и благодарности и др. Наблюдалось нарушение формирования ранних личностных свойств.

Общий тип психического развития в условиях депривации – дефицитарный с обеднением всех психических проявлений. У депривированных детей имело место, выраженное снижение общей «психической активности» (Л.С. Выготский) в виде вялости познавательной любознательности и «реакций свободы» или естественного сепарационного поведения, безынициативность, сниженное стремление к общению и установлению эмоциональных связей, которые были нестойкими и поверхностными. Эмоциональные проявления в целом были бедны и малодифференцированы.

Интеллектуальные предпосылки – память, внимание, сообразительность принципиально сохранялись в пределах практической нормы, но недостаточно развивались и оказывались фактически редуцированными.

С одной стороны, в силу слабости стимулирующей и развивающей функции депривационной среды, и, с другой, формирующейся, под влиянием депривации, слабости психической активности в целом. На этом фоне отмечалась компенсаторное,

аутостимулирующее, нередко патологическое, фантазирование (у детей старшего дошкольного возраста) с воображаемыми представлениями об уменьшении депривационной ситуации или имевшего место факта насилия.

Имело место и некоторое своеобразие мышления со склонностью к подозрительности к окружающим людям, рудиментам идей отношения, оговорам других и самооговорам.

У этих же детей проявляется задержка физического развития в виде общей гипотрофии, нередко низкого веса и низкорослости при нормальном или даже повышенном аппетите. У них отмечалось снижение общего физического (витального тонуса) в виде склонности к частым простудным, аллергическим и кожным (по типу нейродермита) заболеваниям. Выявлялась и некоторая общая характеристика физического облика – вялость мышечного тонуса, опущенные плечи и склонность к сутулости (у дошкольников), бледность или мраморность кожных покровов с частой гиперемией щек, тонкие слабые пальцы и другое. Нередко наблюдались выраженные соматовегетативные дисфункции – неустойчивый, прерывистый сон, гипергидроз ладоней и одновременная сухость кожи, метеопатия и беспричинный субфебрилитет, цефалгии и т.д.

На этом фоне отмечены сходные для всех видов психической депривации отдельные психопатологические и психосоматические отклонения. Среди таковых – депривационная депрессия, которая наблюдается уже на первом году жизни при наличии воздействия депривации (с периода разлуки с матерью) и проявляется в пониженном настроении, двигательных дисфункциях, соматото-вегетативных отклонениях, которые часто маскируют собственно эмоциональные проявления депрессии. У младенцев депривационная депрессия (или «реакция горя» по Е. Антонии, 1975) по клиническим проявлениям в динамике обнаруживает ряд этапов формирования – вегетативный, соматизированный и регрессивный (Н.И. Голубева, М.А. Калинина, 2001) с преобладанием над собственно эмоциональными проявлениями в психическом статусе соматовегетативных отклонений и в ряде случаев напоминает соматическое заболевание со снижением веса, с отказом от еды, вялостью, заторможенностью, с безразличием к окружающему. У детей более старших депрессивные проявления носят менее демонстративный, сглаженный, маловыразительный характер в виде общей обедненности эмоциональности и безрадостного настроения.

Для депривационных нарушений характерны определенные двигательные расстройства в виде двигательного беспокойства малого размаха и разнообразных двигательных стереотипий (яктации, раскачивания, жевание, сосание языка, соски, пальца, пеленки, воротника одежды и т.п). Двигательные стереотипии особенно проявляются у слепых детей (кружение на месте, подпрыгивания, «ковыряние» глаз) и напоминают по своей выраженности таковые у детей – аутистов, двигательные нарушения у которых обусловлены кататоническими расстройствами эндогенного генеза. Двигательное стереотипное поведение проявляется на фоне общей двигательной дефицитарности, обедненной, недостаточно дифференцированной мимики, некоторой дискоординированности и дисгармоничной общей моторики и ручной умелости.

Следующим характерным психопатологическим феноменом депривационных расстройств является параутизм или психогенное нарушение коммуникативных функций, в основе которых лежат скрытая тревога, неуверенность в себе и окружающем

мире, падение психической активности и любознательности, порождающих нежелание познавать мир, общаться и как следствие – замкнутость (Д. Боулби, 1984).

К парааутизму относятся также (по современной теории привязанности) и ряд других психопатологических проявлений, наблюдаемых у депривированных детей (особенно у детей – сирот) – неумение устанавливать контакты, вялость эмоциональных реакций, аутоагрессия, патологические привычки, интеллектуальное отставание и малоэмоциональный характер. В связи со сказанным парааутизм рассматривается не только как расстройство коммуникаций, но и как нарушение феномена эмоциональной привязанности, с началом проявления ее в раннем возрасте.

К важным общим депривационным отклонениям в психофизическом развитии ребенка относятся нарушения формирования самоощущений, психосенсорные дисфункции и наконец, нарушения самосознания.

Это проявляется в недостаточной сформированности ощущений своего тела, гармоничной координации и пластичности общей моторики, жестов и положения тела в пространстве, отделения себя от окружающего. У детей из условий депривации нередко отмечаются рудименты феномена протодиакриза или не различения живого и неживого, а также элементы нарушений схемы тела, дисморфофобические или, напротив, дисморфоманические представления о себе. Особенно они характерны для детей, подвергшихся сексуальному насилию. При физическом насилии отмечаются элементы снижения ощущения боли, что возможно объясняет виктивное поведение жертвы. У депривированных детей нарушение самосознания проявляется в виде недостаточной или задержанной, идентификации пола, понимание своей социальной и гендерной роли в сообществе, что становится очевидным в более старшем возрасте, например в дошкольном и далее (Мухина В.С., 1985; Орлов Ю.М., 1989; Данилюк С.Б., 1994)

Степень выраженности депривационных нарушений в ряде случаев сближалась с эндогенным психическим заболеванием. Так проявления пара аутизма у детей сирот (в выраженных случаях) и слепых были практически идентичны раннему детскому аутизму. Важно подчеркнуть, что сходство констатировалось не только на клиническом уровне, но и по данным ЭЭГ-обследования (Строганова Т.А., 2001). В выраженных случаях депривационных нарушений биоэлектрические показатели у слепых и при эндогенном аутизме были похожими. Однако показатели иммунологических реакций (АФРН) четко различались при депривационных и эндогенных расстройствах – титры антител к фактору роста нервов при депривационных нарушениях были в пределах нормы, подчеркивая их психогенность и обратимость (Клюшник Т.П., Козловская Г.В., Калинина М.А., 2000).

Следует отметить, что помимо общих депривационных психопатологических проявлений, при каждом отдельном виде депривации были выявлены определенные клинические комплексы, которые были выделены в отдельные типы нарушений такие как – синдром сиротства, синдром насилия, синдром сексуального насилия, синдром слепого ребенка, синдром психофизической монотонии. Клиническая картина выделенных симптомокомплексов была в некоторой степени специфичной для определенного вида депривации.

Для синдрома сиротства были наиболее характерны общая дефицитарность психического склада, эмоциональная недифференцированность и депривационная депрессия, параутизм, двигательные нарушения.

Для детей из условий физического насилия (синдром насилия) при меньшей эмоциональной обедненности были свойственны характерные симптомы эмоциональной неустойчивости и дисфорических проявлений, а также симптомы расторможения и искажения влечений в виде агрессивности с тенденцией к разрушению, фантазирование с агрессивным содержанием, самоагрессия, виктивное поведение, элементы мучительства слабым.

У детей из ситуации сексуального насилия в семье выявлялись более заметные психосенсорные нарушения в восприятии своего тела, ранняя сексуализация и также виктивное поведение, самооговоры.

У слепых детей были более выражены двигательные расстройства, аутистическое поведение, расторможение влечений без элементов мучительства, психосенсорные дисфункции, патологическое визуализированное фантазирование, подозрительность, рудименты идей отношения, протопатические страхи. Для них же в значительно меньшей степени были свойственны проявления депривационной депрессии (в основном при переводе детей из семьи в специализированный интернат в дошкольном возрасте, которая носила характер ситуационного расстройства). Напротив, у них нередко наблюдалась склонность к повышенному настроению по типу рудиментов гипомании или эйфории.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что психическая депривация является психогенным фактором, вызывающим как общие, так и относительно специфические, в зависимости от типа депривации, психические нарушения, требующие лечебно-коррекционных мероприятий.

По степени выраженности в ряде случаев они приближаются к эндогенному психическому расстройству. Степень нарушений зависит от тяжести депривационного фактора, а также от времени начала и перманентности его воздействия. Характерной особенностью депривационных психопатологических отклонений является их обратимость, при изменении условий жизни ребенка, прекращении или уменьшении депривационного влияния. Однако следует отметить, что раз возникшие депривационные нарушения имеют свойство входить в структуру формирующейся личности и фиксироваться. При коррекции депривационных условий они редуцируются, но не исчезают полностью и при декомпенсации психофизического состояния модель прежнего психофизического реагирования возобновляется.

Литература

1. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М., 1984, т. 4.
2. Данилюк С.В. В кн. Развитие личности ребенка в условиях депривации. – М., 1994.
3. Долматов Е.Ю. В мат. конф. «Дети России». – М., 1997.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1979.
5. Козловская Г.В. Варианты психической депривации и их влияние на процесс формирования личности у слепых детей // В кн. Матер. VIII конф. молодых научных сотрудников. – М., 1969, С. 64-65.
6. Козловская Г.В. К вопросу об особенностях психических нарушений у слепых детей: Автореф. дис... канд. мед. наук: – М., 1971. – 26 с.
7. Козловская Г.В. Особенности психических нарушений у детей с глубокими нарушениями зрения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1971. №10. С. 12-15.

8. Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Особенности психических нарушений у детей сирот раннего возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1995, №5, С. 52-56.
9. Козловская Г.В., Марголина И.А., Проселкова М.О. Жестокое обращение с детьми раннего возраста и формирование психического дизонтогенеза // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М., 2001, №1, С. 52-55.
10. Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Нарушения психического развития у детей сирот // Журнал невропатологии и психиатрии С.С. Корсакова. 1995. №5. С. 52-56.
11. Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Парааутизм - психогенная форма аутизма // Развитие личности, 2004, № 3, С. 83-93.
12. Лангмейер Й., Матейчик З., Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценум, 1984. – 334 с.
13. Лисина М.И., Дубровина И.В. Психическое развитие воспитанников детского дома. – М., 1990.
14. Матвеев В.Ф., Барденштейн Л.М. Закономерности патологического формирования личности у детей с рано приобретенной глухотой // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. №10. С. 29-31.
15. Мухина В.С. Лишенные родительского попечительства. – М., 1991.
16. Мухина В.С. Проблема генезиса личности. – М. 1985.
17. Орлов Ю.М. /В кн. Дети с отклоняющимся поведением, М 1989.
18. Пиклер Э. Современные формы проявления госпитализма // Лишенные родительского попечительства / Ред.-сост. В.С. Мухина. М., 1991.
19. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996.
20. Строганова Т.А. Ритмы ЭЭГ и развитие процессов контроля внимания. автореф. докт диссертации, М. 2001
21. Anthony E. Children Contemp // J. Soc. 1982. Vol. 15. P. 1.
22. Bolby J. Child care and the growth of love. Singapore: Pergyin books, 1983.
23. Erlenmeyer-Kimling L. Biological perspectives. Berlin-Chicago, 1987, pp. 26-31.
24. Freud A. Research at the Hampstead Child-Therapy Clinic and Other Papers, 1956-1965. – London, The Hogarth Press. 1970.
25. Goldfarb W. Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. Amer. J. Orthopsychiat., 15, 1945.
26. Spitz R. Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanal. Stud. Child, 1945, 1, pp. 53-74.

Савкова Е.А.

Семейная идентичность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

(научный руководитель – канд. псих. наук Якимова Т.В.)

Цель: изучение возможностей и условий для сохранения и укрепления семейной идентичности детей, проживающих в детских домах и интернатах с помощью программы «Семейная книга».

Основная гипотеза: показатели, указывающие на сформированность семейной идентичности, связаны с чувством психологической защищённости детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

В процессе работы основная гипотеза будет разбита на частные.

Гипотеза 1: чувство психологической защищённости наиболее развито у подростков, имеющих чёткое представление о семейных ценностях, осознающих свою принадлежность к семейной группе.

Гипотеза 2: программа «Семейная книга» позволяет детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, восстановить свою связь с прошлым и осознать свою принадлежность к семейной группе.

Научная новизна. В результате проведённой работы будут получены новые данные об особенностях семейной идентичности у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и её связи с чувством психологической защищённости. Также будут выявлены возможности программы «Семейная книга» при работе с данной группой детей.

Семейная идентичность – это ощущение принадлежности к семейной группе.

Семейная идентичность формируется у детей на протяжении их нахождения в семье. Перенимаются стили родительского воспитания, образцы поведения и реагирования на разные жизненные ситуации, формируется представление о семейных ролях.

Важными компонентами, составляющими формирование семейной идентичности, являются материальные доказательства семейной жизни: альбомы с фотографиями, детские рисунки, игрушки, какие-либо вещи, передающиеся по наследству. Часто взаимодействие с этими объектами сопровождается рассказом родителей историй из раннего детства ребёнка, общими воспоминаниями, что благотворно влияет на формирование чувства принадлежности к семье.

Ребёнок, воспитывающийся в семье, в той или иной степени знает историю своего рода, имеет информацию о ближайших родственниках и в большинстве случаев поддерживает с ними связь.

Уровень сформированности семейной идентичности влияет на то, как человек в дальнейшем будет строить отношения с людьми и создавать собственную семью. В раннем возрасте закладываются основы для формирования привязанности, влияющие на все виды идентичности человека и его взаимодействие с окружающим миром. По мнению И.С. Кона: «...только непосредственная родительская ласка и забота могут обеспечить то эмоциональное тепло, в котором так нуждается ребенок, особенно в первые годы жизни» [3].

Н.Аккерман даёт следующее определение семейной идентичности: «Семейная идентичность — это содержание ценностей, устремлений, ожиданий, тревог и проблем адаптации, разделяемое членами семьи или взаимодополняемое ими в процессе выполнения семейных ролей. Это эмоциональное и когнитивное «мы» данной семьи» [9]. У детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, отсутствует это «когнитивное мы». У них нет «шаблона», на который они могли бы ориентироваться, с помощью которого формируются нормы и ценности/

У детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, формирование семейной идентичности идёт по искажённому пути. Зачастую это происходит по причине переживания того или иного вида насилия и материнской депривации. Кроме того, при попадании в детский дом в раннем возрасте у ребёнка часто вытесняются негативные воспоминания, связанные с неблагоприятным опытом жизни в семье – это своего рода защитная реакция. Таким образом, образ семьи либо отсутствует, либо является

неполным. В таких случаях необходимо проводить комплексную психологическую работу по созданию адекватного образа семьи у ребёнка.

Для 56% детей, воспитывающихся в детских домах, семья является основной жизненной ценностью [10]. Тем не менее, представление о своей кровной семье имеет либо негативный оттенок, либо оно идеализировано. Это может быть объяснено нарушением эмоциональных связей, вызванном неблагоприятным стилем воспитания и нарушением привязанности. В то же время ребёнок идентифицируется с семьёй, перенимает стили поведения в семье, нормы, порядки и обычаи, в связи с чем зачастую происходит воспроизведение социального сиротства в следующем поколении. Можно выделить 2 больших группы детей по их отношению к своим родителям. Дети первой группы относятся к своим родителям негативно и больше всего не хотят быть похожими на них, стремятся к тому, чтобы не иметь с ними ничего общего и ни в коем случае не повторить их неблагоприятный опыт. Дети второй группы, напротив, очень любят и жалеют своих родителей, зачастую «меняются с ними ролями», считая что обязаны сделать всё, для того чтобы вернуть маму и папу на правильный путь (например, вылечить от алкоголизма, устроить на работу и проч.). Такие дети ищут встречи с родителями при любой возможности и часто самовольно покидают сиротские учреждения [2, 7].

Большой процент детей, проживающих в детских учреждениях, составляют сиблинги. Зачастую в детские учреждения попадают целые части многодетной семьи. Сохранение семейных связей между ними может явиться важным фактором в снижении риска воспроизводства социального сиротства в следующих поколениях. У сиблингов, в отличие от других детей-сирот, не имеющих братьев и сестёр, есть стабильные и непрерывные связи между собой (в том случае, если они попадают в одно учреждение). Это позволяет сформировать привязанность и сохранить более адекватный образ семьи. Вклад сиблинговых отношений в развитие личности показан в психоаналитически ориентированных исследованиях и в системном подходе к работе с семьёй (А.Адлер, М.Боуэн, С.Минухин, В.Тоумен).

Многие исследователи считают, что за формирование образа Я у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, отвечают несколько иные механизмы, чем у детей, воспитывающихся в семье. Это связано с постоянной необходимостью приспосабливаться к условиям среды, в которых они развиваются. «Приспособленчество» является основной характеристикой данной группы детей [5, 6].

Жизнь в семье закладывает прочный фундамент для формирования ценностей, жизненных ориентиров, системы различных правил и установок. Всё это недоступно ребёнку, воспитывающемуся в сиротском учреждении, поскольку условия учреждения зачастую не позволяют осуществлять индивидуальный подход к ребёнку (в основном ведётся групповая работа), позволять ему принимать обоснованные и самостоятельные решения. В детском доме существует определённый и достаточно жёсткий режим, несоблюдение которого ведёт к разного рода санкциям, что, в свою очередь, негативно влияет на формирование самостоятельности и, как следствие, здоровой идентичности.

Литература

1. Дружинин В.Н. Психология семьи. М., 1996.
2. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: социально-эмоциональные проблемы / Под ред. Л.М. Шипицыной, Е.И.Казаковой. СПб., 2000.
3. Кон И. С. Ребенок и общество. М., 2003.

4. Мухина В.С. Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа // Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия / Под ред. В.С. Мухиной. М., 1992. С. 113-122;
5. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Дети без семьи. М., 1990.
6. Прихожан А.М., Толстых Н. Н. Работа психолога в учреждениях интернатного типа для детей, оставшихся без попечения родителей // Рабочая книга школьного психолога. М., 1995.
7. Психическое развитие воспитанников детского дома /Под ред. И.В. Дубровиной, А.Г. Рузской. М., 1990.
8. Семья Г.В. Основы социально-психологической защищенности выпускников образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. М., 2001.
9. Филиппова Ю.В. Семейная идентичность и трансформация семейных ценностей в современной России // Трансформация идентификационных структур в современной России. - М., 2001
10. Шипицына Л.М. Психология детей-сирот: Учебное пособие. СПб., 2005.
11. Эриксон Э. Детство и общество. СПб., 1996.

Котляров В.Л.

Возрастной аспект клинико-психологических корреляций у детей и подростков из условий монотонии

Психическая депривация, в сочетании с другими психогенными факторами, такими как хронический эмоциональный стресс, длительная изоляция, измененные условия существования и другие, оказывает патогенное влияние на психику, вызывая психические нарушения как пограничного, так и психотического уровней. В структуре возникающих психических дисфункций прослеживается определенный стереотип нарушений (элементы аутизации, двигательные стереотипии, нарушения пространственно-временного гнозиса, расстройства восприятия, феномены уже виденного, бредоподобные фантазии, конфабуляции и др.)

Одним из проявлений психической депривации, является депривационная монотония (или одна из форм сенсорной депривации), связанная с однообразной деятельностью.

Многочисленные медико-биологические и психофизиологические исследования убедительно свидетельствуют, что длительно сохраняющийся психоэмоциональный стресс оказывает всестороннее разрушительное влияние на физиологические системы организма. Хорошо известно, что при подготовке спортсменов имеет место сочетание психоэмоционального стресса и интенсивных, объемных физических нагрузок. Показано, что такое сочетание приводит к формированию у спортсменов ряда специфических психофизических состояний, которые, со временем, могут привести к психической дезадаптации. Однако, до недавнего времени внимание уделялось лишь исследованию стрессорной кардиомиопатии у спортсменов. В тоже время не учитывалось влияние монотонии на общее физическое развитие и состояние психического здоровья спортсменов, особенно на стадии их интенсивной подготовки в детском возрасте.

Целью настоящей работы являлось изучение особенностей психо-физического состояния юных спортсменов (юниоров), находящихся в состоянии перманентной, монотонной, физической активности.

Материалы и методы. Нами обследовано 52 юниора в возрасте от 4 до 14 лет включительно (38 мальчиков и 14 девочек), имеющих спортивный стаж от 2 до 9 лет, спортивную квалификацию от 3 до 1 взрослого разряда, занимающихся спортивным плаванием с 4-5 лет. Физическая нагрузка в процессе спортивных ежедневных тренировок, независимо от спортивного стажа, была чрезвычайно высокой. Ежедневные тренировки занимали от 3 до 6 часов у детей старше 5 лет. Кроме этого, дети ежегодно выезжали в длительные командировки на спортивные сборы (УТС). Спортивные занятия чередовались с обучением в школе по общеобразовательной программе.

В контрольную группу вошли 40 физически и психически здоровых детей и подростков (15 девочек и 25 мальчиков). Обследовались учащиеся из школы с гендерным (раздельным по полу) образованием. У всех детей контрольной группы было проведено исследование психофизического здоровья по общепринятым методикам с включением анализа медицинской документации. Все дети обследованы дважды – весной и осенью 2005 и 2006г.г. Катанез обследованных составил 6 лет

Критериями включения в группу спортсменов явилось наличие монотонных тренировок, согласие на участие в обследовании, подтвержденное родителями или тренером, а также наличие у юных спортсменов не менее чем двухлетнего стажа тренировок в условиях напряженной мышечной деятельности. Критериями исключения для всех обследуемых служили те или иные отклонения в психическом и соматическом здоровье. При выполнении работы применялись клинические методы: психопатологический, неврологический, педиатрический, а также методы психологического тестирования.

При проведении психологического обследования использовались следующие тесты: метод цветовых выборов (тест Люшера), выявляющий в основном неосознанные аспекты переживаний и неподвластные контролю со стороны сознания конфликты, СМОЛ (модифицированный и адаптированный по возрасту вариант ММРІ), направленный на изучение типологических и психопатологических личностных особенностей, тест фрустрационной толерантности Розенцвейга (Rosenzweig Picture-Frustration Study), адресованный к декларативному (вербальному) способу разрешения стрессовой ситуации и осознанной самооценке обследуемым собственного стиля поведения, взаимодействия с ближайшим окружением и др. В дополнение к этим методикам, при решении отдельных задач использовались также корректурная проба, счет по Крепелину, определяющие психическую работоспособность, внимание и подвижность нервно-психических процессов; а так же шкала самооценки Спилберга, выявляющая личностный и активный уровень тревоги.

Результаты обрабатывали статистически с вычислением средней арифметической (M) и среднего квадратичного отклонения (δ), Достоверность различий между показателями определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

По степени выраженности психопатологических нарушений и результатам психологического тестирования были сформированы три подгруппы обследованных спортсменов, условно обозначенные как «норма», «риск» и «психопатология».

К подгруппе «норма» было отнесено 17 (32,6%) относительно психологически гармоничных детей. У них не отмечалось выраженных соматовегетативных и психопатологических нарушений. Однако, выявлялись умеренно выраженные черты сензитивности, тревожности в сочетании с другими типологическими свойствами: стеничность в достижении цели, избирательность в общении, адекватный оптимизм, общий позитивный фон настроения. Работоспособность характеризовалась относительной истощаемостью психических процессов.

В подгруппу «риск» вошли 25(48%) детей. У них были выявлены заостренные до уровня акцентуации стеничность, тревожность, сензитивность, истероидная демонстративность, эгоцентризм, подозрительность и недоверчивость. Успешное противостояние стрессовой ситуации на вербальном уровне сочеталось с относительной неустойчивостью работоспособности и целенаправленного внимания.

К подгруппе «психопатология» были отнесены 10 (19,2%) детей с чертами патологического формирования личности и с высоким риском возникновения психического заболевания пограничного уровня. У них выявлялись выраженные колебания настроения от депрессии с ощущением безысходности к отчетливому гипоманиакальному (экстатическому) состоянию. Имела место повышенная тревожность с эпизодами страхов и паники, а неуверенность в себе комбинировалась с паранойяльной стеничностью, повышенной подозрительностью, рудиментарными идеями отношения, обвинения и самообвинения. Отмечены черты нарциссизма и тенденция к аутизации, а так же психосенсорные расстройства в виде дезавтоматизации привычных действий. Кроме того, у них были выявлены искажения работоспособности по типу пресыщаемости, скачкообразности и неравномерности в сочетании с расстройствами внимания.

По данным психологического тестирования дети находились в состоянии хронического дистресса, эмоциональной напряженности и неуравновешенности. Всей структуре психического состояния этой группы была свойственна разноплановость интересов, не относящихся к спорту, диссоциация и амбивалентность психических реакций и нервно-психических процессов. Тип патологии формирующейся личности носил смешанный характер с преобладанием шизоидных и сенситивных черт.

Катамнез 50 % ранее обследованной когорты юниоров показал (повторное изучение респондентов проводилось клинически и параклинически), что испытуемые из группы здоровья, продолжают заниматься спортом, в сочетании с успешной учебой в институтах и колледжах. В перспективе намерены профессиональную деятельность связать со спортом в качестве тренеров или действующих спортсменов. Испытуемые из группы риска в большинстве случаев оставили систематические спортивные тренировки и активно заняты учебой или работой. Жалобы на физическое недомогание или психологические проблемы в обеих группах отсутствовали. Третья группа (группа патологии) к возрасту 15-16 лет вынуждена прекратить спортивные нагрузки и сосредоточиться на школьных занятиях. У них отмечались различные соматические жалобы на здоровье и сохранялся психологический дискомфорт. В психологическом тестировании выявлялись прежние симптомы эмоциональной неустойчивости, повышенной тревожности и ипохондричности, склонность к недовольству собой и депрессивным реакциям. Отмечается неудовлетворенность жизненной перспективой, в

связи с прекращением спортивных занятий и отсутствием четких целевых установок на будущее, повышенная обидчивость, завистливость, сниженная работоспособность.

Таким образом, совокупность приведенных в настоящей работе данных свидетельствует, что длительное воздействие монотонных тренировок в сочетании с интенсивными, объемными физическими нагрузками и хроническим эмоциональным стрессом влияет на психическое здоровье юниоров, приводя к формированию, примерно, в 50% случаев психического облика в виде акцентуаций личности или состояний риска развития психической патологии. Примерно, в 20% случаев психическое состояние обследованных юниоров характеризуется психопатологическими реакциям пограничного уровня, которые обнаруживают тенденцию к хронизации, даже после прекращения действия стрессового фактора или развитию личностных аномалий.

Полученные данные могут служить основанием для проведения регулярного психологического скрининга юных спортсменов, находящихся в условиях перманентной монотонной физической активности с целью выявления лиц, нуждающихся в своевременных психокоррекционных мероприятиях.

Платонова Н.В.

Особенности психических нарушений у детей в возрастном аспекте при перманентном сексуальном насилии

В исследованиях, посвященных последствиям психической депривации у детей, отмечена обратимость возникающих психогенных отклонений психического здоровья в целом и психического развития ребенка и их связь как с возрастом начала воздействия депривации, так и с продолжительностью воздействия стрессовой ситуации. Чем в более раннем периоде онтогенеза началось влияние депривационного фактора, и чем продолжительнее это воздействие, тем большей деструкции подвергается психическое развитие, которая в ряде случаев носит необратимый характер в виде нажитой деформации личностных свойств субъекта.

Особенно эта тенденция свойственна таким формам психической депривации, как сексуальное насилие, если ему подвергаются дети, личность которых еще формируется. Возникающие психические расстройства в ряде случаев существенно нарушают весь последующий ход психического развития ребенка. Помимо общих психопатологических проявлений каждому отдельному виду депривации свойственны определённые клинические психопатологические комплексы, которые были выделены в отдельные синдромы (Козловская Г.В. 1971, Проселкова М.О. 1996, Марголина И.А. 2007 и др.)

В отечественных и зарубежных публикациях описываются психологические последствия сексуального насилия у детей, такие как: посттравматические стрессовые расстройства, личностные нарушения, девиантное и аутодеструктивное поведение, алкоголизм, наркомании и даже психические заболевания (Finkelhor D., 1979, Summit R., 1983; Burgess A., 1990; Hobbs C, Hanks G. and Wynn J., 1993; Bentovim A., 1988; Burgess A., 1990; Bentovim A., 1988; Печерникова Т.П., 1994; Шостакович Б.В., 1994; Levit E., 1995; Бенаму Э., 1996; Самохвалов В.Е., 1998; Морозова Н.Б., 1999 и др.).

В современном обществе проблема сексуального насилия над детьми является особенно актуальной. Сексуальные контакты детей с взрослыми довольно

распространены, и количество сексуальных преступлений против детей в последние годы продолжает расти во всем мире. Статистические данные о распространенности сексуального насилия в отношении детей в разных странах весьма противоречивы, однако поражают своим масштабом. В частности, в США и Великобритании от 20 до 30% взрослых женщин и 10% мужчин в детстве подвергались сексуальным посягательствам. Рост насилия над детьми обнаруживает связь с общим возрастанием насилия в обществе, ростом насильственных преступлений, деликвентности, суицидов и несчастных случаев с летальным исходом (Н.К. Асанова, 1997).

К сожалению, в нашей стране не существует достоверных статистических данных о частоте случаев сексуального насилия над детьми, поскольку долгое время эта тема была закрыта и официальная статистика отсутствует. Однако по оценкам Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского, органы внутренних дел в России ежегодно регистрируют 7-8 тысяч случаев сексуального насилия над детьми, по которым возбуждаются уголовные дела (Догадина М. А., Пережогин Л. О., 2000). Но в реальности эти показатели значительно выше, о чем свидетельствуют данные анализа обращений по телефону доверия для лиц, перенесших сексуальное насилие, согласно которым только одна жертва из ста впоследствии обращается в милицию (Асанова Н. К., 1997). По подсчетам же благотворительного фонда «Защита детей от насилия», подобным посягательствам по России ежегодно подвергается более 60 000 детей, как со стороны лиц незнакомых, так и со стороны родителей и других членов семьи.

В связи с этим становится актуальной проблема изучения клинических расстройств и особенностей психического развития у детей-жертв сексуального насилия.

В отечественной психиатрической практике проблема клинических расстройств и особенностей психического развития у детей-жертв сексуального насилия специальному исследованию не подвергалась. Лишь в ряде работ, посвященных конкретным задачам судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетних, потерпевших от сексуальных преступлений, рассматриваются вопросы, касающиеся их психического состояния.. В работах упоминается о «беспомощности» пострадавших, их неспособности давать показания, уголовно-процессуальной дееспособности и степени тяжести повреждений, повлекших психические расстройства (Ткаченко А.А., Потапов С.А., 1992, М.А. Догадина, Л.О. Пережогин, 2000, 2007, В.Д. Бадмаева, 2003 и др.).

В настоящее время растет количество исследований, посвященных изучению различных аспектов этой проблемы. В исследовании И.А. Захарьевой (2000) изучены психологические факторы виктимности несовершеннолетних жертв изнасилования. Исследование И.Ю. Вороновой (2004) посвящено медико-психологическим последствиям сексуального насилия у детей и их профилактике. В работе Е.Ю. Яковлевой (2009) рассматриваются вопросы связи между психическим расстройством и психотравмирующим воздействием сексуального насилия у несовершеннолетних. Ряд работ рассматривают проблемы семейного насилия над детьми, в том числе и сексуального характера (А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева Л.С., 2000, Е.И. Цимбал, 2007, С. В. Ильина, 1998 и др.).

Однако, следует отметить, что клинические психопатологические проявления в ответ на сексуальное насилие у детей, особенно раннего возраста, до настоящего времени изучены недостаточно, что препятствует разработке адекватных мер профилактики и

реабилитации данного контингента детей, попавших в группы риска по психическому здоровью.

Целью проводимой работы было комплексное исследование детей раннего и дошкольного возраста, обратившихся в специализированный реабилитационный медико-психологический центр по поводу сексуального насилия в течение последних 5 лет. Дети (в количестве 200 человек в возрасте от 0 до 3 лет и от 3 до 6 лет и группа контроля того же возраста – 100 человек) обследованы ретроспективно, проспективно и в пятилетнем катамнезе клинически и параклинически.

В результате проделанной работы и проанализированной научной литературы по теме проблемы были получены важные результаты: сформулировано определение понятия - « сексуальное насилие», выделены наиболее значимые формы насилия и характерные психопатологические отклонения психогенного воздействия насилия и его разных форм. Прослежены отдаленные психопатологические их последствия и др.

Сексуальное насилие - это вовлечение ребенка с его согласия или без такового в действия сексуального характера с взрослым с целью получения последним удовлетворения или выгоды.

Различают внесемейное и внутрисемейное сексуальное насилие.

Глубина и стойкость психологической травмы может колебаться в зависимости от внезапности, интенсивности и длительности насилия. В исследованиях данной проблемы выделены два типа насилия: неожиданные, однократные случаи изнасилования; и хроническое, растянутое во времени вовлечение детей в сексуальную деятельность, которая представлена разнообразием сексуальных ласк, игр, сексуальным просвещением (просмотр порножурналов, фильмов, присутствие при сексуальных контактах взрослых и т.д.). Чаще всего в такой вид насилия (внутрисемейного пролонгированного) оказываются вовлеченными дети младшего и старшего дошкольного возрастов. И первые, и вторые случаи насилия встречаются в практике с одинаковой частотой.

При внутрисемейном насилии насильник обычно хороший знакомый ребенка или его родственник. При этом вовлечение им ребенка в сексуальную деятельность имеет множество разновидностей: эмоционально - обедненное, поверхностное, формальное отношение к ребенку; запугивание, обман. Педофилы по-своему ласковы, внимательны, заботливы к жертве. Часты случаи теплой привязанности детей к насильникам (в случаях пролонгированного насилия), когда постепенно преодолевается пассивное сопротивление ребенка к факту насилия. Вместе с этим дети младшего возраста не осознают специфическое содержание сексуальных действий и первоначально не воспринимают их как травмирующие.

Рассмотрим клинические проявления психических нарушений у детей, подвергшихся сексуальному насилию. Психические и поведенческие нарушения у детей, перенесших сексуальное насилие, в значительной мере зависят от возраста. Так, у детей 3-5 лет они проявляются капризностью и плаксивостью, у детей 6-9 лет - недоверием к взрослым, а у детей старше 10 лет — нарушением взаимоотношений со сверстниками, отсутствием друзей. Последнее объясняется тем, что в этом возрасте подростки понимают сексуальный характер совершенных с ними действий и считают себя испорченными, вследствие чего затрудняются установить дружеские отношения со сверстниками.

Наиболее остро психические расстройства возникали при внезапном неожиданном изнасиловании. В таких случаях чаще всего диагностировались острая

реакция на стресс (F-43,0) или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР - F-43,1) с характерной симптоматикой: повышенный уровень тревоги, страхи, чувство вины, депрессия, отчужденность от окружающих, эмоциональное обеднение (в зарубежной литературе "сужение спектра чувств"), ухудшение когнитивных процессов

ПТСР характеризовалось повторным переживанием травмы в виде навязчивых мыслей, ночных кошмаров, реминисценций; активным избеганием ситуаций, напоминающих травму. Выявлены особенности нарушений вегетативной сферы: снижение аппетита, головные боли, боли внизу живота, плохой сон, повышенная температура, учащенное сердцебиение, повышенная потливость и Т.Д...

Расстройства острого периода имели тенденцию к постепенному регрессу при разрешении психотравмирующей ситуации. Однако в некоторых случаях развивались расстройства адаптации, которые в психологической литературе называются отдаленными последствиями сексуального насилия. Поскольку ребенку трудно выразить гнев в словесной форме, он проявляется в неадекватном поведении: необъяснимых приступах ярости, агрессии, направленных как на других людей, или животных, так и на себя (самодеструктивное поведение).

Отдаленные последствия перенесенного в детстве внезапного сексуального насилия развиваются через несколько лет и могут сохраняться как в подростковом, так и в зрелом возрасте. По литературным данным и собственным наблюдениям сформулирована следующая классификация отдаленных психологических последствий острого сексуального насилия:

- нарушения сексуального поведения;
- психические расстройства;
- асоциальное поведение.

Наиболее разнообразны нарушения сексуального поведения, которые могут включать:

- сексуализированное поведение (расторженность сексуального влечения, не свойственные возрасту)
- нарушения полового влечения по объекту (гомосексуализм, педофилия) или способу удовлетворения (садизм, мазохизм);
- неспособность к стабильным и длительным сексуальным отношениям (промискуитет или проституция);
- настороженное отношение к представителям противоположного пола, страх близких отношений, отвращение к сексуальным контактам, фригидность, аноргазмия;
- виктимизация (предрасположенность при определенных обстоятельствах вновь стать жертвой насилия)
- социальная дезадаптация (низкая когнитивная продукция, склонность к бродяжничеству, правонарушения).

Одной из причин эмоциональных и поведенческих расстройств, возникающих в отдаленный период после перенесенного сексуального насилия в детстве, является стигматизация. Стигматизация - присвоение детям, перенесшим сексуальное насилие, определенных негативных качеств: испорченности, распущенности, безнравственности. Стигматизация обусловлена тем, что общественная сознание необоснованно наделяет указанными качествами всех детей, вовлеченных в сексуальные отношения, без учета

обстоятельств, которые этому предшествовали. Стигматизация снижает самооценку детей, ведет к их социальной изоляции, что создает предпосылки к асоциальным поступкам

В структуре последствий хронического внутрисемейного сексуального насилия острая реакция на насилие чаще всего отсутствовала. Преобладало отставленное реагирование в виде раннего пробуждения сексуального влечения с вторичными изменениями поведения, приобретавшего сексуализированный характер и включавшее:

- необычную для детей этого возраста информированность о сексуальных отношениях,
- вовлечение других детей в игры сексуального характера, включая имитацию полового акта,
- эксцессивную мастурбацию,
- демонстрацию половых органов, эксбиционизм
- копролалию,
- сексуальную агрессию,
- "псевдовзрослое" или наоборот регрессивное поведение,
- жестокость к животным
- аутизацию
- психосенсорные расстройства

Чем младше возраст, в котором ребенок подвергся сексуальному насилию, тем глубже связанные с ним психические расстройства. У детей выявляются нарушения половой идентификации, искажаются базовые представления о взаимоотношении с окружающим миром, размываются или искажаются социальные нормы и запреты.

К особенно значимым и важными в диагностике пережитого ребенка или переживаемого сексуального насилия в семье (продолженного типа) были характерные изменения поведения, которое по степени выраженности разделилось на три вида. Первый - повышенная сексуальная осведомленность; второй - сексуальная озабоченность в виде повышенного интереса к сексуальным вопросам и, наконец, совершение сексуальных действий направленных на себя (мастурбация) или вовлечение в сексуальные действия других детей, демонстрация половых органов, имитация половых отношений взрослых с куклами или другими детьми.

Важно отметить, что у жертв острого внесемейного насилия сексуализированное поведение (активное вовлечение в несвойственные возрасту сексуальные отношения детей или взрослых) не характерно.

При оценке поведения ребенка как сексуализированного было необходимо учитывать возрастные особенности. Из возрастной психологии известно, что среди здоровых детей 5-6 лет широко распространены игра в доктора с раздеванием и обследованием интимных частей тела, демонстрация и ощупывание половых органов друг друга. Подобное поведение является нормативным, более того, оно необходимо для психосексуального развития ребенка. Проявления сексуально окрашенного поведения встречаются у детей 4-5 лет, а затем снижается по частоте.

При длительном (месяцы или годы) сексуальном насилии у ребенка формируется специфический комплекс психологических и поведенческих нарушений, направленных на адаптацию к существованию в стрессогенной обстановке. Указанный комплекс, являющийся с точки зрения современной психиатрии специфическим адаптационным расстройством, в англоязычной литературе называется «синдромом аккомодации» (Д.

Финкелхор). Проявления синдрома аккомодации нельзя считать психической нормой, однако необходимо понимать, что это - естественная реакция ребенка на существование в экстремальных условиях, реакция, которая позволяет ему минимизировать вред, связанный с сексуальным насилием. Важно отметить, что синдром аккомодации возникает только в тех случаях, когда сексуальные контакты с взрослым происходят вопреки воле ребенка и для достижения своих целей взрослый использует принуждение, психические или физическое насилие. Если же взрослый, используя доверие и привязанность ребенка, добивается того, что ребенок не пугается совершаемых с ним действий, то типичного синдрома аккомодации не формируется, поскольку отсутствует психическая травма, но остается преждевременное сексуальное взаимодействие взрослого с ребенком, которое само по себе оказывает психогенное психобиологическое воздействие.

По клиническим характеристикам на начальном этапе такого пролонгированного внутрисемейного насилия чаще наблюдаются аффективные реакции (страхи, астено-депрессивное состояние и т.п.), с присоединением на последующем этапе стойких астенических, невротических, невротоподобных и патохарактерологических поведенческих расстройств и позже личностных нарушений. Другими факторами, оказывающими влияние на формирование патологии личностных черт в условиях пролонгированного сексуального насилия, были преморбидные отклонения - церебральная недостаточность, возрастная незрелость, особенности воспитания, задержки психического развития, эмоциональные нарушения, соматовегетативные дисфункции и др.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что сексуальное насилие как один из видов психической депривации, является психогенным фактором, вызывающим как общие, так и относительно специфические психические нарушения, в зависимости от типа насилия, возраста ребенка, продолжительности воздействия психогении и ряда других повреждающих психическое здоровье факторов. Обратимость возникшего психического дизонтогенеза относительна. Как показывает катанез обследованных случаев сексуального насилия (и по данным других исследований) отдаленные последствия сексуальной психотравмы, перенесенной в раннем детстве сохраняются в виде специфических и неспецифических личностных отклонений.

Литература

1. Асанова Н.К. Руководство по предупреждению насилия над детьми: Учебное издание для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, студентов педагогических ВУЗОВ. - М.: Издательский гуманитарный центр ВЛАДОС, 1997. - 512 с.

2. Гурьева В.А., Бурелов Э.А., Кузнецов И.В., Смирнова Л.К. Нарушения психосексуального созревания у подростков с резидуально-органической недостаточностью // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1991. - т.91. - № 3. - С. 64-68.

3. Догадина М. А., Пережогин Л. О. Сексуальное насилие над детьми. Выявление, профилактика, реабилитация потерпевших. М., Сам себе адвокат, 2002

4. Ковалев В.В. Социально-психиатрический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков (особенности клиники, терапии и социальной адаптации). М., 1981. С. 11-19.

5. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955, т.1, С. 458.

6.Finkelhor D. Child sexual abuse: New theory and research. N.Y. Free Press, 1983.

7.Hobbs C.J., Hanks H.G., Wynne J.M. Child abuse and neglect. A clinicians handbook. Longman Group. London. 1993. P. 131).

8.Kempe R., Kempe C.H. The common secret: sexual abuse of children and adolescent. N.Y., 1983.

Евстратова Ю. В.

Исследование мотивации приема ребенка у кандидатов в замещающие родители

(научн.рук. к.псих.н. Ослон В.Н.)

На современном этапе в России активно проводится социальная политика, одним из направлений которой является передача детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в семьи лиц, желающих взять ребенка на воспитание.

На данный момент обучение по программе подготовки в «Школе приемных родителей» является обязательным для всех лиц, желающих принять на воспитание ребенка, в соответствии с Федеральным законом от 30.11.2011 N 351-ФЗ. Основанием для этого послужило осознание необходимости обучения и высокий уровень возвратов детей, принятых в семьи на воспитание.

Вторичное сиротство имеет различные причины. Одной из основных является неподготовленность будущих родителей к приему ребенка, оставшегося без попечения родителей. Недостаточное понимание сложившейся ситуации и недостаток знаний ведет к комплексу психологических проблем и зачастую заканчивается разрушением семьи и возврату ребенка в учреждение. Неподготовленность будущей замещающей семьи к приему ребенка также зачастую связана с неадекватной или неосознаваемой мотивацией. Психологическая работа с мотивационной сферой кандидатов в замещающие родители является ключевой мишенью на этапе подготовки семьи к приему.

В рамках работ отечественных и зарубежных психологов достаточно полно раскрыта проблема негативного влияния институциональных условий воспитания на развитие ребенка (Л.С. Выготский, Л.С. Божович, Б.В.Зейгарник, В.С. Мухина, И.В. Дубровина, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, А. Фрейд, М. Малер, Д. Боулби, Р Спитц, М. Эйнсворт, В. Фалберг, У.Голдфарб, Й. Лангмейер, З. Матейчек, Fisher, L., Ames, E. W., Chisholm, K., & Savoie). Накоплен эмпирический материал о механизмах компенсации депривационных нарушений в развитии у данной категории детей в условиях замещающей семьи (В.Н.Ослон, А.Б.Холмогорова, Л.С.Печникова, Г.В.Арутюнян, О.В.Фетисова и др), факторах, оказывающих влияние на эффективность замещающей семейной заботы (В.Н. Ослон и др.) и т.д..

Изучению мотивации в отечественных и зарубежных школах психологии посвящено большое количество теоретических и эмпирических исследований (Ч. Дарвин, В.Келер, Э.Торндайк, З.Фрейд, У.Макдауголл, И.П.Павлов, К.Левин, А.Маслоу, Г.Оллпорт, К.Роджерс, А.Н.Леонтьев, Г.Маррей, Д.Макклелланд, Д.Аткинсон, Г.Хекхаузен, Г.Келли, Ю.Роттер и др.) [4;14]. Исследуется специфика мотивационно – потребностной сферы ребенка при обучении, мотивационно-ценностные отношения в профессиональном становлении студентов, мотивация выбора направления профессиональной деятельности. При этом особенности мотивационной сферы кандидатов, желающих принять ребенка на воспитание в семью, посвящено ограниченное количество исследований [3; 27- 56]

В проведенном исследовании представлены результаты изучения динамики мотивации приема ребенка у граждан, прошедших обучение по программе подготовки «Школа приемных родителей» на базе ГБУ «Центр содействия семейному воспитанию «Наш дом». В исследовании приняли участие 56 кандидатов в замещающие родители.

Исследование проводилось с помощью метода лонгитюдных срезов. Первый срез – сбор данных перед прохождением обучения по программе «Школы приемных родителей». Второй срез – сбор данных по итогам прохождения обучения. Временной промежуток между первым и вторым срезом составил от 7 до 10 недель, рассчитанных на освоение программы подготовки. Исследование мотивации проводилось с помощью «Опросника мотивации приема» Ослон В.Н. [2, 56], позволяющего выявить ведущие мотивы приема и оценить уровень их адекватности требованиям к воспитанию и полноценному развитию ребенка.

При анализе данных был использован частотный анализ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 20.0 Windows.

Результаты исследования. На уровне статистической значимости выявлены изменения мотивации приема ребенка-сироты в семью у кандидатов в замещающие родители под влиянием обучения (McNemar-Bowker Test $X^2 = 15,445$; $df = 6$; $p < 0,015$).

Наблюдается изменение мотивации по итогам прохождения обучения (Таблица №1).

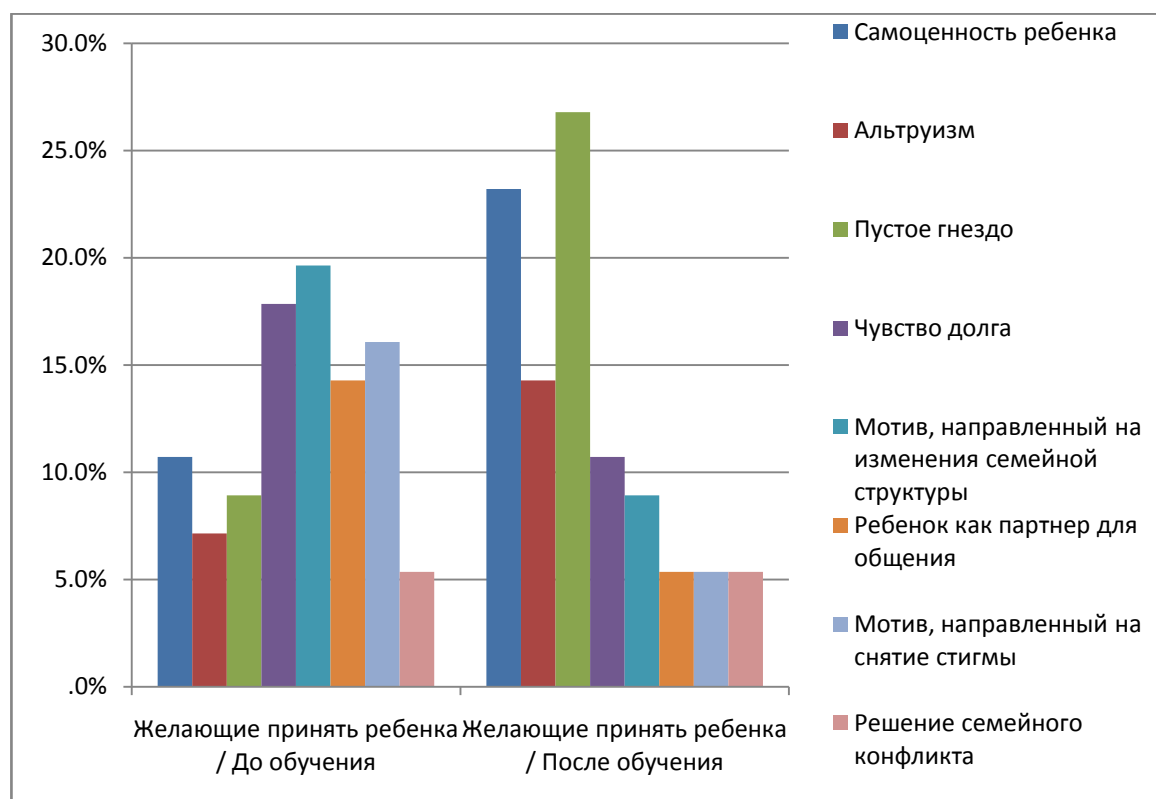


Таблица №1. Изменения мотивации приема у кандидатов в замещающие родители по итогам прохождения обучения по программе «Школа приемных родителей».

Исследование показывает, что в процессе обучения происходит осознание и переоценка собственной мотивации кандидатами в замещающие родители. Возрастает значимость мотивов, способствующих более эффективному замещающему родительству: «самоценность ребенка» («до обучения» - 11%, «после обучения» - 23%), «альтруизм» («до обучения» - 7%, «после обучения» - 14%).

Резкое повышение показателя мотива «пустое гнездо» («до обучения» - 9%, «после обучения» - 26%), по-видимому, связано с процессом осознания собственной мотивационной сферы и более ясным пониманием целей принятия ребенка в семью.

Одновременно с этими процессами происходит трансформация и снижение неконструктивных, «разрушающих» мотивов. Понижение показателя мотива «чувство долга» («до обучения» - 17%, «после обучения» - 11%) также является важнейшим изменением. По результатам лонгитюдного исследования замещающих семей данный мотив приводит к позиции жертвы у родителей и затрудняет формирование привязанности к приемному ребенку. Снижаются показатели мотива «мотив, направленный на снятие стигмы» («до обучения» - 16%, «после обучения» - 5.5%). В соответствии с этими показателями можно судить о том, что под влиянием прохождения подготовки потребность в одобрении социума у кандидатов, выбирающих данный мотив ведущим, изменяется. Прохождение обучения способствует формированию общественной зрелости в отношении проблемы сиротства и замещающего родительства, культуры сотрудничества семей со специалистами уполномоченных организаций по жизнеустройству детей-сирот, созданию сообщества замещающих родителей. Благодаря достижению этих дополнительных целей, снижается личностная тревожность родителей относительного своего статуса в обществе, снятие стигмы «бесплодная, неполноценная семья» перестает быть ведущим мотивом для приема ребенка.

Выявленные изменения мотивации потенциальных приемных родителей свидетельствует об эффективности обучения, поскольку адекватная и осознанная мотивация будущих замещающих родителей является предиктором эффективности замещающей заботы.

По результатам исследования можно судить об изменениях в мотивационной сфере, происходящих в результате прохождения обучения в «Школе приемных родителей». Дополнительных исследований требует изучение качественных изменений мотивации приема ребенка, более глубокое исследование влияния на мотивацию приема эмоционально - личностных характеристик кандидатов в замещающие родители.

Литература

1. Ослон В.Н. Особенности становления привязанности у замещающих матерей// Журнал Детский Дом. — 2010. — № 1(34) – С. 31-48.
2. Ослон В.Н. Психодиагностика становления идентификации в замещающей семье // Вестник СПбГУ сер. №. 3, Психология. —2010. №12 . — С.53-62 .
3. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. /Монография. Библиотека «Профилактика социального сиротства». – Генезис, 2006.- С.23 – 45.
4. Х. Хекхаузен. Мотивация и деятельность // СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003.– С. 134 - 157 (Сер. Мастера психологии")

II.

Комплексная реабилитация детей в трудной жизненной ситуации

Созинова М.В.

Потенциал детской субкультуры в деятельности специалиста социальной работы с детьми из неблагополучных семей

Семейное неблагополучие рассматривается исследователями как основная причина социально-психологических проблем современного детства. Семейное неблагополучие связано с частичной или полной неспособностью членов семьи осуществлять такие важные ее функции, как воспитательная, эмоциональная, духовного общения, первичного социального контроля, хозяйственно-бытовая. Данные нарушения накладывают отпечаток на весь процесс воспитания и развития ребенка в семье, делая его неполноценным, узким [10].

Специалисты подчеркивают различные аспекты в определении неблагополучия семьи. Так, социологи (А.И. Антонов, И.В. Бестужева-Лада, С.И. Голод, А.А. Клецин, А.Г. Харчева и др.) относят к неблагополучным семьям только семьи антисоциального и аморального типов. Психологи (Б.С. Братусь, В.Д. Москаленко, Е.М. Мастюкова, Ф.Г. Углов и др.) считают таковыми семьи, в которых наблюдаются явные дефекты воспитания, травмирующие психику ребенка. Педагоги (М.А. Галагузова, А.В. Мудрик, Т.А. Шишковец и др.) подчеркивают отсутствие педагогической культуры родителей, наличие социальных заболеваний и недостаточные условия для нормального развития детей в неблагополучных семьях. Психиатры (М.И. Буянов, А.Е. Личко, А.И. Захарова и др.) относят к категории неблагополучных те семьи, в которых происходит деформация личности и психики ребенка.

Учитывая вышесказанное можно согласиться с мнением К.С. Шалагиновой и О.И. Бутримовой, которые выделяют основной признак неблагополучия семьи — неблагополучие по отношению к ребенку [11]. Авторы настаивают на необходимости различать такие понятия, как «неблагополучная семья для ребенка» и «антисоциальная, или асоциальная семья» [11]. Это обоснованно тем фактом, что есть множество семей, которые с формальной точки представляются вполне нормальными, тем не менее, являются неблагополучными для живущих в них детей. Данный факт является очень опасным, так как дети, живущие в формально благополучных семьях, постепенно становятся сами носителями двойных стандартов, когда внешние проявления благополучия, перекрывают внутреннюю пустоту во взаимоотношениях между членами семьи, отсутствие тепла, любви и т.п.

Таким образом, неблагополучные семьи условно можно разделить на две группы: явная форма неблагополучия — конфликтные, проблемные, асоциальные, аморально-криминальные, семьи с недостатком воспитательных ресурсов (неполные семьи); скрытая форма неблагополучия (внутренне неблагополучные) — ценностные установки и поведение родителей в таких семьях не совпадают с общечеловеческими моральными требованиями, что негативно влияет на воспитание и развитие детей.

Неблагополучие в семье обычно приводит к серьезным нарушениям психического развития ребенка. Рассматривая трудности неблагополучной семьи можно выделить

основные типы проблем, в которые погружены такие семьи. Это могут быть правовые, социальные, психологические, педагогические, медицинские проблемы. Обычно наблюдается не один вид проблем, они взаимно усиливают друг друга. Так как они переплетены и выступают в комплексе, такие семьи часто называют мультисложными или мультипроблемными семьями.

Следует отметить, что проблемы детей из неблагополучных семей усиливаются в современном обществе в связи с разрушением дворового детского сообщества, которое в предыдущие периоды осуществляло компенсацию некоторых социально-психологических трудностей таких детей [3]. Современные семьи, живущие в одном дворе или подъезде, держатся обособленно, у детей пропадает естественная среда общения, дворовые игры. Исчезновение дворовой игры как культурного феномена привело к тому, что дети стали испытывать затруднения в усвоении системы моральных норм и нравственных принципов, как следствие, проблемы в приобретении навыков эмпатийного поведения, необходимого в коммуникации. Дворовые игры и детские сообщества были основными средствами трансляции и развития детской субкультуры.

Детская субкультура, являясь особой системой бытующих в детской среде представлений о мире, ценностях, совокупностью особенностей поведения, форм общения и деятельности самих детей, своего рода культурой в культуре, живущая по специфическим и самобытным законам, однако встроена в общее культурное целое социума. Это неинституционализированная форма социального образования детства, регулирующая взаимодействие детей внутри своей группы и на уровне возрастных подгрупп [9]. При этом носителем основных культурных ценностей является детское сообщество, которое транслирует их через соответствующие традиции, обычаи, ритуалы и т.п.

Таким образом, детская субкультура можно рассматривать как вариант широко распространенного в обществе процесса трансляции культуры, социального опыта от поколения к поколению [8]. В широком значении – это все, что создано в человеческом обществе для детей и детьми; в более узком – смысловое пространство ценностей, установок, способов деятельности и форм общения, осуществляемых в детских сообществах в той или иной конкретно – исторической ситуации развития.

Следует подчеркнуть, что несмотря на то, что в общечеловеческой культуре детская субкультура занимает подчиненное место, однако вместе с тем это обособленная и самостоятельная часть культуры. Она представлена особым детским языком, собственными формами общения, своими моральными нормами поведения, которые являясь производными от норм, принятых в обществе, тем не менее отличаются от них и являются устойчивыми для каждого возрастного уровня. Важная особенность детской субкультуры состоит в том, что, с одной стороны, в ней мир детства заявляет о своем отличии от мира взрослых, а с другой – детская субкультура – это скрытое, диалогическое обращение к миру взрослых, самобытный способ его освоения и самоутверждения в нем [8].

Именно за счет детской субкультуры, передающей из поколения в поколение особенности организации детской деятельности, ценности и нормы мироощущения, отношений со сверстниками, ребенок формирует свою сущность, создает свой собственный мир. Так, например: обзывалки и дразнилки, высмеивающие плаксивость, ябедничество, жадность, не только помогают ребенку отстаивать себя при нападках

сверстников, но и тренируют самообладание и эмоциональную устойчивость являются воспитательным средством; прибаутки, колыбельные, потешки для малышей имеют не только успокаивающее значение, но и мировоззренческое, так как знакомят с простой и понятной моделью мироустройства (раскрывают принципы жизнеустройства семьи, формируют базовое доверие к миру и к близким людям); детское собирательство, детские секреты и тайники позволяют ребенку обозначить свое наличие в том или ином месте и проявить себя через эти предметы: «я есть», «я могу», что помогает ребенку пережить чувство личной обособленности, которое возникает в результате формирующейся личной автономии.

В детской субкультуре разные авторы (В.В. Абраменкова, Т.И. Алиева, М.С. Егорова, Н.М. Зырянова, М.В. Осорина, Т.Д. Попкова, В.Т. Кудрявцев, С.Д. Пьянкова, Ю.Д. Чертков и др.) выделяют разные компоненты. Так, например, В.В.Абраменкова выделяет в качестве содержательных компонентов: традиционные народные игры (подвижные игры, военно-спортивные состязания, хороводы и т.д.), детский правовой кодекс (знаки собственности, взыскания долгов, права старшинства, мены и т.д.), детский фольклор (страшилки, дразнилки, считалки, дразнилки, заклички и т.д.), детский юмор (анекдоты, современные «приколы», потешки, поддевки), детскую магию и мифы о творчестве (небылицы, фантастические истории, призывание сил природы для исполнения желаний), детское философствование (рассуждение о жизни и смерти и пр.), детское словотворчество (неологизмы, языковые перевертыши), эстетические представления детей (рисунки и лепка, составление веночков и букетов, «секреты»), религиозные представления (обряды, детские молитвы), табулирование личных имен и наделение прозвищами сверстников и взрослых [1].

М.В. Осорина добавляет к этому, интерес детей «к посещению страшных мест, свалок, постройку штабов, собирательство и коллекционирование, детскую моду» [5].

И.С. Кон применяет в изучении феноменов детства системный подход, и рассматривает детскую субкультуру как вид возрастной субкультуры, которая в свою очередь является элементом особой системы - возрастного символизма [3]. С его точки зрения возрастная субкультура - это специфический набор признаков и ценностей, по которым представители данного возрастного слоя, класса или группы осознают и утверждают себя в качестве «Мы», отличного от всех остальных возрастных общностей [3]. И.С. Кон отмечает, что «кроме возрастной субкультуры, возрастной символизм включает еще четыре элемента: во-первых, нормативные критерии возраста, т.е. принятую культурой возрастную терминологию, периодизацию жизненного цикла с указанием длительности задач его основных этапов; во-вторых, аскриптивные возрастные свойства или возрастные стереотипы - черты и свойства, приписываемые культурой лицам данного возраста и выступающие для них в качестве подразумеваемой нормы; в-третьих, символизацию возрастных процессов, т.е. представления о том, как протекают или должны происходить развитие, рост и переход индивида из одной возрастной стадии в другую и, в-четвертых, возрастные обряды, т.е. ритуалы, посредством которых культура структурирует жизненный цикл и оформляет взаимоотношения возрастных слоев, классов, групп [3].

Данное понимание феноменов возраста позволяет получить представления о детской субкультуре как о системном, сложноорганизованном, культурно-социальном явлении с множеством внешних и внутренних связей и отношений.

Многие исследователи, такие как, В.В. Абраменкова, И.С. Кон, М.Ю. Кондратьев и др., отмечают, что качественной, смысловой особенностью детской субкультуры являются ее относительные целостность, автономность, замкнутость. Данное «культурное» положение придает существованию детской субкультуры особую значимость, а ее изучению - особую сложность.

Г.С. Абрамова видит причину появления детской субкультуры в необходимости реализации потенциала детей определенного возраста, в открытии мира вокруг и мира «в себе» [2]. С философской точки зрения любая субкультура призвана держать социокультурные признаки в определенной изоляции от «иногo» культурного слоя [7].

М. Мид, отмечая социальную природу возникновения субкультуры, говорит о том, что причиной формирования детской субкультуры или «культуры тинэйджеров», является особый механизм передачи культуры [4], на основании которого автор классифицировал типы культур, существующих в современном мире. Во-первых, это кофигуративная культура, в которой преобладающей моделью поведения для людей, принадлежащих к данному обществу, оказывается поведение их современников. Возникновение субкультуры тинэйджеров М. Мид связывает с институализацией в культуре кофигурации среди сверстников, т.е. образовательная система порождает объединение сверстников (в классах, группах). Как замечает автор, реальное ослабление кофигуративного механизма передачи культуры на современном этапе развития общества и создает новый тип культуры - префигуративной, в которой будущее неизвестно [4]. Причина ее появления М. Мид видит в развитии новых видов связи между молодыми людьми: «...сегодня во всех частях мира, где все народы объединены электронной коммуникативной сетью, у молодых людей возникла общность опыта, того опыта, которого никогда не было и не будет у старших. И наоборот, старшее поколение никогда не увидит в жизни молодых людей повторение своего беспрецедентного опыта перемен, сменяющих друг друга... Сегодняшние дети вырастают в мире, который не знали старшие...» [4, с. 136]. Данный подход описывает особую социальную ситуацию развития современного детского сообщества, специфику взаимоотношений с взрослым миром, актуализируя значимость ценностной, осмысленной профессиональной позиции современного специалиста.

Таким образом, исключительность, самоценность детской субкультуры обусловлена и объективными (историческими, культурными, социальными) и субъективными (психологическими, возрастными) причинами ее возникновения.

Данные представления о специфике природы возникновения субкультуры и детской субкультуры, в частности, дают основу для понимания функций детской субкультуры в развитии ребенка, становлении его самосознания, отношения к себе и своему месту в этом мире.

В.В. Абраменкова подчеркивает, что смысл детской субкультуры для ребенка заключается, во-первых, в том, что она предоставляет ему особое психологическое пространство, благодаря которому ребенок приобретает «социальную компетентность в группе равных» [1]. Таким образом, основной функцией детской субкультуры автор считает социализирующую, а основным агентом социализации ребенка является группа сверстников. Во-вторых, детская субкультура предоставляет ребенку веер возможностей для самореализации, экспериментальную площадку для опробования себя, определения границ своих возможностей, погружая его в иные логики, иные миры и пространства. Тем

самым, В.В. Абраменкова видит в субкультуре своеобразную зону вариативного развития, которая обеспечивает готовность к решению задач в непредвиденных обстоятельствах [1]. В-третьих, пространство детской субкультуры создает ребенку «психологическое укрытие», защиту от неблагоприятных воздействий взрослого мира, то есть выполняет психотерапевтическую функцию. Именно эта функция приобретает особую значимость в работе специалистов с детьми из неблагополучных семей. В этом случае знание особенностей субкультурных предпочтений современного ребенка может помочь специалисту как ускорить сам процесс установления контакта с ним, так и усилить степень доверия в отношениях с маленьким клиентом, сделать более эффективными используемые технологии оказания социально-психологической помощи посредством индивидуальной подстройки к личностным особенностям ребенка. В-четвертых, детская субкультура выполняет культуuroохранительную функцию, которая, согласно мнению В.В. Абраменковой заключается в перемещении в детскую среду культурных ценностей из обихода взрослых, с целью сбережения традиций с обновленной функциональностью [1]. В-пятых, по мнению П.Д. Попкова в детской субкультуре существуют механизмы, которые помогают ребенку подготавливаться к решениям проблем, которые появятся потом, в будущем, на очередной фазе его развития, и выработать методы адекватного действия [6]. Здесь проявляется прогностическая функция детской субкультуры. В-шестых, согласно мнению Н.И.Авдониной, проблематизируя и переосмысливая историческое наследие взрослых, детская субкультура высвечивает точки роста общечеловеческой культуры. Она приобретает значение поискового механизма новых направлений развития общества [2]. Таким образом, детская субкультура обладает достаточно большим развивающим потенциалом для детей, воплощая в себе самобытные способы успешного освоения ребенком новых сторон социальной действительности, создает своеобразное «укрытие» от разрушительного мира взрослых людей, при этом занимая собственное место в современном культурном пространстве и обеспечивая устойчивое развитие человечества.

В.В. Абраменкова выделяет в содержании детской субкультуры не только актуальные для массовой культуры особенности поведения, сознания, деятельности, но и особые формы существования культурно-исторического прошлого в сознании ребенка как социогенетические инварианты, под которыми понимаются относительно устойчивые во времени и пространстве образцы, модели, жанры, тексты, представляющие собой «осколки» различных эпох, следы памяти прошлого опыта человечества, передаваемые из поколения в поколения детей [1]. Данный феномен отражает одну из особенностей детской субкультуры - ее относительную консервативность. Но в то же время автор отмечает динамичность детской субкультуры, которая «заключается в множественности вариантов того или иного текста» [1, с. 61]. Эти противоречащие друг другу характеристики можно рассматривать как двигатели литературного творчества детей и условия обогащения содержания детской субкультуры.

Следовательно, сущностными характеристиками детской субкультуры являются: системность, ложноорганизованность, социальная направленность, множественность внешних и внутренних связей и отношений, относительная целостность, автономность и замкнутость для проникновения другой культуры, одновременная консервативность и динамичность, многоплановость содержания, имеющая историческую природу,

многофункциональность, что отражено в социализирующей, вариативной, психотерапевтической, культуроохранительной, прогностической и поисковой функциях.

Все отмеченные особенности детской субкультуры предъявляют особые требования к уровню психологической готовности специалиста социальной работы в следующих контекстах: осознанного и осмысленного выбора профессиональной позиции, независимо от возраста детей; характера отношений к ресурсам «детского жизнетворчества» и их проявлениям; включенностью в проблемное «культурное поле» детей с целью достижения субъективной удовлетворенности от социально-значимых результатов профессиональной деятельности.

Все вышеизложенное позволяет определить знание специалистом социальной работы особенностей детской субкультуры как важное условие в организации продуктивного взаимодействия с детьми различных социальных групп. При этом технология взаимодействия с ребенком должна включать обязательный предварительный этап, связанный с изучением его субкультурных предпочтений. Получение данных сведений о ребенке, его предпочтениях, увлечениях, хобби, любимых героях, позволят специалисту использовать эти знания в процессе установления контакта с ребенком, осуществления дальнейшей терапевтической деятельности с ним, посредством обращения к любимым героям мультфильмов, а также к ситуациям, которые с ними происходили, особенностей их психологического состояния и поведения в той или иной ситуации и т.п. Поэтому для специалиста социальной работы важно постоянное изучение особенностей развития современной детской субкультуры, современных детских увлечений, хобби и т.п. Важно отметить, что специалист в своей деятельности встречается не столько с индивидуальными проявлениями субкультурных феноменов, а с детской группой как непосредственным носителем детской субкультуры, развивающий потенциал, которой он может использовать в своей профессиональной деятельности.

Детская группа представляет собой социально-психологическую реальность, включенную в конкретные обстоятельства развития общества и обладающую собственным социальным статусом. Подчиняясь основным социально-психологическим закономерностям, детская группа имеет собственную специфику, обусловленную особенностями детской субкультуры, а также специфической ролью сверстников в социализации ребенка.

Следовательно, специалист социальной работы, взаимодействуя с детской группой как проводником субкультуры и учитывая возраст и уровень развития данного детского сообщества, а также потребность детей в определенных взаимоотношениях с взрослым, имеет возможность создать особое творческое развивающее пространство для воспитания, развития и коррекции подрастающего поколения.

Таким образом, выявленные специфические особенности детской субкультуры обогащают процесс личностного самоопределения педагога, расширяя представление о ресурсах детской субкультуры, являясь фактором его успешности в профессиональной деятельности, позволяют эффективно осуществлять помощь детям из неблагополучных семей. А изучение особенностей современной детской субкультуры становится важным условием профессионального развития и совершенствования специалиста социальной работы в современной социокультурной ситуации.

Литература

1. Абраменкова В.В. Социальная психология детства: развитие отношений ребенка в детской субкультуре. - М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. - 416 с.
2. Авдони́на Н.И. Отечественный и зарубежный опыт социально-педагогической и социально-психологической работы с детьми из неблагополучных семей // Вестник Мордовского госуниверситета. - 2009. - №2. - С. 178-182.
3. Кон И.С. Социологическая психология / Московский психолого-социологический институт. — Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. - 526 с.
4. Мид М. Культура и мир детства. - М.: Директ-Медиа, 2009. – 462 с.
5. Осорина М.В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. — СПб.: Питер, 1999. – 304 с.
6. Попкова Т.Д. Детская субкультура как социальный феномен / Под ред. Т.Д. Попковой, Б.В. Кондакова. — Пермь: Пермский гос. ун-т, 2010. - 176 с.
7. Современный философский словарь / Под ред. В. Е. Кемерова.. - М.: Академический проект, 2004. - 568 с.
8. Соколова Н. Подходы к определению понятия «социально-педагогическая поддержка» // Социальная педагогика. - 2012. - №5. - С. 89-96.
9. Чередникова М.П. Голос детства из дальней дали: игра, магия, миф в детской культуре / Сост., научная редакция, примечания, библиографический указатель В. Ф. Шевченко. — М.: Лабиринт, 2002. - 224 с.
10. Чукреева В.В. Влияние семьи на развитие личности ребенка, его благополучие // Проблемы и перспективы развития образования: материалы междунар. заоч. науч. конф. (г. Пермь, апрель 2011 г.).Т. II. — Пермь: Меркурий, 2011. — С. 180-183.
11. Шалагинова К.С., Бутримова О.И. Коррекционно-развивающая работа с детьми из неблагополучных семей // Справочник педагога-психолога. – 2012. - №1. – С. 16-19.

Марголина И.А.

Физическое насилие в раннем детском возрасте и его последствия для психического здоровья в возрастной динамике

Физическое насилие это повреждающий психобиологический фактор, включающий в себя как собственно физическое повреждение, так и сопутствующее ему психологическое эмоциональное насилие. И то и другое входит как составные части в понятие « жестокое обращение» или ограничение прав ребенка на обеспечение оптимальных условий для его психофизического развития.

По данным отечественной и зарубежной литературы в качестве психосоциальных последствий жестокого обращения с детьми указываются делинквентные и асоциальные формы поведения аффективные нарушения и аномальные черты личности (Антонов Ю.М. и др. 1998, Морозова Н.Б. и др. 1988, Bernstein D. at .1998, Luntz P. at al.1994, Vancini C. at al. 1995, Windle M. at al. 1995).

В то же время динамика формирования этих нарушений была изучена недостаточно, особенно последствия воздействия физического насилия на психику в детском возрасте. В настоящее время по данным разных авторов физическому насилию (в

частности внутри семьи) подвергаются от 4.5 до 25% детей (Гурьева В.А. 1996, Carter-Lourensz J at al 1995).

На основании теоретических разработок возникновения и динамики психогенных нарушений в детском возрасте (Кербиков О.В.1971., Ковалев В.В.1995, Ушаков Г.К. 1987) нами была выдвинута гипотеза о том, что физическое насилие вызывает психические отклонения, зависящие от факторов возраста, длительности насилия и др. Для проверки данного положения было проведено исследование отклонений психического развития в условиях длительного физического насилия в семье с раннего возраста в возрастной динамике - с первого года жизни до 14 лет.

Критериями включения в группу являлись: возраст от 0 до 14 лет и факты пролонгированного внутрисемейного физического насилия, верифицированные юридическими органами, органами опеки и медицинскими учреждениями. Критериями исключения были острые реакции на стресс в результате однократного случая физического насилия в семье, шизофрения, эпилепсия и грубые органические поражения ЦНС различного генеза.

Основную группу составили дети в возрасте от 7 месяцев до 14 лет. В качестве группы контроля была взята группа детей-сирот с рождения, которые не подвергались физическому насилию.

Обследование детей проводилось на базе ДПБ № 6, специализированного дома ребенка № 25 и московских центров медико-психолого-социального сопровождения. Изучение проводилось ретроспективно и проспективно. Катамнез в среднем составил 6 лет.

Помимо традиционных методов обследования ребенка был использован ряд специальных методик, разработанных сотрудниками отдела по изучению раннего детского возраста НЦПЗ РАМН. Для оценки состояния вегетативной нервной системы использовалась методика исследования вегетативного тонуса у детей раннего возраста (Горюнова А.В. Шиманова Г.Н. 2002) Психологическое развитие детей раннего возраста диагностировалось по клинко-психологической методике ГНОМ (Козловская Г.В. Горюнова А.В. и др. 1997). Для оценки аффективной сферы на основе известной шкалы оценки степени выраженности депрессии Монтгомери-Асберга была разработана собственная шкала для оценки выраженности депрессии у детей, в том числе раннего возраста. Для целенаправленного исследования детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия была разработана оригинальная шкала оценки психических нарушений (ШОПН) с учетом выявленных психических нарушений (Марголина И.А. и др 2005). Для выявления ПТСР была использована современная качественная шкала оценки – опросник К- SADS-PL. Для диагностического отграничения подлинных нарушений психического здоровья от временных поведенческих реакций, не требующих психиатрического вмешательства, были использованы качественные критерии М. Rutter 1975

Преобладающей наследственной патологией был алкоголизм (более 50% случаев). Асоциальные формы поведения с жестокостью встречались у близких родственников у 18 % обследованных детей. Шизофрения отмечалась менее чем в 5% случаев. В 33,5 % сведения отсутствовали.

У всех детей основной группы отмечались нарушения различной степени тяжести, как в соматовегетативном, так и в психическом состоянии. Соматовегетативные

расстройства были отмечены у 92% детей. Они проявлялись в виде физической ослабленности, низких показателей массы и роста, нарушений сна и аппетита, аллергических проявлениях, висцеро-вегетативной дисфункции и преобладания симпатикотонии. Неврологическая дисфункция ограничивалась резидуальными микроневрологическими отклонениями, не играющими существенной роли в состоянии здоровья ребенка. У 100% детей выявлены те или иные психические отклонения.

Исследование по ШОПН позволило разделить обследуемых детей на 3 группы: первая составила 8% - это риск развития психических нарушений в результате воздействия фактора физического насилия; вторая и третья группы с умеренными и выраженными нарушениями – соответственно 67% и 25%. Выраженность психических нарушений возрастала по мере увеличения возраста обследуемых.

Психическое состояние во всех возрастах обследованных детей характеризовалось тотальной задержкой психического развития. В раннем возрасте на первый план выходила задержка эмоционального развития, характерной особенностью которой была задержка становления положительных эмоциональных реакций, при сохранности и даже некотором ускорении темпов становления отрицательных реакций.

Задержка когнитивного развития проявлялась с первого года жизни в виде недостаточной познавательной активности. Обращала внимание ретардация речевого развития. В дошкольном возрасте выявлялся ограниченный запас сведений и представлений об окружающем. В младшем школьном возрасте выявлялась неготовность детей к школьному обучению, а также имели место пресыщаемость внимания, неспособность самостоятельно усвоить отвлеченные понятия при наличии зрелых суждений в бытовых вопросах. В подростковом возрасте обращало на себя внимание отсутствие познавательных интересов и узость кругозора при сохранных предпосылках интеллекта.

Моторное развитие также отставало от возрастной нормы. Особенно ярко это выражалось у детей, подвергавшихся насилию с первого года жизни. На первый план выходила задержка формирования тонкой моторики.

На основании анализа психического состояния основной группы детей были выделены основные (облигатные расстройства), характерные для хронического внутрисемейного физического насилия. Первым облигатным расстройством были аффективные нарушения, в раннем возрасте проявлявшиеся тревожной депрессией. Исследование по разработанной нами шкале оценки выраженности депрессии, выявило разной степени выраженности депрессию у 69% детей. В эксперименте выявлялось своеобразное, присущее детям раннего возраста из условий жестокого обращения искажение эмоционального контакта с взрослыми – они реагировали испугом и плачем на строгое лицо, на улыбающееся лицо и ласковый тон реакция была недостаточной, а иногда и индифферентной.

После 2 лет у большинства детей на фоне тревожной депрессии отмечались диффузные страхи темноты, одиночества, а также страх наказывающих их окружающих взрослых.

У детей младшего школьного и подросткового возраста тревога, проявлялась лишь в определенных ситуациях: например, напряженностью при беседе с врачом, в компании незнакомых детей, среди которых, есть более сильные. На первый план выходили аффективные нарушения в виде дисфорических вспышек со злобой,

двигательным возбуждением, драчливостью с элементами аффективно суженного сознания на общем дистимическом фоне.

Вторым облигатным расстройством у детей из условий физического насилия являлось расторможение влечений. У детей первого года жизни это были патологические привычные действия (сосание пальца, яктация), в совершении которых наблюдались охваченность и трудность переключения, свойственные нарушению влечений. В ряде случаев наблюдалась булимия с периодами анорексии. Следует отметить, что факты булимии и анорексии проявлялись на фоне депрессивного аффекта. С 2.5 – 3 лет патология влечений у детей становилась более выраженной и проявлялась нарушениями поведения в виде особой агрессивности с жестокостью и разрушительными действиями по отношению к детям и игрушкам и их малой мотивированностью.

В возрасте 3 – 6 лет проявления расторможения и искажения влечений становились более заметными. К прежним патологическим привычным действиям присоединялась онихофагия, а в ряде случаев и элементы аутоагрессии. Даже изъятые из условий физического насилия дети в детском коллективе были агрессивны, и их агрессивное поведение сопровождалось внешними проявлениями радости и удовольствия.

Усиление нарушения влечений еще более обнаруживалось в младшем школьном возрасте. Это проявлялось в жестоком обращении с животными, в играх с детьми, с игрушками, со слабыми, стариками. Относясь жестоко к слабым детям, они полностью подчинялись асоциальным личностям. У них отмечались склонность к воровству, нередко труднообъяснимому самим ребенком, лживость, самооговоры с провокацией наказания. Они охотно «доносили» взрослым о неблагоприятных поступках других детей, в некоторых случаях оговаривали их. Выявлялась склонность к уходам и бродяжничеству, в части случаев выявлялись пиромания. В подростковом возрасте к перечисленному присоединялось табакокурение, токсикомания, в ряде случаев употребление наркотиков.

Последним облигатным расстройством было нарушение формирования личности, которое складывалось из искажения формирования феномена привязанности и коммуникативных функций и формирования асоциальных черт.

Рано отмечающейся особенностью поведения было искажение формирования привязанности, в раннем возрасте проявлявшееся в виде оппозиции и страха перед жестоко обращающимся родителем. В дальнейшем у них формировался своеобразный стиль взаимоотношений с окружающими. Дети раннего возраста держались отгорожено, предпочитая играть в одиночестве. В дальнейшем, дети становились общительнее, но выбирали более сильных сверстников, угодили перед ними и выполняли их поручения. Уже в дошкольном возрасте начинала проявляться виктимность поведения, т.е. поведение, провоцирующее насилие, которое характеризовалось стремлением к обидчику. Такой стиль поведения сохранялся и в дальнейшем. Дети предпочитали сохранять избирательность общения, обнаруживая черты виктимности. В подростковом возрасте дети из условий жестокого обращения оказывались не способными к равным, партнерским отношениям. Они подчинялись сильным и унижали слабых. Склонность к асоциальному группированию и делинквентному поведению начинает проявляться в младшем школьном возрасте и наиболее ярко проявляется в подростковом.

В целом, этиология возникновения и динамика патологии личностных свойств детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия расценивалась как патохарактерологическое развитие личности.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило сделать вывод о том, что у всех детей из условий физического насилия обнаруживаются психические расстройства, которые имеют характерное для данной психогении содержание и складываются из облигатных (аффективные нарушения, нарушения в сфере влечений и нарушения формирования личности) и факультативных (задержка психического развития, астенические и соматовегетативные расстройства) нарушений.

Литература

1. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступное поведение и психические аномалии. - М.: Спарк, 1998. – 215 с.
2. Горюнова А.В., Шимонова Г.Н. Методические подходы к изучению вегетативных функций у детей раннего возраста. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002.-№3. – С. 47-50.
3. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М: «Крон-Пресс», 1996.- С. 138.
4. Кербиков О.В. Избранные труды. – М.: Медицина, 1971. – 312 с.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. – М., «Медицина». – 1995 – С.524 – 530.
6. Козловская Г.В., Горюнова А.В., Самохвалова В.И. Методика определения психического развития детей до 3 лет – ГНОМ. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997.- №8.
7. Марголина И.А., Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Психическое развитие детей из условий хронического физического насилия (особенности обследования детей). // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, № 9, 2005 – стр. 4– 9.
8. Морозова Н.Б., Гурьева В.А.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988.-вып.4. - С. 78-81.
9. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – 2–е издание, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
10. Bernstein D.P., Stein, I.A, Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients. J. Addict. Behav. 1998; 23(6): 855-868.
11. Carter-Lourensz J, Jonson-Powell G. – Comprehensive textbook of Psychiatry. – 2000. – Volume 2. – Sixth Edition. – Williams&Willkins.- 1995.- P.2456-2462.
12. Luntz P.K., Widom C.S. Am J Psychiatry. 1994; 151(5): 670-674.
13. Mancini C., Van-Ameringen M., Mac Millan H. J Nerv Ment Dis. 1995; 183(5): 309-314.
14. Rutter M. Helping troubled children. – London: Plenum Press, 1975.
15. Windle M., Windle R.C., Scheidt D.M. et al. Am J Psychiatry. 1995; 152(9): 1322-1328.

Канаян В.А.

Инновационные социальные технологии работы с несовершеннолетними и молодежью: от апробации и внедрения к образованию (на примере СПб ГБУ «КОНТАКТ»)

1. История. Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской центр социальных программ и профилактики асоциальных явлений среди молодежи «КОНТАКТ» (далее Центр) начал работу в 1998 году. В Санкт-Петербурге по инициативе Комитета по делам семьи, детства и молодежи была создана Служба уличной социальной работы в рамках Целевой программы Санкт-Петербурга «Семейная политика. Социальная защита семьи и детства в Санкт-Петербурге», подпрограмма «Улицы Санкт-Петербурга».

В 2001 году накопленный опыт работы и понимание важности проблемы безнадзорности несовершеннолетних привели к решению создания подведомственного Комитету по молодежной политике Санкт-Петербургского Государственного Учреждения «Городской центр профилактики безнадзорности и наркозависимости несовершеннолетних» (СПб ГУ «ГЦПБНН»).

В период с 2001 по 2003 года по итогам конкурсов целевых программ среди учреждений социального обслуживания молодежи по реализации подпрограммы «Формирование и развитие системы социальных служб и клубов для молодежи» Федеральной целевой программы «Молодежь России (2001 - 2005 годы)», Центру был присвоен статус Федерального Экспериментального центра по социальной работе для апробации, внедрения и распространения инновационных социальных технологий работы с молодежью.

К 2005 году СПб ГУ «ГЦПБНН» – один из основных исполнителей Целевых программ, реализуемых в Санкт-Петербурге: «Профилактика правонарушений несовершеннолетних и молодежи в Санкт-Петербурге на период с 2002 по 2005 год» и «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2002-2005 годы». В ходе реализации Целевых программ и текущей деятельности учреждения на базе районных подростковых клубов было открыто 11 Опорных площадок, создана Служба молодежных работников, открыты Отделы по воспитательному сопровождению несовершеннолетних и молодежи, склонных к совершению правонарушений, разработана и запущена программа «Социальный патруль» в 15 районах Санкт-Петербурга, создан Отдел социального сопровождения несовершеннолетних, находящихся в сфере уголовно-процессуального преследования.

2. Достижения. В 2009 году по итогам конкурсов Центру был присвоен статус Федерального Экспериментального центра по социальной работе для апробации, внедрения и распространения инновационных социальных технологий работы с молодежью и статус «Лучшее учреждение государственной молодежной политики в Российской Федерации».

Спустя два года эффективной деятельности, в 2011 году, решением Экспертной комиссии Всероссийского конкурса учреждений органов по делам молодежи Центр был признан лучшим учреждением сферы государственной молодежной политики Российской Федерации в номинации «Опорный центр по работе с молодежью, оказавшейся в трудной жизненной ситуации».

В январе 2012 года Центр был переименован в Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской центр социальных программ и профилактики асоциальных явлений среди молодежи «КОНТАКТ».

3. Основные задачи Центра:

- создание, на основе комплексного подхода, действующей сети из организаций и специалистов, участвующих в реализации программ по профилактике безнадзорности, беспризорности, злоупотребления психоактивными веществами, правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетних и молодежи на территории Санкт-Петербурга;

- выявление причин и условий, вызывающих девиантное поведение подростков и молодежи;

- разработка и реализация методик и технологий работы с несовершеннолетними группы риска на территории Санкт-Петербурга в контексте профилактики рецидивов и совершения повторных правонарушений.

Специалисты Центра осуществляют деятельность по первичной неспецифической, вторичной профилактике асоциального поведения.

4. Целевые группы, с которыми специалисты Центра ведут работу: несовершеннолетние и молодежь в контексте первичной профилактики, а также склонные к совершению правонарушений и совершившие правонарушения и преступления, находящиеся в сфере уголовного судопроизводства, состоящие в неформальных молодежных объединениях.

5. Основные методы работы, используемые специалистами Центра: групповая и индивидуальная воспитательная работа с детьми и молодежью.

5.1. К групповым методам работы относятся психологические тренинги, тематические занятия с элементами тренинга, игры по станциям, круглые столы, кинолектории, социодрамы, дискотерапии и пр.

5.2. Учитывая, что целевой группой индивидуальной воспитательной работы специалистов центра являются несовершеннолетние и молодежь, совершившие административные или уголовные правонарушения, а также причисляющие себя к неформальным молодежным объединениям, основной формой индивидуальной воспитательной работы является социальное сопровождение несовершеннолетних и молодежи, направленное на улучшение отношений в семье, возвращение в образовательное учреждение, коллектив, системную организацию свободного времени. Единовременно в Центре «КОНТАКТ» данную услугу получают 1020 несовершеннолетних, за год же социальное сопровождение проходят более 2500 человек.

Социальное сопровождение состоит из двух этапов:

– социальное расследование (продолжительность 2 недели);

– индивидуальное сопровождение (продолжительность 6 месяцев).

На этапе социального расследования происходит знакомство специалиста по социальной работе с семьей и окружением подростка. Он собирает информацию о составе семьи, жилищно-бытовых условиях проживания, психологическом климате, взгляде родителей и самого подростка на сложившуюся ситуацию. Специалистом также собирается информация из субъектов системы профилактики правонарушений несовершеннолетних. Собранная информация анализируется, и выявляются факторы риска, способствовавшие совершению правонарушения, а также факторы защиты, препятствующие повторному совершению правонарушения. По результатам социального расследования специалистом по социальной работе совместно с несовершеннолетним, его семьей, педагогом-психологом и юрисконсультантом составляется план реабилитации подростка, который и реализуется на второй стадии социального сопровождения.

На втором этапе социального сопровождения (индивидуальном сопровождении) специалистом по социальной работе с молодёжью проводятся мероприятия по выполнению плана реабилитации несовершеннолетнего, направленные на улучшение взаимоотношений между членами семьи, формирование и закрепление позитивных навыков у несовершеннолетнего, повышение успеваемости и посещаемости учебного заведения. Всем категориям несовершеннолетних, состоящим на социальном сопровождении, при необходимости, оказывается широкий спектр социальных услуг:

- содействие в стабилизации ситуации в учебном заведении или устройстве в него, в случае если несовершеннолетний не числится в образовательном учреждении. Так за 2012 год в образовательные учреждения Санкт-Петербурга было устроено 356 несовершеннолетних. Более 13000 выходов в образовательные учреждения осуществили специалисты Центра с целью контроля успеваемости и посещаемости клиентов;

- содействие в трудоустройстве несовершеннолетних. В 2012 году при содействии специалистов «КОНТАКТА» было трудоустроено 179 несовершеннолетних, для 162 была проведена профориентация, 80 – поставлено на учет в центрах занятости;

- содействие в организации системного досуга по месту жительства: устройство в кружки, студии, секции подростково-молодежных клубов Санкт-Петербурга. В 2012 году с помощью специалистов Центра был организован системный досуг 980 несовершеннолетних. За 2012 год 735 несовершеннолетним было оказано содействие в организации отдыха в ДОЛ.

Также специалисты Центра «КОНТАКТ» оказывают содействие в направлении несовершеннолетних в медицинские, наркологические учреждения, центры социальной реабилитации и санатории; оказывается помощь в оформлении документов.

В рамках индивидуального сопровождения педагоги-психологи ведут консультационную работу, направленную на корректировку поведения несовершеннолетнего. Основными целями юрисконсультов при индивидуальной работе с несовершеннолетними является повышение их правовой грамотности, разъяснение им норм административного и уголовного законодательства. Педагоги-психологи и юрисконсульты также осуществляют групповую работу с несовершеннолетним. В рамках программы «Клуб успешного будущего» ведется формирование у несовершеннолетних позитивных навыков в сфере коммуникаций, жизненных ценностей, эмоциональной сферы, здорового образа жизни, профилактики употребления ПАВ, самостоятельности и самоконтроля. Дополнительно юрисконсульты и педагоги-психологи проводят профилактическую работу по широкому кругу вопросов в образовательных учреждениях.

Несовершеннолетним, совершившим уголовные правонарушения, дополнительно оказываются следующие виды услуг:

- предоставление судье полной и объективной информации о личности и поведении несовершеннолетнего, его социальном окружении и мерах по социальной реабилитации, которые будут проводиться с подростком;

- взаимодействие с адвокатом подсудимого несовершеннолетнего с целью корректировки совместных действий;

- в случае необходимости участие специалиста в судебном разбирательстве по делу несовершеннолетнего;

- содействие в примирении несовершеннолетнего с потерпевшим;

- вынесение рекомендаций относительно применения к несовершеннолетнему принудительных мер воспитательного воздействия, в том числе возможности помещения подростка в учебно-воспитательное учреждение закрытого типа;
- содействие в досрочном снятии несовершеннолетнего с учета в УИИ;
- сопровождение и участие в допросе несовершеннолетнего.

Интенсивность проводимых мероприятий с несовершеннолетними обуславливает эффективность индивидуальной и групповой воспитательной работы, так уровень повторных правонарушений среди несовершеннолетних, состоящих на социальном сопровождении в связи с совершением уговорного преступления составляет от 5 до 7 %.

6. Межведомственное взаимодействие. В ходе работы специалисты Центра взаимодействуют с представителями субъектов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Санкт-Петербурге: комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, органами управления социальной защитой населения, управления в сфере образования, местного самоуправления, опеки и попечительства, по делам молодежи, управления здравоохранением, службы занятости, внутренних дел, согласно Федеральным законам от 24.06.1999 № 120-ФЗ.

7. Основные содержательные направления деятельности Центра: индивидуальное социальное сопровождение; координация деятельности подростково-молодежных центров и подростково-молодежных клубов; первичная профилактика наркозависимости; организация и проведение рейдов «Социального патруля»; разработка методических материалов и обучающих программ и их практическая реализация; создание информационного фона деятельности Центра; подготовка информационно-аналитических материалов;

7.1. В рамках направления «Регламентное индивидуальное социальное сопровождение несовершеннолетних и молодежи, склонных к совершению правонарушений, совершивших административное правонарушение, находящихся в сфере уголовно-процессуального преследования, относящихся к неформальным молодежным объединениям» осуществляет деятельность Служба профилактики асоциального поведения молодежи (СПАПМ). В составе Службы действуют два отдела: отдел социального сопровождения несовершеннолетних правонарушителей (ОССНП) и отдел координации деятельности подростково-молодежных центров и подростково-молодежных клубов.

ОССНП расположены в 13 районах города и основной целью их деятельности является профилактика повторных правонарушений несовершеннолетних и молодежи.

7.2. Отдел координации деятельности подростково-молодежных центров и подростково-молодежных клубов осуществляет работу по месту жительства с детьми и молодежью, направленную на создание и обеспечение условий для воспитания, развития, социального становления и самореализации детей и молодежи.

7.3. В рамках реализации направления «Первичная профилактика наркозависимости среди подростков и молодежи Санкт-Петербурга» Служба профилактики наркозависимости осуществляет следующую деятельность:

- организация и проведение профилактических мероприятий по развитию и поддержке волонтерского движения;
- оказание психологической помощи несовершеннолетним и их родителям;

- организация круглых столов и семинаров с общественными организациями и объединениями, работающими в сфере профилактики правонарушений и зависимостей на территории Санкт-Петербурга;
- экспертиза проектов, направленных на профилактику правонарушений и зависимостей;
- помощь в написании проектов и программ профилактической направленности;
- проведение опросов населения с привлечением общественных объединений;
- методическое сопровождение специалистов, занимающихся профилактикой зависимого поведения;
- участие в подготовке и проведении межведомственных конференций по вопросам взаимодействия субъектов профилактики.

7.4. В рамках направления деятельности «Организация и проведение рейдов «Социального патруля» в 18 районах СПб в целях раннего выявления несовершеннолетних и молодежи, склонных к совершению правонарушений, профилактики беспризорности и безнадзорности» проводит работу Отдел мобильной уличной социально-патрульной работы. В сферу деятельности данного отдела входит:

- организация и проведение дневных, ночных мобильных, рейдов в выходные и праздничные дни, пеших рейдов по графику, согласованному с субъектами системы профилактики,
- осуществление координации действий в ходе рейда, принятие решений по возникшим в ходе рейда ситуациям.

7.5. В рамках направления деятельности «Подготовка информационно-аналитических материалов о мероприятиях по профилактике правонарушений несовершеннолетних и молодежи в Санкт-Петербурге» Информационно-аналитическая служба, Отдел анализа молодежных субкультур и Координационно-методический отдел осуществляют следующую работу:

- сбор, анализ и обработка информации по всем направлениям деятельности учреждения (о несовершеннолетних и молодежи, находящихся в трудной жизненной ситуации, о результатах мониторинга социальной среды СПб);
- организация деятельности информационной базы Информационно-консультационного центра (сбор информации по предоставлению социальных услуг субъектами системы профилактики правонарушений несовершеннолетним и молодежи Санкт-Петербурга, склонным к совершению правонарушений и нуждающимся в помощи, вовлеченных в мероприятия по профилактике правонарушений; ведение информационной базы данных);
- анализ состояния и динамики развития молодежных субкультур Санкт-Петербурга (НМО субкультурного типа), мониторинг электронных ресурсов сети Интернет (изучение молодежных субкультур, деятельности НМО, фактов обнаружения проявлений экстремизма в электронных СМИ, создание методических разработок по НМО субкультурного характера, выезды с представителями НМО для изучения и влияния на субкультуру);
- создание методических материалов на основании обработки документации по результатам рейдов «Социального патруля» (обработка материалов по результатам рейдов, разработка рекомендаций по организации рейдов, информирование субъектов

системы профилактики, мониторинг сети Интернет, сбор материала о местах концентрации, отслеживание динамики изменений и актуальности ситуации, подбор фотоматериалов);

- подготовка и проведение круглых столов и семинаров, участие в подготовке и проведении межведомственной конференции по вопросам взаимодействия субъектов профилактики.

Отдел публичных коммуникаций формирует и поддерживает информационное поле Центра: ведет сайт Центра и группы в социальных сетях; поддерживает связи со СМИ и участвует в создании информационных материалов; создает медийный контент Центра путем фото и видео фиксации мероприятий (уличные акции, мастер-классы, семинары, круглые столы и др.).

7.6. Учитывая актуальность проблемы и недостаток высококвалифицированных специалистов, работающих в данной сфере, в 2013 году на базе СПб ГБУ «ГЦСП «КОНТАКТ» создан Центр повышения квалификации, который проводит обучение по программам, включающим в себя опыт применения инновационных технологий и современных методов работы в области профилактики девиантного и делинквентного поведения подрастающего поколения и одобренных на федеральном уровне.

Качество программ, проводимых Центром, обеспечивается:

- привлечением профессорско-преподавательского состава ведущих вузов Санкт-Петербурга;

- лекционными и семинарскими занятиями с ведущими специалистами-практиками;

- освоением практических навыков работы методом включения в работу сотрудников Центра в рамках их повседневной деятельности;

- обучением технологиям и методам профилактики девиантности и делинквентности несовершеннолетних и молодежи;

- возможностью знакомства с формами и методами работы с представителями неформальных молодежных объединений;

- освоением методов уличной социальной работы («Социальный патруль») по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;

- освещением тем по ювенальным технологиям социально-правовой защиты несовершеннолетних;

- проведением консультаций и дискуссий с коллегами и практиками;

- получением комплекта информационных и методических материалов;

- обменом опытом со своими коллегами из других регионов;

- возможностью установить деловые отношения с новыми партнерами;

- проведением семинаров с выездом в организации-субъекты профилактики девиантного и делинквентного поведения подрастающего поколения;

- проведением корпоративных семинаров в вашем учреждении, в вашем городе или в нашем Центре в Санкт-Петербурге Программы курсов рассчитаны на 12, 36, 72 часа. По окончании курсов слушателям выдается Удостоверение установленного образца о повышении квалификации.

В настоящее время Центр проводит набор на обучение специалистов, работающих в сфере профилактики безнадзорности, наркозависимости и правонарушений

несовершеннолетних и молодежи по следующим дополнительным профессиональным образовательным программам повышения квалификации:

- Организация социально-правовой работы в сфере профилактики безнадзорности, наркозависимости и правонарушений несовершеннолетних;
- Принципы и методы работы в области межкультурного воспитания молодежи;
- Социальный патруль;
- Социальное сопровождение несовершеннолетних правонарушителей;
- Профилактика употребления психоактивных среди молодежи.

Основополагающим принципом формирования программ обучения является наличие научно-преподавательского состава из специалистов Центра. Опираясь на это, становится возможным реализовать программы, основанные на собственном передовом опыте.

Данную позицию поддержал и Комитет по образованию Правительства Санкт-Петербурга, предоставив государственному бюджетному учреждению «Городской центр социальных программ и профилактики асоциальных явлений среди молодежи «КОНТАКТ» лицензию от 16 января 2013 года на право осуществления образовательной деятельности по дополнительным образовательным программам к среднему и высшему профессиональному образованию со сроком освоения 72-500 часов по направлениям профилактики безнадзорности, беспризорности, злоупотребления психоактивными веществами, правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетних и молодежи.

Пономаренко А.А.

Преодоление установки жертвы как одно из условий повышения качества жизни социально незащищенных лиц молодого возраста

Экономические и социальные реформы в России, осуществляемые в последние десятилетия, изменили структуру российского общества и привели к снижению такого показателя, как качество жизни населения [О.А.Ковынева, 2006]. В настоящее время в науке преобладают два основных направления исследования качества жизни: объективного и субъективного, которые ориентированы на изучении качества жизни общества и личности, соответственно. В современной зарубежной и отечественной науке уже не отрицается тот факт, что в понятие «качество жизни» входит психологический аспект [И.В. Полушкина, 2008]. Не подлежит сомнению взаимосвязь качества жизни с уровнем стресса, экстернальностью-интернальностью, социальной поддержкой, депрессией, ролевым соответствием, тревожностью (К.А. Абульханова-Славская, Г.М. Зараковский). Качество жизни также определяется структурой ценностей личности, социальной активностью, мотивацией достижений, наличием жизненных целей, копинг-стратегиями, и т.д.(О.В. Кобзева, Е.Ф. Рыбалко и др.).

В последнее время все чаще используется подход к изучению субъективного качества жизни на основе концепции психологических отношений (М.Е. Бурно, В.А. Непомнящая, Е.А.Углова, и др.). Особенно уязвимыми в этом плане оказались такие категории как многодетные, неполные, социально-незащищенные семьи, безработные с маленькими детьми, инвалиды, сироты, и т.п. Государственная политика направлена на усиление социальной и материальной помощи людям вышеназванных категорий. Однако, по мнению специалистов, подобного рода помощь вовсе не способствует повышению

качества жизни, а превращается, порой, в «медвежью услугу». Благодаря повышенному вниманию и опеке, у социально незащищенных групп людей формируется осознание себя в особом положении, и не просто положении пострадавшего, а положении жертвы [М.А. Одинцова, 2010].

На латыни «жертва» – *victima*, отсюда понятие «виктимность», которое в научной литературе интерпретируется как достаточно устойчивое личностное качество, или склонность индивида становиться жертвой внешних обстоятельств и активности социального окружения. Считается, что жертвой являются носители пораженческой психологии, инфантильности, иждивенчества, неконструктивных стратегий преодоления (В. Ротенберг, Е.Ф. Рыбалко и др.). Как личностное свойство, виктимность проявляется у людей в виде неспособности и нежелания отстаивать собственную позицию, брать на себя ответственность за принятие решений. Отсутствие ответственности – одна из важнейших характеристик жертвы [М.А. Одинцова, 2010]. В.С. Мухина считает, что жертвой принято называть человека, который отдает ответственность за себя и контроль над своей жизнью обстоятельствам или другим людям [В.С. Мухина, 1993]. В связи с этим в психологии закрепилось понятие «установка жертвы». Под установкой жертвы понимается «специфическая форма социальной установки, в основе которой лежит тенденция к инфантилизации, иждивенческая направленность, стремление к пассивной, выгодной адаптации в среде с использованием неконструктивных стратегий, препятствующих и затягивающих преодоление трудных жизненных ситуаций» [М.А.Одинцова, 2007. С. 6].

Успешность преодоления трудных ситуаций напрямую зависит от наличия такой личностной характеристики человека, как преодолевающее (копинг) поведение, которое в широком смысле рассматривается как адаптивное совладающее поведение, или психологическое преодоление [О.В.Кобзева, 2011]. Психологическое предназначение копинга состоит в том, чтобы как можно лучше научить человека адаптироваться к требованиям ситуации и нейтрализовать стрессовое действие (Т.Л.Крюкова, С.К.Нартова-Бочавер, и др.). Соответственно, главная задача преодолевающего поведения – это обеспечение и поддержание социального благополучия человека, а также его физического и психического здоровья (Т.Л.Крюкова, И.В. Дубровина), что теснейшим образом связано с показателями качества жизни. Особенно важно научиться конструктивному преодолевающему поведению молодым людям с установкой на поведение жертвы. В связи с этим, нами было организовано и проведено исследование особенностей преодолевающих стратегий поведения виктимных лиц молодого возраста. Мы предположили, что преодоление установки жертвы является одним из условий повышения качества жизни социально незащищенных лиц. В исследовании приняли участие группа юношей и девушек (N=72), которая предварительно при помощи кластерного анализа была разделена на две с условными наименованиями: «виктимные» (N=26) и «невиктимные» (N=46). Для выявления специфики преодолевающих стратегий поведения были использованы опросники: «Шкала субъективного благополучия» (М.В. Соколова, 1996), «Уровень выраженности инфантилизма» (А.А. Серегина, 2006), «Ролевая виктимность» (М.А. Одинцова, Н.П.Радчикова, 2012). Проведенный корреляционный анализ с использованием критерия Пирсона показал, что чем выше уровень виктимности, тем выше способность личности к импульсивным действиям и поступкам ($r=0,27$); к избеганию ($r=0,40$); манипуляциям ($r=0,37$); асоциальным действиям ($r=0,37$); агрессивным действиям ($r=0,36$). Далее было выявлено, что чем выше стремление

молодых людей к социальной поддержке, тем более ярко выражена психоэмоциональная симптоматика ($r=0,33$), что выражается в нарушении сна, беспредметном беспокойстве, и т.п. Стремление к социальной поддержке находится в отрицательной взаимосвязи с самооценкой здоровья ($r=-0,30$). Чем выше стремление виктимных молодых людей к социальной поддержке, тем ниже субъективная оценка состояния здоровья. Возможно, это связано с определенными действиями по привлечению социальной поддержки виктимными молодыми людьми, что подтвердил некогда в своих работах еще А.Адлер [А.Адлер, 1997]. Однако, данное предположение требует дополнительных исследований.

Таким образом, группа виктимных молодых людей отличаются от невиктимных более частым использованием неконструктивных или частично конструктивных копинг-стратегий, что приводит к тому, что сумма когнитивных и поведенческих усилий, направленная на преодоление трудной ситуации, не приводит к желаемым результатам. Для преодоления установки «жертва» и обучения навыкам преодолевающего поведения, необходимы системные сопровождающие занятия, затрагивающие когнитивный, эмоциональный, волевой, поведенческий компоненты виктимной личности. Занятия должны быть направлены на развитие самостоятельности, ответственности за собственные поступки, формирование позитивного восприятия себя и своих возможностей.

Сегодня для социально незащищенных молодых людей, как правило, применяется два способа сопровождения: экстренное вмешательство специалистов и служб (телефон доверия, содействие в организации временного проживания, помещение в лечебно-профилактическое учреждение), и социально-профессиональное сопровождение. Несколько в стороне остается такой тип помощи, как психологическое сопровождение. В данной работе хотелось бы остановиться именно на этом аспекте.

Возникают ситуации, когда для выхода из трудной ситуации уже невозможно применять привычные средства социальной помощи: материальную поддержку, профессиональную подготовку, призыв взять себя в руки. Чтобы вернуть человека к жизни, помочь ему справиться с трудной ситуацией, необходима специальная работа по обретению им ответственности за себя и свой образ жизни, формирование позиции «я – хозяин своей жизни и ее творец». Основной формой оказания такой помощи должен стать специально организованный процесс – социально-психологическое сопровождение личности [В.С.Мухина, 1997; Н.Г. Осухова, 2006]. Сопровождение есть содействие, помощь одного человека другому в преодолении трудностей. «Сопровождать, – написано в Толковом словаре русского языка – значит идти, ехать вместе с кем-либо в качестве спутника или провожатого». Успешно организованное психологическое сопровождение открывает перспективы личностного роста, помогает человеку выйти из «зоны комфорта» и войти в ту «зону развития», которая ему пока еще недоступна [В.С. Мухина, 1997]. Основной характеристикой психологического сопровождения является создание условий для перехода личности к развитию собственных ресурсов, для преодоления трудной ситуации, к самопомощи. Можно сказать, что в процессе психологического сопровождения создаются условия и оказывается необходимая и достаточная (но не избыточная) поддержка для перехода от позиции «Я не могу» к позиции «Я сам могу справиться со своими жизненными трудностями». В программе психологического сопровождения можно выделить следующие три блока:

1. Диагностический. При психологическом сопровождении диагностика рассматривается как совместное познание особенностей взаимоотношений виктимной личности с социальным окружением. Структура диагностического блока следующая: диагностика-самопознание-принятие решения об изменении – позитивное развитие личности [Н.Г. Осухова, 2006]. Через самопознание развивается эмоциональный компонент. Самопознание как процесс проявляется в самоуважении и принятии себя, в формировании от отдельных ситуативных образов и расплывчатых представлений к более или менее целостному понятию о себе. Через самопознание происходит развитие и когнитивного компонента – представление о себе как о личности в процессе общения с другими людьми.

2. Консультативный блок направлен на отбор методик, оказание психологической помощи, а также на создание образа желаемого будущего. Это развитие когнитивного, эмоционального, мотивационно-целевого и волевого компонентов.

3. Коррекционно-развивающий блок направлен на создание условий для развития поведенческого компонента виктимной личности, отработка навыков новых моделей поведения и реагирования на ситуацию на тренингах, практических занятиях.

В настоящее время наши социально-психологические службы недостаточно внимания уделяют психологическому сопровождению, ориентируясь в большей степени на социальную и материальную помощь. Идеальная система психологического сопровождения должна быть гибкой и не абсолютизировать приоритет какой-либо одной услуги.

Различные благотворительные фонды и НКО также стараются проводить разовые, красочные мероприятия, которые практически не затрагивают эмоциональную и поведенческую сферу социально незащищенных молодых людей.

Следует обратить внимание на доступность психологической помощи для данной категории населения. К сожалению, не все дети и молодые люди уязвимых категорий хорошо информированы о различных телефонах доверия, кризисных центрах, дающих бесплатные консультации.

Для эффективного сопровождения молодых людей уязвимых категорий в различных условиях социализации необходимо обеспечить доступность психологических, психолого-педагогических услуг, проводить индивидуальные консультации, а также системные занятия, затрагивающие эмоциональную, поведенческую, когнитивную сферы, и направленные на приобретение навыков конструктивного преодолевающего поведения, поиск внутренних ресурсов для преодоления трудностей.

Для разработки системных программ можно активно привлекать различные НКО и благотворительные фонды, которые обладают необходимыми ресурсами. А государство может взять на себя функции контроля и оценки эффективности программ по четко разработанным критериям.

Таким образом, преодоление установки жертвы является одним из условий повышения качества жизни социально незащищенных лиц молодого возраста. Это возможно при наличии психологического сопровождения и обучения лиц из уязвимых категорий навыкам конструктивного преодолевающего поведения. Конструктивное преодолевающее поведение предполагает активность, осмысленность своей деятельности, упорство закончить начатые дела, принятие себя, ответственность. Процессом негативных переживаний можно и нужно управлять (направлять, обеспечивать благоприятные для

него условия), что приводит к росту и совершенствованию личности и предотвращает ее развитие по социально неприемлемому пути жертвы.

Литература

1. Адлер А. Понять природу человека. СПб.: Академический проект, 1997
2. Кобзева О.В. Проявление копинг-поведения в юношеском возрасте. Тамбов.: Вестник науки ТГУ, №3(6), 2011
3. Ковынёва, О.А. Управление качеством жизни населения. Тамбов.: ТГТУ, 2006.
4. Мухина В.С. Возможность возникновения комплекса «жертвы» у пострадавших от аварии на ЧАЭС// Чернобыльская катастрофа: диагностика и медико-психологическая реабилитация пострадавших. Минск, 1993
5. Мухина В.С., Горянина В.А. Развитие, воспитание и психологическое сопровождение личности в системе непрерывного образования: концепция и опыт работы ИРЛ РАО. Воспитание и развитие личности: Материалы международной научно-практической конференции. Под ред. В.А. Горяниной. М.: ИРЛ РАО, 1997
6. Одинцова М.А. Многоликость «жертвы» или немного о великой манипуляции. М.: Флинта, НОУ ВПО «МПСИ», 2010
7. Осухова Н.Г. Человек в экстремальной ситуации: теоретические интерпретации и модели психологической помощи. М.: Развитие личности №3, 2006
8. Полушкина И.В. Влияние трудовой занятости на качество жизни. Материалы 7-й международной конференции «Потенциал личности: комплексная проблема». Тамбов.: ТГУ им. Г.Р. Державина, 2008.

*Панков Д.Д., Петровичев В.С., Аксенова Н.С.,
Ковригина Е.С., Гордеева З.В.*

Мониторинг нарушений осанки и физиологического статуса у детей и подростков с ОВЗ.

1 Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова

2 Санаторная школа-интернат № 76 для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Нарушения осанки и деформации позвоночника являются в настоящее время актуальной проблемой в педиатрии. Из литературных данных известно, что 96% из всех отклонений от нормальной осанки у детей школьного возраста связано с дисфункцией и патологическими процессами, происходящими в скелетной мускулатуре, и 4% приходится на долю врожденных сколиоза и кифоза. [1]

Нормальный позвоночник - это мощная, хорошо сбалансированная костно – мышечно-связочная система, позвоночник обязательно реагирует вначале функционально, а потом и морфологически на все постоянно действующие факторы экзо- или эндогенного характера. Позвоночник нормально развивающегося ребенка растет, сохраняя или "наращивая" физиологическую кривизну и уменьшая их глубину. Ортопедические отклонения, появляющиеся в детском возрасте, ведут к неестественным изгибам и искривлениям позвоночника. Нарушение осанки является преморбидным состоянием.[2]

Все структуры в организме человека находятся в неразрывном единстве функционального и механического взаимодействия. При поражении позвоночника

возникает нарушение иннервации и кровоснабжения связанных с ним внутренних органов; при поражении внутренних органов хроническое подпороговое болевое раздражение будет вызывать мышечный спазм и вегетативное нарушение кровоснабжения на уровне позвоночника [3]. Объясняется это обширными и тесными вегетативными связями позвоночника с различными внутренними органами. Формированию сложных рефлекторных синдромов способствует поток патологических импульсов, идущий к внутренним органам вследствие раздражения или компрессии вегетативных образований измененными дисками или другими структурами позвоночника и околопозвоночных тканей (передней продольной связкой, деформированными суставами, напряжёнными глубокими мышцами и т.д [4].

При различных нарушениях осанки страдает не только опорно-двигательный аппарат, но и внутренние органы. Согласно результатам многочисленных исследований позвоночник может быть инициатором различных висцеральных нарушений. У детей с нарушениями осанки снижены физиологические резервы дыхания и кровообращения, соответственно нарушены и адаптивные реакции, что делает детей с аномалиями осанки предрасположенными к заболеваниям легких и сердца [5]. Так при значительной выраженности грудного кифоза, деформируется грудная клетка сокращение её подвижности приводит к снижению легочной вентиляции, нарушению газообмена, что способствует частым простудным заболеваниям, острым бронхитам, пневмониям, бронхиальной астме. Для этой соматической патологии характерно снижение статической выносливости организма, дети быстро утомляются, у школьников снижается работоспособность. Болевой синдром не характерен для начальных проявлений поражения позвоночника в детском возрасте [6]. В связи с этим исследование нарушений осанки является важным условием скрининга и мониторинга преморбидных и патологических состояний здоровья школьников.

Структура острой заболеваемости детей младшей школы характеризуется кроме респираторной заболеваемости (1135-811 на 1000 детей) доминированием патологии опорно-двигательной системы (156 на 1000 детей). Третье ранговое место делят болезни органов пищеварения (135 на 1000) и болезни нервной системы и психической сферы. Количество детей с диагнозом сколиоз возрастает в 2,5 раза в первом классе и в 8,7 раза – к концу периода обучения. Нарушения осанки увеличивается в 1,9 раза к окончанию школы.

Среди функциональных нарушений доминирует патология со стороны костно-мышечной системы, нервной системы и психической сферы.

Нарушения осанки у детей и подростков, ведут к определенным проблемам психолого-социальной значимости, такие как недовольство своим телом у подростков и возникновение различного рода комплексов на этой почве, которые могут перейти во взрослую жизнь [7]. Остается нерешенным комплекс проблем, связанных с медико-социальным обеспечением и финансированием, например как корсетотерапия, которая обеспечивается на бюджетной основе только детям и подросткам с подтвержденной инвалидностью, полноценное лечение и реабилитация таких пациентов, что становится возможным только при условии круглосуточного нахождения пациента в условиях реабилитационного и лечебного учреждения на протяжении длительного времени. Помимо этого остаются открытыми ряд клинических вопросов: отсутствие эффективной и безопасной диагностики нарушений осанки, недостаток знаний о влиянии нарушений

осанки на висцеральные процессы и отсутствие полной информации о влиянии нарушений осанки на состояние саногенетической системы организма [8].

В рамках развивающегося межведомственного взаимодействия медицинских и образовательных учреждений по оказанию образовательных и психологических услуг детям с ОВЗ проведено медико-физиологическое обследование детей с ортопедической патологией, вызывающей ограничение жизнедеятельности. В основу работы положен анализ данных, полученных в результате комплексного инструментального обследования 53 детей в возрасте от 4-х до 15 лет. Исследование проводилось на базе санаторной школы-интерната № 76 для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Для выявления нарушений осанки детей, находящихся в школе-интернате, нами анализировались данные, полученные при исследовании на компьютерном оптическом топографе ТОДП. Принцип его работы основан на создании модели тела с использованием выделенных анатомических ориентиров костных структур. Метод КОМОТ обеспечивает дистанционное и бесконтактное определение рельефа поверхности туловища пациентов, описывающее состояние дорсальной поверхности туловища и форму позвоночника пациента в трех плоскостях: фронтальной, горизонтальной, сагиттальной.

Для комплексной оценки регуляторных систем организма и психомоторики, были использованы данные полученные при обследовании по методу спиреокардиокардиографии (САКР) и компьютерного измерителя движений (КИД).

Прибор КИД используется для проведения экспресс-оценки состояния психомоторной деятельности.

Прибор САКР позволяет одновременно оценить:

- функциональное состояние сердечной мышцы,
- уровень нейрогуморальной регуляции сердечного ритма,
- уровень периферического артериального давления (АД),
- уровень нейрогуморальной регуляции периферического АД,
- состояние системы внешнего дыхания,
- максимальные показатели дыхательной системы,
- величину чувствительности барорефлекса.

Преимуществом прибора САКР является одновременная оценка нескольких участков работы разных систем организма, что позволяет определить сопряжение в единой функциональной кардио-респираторной системе. По уровню вариабельности АД можно оценить сопряжение в дыхательной и сосудистой системах, а также эффективность барорецепторного рефлекса (оценка симпатического тонуса). По величине чувствительности артериального барорефлекса и вариабельности сердечного ритма можно оценить сопряжение в сосудистой и сердечной системах.

При анализе данных, полученных при помощи компьютерного оптического топографа, патология опорно-двигательного аппарата, в рамках формализованного топографического диагноза, распределилась следующим образом:

Нарушения осанки Деформации позвоночника

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 23% - Ротированная осанка | 43% - Сколиоз I степени |
| 13% - Кругло-вогнутая спина | 21% - Сколиоз II степени |
| 11% - Вялая осанка | 10% - Ротированный позвоночник |
| 11% - Круглая спина | 7% - Сколиоз III степени |
| 8% - Плоская спина, сутулая спина | 5% - Плоская спина |

6%- Во фронтальной плоскости 5% - Кругло-вогнутая спина
4% - В сагиттальной плоскости по 2% - Гиперлордоз и Кифоз

Таким образом, среди нарушений осанки наибольший процент получила ротированная осанка-23%, на втором месте оказалась кругло-вогнутая спина-13%, третье место получили вялая осанка и круглая спина-11%.

Среди деформаций позвоночника сколиоз I степени встречался в 43% случаев, сколиоз II степени - на втором ранговом месте (21%) , ротированный позвоночник - на третьем (10%), а сколиоз III степени выявлен в 7% случаев.

Всем пациентам синхронно с исследованием нарушений осанки было проведено обследование при помощи приборов САКР и КИД для оценки характера нарушений их физиологического статуса. При анализе полученных на этих аппаратно-программных комплексах данных, были выявлены следующие результаты обследования детей, которые мы разделили на три группы: выраженные, незначительные изменения физиологического статуса или вариант нормы (см. табл. 1).

Таблица 1. Оценка физиологического статуса обследованных детей при помощи приборов САКР и КИД, (n=53)

Параметры измерений	Нарушения физиологического статуса	
	Незначительные	Выраженные
Артериальное давление	23%	21%
Антропометрия	17%	9%
Психомоторика	16%	49%
Сердечная деятельность	13%	3%
Вариабельность ритма сердца	11%	9%
Вариабельность АД	11%	9%
Дыхание	9%	

Таким образом, среди незначительных изменений физиологического статуса на первом ранговом месте оказались изменения периферического АД (23%), на втором - показатели антропометрии (17%), на третьем - показатели психомоторики (16%).

Среди выраженных изменений физиологического статуса на первое место вышли показатели психомоторики (49%), на второе - изменения периферического АД (21%), третье место разделили вариабельность ритма сердца и АД, а также изменение показателей антропометрии, получив по 9 %.

В структуре формализованного топографического диагноза выделяются, так называемые, группы здоровья по осанке. Для определения групп здоровья по осанке используют специализированные критерии:

- к 1 группе здоровья относятся гармоничная осанка и слабовыраженные отклонения от нормы;
- на 2 группу здоровья приходятся умеренно выраженные отклонения и выраженные отклонения, такие как сколиоз I степени, врожденные деформации грудной клетки I и II степени;
- в 3 группу здоровья входят сколиозы II степени и выше, кифозы I и II степеней, врожденные деформации грудной клетки III степени и выше.

Обследованные, в рамках данной работы дети по группам здоровья по осанке распределились следующим образом: 30,2% детей с третьей группой здоровья по осанке, 64,2% детей со второй группой и 5,6% детей с первой группой здоровья по осанке.

В процессе исследования в данной выборке детей и подростков было проведено сопоставление полученных групп здоровья по осанке с состоянием физиологического статуса и психомоторики.

Группа здоровья 1 по осанке: все обследованные дети имели нормальный физиологический статус.

Группа здоровья 2 по осанке: у 17% из них наблюдались выраженные нарушения физиологического статуса, у 41% незначительные и 41% имели нормальный статус.

Группа здоровья 3 по осанке: у 75% детей наблюдались выраженные нарушения физиологического статуса, у 19% незначительные нарушения и у 6% нормальный статус.

Учитывая полученные и соотнесенные данные обследования, нельзя исключить связь снижения или срыва адаптационного компонента саногенетической системы организма и дисфункции вегетативной нервной системы с нарушениями осанки различной степени выраженности.

Проявление симптоматики соматического заболевания у ребенка с нарушением осанки или деформацией позвоночника, требует проведения всестороннего комплексного обследования для подтверждения или исключения его вертеброгенного происхождения [9]. Обследование больного следует начинать с тщательного ортопедического осмотра и изучения неврологического статуса. Нейроортопедическое обследование должно включать неинвазивные методы исследования, такие как компьютерная оптическая топография.

При оценке функции вегетативной нервной системы необходимо учитывать не только показатели исходного вегетативного тонуса, что может быть составляющей мониторинга состояния адаптации целого организма, но и показателей вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности как показатели, которые могут быть маркерами физиологических резервов ребенка в динамике наблюдения и отдаленном периоде.

Использование медико-физиологических методов выявления дисфункции саногенетической системы у детей и подростков с ОВЗ даёт возможность выявить факторы риска ухудшения соматического здоровья обучающихся. Дальнейшее изучение взаимосвязи адаптационных механизмов и соматической патологии у детей школьного возраста позволит прогнозировать индивидуальные возможности обучающегося с органиченными возможностями здоровья.

Литература

1. Гришин Т.В., Никитин С.В. Методы профилактики нарушений осанки у детей в общеобразовательных школах //Вестник гильдии протезистов-ортопедов, 2000, № 3, с. 38-42.
2. Голдырев А.Ю. Лечение вертебральной патологии в условиях специализированного кабинета // Научно-практическая конференция с участием представителей Урала и Сибири.- Омск 1999.-С. 14.
3. Литовченко Т.А., Григорук М., Коровай С.М. Анализ показателей адаптивной вегетативной нервной системы при спинальной родовой травме по данным кардиоинтервалографии//Международный медицинский журнал 2009.-№ 2.-с.34-37

4. Коган О.Г., Шмидт И.Р., Толстокоров А.А.: Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника – Новосибирск: Наука, 1983 – 214 с.
5. Трошин В.Д. Нейровисцеральные расстройства. Диагностика, лечение и профилактика //Науч. тр. III Междунар. конгресса вертеброневрологов. Казань, 1993, с. 38.
6. Ишал В.А. К вопросу о возможностях консервативного лечения сколиоза // Ортопедия, травматология и протезирование- 1990.-№ 3.-С. 74-76.
7. Панков Д.Д., Рубцов В.В. Медицинские и психосоциальные проблемы школьников-подростковэ Методическое пособие для специалистов, работающих в области здравоохранения и образования, Московский центр качества образования, Москва, 2010 г.
8. Румянцев А.Г., Панков Д.Д. Актуальные проблемы подростковой медицины.- М., 2002.- 376 с.
9. Панков Д.Д. Основы частной медицинской реабилитации и восстановительной неврологии.- М.: Колос, 1997.- 133 с.

Назарова И.Г.

Реабилитация воспитанников детских домов, находящихся в конфликте с законом

Современные проблемы семьи как социального института, социальное неблагополучие многих семей, кризис семьи, и другие факторы нарушают благоприятные условия развития ребенка и порождают социальное сиротство, безнадзорность детей, жестокое обращение с детьми, провоцируют ребенка на нарушение норм поведения, совершение правонарушений. Дети, лишённые родительской заботы и участия достаточно часто становятся жертвами социализации. К сожалению, несовершеннолетние, по разным причинам проживающие вне семьи, направляются в детские дома и интернатные учреждения, достаточно часто уже имеют опыт проживания в криминальной среде, совершают противоправные действия.

Ориентация в развитии системы общественных отношений на возрастание социальной активности личности и ее самореализацию, либерализация действующим законодательством социально-правового статуса личности предопределили необходимость гуманизации всей работы с детьми, находящимися в конфликте с законом.

Для специалистов всех органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, ребенок в конфликте с законом – это ребенок, совершивший антиобщественные действия, административное правонарушение и (или) преступление. В большинстве субъектов Российской Федерации отсутствует единая скоординированная система непрерывного социального сопровождения несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом. Однако особое внимание необходимо обратить на детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, необходимо принятие дополнительных мер по решению проблем социальной реабилитации несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом. Основными причинами сложившейся социальной ситуации являются: недостаточно эффективная работа с семьями группы риска; дефицит институтов ресоциализации подростков, состоящих на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних и комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав, совершивших правонарушения и преступления, отбывших наказание.

Это обусловило целесообразность включения в существующую систему ресоциализации детей, воспитанников детских домов и интернатных учреждений, совершающих правонарушения, арсенала современных социально-педагогических и психологических средств, расширения исправительно-воспитательного потенциала различных учреждений, общественного воздействия, активизации личностных возможностей ребёнка путем психолого-педагогической реабилитационной социальной работы. Необходимым условием успешного реформирования системы профилактики является ее обеспеченность квалифицированными кадрами, специалистами различных профилей, в том числе специалистами по социально-педагогическому и психологическому сопровождению, способными проводить эффективную реабилитационную работу с несовершеннолетними. Реабилитационная работа представляет собой комплексную деятельность специалистов на основе межведомственного взаимодействия, а также общественностью, территориальными службами занятости, социальной защиты населения и другими заинтересованными структурами по оказанию психологической помощи, поддержки и осуществлению социального сопровождения несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом. Для решения проблем несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом в Российской Федерации осуществляются программы Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации: Программа «Не оступись!»; Программа «Дружественное детям правосудие».

В 2012-2013 годах в Ярославской области кафедрой общей педагогики и психологии ГОАУ ЯО «Институт развития образования» при поддержке Ярославской региональной общественной организации «Родительский комитет» разработан и реализован проект «Правильный выбор».

Развитие партнерства в рамках проекта «Правильный выбор» с социально ориентированными некоммерческими организациями, общественными объединениями и др. институтами гражданского общества в оказании поддержки подросткам - воспитанникам детских домов, находящимся в конфликте с законом, позволяет вовлекать широкий круг участников в деятельность в интересах детей, объединять общие ресурсы для решения проблем в практической работе. Проект направлен на решение задач повышения качества жизни несовершеннолетних воспитанников, находящихся в конфликте с законом, и долгосрочных задач профилактики правонарушений, конструирование позитивного опыта социальной адаптации детей - сирот, эффективных поведенческих стратегий, конструктивного раз-решения конфликтов.

Цель проекта – оказание социально-психологической помощи несовершеннолетним, находящимся в конфликте с законом, в процессе комплексной реабилитации. В ходе проекта созданы межведомственные команды специалистов в муниципальных районах области. В состав межведомственных команд входили: психологи, социальные педагоги, врачи-наркологи, врачи-психиатры, службы сопровождения, специалисты ОДН, сотрудники прокуратуры, суда, воспитатели детских домов, сотрудники ГОАУ ЯО «Институт развития образования».

В ходе проекта проводилась комплексная реабилитационная работа с несовершеннолетними, находящимися в конфликте с законом, воспитывающихся в детских домах. На основе учёта особенностей среды проживания детей, осуществлялись мероприятия групповой и индивидуальной реабилитации воспитанников, находящихся в

конфликте с законом, межведомственными командами специалистов (индивидуальные и групповые консультации, тренинги, практические занятия). В ходе реализации проекта были определены направления процесса ресоциализации несовершеннолетних:

1. Психологическое направление. Главная задача – это формирование готовности несовершеннолетнего к социальному сопровождению, обеспечивающей добровольное участие в данном процессе.

2. Социальное направление. Основная задача данного направления – формирование знаний об обществе, отношениях в группе, воспитание защищенности, развитие готовности к самопомощи, в итоге – активное содействие социальному развитию. Под социальным развитием несовершеннолетних понимается развитие их социальности.

3. Образовательное направление. Одна из основных функций образования в современном мире – социальная. Данная функция образования способствует социальной ориентации человека, выбору его жизненного пути, его социальному развитию, значит, формированию и приобретению социальности. Именно это определило тот факт, что получение общего образования является одним из основных средств исправления несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом.

4. Профессиональное направление. Для успешной ресоциализации, социальной адаптации и исправления воспитанников, находящихся в конфликте с законом, осуществляется их профессиональное образование в различных формах. Профессиональная подготовка является одним из основных средств их исправления.

В муниципальных районах в рамках проекта были созданы программы по комплексному сопровождению воспитанников, находящихся в конфликте с законом и профилактике рецидива правонарушений. Алгоритм программ включал следующие шаги: диагностика – проблемы воспитанника – выявление отношения к проблеме самого несовершеннолетнего; мотивирование его на решение проблемы – оказание помощи (интервенции); организация социально полезной деятельности воспитанника в решении проблемы – выход в данной деятельности на личностно-значимый уровень; фиксация позитивных изменений в решении проблемы – совместная деятельность до полного решения проблемы; итоговый анализ ситуации.

Разработчики проекта «Правильный выбор» определили результаты комплексной реабилитации воспитанников: повышение реабилитационного потенциала несовершеннолетних участников в рамках комплексной программы реабилитации; позитивная динамика отношений в детском коллективе; повышение адаптивных возможностей несовершеннолетних. В долгосрочной перспективе прогнозируется позитивная динамика: отсутствие рецидива правонарушений у воспитанников, прошедших комплексную реабилитацию; наличие подготовленных, организованных межведомственных команд, реализующих комплексную программу, которые подготовлены тьютерами по распространению эффективных способов реабилитации несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом, в других территориях.

III.

Профилактика девиантного родительства

Калинина М.А., Баз Л.Л.

Психосоциальные факторы риска соматоформных расстройств детско-подросткового возраста

Несмотря на многочисленные исследования, направленные на изучение пре- и постнатальных факторов риска психопатологии, до сих пор остается много нерешенных вопросов, касающихся раннего прогноза психического дизонтогенеза, с которыми столкнется развитие ребенка в будущем (Lundqvist C., Sabel K-G., 2000). К настоящему времени ученые пришли к убеждению, что для гармоничного развития ребенка необходимо соблюдение ряда условий, в числе которых одним из главных является качество социально-интерактивного опыта. Одни исследователи делают акцент на вкладе в этот интерактивный процесс ребенка (Murray L., 1994), другие – на важности поведения родителей, особенно матерей. Brazelton T. B., Cramer B. G. (1990) подчеркивают важность заботы и ухода, как для родителя, так и для самого ребенка или – двух составляющих единой системы т.н «системы мать - дитя» в рамках которой, с точки зрения трансдисциплинарного подхода, развивается ребенок. Неудачи взаимодействия в диадическом процессе матери и ребенка ведут к развитию психопатологии (Nordberg L., 1995, Schore A. N. 1994).

Значительный вклад в наше знание связей между детским ранним опытом общения с воспитателями и последующей социальной и эмоциональной адаптацией ребенка внесла теория привязанности Bowlby J. 1982, 1989 гг.[6,7]. Ядром гипотезы Bowlby J. было предположение, что ранний деструктивный опыт в детско-родительских отношениях (разрыв ребенка с матерью) приведет в движение некие процессы, которые могут видоизменить его последующее психосоциальное развитие. Частью этой модели стали собственные представления родителей о привязанности, основанные на копировании ими опыта собственных отношений со своими родителями [20]. Теория привязанности, таким образом, создала богатую платформу для того, чтобы изучать механизмы, каким образом воспитание влияет на детское развитие.

Существуют несколько исследований, которые эмпирически подтверждают эту модель. Ainsworth M. et al. (1978) выделили 3 базовых паттерна детской привязанности – одну разновидность назвали «безопасной» и две «опасными» (избегающую и ригидную). Все вместе эти модели основаны на истории диадических взаимоотношений, которая отражает детские ожидания ответа от взрослого на сигнал о своих потребностях. Четвертый вариант привязанности был назван дезорганизованной, и был предложен Main M., Solomon J.(1990). Hesse E., Main M. (2006) предположили, что дезорганизованная привязанность развивается в тех случаях, когда форма привязанности является не только выражением потребности в защите, но и источником страха. Они предположили, что этот парадокс является результатом неразрешимого противоречия между тенденциями приблизиться или убежать от родителя, препятствующего формированию стабильной стратегии поведения использовать привязанность как источник комфорта во время стресса. Серии исследований, мета-анализы, проведенных Madigan S. et al. (2006) показывают, что причиной дезорганизованной привязанности может явиться нереализованная привязанность, развод родителей, плохое обращение воспитателей с

детьми. В любом случае дезорганизованный ребенок остается брошенным, предоставленным непредсказуемому, необъяснимому поведению взрослых, которые сами дезорганизуют и дезориентируют поведение ребенка.

Greenberg M.T.(1990), Lyons-Ruth K. (1996) утверждают, что небезопасная привязанность сама по себе не является индикатором психопатологии, но скорее всего, может установить направление ее развития, и в комбинации с другими факторами риска может привести к развитию собственно психопатологии. Эта гипотеза, как и теория Bowlby J. [6,7], строится на предположении, что качество отношений привязанности оказывает модулирующее влияние на воспитание с исходом в психопатологию. К настоящему времени существуют и отечественные исследования, изучающие модулирующую роль раннего воспитания на формирование психопатологии у ребенка в школьном или подростковом возрасте [3,4,9].

Психосоматические расстройства, их полиморфизм и широкое распространение в популяции представляют предмет изучения многих исследователей – психиатров, неврологов, терапевтов – специалистов по пограничным психическим расстройствам. В отечественной психиатрии возникновение таких расстройств в детском возрасте принято рассматривать в ключе формирования патохарактерологических черт личности и невротических расстройств. Важную роль в возникновении подобных нарушений отводят влиянию неблагоприятных семейных факторов, причем, типичной формой взаимоотношений в семье детей с психосоматическими нарушениями и их родителей часто является стиль «гиперопеки»[1-3], способствующий подавлению у ребенка свободы самовыражения. Привычка сдерживать свои эмоциональные порывы, в свою очередь, продуцирует негативные эмоции, чувство постоянного дискомфорта, что приводит к проявлению разнообразных соматических проявлений невротического характера и искажению личностных черт, по типу ипохондрической фиксации или истерической диссоциации, а в итоге развиваются типичные психосоматические заболевания. Как показывают данные литературы, и безразличное поведение матери, сопровождающееся депривирующим влиянием, также способствует возникновению различных психических нарушений [2-4].

В течение 2008-2011 гг. на базах НЦПЗ РАМН проводилось обследование детей, направляемых первоначально на лечение в педиатрический стационар с подозрением на кардиологическую или дыхательную патологию. В дальнейшем в связи с отсутствием данных за соматическое заболевание, с согласия или просьбы родителей, дети консультировались психиатром. Родителям предлагалось информированное согласие на обследование по принятому в Центре образцу. Всего было обследовано 48 детей в возрасте от 7 до 13 лет (9 мальчиков и 39 девочек). Для исключения сопутствующей соматической патологии в стационаре все дети обследовались стандартными клиническими и параклиническими методами: педиатрическим, психопатологическим, неврологическим, вегетологическим, психологическим, биохимическими анализами крови и мочи, проводились по показаниям исследование ЭКГ, ЭХОКГ, ЭЭГ. Психическое состояние детей оценивалось качественно, с учетом данных психопатологического, и психологического обследований, а также количественно. Впечатления о родителях и семье складывались из анамнестических данных и сведений лечащих врачей в стационаре, а также с помощью разработанного структурированного интервью.

Клиническая картина психического состояния в 19,2% определялась невротическими расстройствами в рамках акцентуаций тревожно-мнительного, истерического типа. В 42,3% отмечались неврозоподобные расстройства на фоне специфического развития по типу шизотипического диатеза. В 15,3% случаях, у детей с шизотипальными стигмами, отмечались транзиторные эпизоды психотических расстройств по типу просоночных, квалифицированных как форпост симптомы эндогенного заболевания. У других 15,3% детей диагностировались нарушения мышления (искажение уровня обобщений, разноплановость) в виде симптомов парциального постпроцессуального дефекта, укладывающихся в рамки дисгармонического мозаичного развития личности. Типичными для всех детей были проявления алекситимии. Неврологическое обследование выявляло отдельные рассеянные симптомы минимальной мозговой дисфункции, а также нелокализованные неврологические знаки (маркер риска шизофрении по Горюновой А.В. 1995г) в зоне черепно-мозговой иннервации, диффузную мышечную гипотонию и дистонию, лабильный вегетативный тонус. По результатам РЭГ, УЗДГ отмечались признаки ангиодистонии смешанного типа.

Что касается детско-материнских отношений, то из анамнеза выясняется, что, отношения с родителями часто были формальными. Начиная с дошкольного возраста, дети находились в детских дошкольных учреждениях, в том числе и детских садах с пятидневным пребыванием. В школьном возрасте дети либо были загружены различными кружками, либо совсем не посещали каких-либо дополнительных занятий вне школы. В быту к детям предъявлялись достаточно высокие требования: хорошо учиться, посещать кружки, выполнять некий круг бытовых обязанностей. При этом родители мало помогали или обучали своих детей выполнять предъявляемые требования. Они объясняли это тем, что уровень их образования был недостаточен для помощи в учебе, или же тем, что были чрезвычайно загружены на работе. В реальности же родители часто не считали необходимым это делать. На вопрос психолога, не может ли мама помочь дочери научиться вязать, мать удивляется: «Что помогать? Мне моя мама дала клубок ниток и спицы и сказала, чтобы я вязала».

Со стороны родителей наблюдалось непонимание психологического состояния детей, не было внимания к потребностям ребенка. Создавалось впечатление, что только жалобы на соматическое недомогание – это единственное, что привлекало внимание взрослых к проблемам ребенка. Ситуация болезни ребенка была понятна для матерей, они знали, что необходимо срочно обращаться к врачу. Так, даже в раннем возрасте при заболевании ребенка банальной респираторной инфекцией, его помещали в больницу, хотя состояние детей часто не требовало госпитализации.

Привыкнув с раннего детства к пребыванию в различных детских учреждениях, дети обычно не тяготились пребыванием в больнице. У них отсутствовало чувство глубокой привязанности к родителям и дому. Так, девочка 14 лет на вопрос врача, нравится ли ей в больнице, ответила: «Да, ведь здесь столько новых подружек!». Дети сами не торопились вернуться домой, в котором им было не очень «уютно». Вместо одних соматических жалоб они высказывали другие. Наблюдались случаи, когда детей, которых намеревались выписать из отделения кардиологии из-за отсутствия показаний к лечению, переводили в другие отделения для проведения обследования по новым жалобам. Показательной является ситуация, когда после назначения даты выписки девочка 10 лет звонила домой в 12 часов ночи и сообщала матери, что у нее возникла новая проблема со

здоровьем, из-за которой ее категорически не должны были выписывать. Некоторые дети сами требовали от матерей, чтобы их положили в больницу.

Было проведено нейро- и патопсихологическое обследование детей, и особенности детско-родительских отношений. Психологическое исследование детей выявило разнообразную картину патопсихологических синдромов, соответствующих задержанному, дисгармоническому и искаженному психическому развитию (В.В.Лебединский 1985). Следует отметить, что у большинства детей наблюдалось легкое недоразвитие пространственного восприятия, и в целом, дети имели общий невысокий уровень развития. Практически у всех детей отмечалась неразвитость мотивационной сферы, узкий круг интересов, некоторое уплощение эмоциональной сферы. Нейрофизиологические пробы выявляли нарушения процесса латерализации, зрительного восприятия и переработки информации со слабостью правополушарных, реже левополушарных функций.

Оценивая в целом психическое состояние группы наблюдавшихся детей, можно заключить, что оно соответствует дизонтогенетическому с преобладанием почти у половины из них шизотипальных стигм, и практически у всех парциальным недоразвитием формирования сенсорной и эмоционально-волевой сфер. При разнообразных нарушениях психического развития детей во всех случаях сходной является картина детско-родительских отношений. Выявляется наличие недостатка внимания и заботы со стороны родителей, нежелание заниматься его психологическими проблемами и наличием высоких требований к результатам его деятельности. По сути, характер детско-родительских и, особенно, детско-материнских отношений, приближается к т.н.« социальное сиротство» и может быть рассмотрено в рамках эмоционально депривации.

Литература

1. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение.- Медицина, Москва, 1977.- С.25-57.
2. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков.- Медицина, Москва, 1988.- С.27-33.
3. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении Автореферат дисс. на соиск . уч степени доктора мед наук. М. 1995
4. Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф. Роль фактора среды в индивидуальной реактивности в возникновении и клинике пограничных нервно-психических расстройств детского возраста. - В кн.: Психогигиена детей и подростков.- М, 1985.- С. 66-91.
5. Козловская Г.В., Проселкова М.Е., Калинина М.А., Марголина И.А., Платонова Н.В. Психическая депривация как патогенный фактор в раннем онтогенезе./ Психиатрия, 2005, 6.- 18-24.

Масленникова Е. С.

Реабилитация родителей детей, рождённых маловесными

Россия 1 января 1993 года присоединилась к странам, выполняющим рекомендации Всемирной организации здравоохранения: считать младенцев жизнеспособными, если они появились на свет не ранее 22-й полной недели и масса их тела достигла 500 г. За прошедшие с этого времени годы, выработаны технологии, накоплен большой опыт и практические знания по реабилитации таких детей. К 22 неделе

гестации, основные системы жизнедеятельности уже заложены и могут функционировать, но все органы малыша ещё нуждаются в дополнительном времени для подготовки к внеутробному существованию. Сегодня при своевременной и полноценной реабилитации появилась возможность прогнозировать благоприятный путь восстановления и дальнейшего развития. Существует три этапа выхаживания таких детей: детская реанимация, здесь дети находятся в специальных кувезах – инкубаторах, где поддерживается постоянная температура и влажность воздуха, регулируется питание и дыхание. Когда ребенок сможет самостоятельно дышать, начинается второй этап выхаживания, который обычно проводится в отделении интенсивной терапии новорожденных в специализированных детских стационарах, где малыш будет находиться до тех пор, пока не начнёт самостоятельно поддерживать температуру тела и сможет обходиться без дополнительной подачи кислорода. После стабилизации состояния малыша выписывают под наблюдение участковых специалистов в поликлинике. В процессе реабилитации осуществляется мультидисциплинарный принцип оказания помощи семье и ребёнку, важны такие специалисты как: педиатр, кардиолог, офтальмолог, хирург - ортопед, нейропсихолог, невропатолог, психолог. В отличие от хорошо отработанного медицинского сопровождения такого малыша, психологическая помощь ему и родителям находится на этапе формирования основных принципов и подходов.

Цель данной статьи состоит в том, чтобы рассмотреть различные методы психологической помощи семьям с детьми, рожденными маловесными. Актуальность данного направления исследования неоспорима: семья выступает как необходимое условие гармоничного психического и личностного развития ребенка, поэтому необходимо реабилитацию вести по трём основным направлениям. Первое: постоянное медицинское сопровождение малыша, необходимо активизировать развитие всех высших психических функций. Второе направление: психологическая поддержка семьи – формирование надёжных связей: мама, папа, малыш, бабушки и дедушки, используя все ресурсы семьи в процессе реабилитации. Третье очень важное направление работы – это профилактика выгорания медицинского персонала при работе с такими семьями и малышами. Важно выяснить, что специфично для каждого периода реабилитации и какие условия позволят увеличить «+» и уменьшить «-» по всем трем направлениям, в сложившихся условиях.

В Клину по данным статистики рождается порядка 1 400 малышей в год, из них:

- Незрелых – 45 за 2011 г., 51 за 2012 г., (вес от 500 гр.)
- Недоношенных - 25 за 2011, 31 за 2012 г., (вес менее 2 500 гр.)

Мы видим, что цифры растут и возможности выхаживания таких детей, в современном мире, постоянно увеличиваются. В женской консультации Клинской городской больницы, возможно, пройти необходимые обследования до наступления беременности, проконсультироваться с психологом на семейной консультации. Дальше работа с беременными начинается уже сразу после постановки на учёт, назначается полное обследование, УЗИ, выясняются возможные зоны риска беременности. С первых дней беременности семья сопровождается психологом на индивидуальных консультациях или на «Школе будущих мам и пап». В России беременность сохраняется на всех неделях, в Клину работают стационары: в поликлинике женской консультации – дневной стационар, и роддоме - стационарное лечение в гинекологическом отделении до 22 недели

беременности и в дородовом отделении, где находятся на сохранении женщины после 22 недели беременности. Партнерские роды приветствуются и бесплатны. Такая семья обязательно проходит совместную подготовку к родам у психолога, в результате выясняются условия максимально благоприятные для нахождения мужа во время родов: на всех ли стадиях, только ли на схватках, или в специальной комнате, когда его пригласят уже после того как малыш родится. Данный подход сближает и поддерживает естественное желание семьи быть рядом друг с другом и малышом, запускается естественное материнство и отцовство по механизму импринтинга (физиологической синхронизации по сердцебиению и дыханию с малышом). В результате такой планомерной и высококвалифицированной работы, малыши, рождаюсь в нашем перинатальном центре, хорошо восстанавливаются.

Ещё в роддоме, а потом и в стационаре ведётся психологическая поддержка мам и семьи в целом, когда рождается малыш с малым весом. Врачи раскрывают особенности состояния такого малыша, осуществляется тщательный уход. Как правило, на данном этапе семья находится в стадии шока. Каждый из членов семьи решает для себя задачу по принятию сложившейся ситуации. Если такой малыш рождается у пары, которые легко переносили беременность, и ничего не предвещало осложнений, то рождение такого малыша для них серьёзное испытание, когда утрачивается иллюзия ожидаемого безоблачного будущего. Человек, проходит через 4 основных этапа:

- Шок, рассеянное внимание, эмоциональные срывы или внешнее безразличие; по длительности от нескольких часов, до нескольких недель,
- Протест, поиск причин и виновных, бесцельные метания, паника, нетерпеливость; по длительности от первых недель до трех месяцев. Именно поэтому у медицинского персонала, который сопровождает таких мам и малышей очень быстро может наступать профессиональное выгорание, часто именно врачей обвиняют в случившемся, хотя все в сложившейся ситуации переживают за малыша и маму и стараются помочь. Важна профилактика выгорания специалистов, работающих в сфере реабилитации семьи и детей, рожденных маловесными. В первую очередь психологам необходимо обратить внимание на индивидуальную работу по жизненно важным проблемам врачей, среднего медицинского персонала. Следует как можно лучше и эффективней наладить поддержку, на пятиминутках рассказывать о способах работы над собой, со своими состояниями.
- Дезорганизация, отсутствие цели, низкая самооценка, болезненное страдание и зависть к другим, апатия; по длительности от трех до шести месяцев.
- Перестройка и восстановление, обретение нового смысла жизни, стабилизация эмоционального состояния, поиск конструктивного решения при сложившейся ситуации; продолжительность данного этапа от трех месяцев до двух лет. [6]

Специалистам необходимо помочь семье пройти все 4 этапа в сжатые сроки, чтобы уже конструктивно, вместе решать задачи по восстановлению малыша.

Рассмотрим третий этап работы с малышами, рожденными маловесными, сопровождение семьи и малыша в поликлинике с момента выписки и до трёх лет. Такой малыш требует внимательного сопровождения со стороны специалистов. Исключительное значение для дальнейшего развития детей имеет установление надёжных, принимаемых отношение в диаде «Мама + малыш». А уж потом в контакте с мамой создаются условия по формированию пространственного образа «Я» ребёнка в границах своего тела. Для этого в «Школе мам и пап - развитие детей от рождения до трех лет» проводятся индивидуальные и групповые занятия для таких семей. В основу положен нейропсихологический подход.[5] Тактильно- кинестетические, образно – жестовые игры помогают малышам пережить опыт собственных движений, телесного равновесия и тактильных ощущений. В свою очередь это способствует гармоничному развитию всех психических функций: внимания, восприятия, памяти, речи, мышления, воображения. [7]

Работа построена следующим образом:

1. Первая консультация мам в стационаре.
2. После выписки выезд на дом педиатра и психолога, рекомендации по уходу и развитию таких малышей.
3. Сопровождение в «Центре здоровья» в поликлинике, раз в две недели развивающие – коррекционные занятия с педиатром и нейропсихологом, обследования необходимых специалистов.

Более подробно разберем психологическое сопровождение семьи в данный период. Рождение ребенка это всегда кризис отношений, который связан с реорганизацией семьи для выполнения новых задач: согласование личных и семейных целей, принятие женщиной материнства и мужчиной отцовства, отношение к ребенку внутри себя, отношение к окружающему миру.

Рассмотрим 4 сферы жизни человека, по Носсарату Пезешкиану создателю позитивной психотерапии: здоровье (тело), духовность (мудрость), деятельность (работа), контакты (друзья, семья). Если распределить 100% обыкновенной занятости гармоничного, здорового человека, то получим по 25% в каждой из этих сфер. Во время ожидания малыша, при нормальном формировании материнства у женщины и отцовства у мужчины все эти сферы рассматриваются в интересах будущего изменения в семье и появления малыша. У женщины, хотя эмоции при оптимальном типе материнства биполярны, но доля тревоги невелика, женщина относится к своей беременности ответственно: карьера отходит на второй план, забота о своем здоровье как о месте «где растёт мой малыш», отношения с мужем становятся более нежными, в сознании идет переориентировка на роль матери. [8] У мужчин происходит так же перестройка ценностей. Такая семья, при рождении маловесного малыша на раннем сроке, помощь со стороны медперсонала, психолога воспринимает адекватно, дальнейшая реабилитация проходит продуктивней и легче со всех сторон.

Рассмотрим основные мишени психологической помощи в работе с папами и мамами, у которых недостаточно ресурсов для совладания со сложившейся ситуацией:

- Личностный ресурс (личностная незрелость, отцовство и материнство занимают низкие позиции в иерархии ценностей, деструктивные мотивы рождения ребенка, отсутствие личностных качеств - таких как открытость и эмпатия);

- Эмоциональный (нет контроля над своими эмоциями, лабильность, неприемлемость всего диапазона эмоциональных реакций, запрет на страх, гнев и т.д., неадекватность мимики);
- Когнитивный (низкие интеллектуальные способности и нет готовности учиться, отсутствие знаний об уходе за ребенком, его развитии);
- Операциональный (нет сформированных навыков по уходу за детьми);
- Психофизиологический (низкая стрессоустойчивость, особенности нездоровья организма матери или отца, астенизация, переутомление)[2]

В результате выявленных особенностей следует составить план по психологическому сопровождению семьи, в том числе с привлечением всех ресурсов семьи, по возможности подключая бабушек и дедушек и поиск конструктивных способов поддержки и взаимодействия.

По результатам двухлетней работы с семейными парами можно говорить о параметрах гармоничной семейной системы[3], когда реабилитация проходит продуктивно и легко, включающей:

1. ОН=ОНА В основе всего лежит взаимопонимание и поддержка.
2. ДОМ – пространство любви, всё в доме организуется для создания безопасной развивающей среды малыша и удобства мамы и папы.
3. ДЕТИ – когда пара разобралась с собственными чувствами, устроила жизнь и захотела детей, как правило, дети рождаются во время, психологически и физически здоровы, так как у них крепкий тыл. Если же родился малыш до срока, то его реабилитация успешна. Важно любить и учитывать интересы всех детей в семье.
4. РОДИТЕЛИ – его и её находятся на равном приближении и удалении от семьи. Родители (бабушки и дедушки) одинаково любимы и нужны. Задача пары принимать решения самостоятельно и стараться договариваться с родителями и не позволять влиять деструктивно на свою семью и детей. При гармоничном развитии семьи, родители являются первыми помощниками, имея знания, опыт они могут помочь в любой сложный период для семьи.
5. РАБОТА – работа нужна и важна именно в 5 очередь, так как материальные блага по законам жизни нужны для поддержания семьи, детей, счастливой старости их родителей, тогда и работать можно по 12 часов в сутки, но при этом строго соблюдая расстановку приоритетов.

На сегодняшний день, очень много семей разрушается в погоне за большими деньгами, родители забывают о детях, о внуках тем самым упуская важные моменты взросления и закладки всех ценностей и мотивов, которые будут руководить их детьми, внуками.

И наконец, буфером, который воспринимает и амортизирует силу воздействия на человека и его семью со стороны различных жизненных потрясений является:

6 – ХОББИ:

- домашние животные, часто бывает, что любимое животное является важнее или наравне с детьми, что не приемлемо. В результате животным позволено соперничать с детьми;
- декор – многие женщины, занимаются дизайном, маникюром и т.д., в ущерб семье.
- друзья – у каждого нашего друга есть своя жизнь полностью наполненная переживаниями.
- Спорт, рыбалка, баня всё это приятно и необходимо, если налажен быт, в семье всё хорошо, не замечая одно другим.

Такая ситуация как рождение маловесного ребенка уже является своего рода испытанием для любой семьи, а если приоритеты нарушены, то становится очень тяжело наладить грамотную реабилитацию малыша. В этой ситуации необходимо работать с семьей и если возможно, привлекать конструктивную помощь бабушек и дедушек с обеих сторон.

Существует много подходов в психологии для решения поставленной задачи. В связи с реабилитацией детей рожденных маловесными интересен подход клинической психологии. Рассмотрим возрастное онтогенетическое психическое развитие детей период от рождения до трех лет. Важно в комплексе учитывать все основные линии развития: сенсорное, психомоторное, речевое, эмоциональное, когнитивное, психосексуальное, личностное развитие. Так же необходимо помнить: что существуют этапы развития и переход с этапа на этап проходит через кризис, а так же и то, что часто идет несовпадение во времени развития отдельных психических процессов[1]. Рассмотрим периодизацию профессора кафедры клинической психологии МГППУ Вострокнутова Николая Васильевича.

Возрастное психическое развитие - младенческий период, сенсорная стадия, интенциональная фаза (0-3 мес.)

- Симбиотическая связь: «мать-дитя»
 - Ведущее отношение: «Я - окружающий мир»;
- Ведущее восприятие - внешнее (зрение, слух, обоняние, собственное тело с выделением «Я» из окружающего пространства); активное освоение внешнего пространства через взаимодействие с окружающим миром через органы чувств и моторную активность
- Основная психобиологическая задача – интеграция сенсорного, вегетативного, моторного компонентов в целостное реагирование организма, установление цикличности (день-ночь)
 - Основное чувство и орган его «канализации»: чувство тепла, покоя, защищенности; основной орган - кожа, телесные ощущения; основной конфликт - первичное доверие против первичного недоверия (Э. Эриксон), коммуникативная функция – дыхание;
 - Ведущее нарушение: отсутствие покоя, защищенности, эмоциональная, сенсорная депривация с ограничением телесных контактов
 - Закладающиеся основные нарушения: шизоидная структура реагирования (невротическая, акцентуированная личность);

Психосоматическое реагирование – бронхиальная астма, кожные расстройства

1. Младенческий период (0-3 мес.) – шизоидная структура реагирования

- Причины возможных нарушений:
- Тяжелая болезнь, смерть матери («потеря объекта»);
- Враждебное отношение, неприятие ребенка со стороны матери;
 - Частая смена места пребывания, длительное пребывание в больнице, детских учреждениях;
 - Шизоидная структура реагирования: первичное недоверие; сильная потребность в независимости, стремление к самоудовлетворению; утверждение собственного мнения; обидчивость при несогласии; дистанцированность, холодность в отношениях; способность к наблюдению, отстраненной объективности; отсутствие чувствительности, сентиментальности; недостаток интимности, страх перед сближением;
 - Защитные механизмы: изоляция, рационализация, регрессия, проекция, отрицание, расщепление

Возрастное психическое развитие: период раннего детства (оральная фаза) (3 мес.-1.0-1,5 года)

- Ключевая связь - симбиотическая: «мать-дитя» + другие эмоционально-значимые взрослые
- Ведущее отношение: «Я-ТЫ - мир матери»;
 - ведущие процессы развития – сенсорно-моторные с формированием активных, произвольных движений - выделение «Я» из окружающего пространства путем активного психомоторного освоения пространства;
 - Основное чувство и орган его «канализации»: коммуникативная функция – прием пищи; ребенок чувствует, что его принимают, ощущает удовлетворение, если получает достаточно пищи; основной орган – рот, движение – кусание, хватание, схватывание;
- Основной конфликт – близость против разлуки (Э.Эриксон);
- Закладающиеся основные нарушения:
 - депрессивная структура реагирования (невротическая, акцентуированная, аномально – личностная депрессивная структура);
 - психосоматическое реагирование – нарушения глотания, гастрит, язва, неспецифический колит и суставные расстройства (артриты, артралгии); разрешение конфликтов через пищевое поведение (анорексия -булимия)

2. Период раннего детства (от 3-х мес. до 1.0 -1.5 лет) – зависимая, депрессивная структура реагирования

Причины нарушений:

- Воспитание (установка на чистоту) дается слишком рано или строго
- Фрустрация матери, выполняющей свои обязанности из чувства долга;
- Неприятие ребенка со стороны матери;
- Возложение на ребенка ответственности

Депрессивная структура реагирования: ограниченность влечений, окрашивание восприятия в серые тона, стремление к уединению, компенсаторные формы фантазирования; преданность как самоотдача, страх лишиться любви объекта, привязанность в эмоциональных отношениях; альтруистические установки, готовность к проявлению заботы, умение терпеливо ждать.

Возрастное психическое развитие:

период раннего детства

(1.0-1,5 г. – 2,5 – 3 года)

- Ключевая связь – преодоление симбиоза с матерью, социальная система: «Я – Мать – Отец – другие эмоционально значимые взрослые – прародители - Семья»

- Ведущее отношение: «Я – Сам» (выделение себя из окружающего мира как «Я» личное)

Ведущие процессы развития: речевые с формированием произвольного поведения; выделение «Я» из окружающего пространства путем активного психомоторного освоения пространства, формирование эмоционально-личностного отношения;

- Основное чувство и орган его «канализации»: коммуникативная функция – речь и значимое действие; основной психосоциальный вектор - формирование «Я» - движение и достижение успеха,

- овладение предметом – речь как слово; окружающие предметы - ложка, одежда, игрушка с освоением и использованием их социального значения;

- овладение телом – сфинктеры и овладение функцией удержания;

- Ведущие модели поведения:
 - отдавать/дарить - отказывать/удерживать
 - давать волю - владеть собой (первичные реакции активного - пассивного протеста 2,5-3-х лет)

- формирование навыков опрятности - энурез, энкопрез

- Основной конфликт – автономия, самостоятельность против неуверенности, отказа, сомнений, стыда (Э.Эриксон)

- Закладывающиеся основные нарушения:
 - навязчивая структура реагирования (невротическая; акцентуированная, аномально – личностная, обсессивно-компульсивная структура);

- - психосоматическое реагирование – желудочно-кишечные расстройства – запор, диарея, язвенный колит; вагинизм, психогенная импотенция; нарушения опорно-двигательного аппарата

3. Период раннего детства (от 1.0 -1.5 лет до 3-х лет) – обсессивно-компульсивная структура реагирования

- Причины нарушений:

- Воспитание (установка на чистоту) дается слишком рано или строго

- Фрустрация матери, выполняющей свои обязанности из чувства долга;

- Неприятие ребенка со стороны матери; возложение на ребенка ответственности

- Обсессивная структура реагирования: изоляция, привязанность к конкретному; отсутствие спонтанности; потребность в причинном объяснении, эмоциональное оскудение, страх перед переменами, перед отдачей, недоверчивость; склонность к обеспечению собственной безопасности, установка на стабильность, обязательность, обдуманность действий; игнорирование всего живого, спонтанного; склонность к абсолютному, постоянно значимому, приверженность ритуалам.

- Защитные механизмы: рационализация, отмена сделанного, формирование реакций, смещение на малозначительное.

Выше изложенные данные необходимо учитывать при работе с семьей, вести просветительские занятия по данной теме.

Таким образом, на практике хорошо видна проблема психологической неготовности родителей сразу конструктивно и с пониманием особенностей малыша включаться в реабилитацию. Очень много деструктивных эмоций: самообвинения, выяснений отношений, поиск виноватого, неверное представление об особенностях таких детей. Благоприятное время упускается и в результате только к году семья начинает серьезно понимать проблемы ребёнка, хотя ещё до года возможно разрешить многие ситуации со здоровьем. Часто семья видит выход из сложившегося положения – это рождение ещё одного уже здорового малыша, когда все силы и эмоции членов семьи уходят к нему, а ребенок со сложностями в развитии попадает в условия депривации, недостаточные для его полной реабилитации. Или наоборот старший, здоровый ребенок, воспринимается семьей как взрослый, благополучный и полностью привлекается к заботе о малыше, и его интересы отходят на второй план. Поэтому, мы видим как необходимы и актуальны, рассмотренные направления психологической работы с родителями детей, рождённых маловесными на самых ранних этапах реабилитации.

Литература

1. Вострокнутов Н.В. Лекции по клинической психологии. - М, 2010 г
2. Ланцбург М.Е. Роль психологической подготовки и поддержки в реализации родительских функций. // Психологическая наука и образование. 2011, №1, с. 15-26
3. Некрасов А. Материнская любовь. - М, 2003
4. Олифинович Н.И., Зинкевич – Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Семейные кризисы: феноменология, диагностика, психологическая помощь. М: 2005 г.
5. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. М: 2005
6. Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя. Журнал практической психологии и психоанализа. 2001, №1
7. Смирнова Е.О., Абдулаева Е.А. Условия становления пространственного образа «Я» в раннем возрасте как первой формы самосознания. Статья.
8. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. СПб., 2003

Кремнева Л.Ф.

Нарушения материнского поведения и его последствия для психического здоровья детей

Процесс развития определяется не ребенком, а обществом, при этом центральной фигурой для ребенка младенческого возраста является мать, а в последующие годы невозможно переоценить роль семьи. В числе основных факторов среды, в последние десятилетия неблагоприятно влияющих на нормальное психическое развитие ребенка, следует отметить разрушение культуры семьи и потерю навыков материнского поведения, поэтому задачи возрождения и воспитания семейных традиций, сохранения преемственности национальной культуры семейного воспитания становятся чрезвычайно актуальными (Батуев А.С. 1999, Попцова Е.В. 1995, Крячко А.В. 2011).

Ранний возраст рассматривается в качестве сенситивного и крайне важного периода для личностного развития ребенка. По мнению Джона Боулби (цит. по Кошавцеву А.Г. 1995), ребенку, особенно в период раннего детства, необходимо испытывать близкий эмоциональный контакт и продолжительное взаимодействие с матерью. Поэтому значение качеств личности матери, ее поведения, невозможно переоценить. Так, Рене А. Шпиц и В. Годфри Коблинер (2000) полагают, что невротизация и другие аномалии личности матери, воздействует на незрелую психику ребенка как яд и приводят к развитию у младенца нервно – психических расстройств. Напротив, для нормального развития ребенка SilvenM., ViendaM., 1996 (цит. по 4) к необходимым формам поведения матери относят такие как - гибкость в стиле воспитания, способность побуждать ребенка к игре и умственной активности, эмоциональную доступность и способность понимать и разделять чувства ребенка. Установлено, что только адекватная реакция матери на нужды ребенка определяет формирование у ребенка безопасной привязанности к ней (Кошавцев А.Г.). С этой позиции внимание матери необходимо младенцу для возникновения у него доверия к ней как доброжелательному и надежному представителю внешнего мира, а стало быть, и к миру в целом. В силу чего образ безопасного мира может быть им прочно усвоен и стать частью его собственного внутреннего мира (Бим – Бад Б.М. 2006). В возрасте до двух лет у человека закладывается вера в то, что он принят этим миром, в три--пять лет – вера в себя и стремление творчески реализоваться. Известно, что если нарушается естественное развитие привязанности младенца к родителям, у него нарушается и общее психическое развитие. Это выражается в бедности эмоционального репертуара, подозрительности, повышенной чувствительности, готовности к страхам. У ребенка повышается уровень безотчетной тревоги, в дальнейшем, в ряде случаев, возникает склонность к агрессии и насилию, трудности контактов с людьми.

Следует отметить, что, для большинства российских женщин, несмотря на сохраняющуюся безусловную общественную ценность как семьи, так и детей, воспитание в современных семьях часто не способствует гармоничному развитию детей (Горшкова М.К. и др. 2002 Филиппова Г.Г. 2000).

Нами исследовалась зависимость психического развития детей раннего возраста от характера нарушений материнского поведения. Наблюдалось 103 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 4 лет и их матери с нарушенным материнским поведением. Был выделен депривирующий тип поведения матери, обусловленный повышенной тревожностью матери.

Депривирующая мать – это, либо неудовлетворяющая основные жизненные потребности ребенка, либо, напротив, мать, излишне опекающая ребенка, редуцирующая его естественную жизненную активность.

В первом случае причины депривирующего поведения следующие :

- 1.отвержение;
- 2.боязнь «избаловать» ребенка;
- 3.плохое понимание причин поведения ребенка;
4. постоянно меняющиеся лица, ухаживающие за ребенком,
- 5.депрессия у матери.

Отвержение (явное, неявное) как следствие ряда факторов:

- несоответствие ребенка планируемому «идеалу»;
- изменившаяся семейная ситуация;
- личностные особенности матери;
- «чрезмерно занятые матери», с ориентацией, на работу, карьеру, учебу, с доминированием внешних ценностей по отношению к ценности ребенка;
- перекладывание ответственности за ребенка на учреждения и других взрослых, близких и нанимаемых;
- дефицит знаний в области психического развития и воспитания детей.

2. Боязнь «избаловать» и, вследствие этого, отсутствие положительного подкрепления любых достижений ребенка. Эти матери были неулыбчивыми, мало разговаривали с ребенком, как на первом году, так и в последующие годы, полагая, что «всё понятно без слов»; в силу своих взглядов на воспитание, старались как можно меньше брать ребенка на руки.

3. Плохое понимание причин поведения ребенка. Это наиболее частая форма нарушенного материнского поведения. Оно характеризовалось нечувствительностью к потребностям ребенка и механическим исполнением приемов ухода. В этих случаях матери не подстраивались к ребенку, к его нуждам и, в ряде случаев, не понимали необходимости такой подстройки. Они не направляли его поведение, не структурировала режим сна и бодрствования, не участвовала в его занятиях, у матери отсутствовали ответные реакции на инициативу ребенка. В силу недостатка эмоциональной чувствительности в диаде между матерью и малышом не устанавливался эмоциональный резонанс. Эти же матери часто отличались непоследовательностью требований к малышу. Они, или стремились сделать ребенка «удобным для себя» и настоятельно просили у врачей «успокоительных лекарств», или предъявляли чрезмерные требования к ребенку. В этих случаях имели место физические наказания, порицания, свободное выражение своих отрицательных эмоций при ребенке и т. п.

4. Постоянно меняющиеся, ухаживающие за ребенком лица

С первых месяцев жизни ребенка это были либо няни, либо разные меняющиеся родственники. Ребенок, по существу, развивался в ситуации материнской депривации. В ряде наблюдений – дети были совсем заброшены, и воспитывались случайными взрослыми.

5. Депрессия у матери.

Депрессивные матери очень плохо чувствуют потребности ребенка, погружены в собственные переживания, формально выполняют действия по уходу. При этом реальная эмоциональная связь депрессивной матери с ребенком отсутствует. Когда депрессивное состояние матерей утяжелялось, заботу о ребенке брали на себя близкие. В этих случаях психическое благополучие ребенка определялось качеством воспитательных мер со стороны родных, заменивших мать.

Второй причиной депривирующего поведения матери была повышенная её тревожность и высокая эмоциональная лабильность. Такие матери излишне без достаточного повода волновались по поводу здоровья и развития ребенка. Подозревали у него те или иные болезни ходили к разным специалистам. Старательно лечились,

неукоснительно выполняя рекомендации, либо, напротив, не доверяя результатам обследований, опасались лечения. В то же время внимательно следили за состоянием ребенка, сковывая его естественную психическую активность и инициативу, не спускали его с рук. Тип воспитания в этих случаях относился к гиперопеке. Известно, что в такой ситуации ребенок не чувствует себя в безопасности, а в матери не ощущает надежности. У ребенка начинает формироваться тип поведения в форме элементов параутизма. Ребенок не обращается к матери и другим взрослым за помощью, не ищет с ними контактов, занимается сам с собой. В диаде складывается избегающая привязанность, либо, напротив, повышенная симбиотическая связь с матерью, не допускающая разлуки.

Последствия материнской депривации различны. Легкая ее степень (если эмоциональная составляющая депривации была неполной), а матери, то удовлетворяли потребности ребенка (полностью или частично), то игнорировали их, у детей проявлялись истероформные реакции. В ряде случаев наблюдались аффект – респираторные приступы. Характерными были признаки парциальной задержки формирования психических функций, наличие выраженного страха посторонних, эмоциональная лабильность. К 2-3 годам формировались начальные проявления личностных расстройств тормозимого типа.

Более выраженная степень депривации отмечалась в тех случаях, когда матери минимизировали усилия по уходу за ребенком, были излишне строги к нему, игнорируя его интересы и потребности, в ряде случаев имело место физическое насилие. Не удовлетворялась и потребность ребенка в новых впечатлениях. В момент кормления с ним не общались, стремились быстрее завершить этап грудного вскармливания и перейти к искусственному питанию. Нередко воспитание целиком вверяли няням, причем часто меняющимся.

У детей этих матерей к концу первого полугодия жизни выявлялись признаки задержки психофизического развития, которые с течением времени становились более грубыми. Речь развивалась плохо, отмечался гипердинамический синдром в виде диффузной двигательной расторможенности. Аппетит был резко искажен. Дети, либо беспорядочно много ели, без прибавления в весе, либо ели мало с принуждением, с привычными рвотами. Отмечались выраженные двигательные стереотипы. Дети раскачивались, сидя и лежа в постели, прыгали на месте и т. п. Истерические реакции были грубо выраженными, со временем возникали соматические заболевания, как правило, протекавшие в тяжелой форме.

Поведение этих детей характеризовалось безразличным отношением к уходу матери, отсутствием страха перед посторонними взрослыми, низким уровнем инициативного и ответного поведения. У них формировался избегающий, небезопасный тип привязанности. В дальнейшем у детей наблюдалось патохарактерологическое развитие личности в виде протестного, психопатоподобного поведения с расторможением влечений и тенденцией к асоциальным поступкам.

Таким образом, отклоняющееся поведение матери является формообразующим фактором психической патологии у детей. Степень выраженности депривационных нарушений зависит от характера детско-материнских отношений, задаваемых, прежде

всего, матерью. В то же время, коррекция нарушенного материнского поведения, открывает новые возможности для первичной и вторичной профилактики психических расстройств у детей раннего возраста.

Литература

1. Батуев А.С. Начальные этапы биосоциальной адаптации ребенка. Психофизиологические основы социальной адаптации ребенка. Санкт –Петербург. 1999, с. 8-13.
2. Бим – Бад Б.М. Внимание к вниманию. Семья и школа 2006, №7, с.18-19.
3. Женщина новой России: Какая она? Как живет? К чему стремится? /Под ред. М.К. Горшкова, Н.Е. Тихоновой/. Издательство РОССПЭН Москва, 2002, 166 с.
4. Кошавцев А.Г. Послеродовые депрессии и материнско–детская привязанность. Монография. - СПб.: СОТИС, 2005, 224 с.
5. Крячко А. А. Культура родительства в современной России. Автор канд. диссерт. 25 стр. 2011.\
6. Попцова Е.В. Качества матери, необходимые для психического развития ребенка раннего возраста. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук: (19.00.07) МГУ им. М.В. Ломоносова М. 1995.\
7. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Проспективное исследование материнского поведения и его влияния на психическое развитие детей раннего возраста. Вопросы психического здоровья детей и подростков. Москва, 2003 г., №3, с. 7 -14.
8. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002. – 240 с.\
9. Шпиц Рене А., Коблинер В. Годфри. Первый год жизни. Пер. с англ. Л.Б. Сумм под ред. А.М. Боровикова. – М.: ГЕРРУС, 2000. – 384 с.

Проселкова М.О.

Клинические проявления депривационного «синдрома сиротства» у детей раннего возраста

За последние десятилетия в психиатрии и психологии активно изучаются психосоциальные последствия психической депривации в детском возрасте. Достоверным является взаимосвязь этого фактора с появлением делинквентности, антисоциальности и других психических отклонений.

Самым уязвимым периодом в возможности возникновения искажений психического развития является период детства, особенно раннего, включающего младенчество (или первый год жизни). Этот же период развития, определяет начальный этап становления личности в рамках конкретных социальных условий.

Специфической особенностью младенческого периода, является полная, длительная, биологически и социально оправданная, зависимость младенца от матери. Мать осуществляет продолжительную подготовку младенца к социальным условиям жизни. Первый год жизни младенца – это критический период для формирования его основных психофизических особенностей. В этот временной промежуток специфические

отношения между матерью и младенцем складываются в особую систему «мать-дитя», влияющую на дальнейший психический онтогенез ребенка. Для нормального развития младенца, помимо удовлетворения его потребностей в пище, сне, гигиеническом уходе, создании стимулирующей развитие социальной среды и др., необходимо адекватное материнское эмоциональное взаимодействие, в виде сочетания ласковости и нежности и определенного относительного принуждения

(например, в соблюдении режимных моментов, выработки понятий можно - нельзя, хорошо - плохо и т. п.) формирование у ребенка ощущения защищенности, доверительности и относительной свободы в познании окружающего.

Для выживания и гармоничного развития ребенка, согласно современным представлениям, между младенцем и матерью должна возникнуть тесная, взаимная, эмоциональная привязанность, на основе которой появляются более дифференцированные эмоции. Развитие негативных эмоций при кратковременной разлуке с матерью, свидетельствуют о наличии в психике младенца феномена привязанности. При затянувшейся разлуке негативные эмоции перерастают в психопатологические депривационные расстройства, способные привести его к психическому и физическому истощению. Сформированная привязанность, лежит в основе формирования личности ребенка

Негативный опыт отношений ребенка с матерью приводит к искажению феномена привязанности, что находит отражение в поведении младенца, сложностях взаимодействия с людьми, эмоциональных отклонениях. По данным зарубежных, отечественных и собственных исследований нарушения адекватности привязанности вызывают у ребенка в старших возрастах черты инфантильности, повышенной сензитивности, тревожности, неуверенности в себе, в сочетании с нарциссизмом, эмоциональной неустойчивостью, некритичностью и другими нарушениями личностных свойств.

Таким образом, мать для младенца и малыша в раннем онтогенезе обуславливает развитие основных психических функций - эмоциональных и социальных, необходимых для выживания. Она же может провоцировать и отклонения в психическом развитии ребенка. Последствия нарушений детско-материнских взаимодействий особенно проявляются в ситуации психической депривации в виде социального и истинного сиротства.

По статистическим данным министерства образования РФ в России последнее десятилетие держится стойкая тенденция увеличения количества детей, оставленных родителями, как при рождении, так и в первый год жизни. На 2005г. в стране 700 000 детей остались без попечения родителей, в 2011 эта цифра значительно возросла.

Несмотря на социальную остроту данной проблемы, методического изучения психофизического дизонтогенеза у детей сирот с периода младенчества и в возрастной динамике не проводилось.

Гипотезой исследования послужило предположение о наличии определенной клинической специфичности возникающих в условиях сиротства психических нарушений в сочетании с неспецифическими нарушениями.

Целью исследования было изучение особенностей отклонений психического развития детей - сирот в возрастной динамике (0-4л).

Задачами исследования было:

-выявление особенностей нарушений психического развития детей-сирот (эмоциональных, познавательных, речевых, психомоторных и др.);

-изучение влияния возраста начала сиротства на клинические проявления депривационных нарушений;

-описание в динамике типологических нарушений психического развития у сирот с первого года жизни до 4 лет.

Критериями включения детей в группу исследования было

-сиротство с рождения,

- пребывание в государственных учреждениях для детей сирот

Критериями исключения были:

-наличие родителей, посещающих детей в детском учреждении ;

-выраженные соматоневрологические нарушения,

-хромосомная и другая генетическая патология.

Для определения психогенной роли фактора сиротства в возникающем психическом дизонтогенезе детей, в группу наблюдения вошли 100 детей - сирот раннего возраста. Из них 95% - относились к т.н. социальным сиротам (по определению R.Chamberlain 1988 – сиротам при живых родителях) и только 5% детей - к истинным сиротам.

Методами изучения психического развития детей из условий сиротства были: клинически-динамический (педиатрический, неврологический, психиатрический) и параклинический (психологический). Отобранный контингент был прослежен катамнестически в течение 10 лет

На основании анализа собственного клинического, психопатологического обследования проспективного детей первых лет жизни, и ретроспективного детей старших по возрасту, включая анамнестические сведения, имеющиеся в педиатрических медицинских картах воспитанников, устанавливалась картина личностного и психофизического развития детей. При этом учитывались показатели развития соматической, инстинктивной, эмоциональной и познавательных психических сфер, развития моторики, функций речи и коммуникаций (в виде взаимоотношений с персоналом и другими детьми). Изучалось становление социальных навыков и особенности поведения в разных ситуациях, Все изменения, которые выявлялись в младенческом возрасте, изучались в возрастной динамике наблюдения за ребенком, а также по отчетам городской медико-педагогической комиссии. Все собранные данные позволили получить статическую и динамическую оценки психического состояния детей-сирот.

Анализ психического развития и психических нарушений у детей – сирот раннего возраста позволил выделить определенные отклонения, возникающие в условиях родительской депривации. Это депрессия, с типичной триадой проявлений, характерные двигательные стереотипии и параутизм на фоне задержанного или искаженного темпа формирования психических функций в целом, особенно эмоциональных. Эмоциональное развитие характеризовалось малой дифференцированностью и дефицитностью.

Выявленные отклонения в аффективной, моторной, коммуникативной и интеллектуальной сферах, начинают формироваться с младенчества и к периоду первого возрастного криза становятся клинически выраженными.

Фактор сиротства является патогенным и формирующим определенную клиническую картину психических нарушений. Выраженность отклонений зависит от

возраста начала действия фактора, и содержания самой ситуации сиротства. Чем в более ранний возрастной период ребенок оказывается в условиях материнской депривации и чем более эмоционально и микросоциально обеднена депривационная среда пребывания ребенка, тем большее повреждающее воздействие оказывается на его психическое состояние.

Для гармоничного формирования и развития психики, особенно в раннем возрасте, необходима доброжелательная среда, насыщенная разнообразной, соответствующей возрасту и потребностям младенца стимуляцией: познавательной, эмоциональной, двигательной, тактильной, визуальной, акустической и др. Дефицит микросоциальных стимуляций оказывает отрицательное влияние на процессы психического развития.

Клинический анализ нарушений развития детей из сиротских учреждений, выявил их определенное клиническое сходство с другими психопатологическими симптомокомплексами, наблюдаемыми у детей того же возраста – это синдромы раннего детского аутизма, недифференцированной умственной отсталости и др. Однако, наличие сходства, не исключало отличий их друг от друга. Например, по уровню интеллекта, работоспособности, запасу знаний, дети, воспитывающиеся в условиях хронической психической депривации, напоминали детей с умственной отсталостью. Однако, после обучения, с поощрениями, усиленному вниманию дети достаточно быстро догоняли сверстников из обычных условий развития и выполняли все задания по возрасту. Обращала внимание речь детей из депривационных условий сиротства, характеризуемая логопедами, как речь с низким уровнем фонетического и лексического развития. В речи с ограниченным словарным запасом частично или полностью отсутствовали обобщающие слова и понятия. Но недоразвитие речи не являлось, как в случаях врожденного интеллектуального недоразвития, следствием интеллектуальной неполноценности. Это был результат дефицита контактов с окружающим внешним миром в целом и, особенно, вербальных. После реабилитационных занятий с логопедами и дефектологами, интеллектуальное и особенно речевое развитие значительно продвигалось вперед. Однако это не касалось коммуникативной функции речи, которая долго, несмотря на коррекционные занятия, сохранялась редуцированной.

Сходство с синдромом раннего детского аутизма выражалось коммуникативными нарушениями, которые у детей из депривационных условий сиротства проявлялись феноменом, названным нами “депривационным парааутизмом”. Дети с депривационным парааутизмом не проявляли инициативы к общению. Предоставленные себе, занимались примитивной, не соответствующей возрасту, манипулятивной игрой или безучастно лежали в манеже, не обращая внимания на окружающих. Часть из них обнаруживала стереотипное двигательное возбуждение малого размаха в виде однообразного подпрыгивание на месте, однотипных поворотов головы, раскачивания в прыгунках, манипуляций пальчиками рук. Дети не реагировали на обращение к ним, проявляя безучастность и равнодушие, и к игрушкам, и к громким звукам. Появление незнакомых людей, даже берущих их на руки, не вызывала у них реакций любопытства или страха. Нередко у детей обнаруживались проявления протодиакриза - предпочтение неживых объектов людям и отсутствия различения живого от неживого. Отмечалась недостаточность познавательных интересов, суженность объема знаний, отсутствие элементарной бытовой осведомленности. Депривационный

парааутизм по клинической картине обнаруживал сходство с т.н. “психогенным аутизмом”, который был выделен у детей 3-4 летнего возраста, находящихся в условиях семьи при недостаточности внимания и ласки со стороны матери. Психогенный аутизм характеризуется нарушением общения, эмоциональной индифферентностью, задержкой формирования моторики и речи. Эти клинические проявления напоминают депривационный парааутизм. Отличительно то, что достаточно матери изменить отношение к ребенку, уделять больше ему времени, заниматься с ним, как названные проявления постепенно полностью сглаживаются. Для депривационного парааутизма требуется гораздо больший реабилитационный период.

У наблюдаемых детей с депривационным парааутизмом обращала на себя внимание малая выразительность мимики, обедненность в целом мимических реакций, а также жестов, речи. В процессе общения у детей отмечались отдельные эхоталии и готовность к сохранению позы. Отсутствие речевого реагирования, молчаливость и, даже, безмолвность были определены нами как “депривационный мутизм”. Длительное наблюдение за детьми отмечало их малую активность, бездеятельность, отгороженность, как бы углубленность в себя. Все названное напоминало проявления эндогенного аутизма. Однако активное внедрение во внутренний мир депривированного, внешне аутичного ребенка, сразу же выявлял ряд отличий данного состояния от эндогенного аутизма. Так, у детей из депривационных условий сиротства, сохранены положительные реакции на сенсорное раздражение. Применение ряда одновременных или последовательных и повторяющихся стимулирующих воздействий (тактильных, звуковых: голосовых и музыкальных) привлекало внимание ребенка, вначале в виде контакта “глаза в глаза”, впоследствии в виде слежения глазами за взрослым и выделением его из остального окружения, нередко сопровождая его приход вокализациями. Позже, после продолжительных стимулирующих воздействий, вызывающих удовольствие у депривационных детей, их удается вовлечь в игру с ответными адекватными реакциями, с готовностью к подражанию и обучению в игровых ситуациях. Кроме того у детей с депривационным парааутизмом отсутствует симптом Павлова, что характерно для истинного аутизма, не отмечается симптома тождества, или пристрастия к определенному стереотипу жизни, вещам, привычкам, не наблюдалось фобий.

В основе обнаруживаемого сходства лежат общие патогенетические механизмы, связанные с воздействием депривационных механизмов (экзогенных или эндогенных). В случаях депривационного парааутизма имеет место экзогенный дефицит социальной, когнитивной, сенсорной, эмоциональной и других необходимых форм стимуляции.

В случаях эндогенного аутизма механизм дефицита первичный - эндогенный, присущий расстройствам шизофренического спектра, к которым относится и ранний детский аутизм. В основе депривационного парааутизма лежит вторичное нарушение коммуникаций, следствие дефицита стимулирующей среды, эмоционального сопереживания и общения как со стороны взрослых так и детей.

Общей особенностью детей из условий сиротства, выросших в домах ребенка, детских домах, школах интернатах являются: низкая работоспособность, не тренированность памяти и внимания, рентные установки, высокая степень внушаемости. К школьному возрасту депривационные синдромы дезактуализируются, уступая место формированию личности дефицитарного типа.

Таким образом, проведенное клинико-динамическое исследование отобранной группы детей-сирот раннего возраста выявил у них относительно специфические нарушения психического онтогенеза, которые складываются в определенный симптомокомплекс, названный « синдромом сиротства». Структура этого синдрома следующая: дисфункции эмоциональной сферы в виде депривационной депрессии и общей эмоциональной дефицитарности; коммуникативной в виде депривационного параутизма; двигательной в виде разнообразных двигательных стереотипий и в познавательной в форме псевдозадержки развития.

Выявленный симптомокомплекс начинает формироваться с младенчества и к первому возрастному кризу становится клинически выраженным. Патогенным и клинически формирующим является фактор сиротства т.е. редуцированность или отсутствие детско-материнских отношений.

Литература

1. Аксарина Н. М. Воспитание детей раннего возраста. М.: Медицина, 1977. - 303 с.
2. Выгодский Л.С. Избранные психологические произведения. //собр.соч. т.4.с.200-269.
3. Кистьяковская М. Ю. О стимулах, вызывающих положительные эмоции у ребенка первых месяцев жизни // Вопр. психопатологии. - 1965. - N 2. - С. 129-140.
4. Ковалев В. В. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья в детском возрасте // Психогигиена у детей и подростков. - М., 1985. - С. 56-66.
5. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1995. - 245 с.
6. Лангмейер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. - Прага, 1989. - 334 с.
7. Лисина М. И. Влияние отношений с близкими взрослыми на развитие ребенка раннего возраста // Вопр. психологии. - 1961. -N3.-С. 117-124.
8. Проселкова М.Е. Башина В.М. Дети-сироты (к особенностям раннего дизонтогенеза). // Сироты России: проблемы, надежды, будущее. М.1994 с 49-54.
9. Проселкова М.Е. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты), дис ... к.м.н. М.,1996, 225с.
10. Проселкова М.Е., Башина В.М., Козловская Г. В., Особенности психического развития детей раннего возраста из условий сиротства.// Журнал наврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова 1995г.
11. Alanen J. O. The mothers of schizophrenic patients // Acta Psychiat. Scand. - 1958: Vol. 33. - P. 124-361.
12. Anthony E. The child and Ms family. Children at psychiatric risk. - New York: Wiley, 1980. - 645 p.
13. Bowlby J. The making and breading of affectional bonds. -London: Tavistock Publ., 1979. - 150 p.

**Дифференцированный подход к дородовой подготовке
беременных женщин с различными формами умственной отсталости**

В настоящее время умственная отсталость встречается примерно у 1-3% населения. В связи с этим, понятно, что в своей практической деятельности врачам (акушерам-гинекологам, неонатологам, психотерапевтам и психиатрам), перинатальным психологам приходится сталкиваться с беременными, имеющими расстройства интеллекта разной степени выраженности. Чаще всего это женщины не с приобретенным слабоумием (деменцией), а с общим психическим недоразвитием, являющимся патологическим состоянием, развившимся в результате перенесённой болезни на самых ранних этапах онтогенеза. Это могут быть внутриутробные инфекционные поражения (краснуха, сифилис, токсоплазмоз и пр.); генетически обусловленные нарушения развития; иммунологическая несовместимость крови матери и плода; асфиксия, травмы, полученные ими в процессе родов; вредные факторы, воздействующие на девочек в первые три года постнатального периода (нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, выраженные интоксикации) и др. В качестве названия врожденного не прогрессирующего умственного недоразвития в 1915 году Э. Крепелин предложил термин – «олигофрения» (греч.: oligos – малый, phren – разум).

В процессе подготовки к родам и материнству женщин с общим психическим недоразвитием возникают серьезные проблемы, так как их способность к независимой социальной адаптации сильно ограничена. При наступлении беременности женщина должна своевременно встать на учет, осознавать происходящие с ней изменения, регулярно посещать женскую консультацию, выполнять рекомендации врачей. Во время беременности формируется холдинг (англ.: tohold – заботиться, держать на руках), позволяющий сохранять общие границы и диадные отношения матери и ребенка после рождения, что необходимо для выживания и развития младенца. Холдинг определяет качество заботы и внимания (включая и грудное вскармливание), которыми мать окружает новорожденного[1].

Женщина с интеллектуальным дефектом может испытывать серьезные трудности, сталкиваясь с необходимостью перемен образа жизни в связи с беременностью, или быть вообще неспособной к ним без посторонней помощи. Умственная отсталость препятствует формированию полноценного холдинга, а недостаточно качественный контакт между матерью и ребенком не обеспечивает удовлетворения его потребностей, не создает должного физического и психического комфорта, приводит к повышению уровня сепарационной тревоги младенца, к нарушениям его функционирования и развития.

Чтобы справиться с этими проблемами, необходимо оценить степень тяжести умственной отсталости и клинические особенности её проявлений у беременной женщины. Только это с учетом её бытовых условий, семейной ситуации, социального статуса позволяет разработать дифференцированный, адекватный подход к работе с конкретной беременной, имеющей подобные нарушения. Важно иметь в виду, что женщины с олигофренией имеют основания для оформления инвалидности и получения денежного пособия.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в рубрике 7 с учетом общей оценки способностей человека, его возможностей к обучению, самообслуживанию, социальной адаптации было выделено 4 степени интеллектуального

дефекта: легкая умственная отсталость (дебильность) (F 70), умеренная умственная отсталость (легкая и средняя степени имбецильности) (F 71), тяжелая умственная отсталость (тяжелая степень имбецильности) (F 72) и глубокая умственная отсталость (идиотия) (F 73) [3].

Качественные клинические особенности общего психического недоразвития наиболее четко и полно отражены в классификации, предложенной С.С. Мнухиным и разработанной Д.Н. Исаевым [2], которая учитывает независимо от степени тяжести непрогредиентной умственной отсталости нарушения не только интеллектуальной, но и иных психических сфер, прежде всего, эмоционально-волевой. Выделены стеническая, астеническая, дисфорическая и атоническая формы общего психического недоразвития, имеющие различные варианты.

Практически с беременными женщинами, у которых при исследовании по методике Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) определен коэффициент умственного развития (IQ) указывающий на *глубокую умственную отсталость* (идиотию – IQ=20 баллов) или *тяжелую умственную отсталость* (тяжелую имбецильность – IQ=20-34 балла) встречаться приходится крайне редко. Самосознание у этих больных отсутствует. Как правило, эти женщины не способны самостоятельно удовлетворять простейшие жизненные потребности (следовать элементарным правилам гигиены, одеваться, пользоваться туалетом, питаться и т.д.). В связи с этим они нуждаются в постоянном надзоре окружающих, препятствующих возникновению ситуаций, результатом которых может быть наступление беременности. Кроме того часто тяжелая умственная отсталость сочетается с грубыми двигательными и соматическими расстройствами, делающими беременность невозможной. Если все же у женщины с тяжелой или глубокой умственной отсталостью беременность наступает, то, учитывая отсутствие у неё простейших навыков самообслуживания, полноценной речи, невозможность обучения, решается вопрос об искусственном прерывании беременности на ранних сроках. Если роды все-таки происходят, то, разумеется, мать не способна ухаживать за ребенком и обеспечивать холдинг приходится кому-то другому (здоровым родственникам, медицинским работникам, персоналу дома ребенка и пр.).

При возникновении беременности у женщин, имеющих *варианты имбецильности легкой или средней степени тяжести* (умеренная умственная отсталость –IQ=35-49), также часто решается вопрос об искусственном прерывании беременности. Если этого не происходит, важно оценить семейную ситуацию женщины, её возможности. Как правило, такие женщины овладевают простейшей фразовой речью и способны к продуктивному вербальному контакту. Они обучаемы в определенных пределах, путем тренировки подражательных действий могут овладевать навыками самообслуживания, следить за собой, выполнять простые домашние обязанности. Они могут неплохо адаптироваться в привычных условиях, однако, любые перемены приводят к дезадаптации. Беременность, меняющая и физическое, и психическое состояние женщины, появление новых испытаний обязанностей в связи с предстоящими родами и материнством, как правило, приводят к тяжелой дезадаптации. Поэтому такие женщины при сохранении беременности нуждаются в постоянном психологическом сопровождении, как и члены их семей, которые должны получать рекомендации психолога относительно общения с беременной, быть готовыми к тому, что вся тяжесть ухода и за младенцем и за родильницей ляжет на них. Мать и ребенок не смогут жить

самостоятельно, будут нуждаться в постоянном уходе, руководстве и контроле. Однако, в отличие от женщин с глубокой и тяжелой умственной отсталостью, общение ребенка с матерью, имеющей имбецильность легкой или средней степени тяжести, не только допустимо, но и необходимо при контроле специалистов и родственников.

Беременные женщины с легкой степенью умственной отсталости (дебильностью – IQ=50-69 баллов), встречаются довольно часто, однако, к сожалению, методических разработок, касающихся их психологического сопровождения, оказания им и членам их семей психологической помощи нет.

Не только у них, но и у женщин предыдущей группы целесообразно диагностировать клиническую форму и вариант общего психического недоразвития. Но для беременных женщин с легкой степенью умственной отсталости это особенно важно, так как они обладают большей дифференцированностью психики и индивидуальными личностными особенностями. Понимание клинической картины расстройства ориентирует специалистов (врачей, психологов, социальных работников) на постановку конкретных задач в работе с пациентками, позволяет находить оптимальные пути решения сложных задач.

Общими особенностями для этой группы женщин являются удовлетворительная адаптация к обычным условиям жизни, относительная самостоятельность, возможность вовлечения в трудовые процессы как дома, так и на производстве, конкретно-образный способ мышления, трудности абстрагирования, эмоционально-волевые расстройства, повышенная внушаемость. Обиходная речь, как правило, развита у них неплохо. Большинство из них способны при наглядном и конкретном обучении усвоить обычно включаемые в программы дородовой подготовки простейшие навыки. Однако времени на такое обучение им требуется значительно больше, чем обычным беременным женщинам. С ними предпочтительны не групповые, а индивидуальные занятия.

Женщины со стенической формой общего психического недоразвития отличаются сравнительно равномерным снижением интеллектуально-мнестических функций. В случае средней или легкой умственной отсталости, они, хотя и с трудом, осваивают многие необходимые навыки, и, главное, умеют в полной мере применять их в обыденной жизни. Поэтому такие женщины вполне трудоспособны и неплохо адаптируются в обыденной жизни, могут овладевать несложными профессиями, зарабатывать, жить самостоятельно, знакомиться и вступать в половые отношения с мужчинами, выходить замуж.

Успешность этих женщин во многом зависит от особенностей их семей, полученного воспитания. Очень важно, чтобы девочка не чувствовала себя не оправдавшей надежды родителей, что происходит, когда они не могут смириться с интеллектуальным дефектом дочери. Уровень притязаний к ней родителей во много раз превышает её возможности. Правдами и неправдами они пытаются устроить ребенка в престижную школу, постоянно говорят о необходимости высшего образования. Не в силах соответствовать родительским амбициям, ребенок становится тревожным. Возникающий при этом комплекс неполноценности приводит к развитию невротических реакций, как правило, по истерическому типу или по типу навязчивостей, символически отражающих аутоагрессивные тенденции (онихофагия, трихотилломания и т.п.). Подобная ситуация способствует формированию *неуравновешенного варианта* стенической формы общего психического недоразвития. Этот вариант характеризуется

эмоциональной лабильностью, склонностью к аффектам, усугубляющихся в пубертатном возрасте. Попытки снизить тревогу и компенсировать дефицит положительных эмоций часто приводит к тому, что мотивация сложных произвольных актов становится преимущественно гедонистической. Будучи внушаемыми, такие девушки часто попадают в компании делинквентных сверстников, курят, алкоголизируются, вступают в случайные половые связи. Беременности при неуравновешенном варианте чаще возникают в юном возрасте от случайных партнеров. Как правило, у беременных этой группы формируется гипогестозический вариант психологического компонента гестационной доминанты. Конечно, такие беременные женщины и члены их семей нуждаются в индивидуальной работе с психологом, а нередко необходима помощь психотерапевта.

При понимании родителями особенностей дочери, при принятии её такой, какая она есть, при адекватных требованиях к девочке с общим психическим недоразвитием формируется *уравновешенный вариант*. Этот вариант наиболее благоприятен для реализации имеющихся, пусть и небольших ресурсов. Девочки растут послушными, трудолюбивыми, охотно и весьма успешно занимаются в различных кружках, спортивных секциях. Для них характерны гиперсоциальные черты личности. Повзрослев, они приобретают несложную профессию, выходят замуж. Беременность у этих женщин, как правило, от постоянного партнера, иногда запланированная. В стабильно защищённых социальных условиях, чувствуя поддержку окружающих, у беременных женщин с уравновешенным вариантом общего психического недоразвития их интеллектуальный дефект может почти не проявляться, быть неочевидным. Такая женщина может вполне удовлетворительно выносить и родить ребенка, обеспечить холдинг, быть достаточно хорошей матерью и женой.

Женщины с *астенической формой общего психического недоразвития* отличаются низкой трудоспособностью в связи с повышенной утомляемостью, быстрой истощаемостью. В зависимости от степени глубины интеллектуального дефекта они могут с трудом или с легкостью овладевать знаниями и умениями, однако испытывают большие затруднения в использовании практических навыков в практической жизни в нужное время в соответствующей ситуации, что затрудняет их адаптацию. Конечно, беременность сильно осложняет жизнь таких женщин, изматывает их, нарастает астенизация. После родов даже при неглубокой умственной отсталости они неспособны ухаживать за своими детьми и нуждаются в помощи. Это характерно для *основного варианта* астенической формы. Помимо основного есть и другие варианты, определяемые клиническими особенностями, отмечающимися у разных женщин этой группы.

При *брадипсихическом варианте*, кроме уже описанных черт, имеющихся у женщин с основным вариантом, отмечается замедление психических процессов. Особенно это заметно при беседе с такими женщинами. Ответы на простые вопросы они дают после паузы, с трудом находят нужные слова, речь медленная, иногда напоминающая речь депрессивных больных. Замедленность мышления проявляется трудностями, которые они испытывают при установлении причинно-следственных связей, при принятии решения. Понятно, что такие беременные женщины нуждаются в постоянном руководстве и контроле, в индивидуальном подходе. Приглашать их на групповые занятия по дородовой подготовке нецелесообразно. Самостоятельно без посторонней помощи ухаживать за своим ребенком женщины этой группы неспособны.

Если наряду с проявлениями астенической формы общего психического недоразвития у женщины выражены речевое недоразвитие, невнятное косноязычное произношение слов, иные речевые расстройства, то это является признаком *дислалического варианта*. При этом все сложности, которые мешают социальной адаптации женщинам при основном варианте, усугубляются коммуникативными трудностями даже при относительно удовлетворительной ориентации в бытовых ситуациях. Став матерями, женщины с этим вариантом не способны формировать необходимый в диаде протодиалог с младенцем, не могут дифференцировать плач ребенка, отражающий его разные потребности.

При *диспрактическом варианте* на передний план выступает моторная неловкость женщин, иногда сочетающаяся с гиперактивностью, нарушениями внимания. Беременность делает этих женщин еще более неловкими и быстро утомляемыми, что очень осложняет выполнение ими обычных бытовых дел. Плохая тонкая моторика не позволяет им даже при большом желании осуществлять уход за младенцем.

У всех женщин с астенической формой общего психического недоразвития отмечается ухудшение памяти, но если это является ведущим расстройством в клинической ратине при относительно сохранных других психических функциях, то можно диагностировать *дисмнестический вариант*. Беременная женщина с таким вариантом общего психического недоразвития характеризуется крайней забывчивостью, практически неспособностью к усвоению самых простых правил, низкой работоспособностью. У некоторых встречаются проявления элементов стертой амнестической афазии в виде забываний названий хорошо известных предметов. Одна из наших пациенток с дисмнестическим вариантом постоянно забывала имя новорожденного сына, что веселило её. Осуществлять полноценный уход за ребенком такие мамы не могут.

Дисфорическая форма общего психического недоразвития характеризуется склонностью к негативизму, конфликтности, к импульсивным поступкам на фоне постоянного злобно-тоскливого аффекта. В пубертатном возрасте девушки с этой формой, как правило, декомпенсируются, конфликтуют с родителями, отказываются учиться. Нередко они увлекаются тяжелым роком, примыкают к таким молодежным группировкам как панки, готы и пр., часто участвуют в драках. Отмечающаяся гиперсексуальность может приводить к случайной беременности, всегда нежеланной, вызывающей как экстрапунитивные, так и инпунитивные brutальные реакции. Беременные женщины с этой формой интеллектуального дефекта ненавидят изменения, происходящие в теле, ребенка, являющегося виновником этого, часто стремятся сделать аборт. Однако встречаются женщины, которые пытаются рационально объяснить свой дисфорический аффект ненавистью к миру, который не принимает её ребенка. К родившемуся ребенку такие матери часто испытывают амбивалентные чувства: то чрезмерно ласкают его, говорят о своей любви, но чаще раздражаются, склонны к физическим наказаниям. Оставлять таких женщин наедине с ребенком бывает опасно.

При *атонической форме* общего психического недоразвития практически отсутствует способность к психическому напряжению и целенаправленной деятельности. Беременные женщины с этой формой встречаются крайне редко. При *аспонтанно-апатическом варианте* отсутствие интереса к какому-либо виду деятельности, пассивность, обеднение эмоций. Привлечь их к какому либо занятию, к

учебе, к усвоению, трудовых навыков, даже к игре крайне сложно, но если это все же удается, истощение наступает очень быстро.

При *акатизическом варианте* больные чрезмерно, но не целенаправленно активны, расторможены. Их суетливое поведение носит полевой характер, так как повышена переключаемость внимания. Сосредоточиться на выполнении какого-нибудь задания им трудно.

Мориоподобный вариант характеризуется расторможенным дурашливым поведением на фоне эйфории. Больные болтливы, сексуально расторможены. В препубертатном и пубертатном возрасте эти проявления усиливаются, в связи с этим у девушек велик риск установления сексуальных отношений и беременности. Если это происходит, то беременность никак особенно не влияет на клиническую картину: женщина остается такой же эйфоричной, легкомысленной, благодушной, не задумывается о предстоящих родах, о ребенке, не меняет никак свой образ жизни. Без жесткого контроля и посторонней помощи справляться с обязанностями матери такая женщина не может.

Беременность, рождение ребенка у женщины с общим психическим недоразвитием – серьезная медицинская, психологическая, социальная, этическая проблема. Это – испытание и для неё, и для её родственников, и для специалистов, оказывающих ей помощь. Участвовать в решении проблемы должна команда специалистов, состоящая из акушера-гинеколога, психиатра, психолога, социального работника, юриста. Команда должна достичь взаимопонимания с пациенткой, её родственниками, работать в согласии с ними. Решение проблемы требует дифференцированного подхода с учетом тяжести интеллектуального дефекта и клинической формы общего психического недоразвития.

Литература

1. Винникотт Д.В. (Winnicott D.W., 1987) Маленькие дети и их родители / пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 80 с.
2. Исаев Д.Н. Умственная отсталость. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) // Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике. / пер. под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. – СПб.: ВОЗ, «АДИС», 1994. – 304 с.

IV.

Психосоциальное сопровождение семьи с биологическими и (или) приемными детьми

Ослон В.Н.

Эколого - динамический подход как методологическое основание к психологическому сопровождению замещающей семьи

В настоящее время в кругу проблем психологии развития все большую актуальность приобретает разработка теоретико-методологических основ концепции и практики психологического сопровождения становления и развития семьи с приемным ребенком. Это обусловлено необходимостью решения важнейшей методологической задачи: разработка научно обоснованной теоретико-методологической модели психологического сопровождения замещающей семьи, учитывающей всю сложность и динамичность процессов ее становления и развития, а так же влияние на данные процессы изменяющихся социальных контекстов.

Однако, само понятие «психологическое сопровождение» досих пор остается недостаточно оформленным и расплывчатым [1]. Теоретические основы практики психологического сопровождения, заложенные в трудах Б.Г. Ананьева, Л.С. Выготского, В.Н. Мясищева, С.Л. Рубинштейна, К.А. Абульхановой, А.В. Петровского, развитые в более 250 диссертациях, защищенных в последнее десятилетие, не привели исследователей к согласию в определении предмета, целей и задач психологического сопровождения. Недостаточная сформированность данной смысловой категории в значительной степени затрудняет осмысление на концептуальном уровне эмпирических результатов практики сопровождения.

Анализ доступной нам литературы позволил выделить более 50 определений данного термина. Их можно классифицировать по разным основаниям. На основании:

1. Характера отношений между сопровождающим и сопровождаемым, уровень активности сопровождаемого: воздействие (Б.Ф. Ломов, Н.Набойченко); поддержка (Н.Г. Осухова, М.В. Абрамова); особого рода бытийные отношения (В.И. Слободчиков, С.С. Хоружий); способ вооружения субъекта (Г.А. Берулава, М.Р. Битянова, Р.В. Овчарова, Е.В. Сидоренко, О.В. Соколова, Н.Л. Коноваленко и др.);

2. Уровня организации сопровождения: метод (Н.С. Глуханюк); технология (Н.А. Жилина), система профессиональной деятельности (Н.Л. Васильева, Н.В. Калинина), система мероприятий (В.Г. Белов); комплекс мер – (Т. Яничева), специально организованный процесс (М.В. Ермолаева);

3. Направленности: на «коррекцию» (В.Г. Белов, Н. Набойченко); на ресурсы - внутренний потенциал личности (Н.Л. Васильева, Н.В. Калинина).

Часть исследователей подчеркивает процессуальность характера сопровождения (В.И. Слободчиков, С.С. Хоружий, Н.Г. Осухова, Н.Л. Васильева).

Делается попытка определить содержание сопровождения, выделить его *предмет*. В качестве такого предмета определяются: эмоциональные потребности личности на каждом этапе онтогенеза (Н.Л. Васильева); особые отношения участников образовательной среды (Н.В. Калинина) микросоциальные составляющие формирующего пространства: семья, родственники, близкое окружение (Н. Набойченко), система мотивов, личностно-значимых целей и ценностей (М.В. Ермолаева). Выделяются *уровни*,

на которых осуществляется сопровождение: психофизиологический, индивидуально-психологический, личностный, микрогрупповой, социальный уровень (В.Г. Белов).

Чаще всего исследователи отмечают, что процесс сопровождения пролонгирован и ограничен хронологическими, пространственными рамками. Этими рамками могут быть конкретные этапы онтогенеза (М.В.Ермолаева); кризисные периоды сопровождаемого (Н. Г. Осухова); периоды его жизненного выбора (Н.С. Глуханюк), бытие в определенном пространстве, в основном, образовательном (Н.В.Калинина, М.Р. Битянова, Ю.В. Слюсарев, Г.Л. Бардиер, А.В. Волосников, А.А. Деркач, В.С. Мухина и др.).

Теоретический анализ современных концепций в области психологического сопровождения показал, что в настоящее время для отечественной психологии характерно смещение акцентов с психологии теоретической и экспериментальной на психологию практической помощи [2]. Активно идет разработка методологических основ данной практики и их эмпирической верификации. В отечественной психологии периодически появляются теоретические конструкты, в рамках которых делается попытка синтезировать науку и практику. К ним можно отнести: организм, где практический опыт составляет основу всякой научной операции (Л.С. Выготский, 1982), «форма духовного производства, которая вырабатывает и предлагает практике теоретически обоснованные идеальные планы и программы деятельности, независимо от того, выражены ли они в форме теоретических конструкций фундаментальной науки или в инженерно-конструктивных схемах» (Т.И.Юдин, 1978), «психотехническая система» как «специфический «организм», включающий в себя психологическую теорию и практический метод (Ф.Е. Василюк, 1992), «теория практики», где под теорией понимается «внутренне содержательная группа верифицируемых концепций» (Л.О. Гулина, 2001).

Началась разработка глобальных концепций психологического сопровождения онтогенеза. К ним можно отнести концепцию психолого-социального сопровождения «личностного развития на всех этапах онтогенеза» Н.Л. Васильевой (Н.Л. Васильева).

Сегодня можно выделить пять отечественных концептуально - методологических подходов к сопровождению: «компетентностный» (Н.В. Калинина, 2006); «психоаналитический» (Н.Л. Васильева, 2007); «моделирующий» («через моделирование и практическое преобразование формирующего пространства», Н.С. Набойченко, 2009), «психолого-акмеологический» (В.Г. Белов, 2010) и «субъектный» (М.В. Ермолаева, 2010). Эти подходы разработаны относительно психологического сопровождения личностного развития различных категорий населения: пожилые люди, школьники, подростки с делинквентным поведением, дети и подростки с атипичными особенностями внешности, дети и подростки, дошкольники с ограниченными возможностями здоровья. В зарубежной практике российское понятие «психологическое сопровождение» по своей сути идентично определению «психологическая поддержка». В научных исследованиях также делается попытка определения (Т.Сavanaughetal., 2000) интегративной сущности теории и практики. При этом теоретические предпочтения не выходят за пределы западных классических теорий развития, чаще всего психодинамической и теории социального научения (J.Barrett,2003; C.Seden, 2006), а практика поддержки основывается на методах, разработанных в рамках этих теоретических школ.

Данные отечественные и зарубежные концептуально - методологические подходы к сопровождению не позволяют обосновать парадигму сопровождения такого сложного

полифункционального объекта, как замещающая семья. Теоретико-методологическое обоснование практики психологического сопровождения семьи с приемным ребенком является самостоятельной научной задачей, которая до сих пор не была решена. В качестве такого обоснования предлагается эколого-динамический подход.

Данный подход к психологическому сопровождению замещающей семьи основан на синтезе научных знаний, обоснованных в теориях развития, системном подходе к семье, а также в экологической теории в объяснении того, как различные условия - психологические, социальные, биологические, организационные - влияют на становление и развитие семьи в качестве замещающей.

В рамках экологической теории У. Бронфенбреннера (1979) изучается взаимодействие и взаимосвязь между экологическими системами (микро- мезо-экзо- и макро-), управляющими функционированием индивида, а также описывается влияние отдаленной среды на развитие. В соответствии с теорией У.Бронфенбреннера, человеческое развитие есть процесс, в ходе которого индивид расширяет свое познание экологических сред, различает и оценивает их, становясь способным и мотивированным на деятельность по познанию окружающей среды, ее принятию и изменению, согласно уровням сложности.

Эколого - динамический подход позволяет рассматривать замещающую семью в качестве экологической ниши, специфической среды, которая может способствовать или препятствовать полноценному развитию ребенка в соответствии с балансом сил, характерных для индивида и среды. Становление и развитие замещающей семьи, эффективность замещающей семейной заботы не зависит исключительно от характеристик самой семьи и приемного ребенка, а тесно связаны с динамичным взаимодействием экологических систем на (микро-, мезо-, экзо- и макро), их согласованностью и результативностью в поддержке данных процессов. Недостаточная оценка или игнорирование влияния какой-либо из систем может привести к ложной или искаженной картине действительности, что в свою очередь повлечет неверный выбор стратегий и тактик психологического сопровождения.

Экологический подход признает важность исторического, культурного и ситуативного контекста жизни людей. В этот контекст могут включаться роли, которые исполняют в ситуации другие люди, физические аспекты окружающей среды, законодательство и политика по отношению к определенным вопросам, или доминирующие в обществе дискурсы. Понимание влияния контекста часто ведет к разработке таких стратегий вмешательства, которые выходят за пределы индивидуальной работы. Экологический подход также помогает специалистам увидеть масштаб возможных изменений. На его основе можно провести оценку функционирования и развития различных социальных систем.

Системный подход позволяет осознавать, что возникновение и существование психолого-социальных проблем, как правило, обусловлено множеством факторов разного уровня: от индивидуального до глобального.

Системная парадигма позволяет рассматривать семью как сложную динамическую систему. Данный подход сфокусирован на паттернах и схемах взаимоотношений между членами семейной системы и позволяет рассматривать интеграцию приемного ребенка в замещающей семье как процесс и результат функционирования системы в целом. Это дает возможность оценить реакцию семейной

системы на изменения, обусловленные включением приемного ребенка, выделить и мобилизовать ее «системные ресурсы» и нивелировать влияние «системных защит».

Выделенные в теориях развития, описывающих взаимовлияние индивида и среды, механизмы формирования и компенсации депривационных нарушений в развитии у детей, в рамках эколого-динамического подхода позволяют оценить условия интерперсонального и интрапсихического контекста замещающей семьи, а также социальную ситуацию развития ребенка, выделить мишени сопровождения на каждом уровне его психического становления - сенсорном, когнитивном, эмоциональном, социальном.

Интеграция данных теоретических парадигм в рамках эколого-динамического подхода дает возможность преодолеть противоречия «индивид–система» и сформировать целостное представление о закономерностях и существенных связях в области психологического сопровождения замещающей семьи.

В рамках эколого-динамического подхода в качестве объекта сопровождения выступает целостная полифункциональная система, которая образуется при взаимодействии замещающей семьи и ее экологической системы. Сопровождение осуществляется в различных контекстах замещающей семьи (социальных, интерперсональных и интрапсихических, темпоральных), что позволяет учитывать всю совокупность взаимосвязей социальных, биологических и психологических факторов в динамике становления и развития семьи в качестве замещающей. Эти факторы становятся мишенями психологического сопровождения [3].

Функция эколого-динамического подхода состоит в структурировании разноуровневых данных о таком сложном многоаспектном феномене, как замещающая семья, оценке их с позиций защит и ресурсов, а также оперативного вмешательства и результата, разработке стратегий сопровождения в соответствии с потребностями замещающей семьи и возможностями ее разноуровневой социальной сети, подборе вариативных технологий сопровождения.

Эколого-динамический подход позволяет учитывать изменяющиеся потребности¹ семьи в процессе интеграции приемного ребенка, потребности развития ребенка с депривационными расстройствами, возможности замещающей семьи адекватно удовлетворять эти потребности, положительные и отрицательные влияния окружающей среды. Изменяющиеся потребности семьи, направленные на эффективность замещающей семейной заботы, и становятся предметом психологического сопровождения. Эти потребности и определяют содержание, характер, глубину и интенсивность сопровождения.

Эколого-динамический подход постулирует, что феномен эффективной замещающей семейной заботы – это результат взаимодействия между ресурсами и возможностями базовой семьи, потребностями развития приемного ребенка и средовыми факторами.

Эколого-динамический подход позволяет:

¹ Понятие "потребность" трактуется как нужда, стремление к чему-то недостающему, требование чего-то, чего у субъекта нет и что он ищет во внешнем для него мире (Е.А.Смирнова).

1. выдвигать гипотезы относительно факторов (условий), оказывающих влияние на становление и развитие замещающей семьи на каждом уровне системы ее «жизненных сред» и этапе развития, оценивать их с позиции нарушений и ресурсов;

2. организовать психолого-социальное сопровождение замещающей семьи как целостного, многокачественного и изменяющегося субъекта в экологической системе и в континууме становления и развития;

3. сформировать целостное представление о закономерностях и существенных связях в области изучения и психологической помощи замещающей семье.

Эколого-динамический подход дает общую рамку для организации сопровождения любого социального объекта (субъекта), т.к. позволяет учитывать основные факторы многоуровневого контекста его функционирования и развития. При этом теоретические подходы, которые определяют суть психологического сопровождения на каждом уровне экологической системы, и оценка его результатов могут быть отобраны в зависимости от научных предпочтений исследователя.

В рамках эколого-динамического подхода психологическое сопровождение осуществляется в двух направлениях: «экологическом» и «континуальном» (динамическом). Первое направление позволяет учитывать изменяющиеся потребности замещающей семьи в ее экологической системе, второе – в континууме становления и развития семьи в качестве замещающей. Если в рамках первого направления психологическое сопровождение не ограничено временными рамками существования конкретной замещающей семьи, то во втором оно имеет четкие временные границы: от объявления о намерении принять детей в семью до изменения статуса семьи (семья перестает быть замещающей в силу различных причин).

Адекватность эколого-динамического подхода к психологическому сопровождению замещающей семьи обосновывается такими его важными характеристиками, как экологическая и темпоральная ориентация. Необходимость экологической ориентации обусловлена тем, что на становление семьи в качестве замещающей и на ее последующее развитие оказывают влияние различные уровни жизненной среды ее экологической системы: от непосредственного, ближайшего окружения до широкого социального и даже исторического контекста (У.Бронфенбреннер, Д. Кюн, Дж. Вулвилл, Р. МакКолл). Психологическое сопровождение должно осуществляться в пространстве данных контекстов в рамках взаимодействия замещающей семьи с субъектами экологической системы.

Необходимость темпоральной ориентации обосновывается тем, что развитие замещающей семьи и ее взаимодействие с субъектами своей экологической системы происходит на разных временных уровнях (У.Бронфенбреннер, 1989).

На уровне микро-времени происходит непосредственное взаимодействие базовой семьи и приемного ребенка, а также взаимодействие семьи и специалистов, сопровождающих семью.

На уровне мезо-времени развитие семьи и ее психологическое сопровождение происходит в континууме осуществления замещающей семейной заботы.

На уровне макро-времени на развитие замещающей семьи оказывает влияние история семейного жизнеустройства детей-сирот в России, динамика отношения к интеграции детей-сирот в российском обществе.

Эколого-динамический подход можно представить в совокупности принципов, которым необходимо следовать и которые отражают как содержание, так и особенность данного подхода.

В качестве ведущих принципов психологического сопровождения замещающей семьи в рамках эколого-динамического подхода можно выделить следующие:

1. Принцип системности, сопровождение замещающей семьи как целостной, многомерной, многоуровневой развивающейся системы. Это означает, во-первых, включение всей семьи в систему сопровождения, ориентацию на динамику системных процессов при интеграции детей в семейную систему, акцент на мобилизации именно системных ресурсов, направленных на интеграцию приемного ребенка в семье. Во-вторых, принцип системности включает в себя организацию сопровождения семьи на разных уровнях системы ее «жизненных сред», в социальных, интерперсональных, интрапсихических контекстах при учете всей совокупности взаимосвязей с социальными, биологическими, и психологическими факторами ее становления и развития.

2. Принцип соответствия форм, содержания и интенсивности психологического сопровождения изменяющимся потребностям и возможностям замещающей семьи и ее социальной сети. Для реализации данного принципа необходимо использование технологий, позволяющих диагностировать и прогнозировать развитие данных потребностей, дифференцировать уровни сопровождения (общий, кризисный, реабилитационный, экстренный), разрабатывать инвариантные программы помощи. Данный принцип определяет следующие типы взаимодействия между участниками сопровождения в сложной и полифункциональной системе «замещающая семья - экологическая система»: субъект-субъектный, субъект-объектный (психологическое воздействие), совместно-субъектный (психологическое взаимодействие), и субъект-порождающий (психологическое содействие).

3. Принцип опережения с опорой на превентивные меры, с акцентом на профилактику кризисных состояний и нарушений в развитии замещающей семьи. Реализация этого принципа делает необходимым осуществление следующих мероприятий общего характера на разных уровнях «жизненных сред семьи»:

- ✓ организация обратной связи для органов государственной власти о потребностях замещающих семей,
- ✓ проведение программ по формированию позитивного образа замещающей семьи,
- ✓ включение в образовательные программы для педагогов и психологов модулей по психологии замещающей семьи (приемного ребенка),
- ✓ организация системы общей психологической поддержки для замещающих семей и др., способствующей становлению и развитию эффективной замещающей семейной заботы и препятствующей дисфункциональному (деструктивному) развитию семьи на сложных этапах приема.

4. Принцип субъектности, согласно которому замещающая семья и участники социальной сети рассматриваются как активные субъекты, ответственные за эффективность замещающей семейной заботы. Организационной основой участия в социальной сети является договор о взаимодействии между ее участниками.

5. Принцип профессионализации деятельности по сопровождению, это означает создание условий для непрерывного профессионального роста психологов,

занятых сопровождением, и расширения области их компетентности.

6. Мультидисциплинарный принцип осуществления сопровождения замещающей семьи, т.е. участие в деятельности службы по сопровождению полипрофессиональной команды специалистов, придерживающихся единой концепции, понимающей сопровождение как совместную деятельность.

7. Принцип пролонгированности. Реализация данного принципа влечет за собой организацию сопровождения замещающей семьи от заявления о намерении принять ребенка на воспитание до окончания срока опеки (попечительства).

В модели психологического сопровождения замещающей семьи в рамках эколого-динамического подхода особый акцент ставится на организации эффективного взаимодействия в сложной и полифункциональной системе «замещающая семья – экологическая система» при учете всей совокупности взаимосвязей с социальными, биологическими и психологическими факторами ее становления и развития.

Литература:

1. Осухова Н. Г. Психологическое сопровождение семьи и личности в кризисной ситуации. М., 2001.

2. Гулина М. Терапевтическая и консультативная психология. Издательство: Речь, 2001 г., 352с.

3. Ослон В.Н. Психологическое сопровождение замещающей семьи в рамках эколого-динамического подхода//Российский научный журнал. – 2011. №6 С.161-167

Шульга Т.И.

Особенности сопровождения замещающих семей с детьми разного возраста

Деятельность психолога по сопровождению замещающей семьи строится в соответствии с принципами непрерывности, системности, цикличности. Сопровождение проходит поэтапно, последовательно и в соответствии с динамикой функционирования приемной семьи. Опыт работы с замещающими семьями показывает, что сопровождение таких семей должно начинаться задолго до переезда ребенка в новую, замещающую семью. Результаты исследования адаптации ребенка в замещающей семье показали, что сотрудникам Уполномоченной службы необходимо начинать сопровождение замещающей семьи еще на подготовительном этапе, когда не произошло знакомство ребенка с будущими замещающими родителями.

Анализ сложных ситуаций на всех этапах адаптации ребенка в замещающей семье так же показал значимость интенсивной работы сотрудников Уполномоченной службы по подготовке ребенка, его кровных родственником и кандидатов в замещающие родители до момента первого знакомства ребенка с будущими замещающими родителями.

Целью сопровождения является оказание помощи родителям в адаптации приемного ребенка в семью. Для реализации основной цели выделяются дополнительные цели:

1. Отслеживать и диагностировать уровень адаптации ребенка;
2. Содействовать созданию условий для обеспечения функциональной и структурной перестройки замещающей семьи.

Задачи, которые решает психолог при сопровождении замещающей семьи:

1. Адаптация приемного ребенка в замещающей семье;

2. Оценка безопасности и условий, созданных для жизни и развития приемного ребенка;
3. Восстановление социального статуса ребенка в обществе и включение его в новые социальные связи;
4. Освоение семейного пространства ребенком, нахождение собственного места;
5. Вхождение ребенка в детскую субсистему: сиблинги, сверстники, родственники, друзья, соседи, неформальные группы;
6. Формирование отношений привязанности ребенка к замещающим родителям (вторичная привязанность);
7. Формирование личностной идентичности ребенка.

Система сопровождения психологом замещающей семьи складывается из:

- времени нахождения ребенка в замещающей семье;
- количества детей, состоящих в курируемых семьях,
- частоты посещений замещающих семей,
- выявления динамики изменений ребенка в замещающей семье;
- базовых показателей адаптации ребенка в семье.

Для сопровождения замещающих семей специалистами службы сопровождения создается комплекс диагностических методик, позволяющих оценить ситуацию в семье. В этот комплекс входят разные методики, которые необходимы специалистам: психологам, социальным педагогам, социальным работникам, администрации.

Основным методом оценки является метод наблюдения. В ходе психолого-педагогического сопровождения замещающих семей могут быть использованы беседы, анкеты, опросники, проективные методики. На основе подбора методов и методик, комплекса диагностического изучения может быть создана диагностическая программа мониторинга развития ребенка в замещающей семье. Основные методы и методики: Теоретический анализ документов, писем, характеристик и т.д., Анкетирование, Наблюдение, Беседа, Проективные методы, Составление генограммы семьи, Игра.

По результатам диагностической работы будут составляться индивидуальные психокоррекционные и развивающие программы оказания помощи и поддержки детям и родителям в замещающей семье.

Индивидуальная программа комплексного сопровождения замещающей семьи основывается на:

- комплексной диагностике потребностей ребенка;
- ресурсных возможностях замещающей семьи;

Программа состоит из следующих этапов реабилитации приемного ребенка:

- подготовительно-прогностического,
- непосредственной реабилитации приемного ребенка в замещающей семье,
- социальной адаптации приемного ребенка после его воспитания в замещающей семье.

Индивидуальная программа комплексного сопровождения замещающей семьи разрабатывается как комплекс мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации реабилитационных мер, направленных на восстановление утраченных социальных связей и интеграцию ребенка в социум.

Индивидуальная программа комплексного сопровождения замещающей семьи составляется на период до одного года и ежегодно корректируется, уточняется и дополняется.

Особое внимание службы социального сопровождения уделяют вопросам социализации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей на этапе социальной адаптации приемного ребенка после его воспитания в замещающей семье (профобучение, трудовая занятость, создание своей семьи).

Постоянный мониторинг становления и развития замещающих семей позволяет быть уверенным в успешности воспитания приемного ребенка.

Ежегодно с каждым приемным родителем проводится совместный аналитический разбор реализации индивидуальной программы комплексного сопровождения, позволяющий комитету (отделу) по вопросам семьи, материнства и детства:

- убедиться в способности замещающих родителей и дальше выполнять задачи по воспитанию приемного ребенка (детей);
- получить информацию от замещающих родителей информацию о качестве и разнообразии предоставленных социальных услуг;
- внести коррективы в индивидуальную программу комплексного сопровождения на следующий год.

В качестве показателей адаптации ребенка при передаче в замещающие семьи можно использовать следующие:

1. Физиологическая адаптация проявляется в том, что ребенок меньше болеет; происходит нормальная прибавка в весе и росте; у ребенка восстанавливается сон, исчезают ночные кошмары; ребенок ест твердую пищу; появляются навыки самообслуживания (пользуется вилкой и ложкой, самостоятельно ест и одевается); психомоторное развитие соответствует норме; подвижность, ловкость, самостоятельность, активность.

2. В эмоциональном плане ребенок становится более уравновешенным, спокойным, меньше плачет, проявляет ласковое отношение к членам семьи, обнимает, целует их; утром ребенок просыпается в хорошем настроении; у него преобладает приподнятое настроение, открытость, уверенность и терпеливость. Ребенок не испытывает трудностей в определении и выражении своих чувств и эмоциональных состояний (грусти, гнева, печали, радости, обиды); понимает чувства окружающих людей.

3. Речевая адаптация ребенка выражается в том, что ребенок ищет общения, не испытывает трудностей в общении; пополняется словарный запас; пробелы в экспрессивной речи заполняются эффективными жестами; построение правильных законченных предложений; хорошее вербальное выражение своих мыслей и чувств, ощущений и желаний; отличное понимание обращенной речи и соответственная реакция на инструкции; улучшение произношения; потребность глубоко рассуждать с взрослыми на серьезные темы.

4. Социальная адаптация ребенка может состоять из следующих составляющих:

- Семейная адаптация проходит взаимно: члены семьи также проходят процесс привыкания к ребенку. У ребенка не наблюдаются явные признаки нарушения привязанности (устанавливает визуальный контакт, готов к тактильным контактам). Ребенок внимательно слушает родителей, отвечает на улыбку, реагирует на свое имя,

становится ласковым и спокойным, успокаивается, когда его берут на руки. Постепенно у ребенка появляется устойчивая привязанность к родителям, он отвечает на их знаки внимания, грустит без них и встречает их в хорошем настроении, с улыбкой на лице. Ребенок легче расстается с родителями, перестает плакать по этому поводу, готов остаться один дома. Увеличивается активность ребенка в различных занятиях (чтение, музыка), особенно в спортивных. Важно участие в играх со своими братьями и сестрами, существующее между ними соперничество является нормальным сиблинговым.

- Успешность взаимодействия с окружающими зависит от того, доверяет ли ребенок взрослым людям и сверстникам, изменяет ли ребенок свое поведение при общении со знакомыми и незнакомыми людьми, принимает ли ребенок участие в детских играх (в песочнице, на качелях). Ребенок играет со своими братьями и сестрами; проявляет в играх самостоятельность и лидерские качества, не выказывает враждебности и желания все держать под своим контролем. Время включения в общение и игру со сверстниками в детской группе постоянно уменьшается, у него появляются новые друзья; стремиться посещать детскую группу и адаптируется к ее режиму.

- Контроль над действиями и отношение к нормам зависят от того, насколько ребенок послушен и считается с запретами и ограничениями, умеет ли контролировать себя. Ребенок может объяснить последствия своих поступков и реакции на них окружающих, уровень социальной компетентности соответствует возрастным нормам. Ребенок с удовольствием ходит в садик или школу, знает и принимает все правила и элементы повседневной жизни в семье и воспитательном учреждении, соблюдает гигиенические нормы, режим и правила придают уверенность.

- Участие в играх и обучении сказывается на уровне социальной адаптации. Интерес к играм и игрушкам, умение играть самостоятельно и в группе; чтение и составление головоломок, увлеченность настольными играми, занятия рисованием, лепкой и рукоделием, просмотр телепередач и прослушивание музыки. Активное участие в спортивных занятиях, игры на природе и с животными; желание посещать с родителями музеи, библиотеки, кино и т.п.; применение воображения в играх. Ребенок любит новое, любит исследовать, имеет познавательные интересы, проявляет активность в обучении, с удовольствием учит буквы и цифры. Быстрая обучаемость и хорошая успеваемость в школе говорят о хорошей социальной адаптации ребенка.

Для качественного сопровождения замещающих семей каждый специалист должен видеть базовые показатели адаптации ребенка и отслеживать их.

Психолог может 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 целей, поставленных задач, объекта, предмета и субъектов сопровождения, а, также определив составляющие системы сопровождения замещающих семей и базовых показателей адаптации ребенка в замещающей семье, была разработана программа психологического сопровождения замещающих семей.

Основные направления работы по оказанию психолого-педагогической помощи семье для «перевода» ее в состояние психологического благополучия

Работа специалистов по психолого-педагогическому сопровождению семьи, отнесенной по выделенным выше индикаторам к неблагополучной, может разворачиваться по нескольким направлениям, что позволяет обеспечить своеобразный перевод из состояния неблагополучия в состояние психологического благополучия:

1. Обучение эффективной внутрисемейной коммуникации всех членов семьи, способствующей формированию адекватной самооценки и дающей возможность получать эмоциональную поддержку. Для этих целей может быть реализована программа группового тренинга эффективной коммуникации для нескольких семей. В программу тренинга целесообразно включить разделы:

- обучение навыкам активного слушания;
- обучение новым способам общения (подчеркивая эффективность позитивного подкрепления в отличие от негативного подкрепления);
- обучение навыкам выражения мыслей и чувств от первого лица («Я-сообщение»);
- гармонизация отношений между диадой «мать с больным ребенком» и членами семьи, членами семьи и другими (посторонними) лицами.

2. Оптимизация функционирования семейной системы. Прежде всего, речь идет о необходимости оптимизации системы семейных правил, регулирующих жизнь семьи. (Для этого может использоваться методика организации «Семейного совета», на котором члены семьи выявляют, осознают и оценивают существующие семейные правила и вырабатывают новые).

3. Формирование навыков для установления необходимых для функционирования и развития семьи ресурсных социальных связей. Для реализации этой цели будет уместно мотивировать членов семьи на поиск и установление контактов с различными сообществами и организациями, объединяющими людей со схожими проблемами. (Например, сообществом «Даун Синдром»; «Ассоциацией родителей детей с нарушениями слуха»; Обществом помощи аутичным детям «Добро» и др.).

4. Формирование адекватного, реалистичного отношения к ограниченным возможностям ребенка.

5. Формирование ответственной родительской позиции

6. Формирование коррекционно-развивающей среды.

Формирование коррекционно-развивающей среды

Под специальной коррекционно-развивающей средой в семье понимается совокупность внутрисемейных условий, которые создаются родителями и обеспечивают оптимальное развитие ребенка с психофизическими недостатками (В. В. Ткачева). В данном случае речь идет о насыщении семейного пространства коррекционно-развивающим содержанием. Идея развивающей среды должна быть простой и естественной. В ней должен быть упорядочен окружающий ребёнка мир взрослой жизни и созданы безопасные условия для развития.

В целом коррекционно-развивающая среда в семье может включать в себя следующие основные компоненты:

- Общая эмоциональная семейная атмосфера, которая создает общий позитивный фон настроения без излишней инвалидизации ребенка;
- предметно-пространственная развивающая среда, специально организованная с учетом особенностей развития ребенка, включающая в себя функционально-ориентированные игрушки и пособия для развития сенсомоторных функций, конструкторы, полусферы, игрушки и пособия для развития общей и мелкой моторики и др.;
- особый тип коммуникации «Взрослый – ребенок», обеспечивающей поддержку, сотрудничество, соблюдение ритма контакта, конгруэнтного особенностям ребенка, соблюдение принципа ритмического резонанса (Н.Н. Посысоев);

Для более точного взаимодействия с детьми с ОВЗ необходимо учитывать так называемую «мелодию общения», ритм, из которого складывается общая динамика взаимодействия. Мы назвали общение такого рода – общением с соблюдением принципа ритмического резонанса. Особенно важно его учитывать при работе с подростками с ДЦП. У этих ребят наблюдается специфический ритм жизнепрживания, чередования активности и покоя. Этот ритм может показаться здоровому человеку замедленным, рваным, судорожным, вязким, застревающим и т.п. Но для них – это естественный ритм.

Возможные ошибки педагогов (родителей) – педагог подгоняет, торопит, чувствует себя дискомфортно во время срыва, бездействия, пытается помочь, берет на себя выполнение ряда операций. Типичные реакции: «Давай, я за тебя сделаю, тебе трудно». Но на самом деле трудность испытывает не ребенок, а сам педагог, которому трудно ждать, пока ребенок сделает сам. Например, у подростка-инвалида, сидящего на коляске и беседующего с педагогом, упала ручка. Педагог бросился поднимать. В результате при обсуждении выяснилось, что подросток в этой ситуации почувствовал себя зависимым и ущербным. Более конструктивный вариант: педагог спокойно ждет, пока сидящий перед ним человек находит для себя приемлемый способ достать эту ручку.

Литература

1. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. – М.: Генезис, 2006.
2. Семья Г.В., Шульга Т.И., Егорова А.В. Подготовка воспитанников образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей к семейной жизни (к передаче в замещающую семью) в условиях деинституционализации. Информационно-аналитический бюллетень по итогам проведения всероссийских семинаров для специалистов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих управление в сфере образования. – М.: АНО ЦРСП, ООО «Вариант», 2009.
3. Система помощи детям, возвращенным после неудачного семейного жизнеустройства, в условия образовательного учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Ответственный редактор Курнешова Л.Е. Методические рекомендации. – М.: Центр «Школьная книга», 2009. – 320 с.
4. Шульга Т.И. Социально-психологические технологии помощи детям и семьям групп социального риска. Монография. М.: Издательство МГОУ, 2010. – 198 с.

Психологические особенности подростков, не имеющих опыта жизни в семье

В настоящее время дети подросткового возраста составляют основной контингент воспитанников детских домов и интернатов. Среди них есть подростки, имеющие опыт жизни в семье и без него. Наибольшее количество распадов замещающих союзов в случае устройства детей в замещающие семьи приходится на период подросткового возраста приемного ребенка и зачастую бывают обусловлены тем, что родители оказываются не способными «справиться» с проявляющимися особенностями ребенка, специалисты служб сопровождения (социальные работники, психологи) не знают, как им помочь. Перед специалистами служб устройства детей в семьи, воспитателями и педагогами, потенциальными замещающими родителями встает вопрос о том, каковы психологические особенности подростков, подвергшихся тотальной или частичной семейной депривации, и как их учитывать при выполнении родительских функций, связанных с воспитанием таких подростков.

Психологические особенности развития подростков, подвергшихся тотальной семейной депривации, с рождения воспитывающихся в государственном учреждении, остаются малоизученными. Знание и понимание этих особенностей необходимы специалистам для эффективной работы: создания системы воспитания, позволяющей корректировать негативные аспекты, обеспечивать компенсацию за счет других психологических факторов, готовить ребенка к устройству в замещающую семью, осуществлять поддержку и сопровождение в течение периода адаптации, готовить кандидатов в приемные родители.

Нами было предпринято эмпирическое исследование, целью которого стало выявление психологических особенностей подростков-сирот без опыта жизни в семье.

В исследовании приняли участие воспитанники московских и подмосковных детских домов и школ-интернатов, воспитатели и психологи, учащиеся школ (семейные подростки) – всего 93 подростка в возрасте 11–15 лет. Они составили три группы, в количестве 31 человек каждая: в первую группу вошли подростки без опыта жизни в семье (часть которых были обследованы в младенческом и раннем, дошкольном и младшем школьном возрастах), во вторую – подростки, имеющие опыт жизни в семье, но воспитывающиеся в детском доме, в третью – подростки, воспитывающиеся в семьях.

Результаты исследования и их интерпретация показывают, что сформированные в раннем возрасте типы эмоциональной регуляции частично сохраняются и имеют специфику проявления в подростковом возрасте. В младенческом и раннем возрастах выявлено пять типов: «детдомовская норма» развития эмоциональной регуляции; неустойчивость высших форм эмоциональной регуляции; преобладание явлений задержки и недоразвития эмоциональной регуляции; тип развития эмоциональной регуляции, «автономный» от качества привязанности; атипичное развитие с преобладанием явлений искажения эмоциональной регуляции [5]. В дошкольном и младшем школьном возрастах выявлено только три группы: «детдомовская норма»; дети с неустойчивостью высших форм эмоциональной регуляции; дети с недоразвитием эмоциональной регуляции [8]. В подростковом возрасте сохраняются тип с эмоциональной неустойчивостью высших форм эмоциональной регуляции и тип с недоразвитием эмоциональной регуляции, тип «детдомовская норма» претерпевает изменения.

Группу с неустойчивой эмоциональной регуляцией характеризуют: отсутствие привязанности к взрослым и доминирование поиска объекта привязанности; выраженность представлений как о неадекватных, «отсутствующих», так и о положительных детско-родительских отношениях; упрощенное представление о других; чаще малоосознанный, иногда упрощенный образ себя; нарушения в формировании половозрастной идентификации; агрессия; выраженная задержка в эмоциональном развитии; отсутствие чувства безопасности и ощущение одиночества.

Подростков из группы с недоразвитием эмоциональной регуляции отличает положительное, идеализированное представление о детско-родительских отношениях, доминирование поиска объекта привязанности и отсутствие реальной привязанности к взрослому; амбивалентное представление о других и амбивалентное, малоосознанное или (у части детей) сложное представление о себе; более выраженные (чем в других группах детей без опыта жизни в семье) нарушения половозрастной идентификации; отсутствие чувства одиночества; отсутствие агрессии; грубые нарушения в интеллектуальном и эмоциональном развитии.

Детей из группы «детдомовская норма» в дошкольном и младшем школьном возрасте характеризует наличие представлений о неадекватных детско-родительских отношениях, однозначное отсутствие привязанности к взрослому и отсутствие поведения поиска объекта привязанности; идеализированный образ себя; недоразвитие понимания сложных эмоций при адекватном понимании простых эмоций; высокая адаптация к детскому дому, но повышенная агрессивность и упрощенное или негативное представление о других. В подростковом возрасте характеристики этой группы претерпевают некоторые изменения: сироты ориентированы в большей степени на взрослых, чем на сверстников, страх сепарации от группы выражен несильно, привязанность к социальным взрослым может носить более глубокий характер.

Полученные результаты позволили выявить психологические особенности подростков, имеющих разный опыт жизни в семье, и выделить специфическую составляющую параметров психического развития подростков, с рождения воспитывающихся в учреждении.

1. **Параметр «Отношения с другими людьми»** характеризуется низким уровнем стремления к принятию и выраженным страхом отвержения, склонность к зависимому и подчиняемому поведению. Депривированным подросткам свойственно испытывать сильное чувство вины и обиды, быть подозрительными, сопротивляться установленным нормам и правилам. Привязанность формируется по отношению к сверстникам и социальным взрослым. Окружающий мир зачастую воспринимается ими враждебно, незнакомые люди – представляющими опасность.

2. **Параметр «Представление о детско-родительских отношениях»** указывает на амбивалентное отношение к семье в целом, детские функции представляются в основном негативно – непослушание, обманы и проч., а родительские – положительно (помощь, разумный контроль). При этом сами отношения зачастую характеризуются неадекватным распределением ролей, непостоянством, неблагоприятием. Отношение к расширенной семье не выражено.

3. **Параметр «Представление о себе».** Подростки, не имеющие опыта жизни в семье, воспринимают себя неполноценными, беспомощными, одинокими и незащищенными. Самоотношение в целом негативно. При этом, они зачастую довольны

своей внешностью, позиционируют себя как способных и уверенных, стремятся «улучшить» свой характер и стать умнее. Акцентуации гипертимических, эмотивных и экзальтированных черт характера преобладают.

4. **Параметр «Эмоциональная сфера»** характеризуется высокой тревожностью, выраженными страхами, агрессивностью, раздражительностью, отсутствием чувства безопасности.

5. **Параметр «Интеллектуальная сфера»** - низкая степень социального интеллекта, сниженность познавательной мотивации.

6. **Параметр «Временная перспектива».** Перспектива будущего уплощена и касается лишь ближайшего периода.

Обучение и развитие подростков-сирот должно осуществляться с учетом выявленных особенностей. Таким образом, каждый специалист (педагог, воспитатель, психолог) сможет быть более эффективным в своей деятельности, преодолевая барьеры общения, негативного самоотношения, дефицита знаний, при этом, не травмируя сирот, а, напротив, помогая им компенсировать деструктивные черты, сделать их более адаптивными.

Литература

1. *Боулби Дж.* Привязанность ребенка к матери. М., 2003.
2. *Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карabanова О.А. и др.* Возрастно-психологический подход к консультированию детей и подростков. М., 2003.
3. *Зарецкий В.К., Дубровская М.О., Ослон В.Н., Холмогорова А.Б.* Пути решения проблемы сиротства в России. М., 2002.
4. *Лангмейер Й., Матейчик З.* Психическая депривация в детском возрасте. Прага, 1984.
5. *Михайлова Ю.А.* Развитие эмоциональной регуляции у воспитанников дома ребенка с рождения до 4 лет: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2004.
6. *Татаренко Д.Д.* Адаптация семьи к новой социальной ситуации развития с приемными детьми // Вестник Моск. гос. обл. ун-та. Сер. Психологические науки. 2010. № 4
7. *Татаренко Д.Д.* Детско-родительская адаптация в замещающих семьях // Вестник Моск. гос. обл. ун-та. Сер. Психологические науки. 2012. №4
8. *Чупрова М.А.* Нарушения интерперсональных отношений и эмоционального развития у детей-сирот без опыта жизни в семье: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2007.
9. *Шульга Т.И., Антипина М.А.* Эмоциональная среда семьи как фактор развития личности ребенка в замещающей семье// Вестник Моск. гос. обл. ун-та. Сер. Психологические науки. 2012. № 2.

Суханова И.В.

Модель подготовки и психосоциального сопровождения замещающих семей

Несмотря на политику Российской Федерации, направленную на развитие института замещающего родительства, возникает противоречие между увеличением количества замещающих семей и их эффективным функционированием в связи с недостаточной психологической готовностью. Необходима организация системы психологической подготовки кандидатов к замещающей заботе о детях социальной категории, а также их психологического сопровождения и практической помощи.

Замещающая забота сопоставима с индивидуальными личностными качествами, интеллектуальными, мотивационными, волевыми, и эмоциональными, способствующими благоприятному функционированию и повышению успешности замещающей семьи. На адаптацию замещающей семьи влияют такие факторы как освоение социальной роли членов семьи, формирование качеств и опыта. Успешного замещающего родителя можно характеризовать как ответственного, спокойного, уверенного в своих силах, устойчивого к неудачам, способного контролировать эмоции человека, который уделяет внимание общению в семье, но не останавливается только на этом общении. Такой человек способен сопереживать другим и проявлять заботу к людям. Он рассуждает рационально и оценивает свои поступки, при этом проявляя терпимость к окружающим. Соответственно, наиболее значимыми качествами замещающего родителя можно считать альтруизм, рефлексивность, интернальность, эмпатию, толерантность, аффилиацию, которые влияют на эффективное взаимодействие с приемным ребенком.

Целенаправленное профессиональное сопровождение замещающих семей является действенным механизмом регуляции конструктивного поведения субъектов взаимодействия. В процессе сопровождения наиболее эффективно преодолеваются негативные состояния замещающих родителей, связанные с переживаниями по поводу рассогласования ожиданий с фактическим развитием ситуации в семье при появлении в ней нового члена. Психосоциальное сопровождение позволяет специалистам выявлять степень удовлетворенности от эмоциональной близости между членами семьи, изучать динамику семейных отношений, наиболее объективно давать оценку успешности замещающей заботы и прогнозировать дальнейшую жизнедеятельность семьи.

Учитывая актуальность вопроса успешности функционирования замещающих семей специалистами государственного бюджетного учреждения «Тверской областной центр социальной помощи семье и детям» была разработана модель подготовки и психосоциального сопровождения замещающих семей. В данной модели сопровождение замещающих семей представлено работой специалистов разных ведомств: по охране прав детства, социальной защиты населения, здравоохранения, образования. Сопровождение замещающих семей включает работу специалистов по определенным направлениям: осведомление замещающих родителей о проблемах социального сиротства, информационно-образовательная работа с кандидатами и замещающими родителями, повышение мотивации кандидатов, стоящих перед принятием решения о создании замещающей семьи, формирование уровня операционального мышления и компетентности будущих замещающих родителей, повышение коммуникативного уровня родителей и навыков конструктивного взаимодействия с детьми, медицинское и образовательное сопровождение приемных детей. Работа с кандидатами и замещающими семьями в контексте модели проводится поэтапно и стадийно.

Подготовительный этап включает стадии «Осведомление» и «Мотивация»

Стадия «Осведомление» начинается с вовлечения населения в оказание помощи детям социальной категории освещения проблем социального сиротства, совместного поиска решений проблем. На данном этапе работа с населением проводится профильным учреждением и включает: освещение в СМИ, размещение тематических баннеров, наглядного агитационного материала, тематические диспуты, лектории, семинары, целевые дискуссии с населением, опрос, интервью.

Стадия «Мотивация» представлена задачами: повышение мотивации кандидатов; формирование уровня операционального мышления и компетентности будущих родителей. На данной стадии специалисты по охране прав детства проводят индивидуальную консультативно-информационную работу с кандидатами по процедуре подготовки и сопровождения замещающей семьи. Производится оформление направлений на медицинское обследование кандидатов, а также в профильное учреждение, сопровождающее замещающие семьи, на психологическую диагностику кандидатов и подготовку в «Школе приемных родителей». Профильное учреждение осуществляет реализацию программы «Школа приемных родителей», проводит видеопрезентации и очные презентации успешных замещающих семей; круглые столы с участием в них специалистов разного профиля по вопросам материнства и детства и кандидатов в замещающие родители. Медицинские учреждения проводят медицинское обследование кандидатов в замещающие родители.

Второй этап - подбор кандидатов в замещающую семью

Стадия «Выбор» представлена подготовкой кандидатов к роли замещающих родителей и направлена на развитие необходимых качеств замещающих родителей, повышение навыков конструктивного взаимодействия и коммуникативного уровня кандидатов. На данной стадии специалисты по охране прав детства дают кандидатам направление в региональный банк данных по учету детей, оставшихся без попечения родителей. Региональный банк данных о детях производит подбор ребенка для кандидатов. Профильное учреждение проводит диагностику кандидатов, консультирование по итогам диагностики, тренинг импринтов, направленный на формирование важных качеств замещающих родителей - альтруизм, рефлексия, интернальность, которые влияют на успешность функционирования замещающей семьи.

Третий этап – «Знакомство»

Стадия «Решение» включает процедуры подготовки семьи к функционированию, расширения информационного поля участников процесса. Специалисты по охране прав детства оформляют кандидатам в родители направление в государственное учреждение с разрешением на гостевой режим к ребенку. Гостевой режим организуется с периодичностью 1 раз в неделю на протяжении месяца. Специалисты учреждения, в котором находится ребенок, проводят ознакомительную встречу ребенка с кандидатами. Кандидаты знакомятся с ребенком и режимом учреждения, наблюдают за ребенком во время режимных моментов. Происходит включение ребенка в общение с кандидатами в замещающие родители и подготовка к переходу в семью. Организуются совместные занятия с детьми и родителями на установление взаимодействия. Также осуществляется информационная работа с кандидатами в родители: беседы и консультации работников учреждения об индивидуальных особенностях ребенка, ситуативное консультирование. С родителями проводятся индивидуальные занятия с психологом по коррекции неконструктивных стереотипов общения и установок жизнедеятельности. Подготавливаются рекомендации будущим родителям по организации жизнедеятельности ребенка в условиях новой семьи.

Четвертый этап - «Жизнеустройство и адаптация»

Стадия «Семейная адаптация» включает работу специалистов по построению индивидуальных стратегий конструктивного взаимодействия и функционирования членов семьи и помощь в адаптации. Специалисты по охране прав детства осуществляют

жизнеустройство ребенка и оформление статуса семьи. Производится заключение трехстороннего договора о сотрудничестве (опека, родители, сопровождающее учреждение), передача информации о семье в профильное учреждение. Профильное учреждение проводит сбор сведений о семье, результатов диагностики и заключений о ребенке и родителях. За замещающей семьей закрепляются кураторы: специалист социальной службы и психолог. Кураторы разрабатывают и реализуют индивидуальную программу адаптации, развивающего взаимодействия замещающей семьи (ИПА). Психолог проводит психологическую работу по ИПА: индивидуальные занятия игровой терапии с детьми в течение 3-х месяцев с периодичностью 2 занятия в месяц, включая совместную работу с детьми и родителями. С 4-го месяца проводится тренинг детско-родительских отношений, состоящий из 10 занятий, направленных на взаимодействие детей и родителей в группе семей. Специалист социальной службы проводит рейды в семью по соглашению с замещающими родителями на основании договора сторон с периодичностью не реже 1 раза в месяц в течение первого полугодия / или чаще по запросу семьи и возникновении заявленных проблемных ситуаций.

Пятый этап - «Патронаж»

Стадия «Социальная адаптация и саморегуляция семейной системы» обусловлена задачей по социализации детей в замещающих семьях. Специалисты по охране прав детства осуществляют контроль функционирования замещающей семьи с помощью рейдов в семью до 18-летия ребенка по циклограмме. Профильное учреждение осуществляет разработку и реализацию межведомственной индивидуальной программы сопровождения (МИПС). Специалисты учреждения проводят очные консультации с замещающими родителями по психолого-педагогическим вопросам и по заявленной проблематике. Социальная служба профильного учреждения проводит социальный патронаж, осуществляя рейды в семью не реже 1 раза в полугодие по согласованию с замещающими родителями на основании договора сторон. Социальный патронаж включает наблюдение за отношениями в семье, развитием семейной ситуации; контрольные беседы с членами семьи. Специалист по социальной работе дает направление к узким специалистам по проблематике, проводит экспертную оценку успешности функционирования замещающей семьи и степени адаптации ребенка в семье в составе рабочей группы, а также мониторинг успешности функционирования замещающих семей на территории. Психологический патронаж заключается в проведении индивидуальной работы с родителями и ребенком, психологической помощи по запросу замещающей семьи, целевом индивидуальном консультировании. Ежегодно проводится психологическая диагностика по определению динамики развития замещающей семьи: диагностика родителей «Динамика отношений в семье»; диагностика общего уровня развития и психоэмоционального состояния ребенка. Психолог-куратор разрабатывает рекомендации родителям по итогам диагностики и совместных занятий. Профильным учреждением проводится работа психологического клуба по направлению арт-мастерские для замещающих семей и информационно-просветительская работа с замещающими родителями «Школа семьи», которая включает тематические лекции по профилактике семейных отношений и жизнедеятельности, распространение информационных и рекомендательных материалов и буклетов, организацию тематических дней для замещающих семей. Специалисты Министерства образования содействуют замещающим родителям в устройстве ребенка в детский сад и школу. Социальная служба учреждений

образования осуществляет связь с кураторами семьи, содействует в реализации МИПС замещающей семьи. Психологи учреждений образования принимают участие в реализации МИПС, осуществлении программ адаптации ребенка в ГОУ. Педагоги учреждений образования проводят сопровождение ребенка-школьника для ликвидации пробелов в знаниях. Медицинские учреждения проводят профильные медицинские обследования ребенка 1 раз в год.

В заключении необходимо отметить, что представленная модель подготовки и психосоциального сопровождения замещающих семей прошла успешную апробацию в социальных учреждениях города Твери и Тверской области. На втором этапе модели подготовки и психосоциального сопровождения замещающих семей особое внимание следует уделить стадии «Выбор». Стадия «Выбор» предвещает принятие решения кандидатов в создании замещающей семьи, стимулирует их внутренние ресурсы и влияет на осознанное отношение к принятию ребенка в семью, и таким образом, происходит предотвращение риска «вторичной разлуки» и возврата ребенка в социальное учреждение. Обеспечивается это тем, что кандидаты в замещающие родители, имеющие неконструктивные мотивы, приходят к выводу о неготовности к принятию ребенка и самостоятельно отказываются от создания замещающей семьи. Таким образом, предотвращаются психотравмирующие ситуации для ребенка и самих замещающих родителей.

Благополучное прохождение данной стадии замещающими родителями обуславливается интенсивной психологической работой по формированию важнейших качеств замещающих родителей, обеспечивающих наиболее оптимальное функционирование замещающей семьи. В рамках прохождения кандидатами стадии «Выбор», на который сделан акцент значимости, было проведено экспериментальное применение императивного тренинга с кандидатами в замещающие родители в количестве 160 человек. После проведения экспериментальной работы с кандидатами по результатам последующего диагностического тестирования было выявлено, что у большинства кандидатов значительно повысились показатели необходимых замещающим родителям качеств. Данные по показателям средних значений сформированных качеств, статистически обработанных в пакете SPSS – 19, следующие: показатель альтруизма изменился на 23,47 %; показатель рефлексии изменился на 17,8 %; показатель интернальности изменился на 0,76 %; показатель аффиляции изменился на 1 %; показатель толерантности изменился на 0,68 %; показатель эмпатии изменился на 9,99 %.

Тренинг импринтов явился действенным средством по обеспечению качеств успешности функционирования замещающей семьи. Экспертная оценка, проведенная путем сравнения кандидатов, подвергшихся эксперименту с состоявшимися замещающими родителями, установила, что динамика показателей повлияла на общую психологическую готовность к принятию ребенка в семью.

Шубина А.С.

Подготовка ребенка к устройству в замещающую семью как необходимое условие эффективного преодоления социального сиротства

На сегодняшний день в нашей стране накоплен значительный опыт семейного жизнеустройства детей, оставшихся без попечения родителей. Этот опыт зафиксирован на двух уровнях:

1) уровень теоретических исследований, на котором описаны основные закономерности развития замещающих семей различного типа, восприятие ребенком ситуации помещения в приемную семью;

2) уровень практики, на котором аккумулируются все наиболее значимые достижения специалистов, работающих с детьми-сиротами и замещающими семьями.

Несмотря на широкую представленность проблем сиротства и замещающей семейной заботы в психологических исследованиях, определение жизнеустройства детей долгое время рассматривалось специалистами в контексте подбора семьи, отвечающей необходимым требованиям, и подготовки членов семьи к приему ребенка. Исследователями и специалистами-практиками зачастую не учитывался тот факт, что помимо объективно представленной трудной жизненной ситуации ребенка существует и ее субъективная составляющая – внутренняя позиция детей, отражающая их отношение к этой ситуации. Важнейшим компонентом картины мира детей, оставшихся без попечения родителей, опосредующим их отношение к ситуации семейного жизнеустройства, является образ семьи. Особенности образа семьи, сложившиеся у детей, оставшихся без попечения родителей, в результате опыта ранней депривации и эмоционального неблагополучия, оказывают влияние на возможность дальнейшей адаптации в замещающей семье, а также обуславливают специфику процесса постинтернатной адаптации, включая возможность создания собственной семьи.

Этот образ семьи впоследствии как бы «встает» между ребенком и приемной семьей, осложняя процесс адаптации.

Одной из отличительных характеристик образа семьи детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, является его содержательная узость и не-достаточная целостность.

Так, И.В. Дубровина и А.Г. Рузская указывают на то, что положительные эталоны семьи у детей-сирот являются расплывчатыми, не наполненными бытовыми деталями [И.В. Дубровина, А.Г. Рузская, 1990]. Г.В. Семья описала смутное представление подростков-сирот о своей будущей половой роли в семье, отсутствие знаний о различиях полов, затрудненное формирование полоролевых нормативных ориентаций [Г.В. Семья, 2004]. В исследовании Н.Б. Костенко показано, что представления делинквентных подростков о будущей семье, супружестве, родительстве являются упрощенными и огрубленными, стереотипизированными, им трудно представить обязанности, стоящие за семейными ролями [Н.Б. Костенко, 2006].

В качестве причин несформированности представлений образа семьи авторы указывают на малое количество или полное отсутствие мужского персонала в сиротских учреждениях [Г.В. Семья, 2004], неразвитость роле-вой игры у детей-сирот в дошкольном возрасте, что не дает им возможности осваивать гендерные роли и соответствующие модели поведения [А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, 2007]. Т.И. Пухова в исследовании режиссерской игры показала несформированность семейных сюжетов в играх детей-сирот, которые содержание игр в семью сводят к организации досуга детей, подменяют функции родителей обязанностями воспитателя интернатного учреждения. Если же опыт жизни в семье у ребенка был достаточно длителен, то представления о семейных ролях и функциях оказываются существенно искаженными [Т.И. Пухова, 1999].

Другой важной характеристикой образа семьи детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, является его идеализированность и нереалистичность. Авторы

отмечают идеализацию в представлениях о семье и родительстве, создание ребенком фантомных, лишенных человеческих слабостей образов матери и отца, что является следствием фрустрированной потребности в родительской любви [Т.И. Пухова, 1999].

М.А. Басин выявил особенности отношения делинквентных подростков к своим родителям и показал, что в большинстве случаев отношение к матери является положительным необъективным, в то время как в четверти случаев отец характеризуется отрицательно с указанием объективных негативных форм поведения. Отношение к семье в целом почти у половины подростков определено автором как положительное необъективное [М.А. Басин, 2006]. Эти данные подтверждаются в исследованиях Р.А. Юнусовой, которая указывает положительную окрашенность и необъективность образа отца у мальчиков-сирот [Р.А. Юнусова, 2008].

Проблема идеализированного образа родителей как фактора девиантного поведения подростков, воспитывающегося вне семьи, рассмотрена Ю.Б. Евдокимовой. Автор отмечает, что такие подростки наделяют своих родителей положительными качествами – добротой, справедливостью, трудолюбием. Негативный характер такой переоценки заключается в том, что в своем поведении подростки начинают ориентироваться на ценности и нормы поведения, которые транслируют их родители, хотя для успешной адаптации во взрослой жизни им могут быть необходимы те качества, которые не присутствовали у родителей [Ю.Б. Евдокимова, 2004].

Исследования В.Н. Ослон показали, что идеализация и мифологизация отношений в кровной семье является для детей мощным механизмом защиты, продолжающим действовать и в период приема в замещающую семью. Также автор отмечает, что в зависимости от эффективности замещающей заботы представления детей об идеальной семье подвергаются существенным изменениям. Одной из важнейших задач работы специалистов на данном этапе В.Н. Ослон считает формирование совместного нового идеального образа семьи [Ослон, 2006].

Следующей характеристикой образа семьи детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, является его негативная прогностическая направленность. В исследовании Е.Б. Агафоновой показано, что для подростков с разведенными родителями, а также потерявших отца, одним из наиболее выраженных страхов оказывается страх стать плохим родителем [Е.Б. Агафонова, 2004]. Эти подростки значимо реже представляют свою семью как счастливую, дружную, заботливую, понимающую, а также чаще подростков, воспитывающихся в семье, считают маловероятным наличие собственной семьи вообще.

С другой стороны, в значительной части исследований, напротив, отмечается компенсаторный потенциал образа семьи детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Выявлено, что при часто выраженном негативном отношении к кровной семье, у всех детей выражено желание иметь свою семью в будущем, что свидетельствует о важности данного смыслового компонента образа будущего [Т.И. Шульга, 2003; Г.В. Семья, 2004]. Большая часть подростков представляют семью как основную ценность в отдаленной временной перспективе, семейная жизнь в системе ценностей детей-сирот занимает второе место после здоровья (Г.В. Семья, 2004).

С.А. Терехина, исследуя образы родительской и будущей семьи у девочек с делинквентным поведением, делает вывод о том, что осознаваемое желание иметь семью и ребенка может носить у них компенсаторный характер, как возможность удовлетворить

собственные неосознаваемые потребности, ребенок рассматривается как источник безусловной любви. Собственная будущая семья выступает для девочек в качестве способа решения проблем и избавляет их от ответственности за свою дальнейшую судьбу [С.А. Терехина, 2006].

Данные наших исследований позволяют сделать вывод о доминирующем месте образа семьи в картине мира детей, оставшихся без попечения родителей, его определяющей роли в содержании и структуре перспективы будущего. Семья выступает наиболее значимым образованием картины мира, связанным с возможностью реализации собственных ресурсов, собственной активности в ситуации семейного жизнеустройства при выраженной пассивной позиции по отношению к большей части других жизненных задач и перспектив. Отношение к настоящей и будущей семье идеализированно, что обусловлено действием защитных механизмов в ситуации объективного семейного неблагополучия. Обнаружена фрагментарность и ригидность образа обычной семьи и при этом большая целостность и гибкость образа идеальной семьи. Образ обычной семьи обладает большей степенью реалистичности, в его содержании преобладает социальная направленность, демонстрируемое положительное отношение к настоящей семье у детей-сирот сочетается с избеганием упоминания семейных ролей в структуре самоидентификации в настоящем. Образ идеальной семьи обладает меньшей степенью реалистичности, его содержание включает социальные и психологические характеристики, абсолютно позитивное отношение проявляется к идеальной, будущей семье и будущим супружеским и родительским ролям. Представления об обычной семье соотносятся с дифференцированными связями, признанием иерархии и макродинамики, в то время как представления об идеальной семье включают в себя симбиотические связи, отрицание иерархии и макродинамики семьи [А.С. Шубина, 2009].

Указанные выше характеристики образа семьи являются следствием социальной ситуации развития детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе они определяются опытом жизни ребенка в интернатном учреждении.

Подготовка ребенка к устройству в приемную семью стала одним из направлений деятельности Волгоградского центра психолого-медико-социального сопровождения (далее – ППМС-центр). Освоение данного направления происходило поэтапно.

На первом этапе были проанализированы результаты исследований по проблемам готовности детей, оставшихся без попечения родителей, к жизни в семье, а также существующие программы подготовки. Итогом данного этапа стало определение концепции будущей программы.

Теоретической основой программы стала модель, предложенная В.Н. Ослон, согласно которой подготовку воспитанника детского дома к жизни в семье можно представить в виде пирамиды, основанием которой является восстановление у ребенка способности к привязанности на сенсорном уровне, а вершиной – готовность к исполнению семейных ролей на уровне социальном. Структурно программа состоит из четырех блоков, последовательно отражающих уровни формирования и компенсации депривационных нарушений в развитии у детей (Й. Лангмейер, З. Матейчик): сенсорный, когнитивный, эмоциональный, социальный [В.Н. Ослон, 2006].

Подготовка ребенка к жизни в семье требует изменений на каждом из перечисленных уровней.

Сенсорный блок – связан с восстановлением глубинных, наиболее ранних нарушений в развитии ребенка, которые затрудняют его взаимодействие с окружающими и первыми проявляются в приемной семье, вызывая серьезные конфликты и отторжение. В рамках первого блока психолого-педагогическое воздействие направлено на выработку ребенком осознания собственных границ и границ другого человека, на повышение общего энергетического потенциала, вследствие чего идет повышение уровня базового доверия к себе и другим, уровня первичной мотивации деятельности, формирование более адекватных реакций на стресс и способов его преодоления.

Когнитивный блок связан с особенностями интеллектуальной обработки информации ребенком. При подготовке воспитанников детского дома к жизни в семье мишенями психолого-педагогического воздействия на когнитивном уровне становятся неверные, травмирующие развитие ребенка представления о себе. Во-первых, как о беспомощном маленьком неудачнике, инициатива которого может иметь негативный результат для всех, представления о других как о беспощадной и враждебной силе, управляющей его жизнью. Преодолевается его склонность к выстраиванию катастрофических моделей жизни, когда будущее представляется неопределенным и потому угрожающим. Мишенью, куда направляется психологическая помощь, также являются знания ребенка о семье, ее функциях, правилах, семейных ролях и т.д.

Эмоциональный блок. Воспитанник детского дома живет в своеобразном эмоциональном мире. Пережив раннее отделение от матери, ребенок испытывает трудности при вступлении с другим человеком в близкие эмоциональные отношения. В процессе подготовки к жизни в семье психолого-педагогическое воздействие на уровне данного блока должно быть направлено на формирование адекватной социальной перцепции у детей, на развитие у них эмоциональной эмпатии. Крайне важной является работа над составлением толкового словаря чувств, в котором приводится интерпретация значения слов, обозначающих эти чувства.

Социальный блок отражает проблемы социального уровня депривационных нарушений у детей-сирот. Ребенок, воспитывающийся в депривационных условиях, особенно в сиротском учреждении, с трудом осознает свою идентичность. Ему необходимо хотя бы в игровой форме пережить опыт идентификации (отождествления) с семьей [В.Н. Ослон, 2006].

Настоящая программа разработана с использованием опыта семейного устройства в Смоленской, Томской областях, в Пермском крае и Республике Башкортостан, материалов методических пособий, подготовленных Детским фондом «Виктория».

Программа является общей для подготовки ребенка к устройству в семью независимо от ее формы, что обусловлено сходными проблемами адаптации в принимающих семьях разных типов.

Программа может быть использована как в работе с детьми, имеющими конкретные перспективы быть принятыми в семью, так и с остальными воспитанниками государственных учреждений. Во втором случае программа в большей степени ориентирована на формирование позитивных представлений о семейной жизни, готовности к созданию семьи в будущем.

На втором этапе работы над программой был сформирован тематический план занятий, а также побраны конкретные техники и методические процедуры, позволяющие

решить поставленные задачи в работе с детьми разных возрастов (дошкольниками, младшими школьниками, подростками).

Сенсорный блок программы включает следующие темы занятий:

00. Отреагирование травматичного опыта жизни в семье (индивидуально)

0. Проектирование позитивных представлений о прошлом (индивидуально)

1. Формирование чувства защищенности

2. Осознание личных границ

3. Формирование адекватных реакций на стресс

Когнитивный блок программы включает следующие темы занятий:

4. Формирование позитивных представлений о себе

5. Формирование представлений о семье

Эмоциональный блок программы включает следующие темы занятий:

6. Развитие социальной перцепции

7. Развитие способности к эмпатии

Социальный блок программы включает следующие темы занятий:

8. Формирование семейной идентичности

9. Формирование представлений о семейных ролях и функциях

10. Формирование социально-бытовых представлений

Главным результатом реализации программы является готовность ребенка к устройству в принимающую семью.

Критерии оценки психологической готовности ребёнка к жизни в семье:

ребенок имеет адекватные представления о причинах его изъятия из кровной семьи;

у ребенка сформирован позитивный образ семьи, модель будущей семьи и семейных отношений, он имеет желание жить и воспитываться в семье, а не в интернатном учреждении;

в структуре идентичности ребенка значимое место занимают семейные роли;

у ребенка развиты представления об особенностях жизни в семье, распределении обязанностей, правилах взаимодействия;

развиты коммуникативные умения, необходимые для эффективного взаимодействия с членами семьи и обеспечивающие успешное прохождение периода адаптации;

развиты элементы совладающего поведения, навыки эмоциональной саморегуляции.

Для детей, имеющих конкретные перспективы устройства в приемную семью и знакомых с принимающими родителями, выделены дополнительные критерии оценки психологической готовности ребёнка к устройству в принимающую семью:

ребенок имеет представление о том, как будут организованы его контакты со значимыми для него людьми (кровные родственники, друзья и т.д.);

ребенок положительно относится к факту устройства в конкретную семью.

Третий этап работы над программой был связан с ее апробацией на базе нескольких учреждений для детей-сирот г. Волгограда и Волгоградской области: ГКОУ «Котовский детский дом», ГКОУ для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, «Красноярская специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-

интернат VIII вида, ГОУ «Серафимовичский детский дом». По итогам апробации была получена обратная связь от специалистов, реализующих программу, внесены дополнения. В том числе, более подробно описана специфика работы с детьми дошкольного возраста, предложенные подходящие техники работы.

На четвертом этапе программа прошла процедуру рецензирования и была рекомендована Министерством образования и науки Волгоградской области к внедрению в учреждения для детей-сирот. В целях диссеминации опыта для специалистов учреждений были организованы семинары-практикумы, сопровождающие внедрение программы. На сегодняшний день предложенная программа функционирует в большей части учреждений для детей-сирот на территории Волгоградской области. Волгоградский ППМС-центр организует регулярные круглые столы со специалистами для обсуждения опыта подготовки детей к устройству в замещающие семьи.

Литература

1. Агафонова Е.Б. Особенности образа будущего у подростков из неполных семей различного типа: дис. ... канд. психол. наук. Владивосток, 2004.
2. Басин М.А. Формирование волевой регуляции у подростков с делинквентным поведением: дис. ... канд. психол. наук. Тула, 2006.
3. Евдокимова Ю.Б. Идеализированный образ родителя как фактор девиантного поведения подростков, воспитывающихся вне семьи: дис. ... канд. психол. наук. Калуга, 2004.
4. Костенко Н.Б. Особенности образа будущего социально-дезадаптированных подростков: дис. ... канд. психол. наук. Барнаул, 2006.
5. Мухина В.С. Психологическая помощь детям, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа // Вопросы психологии. 1989. № 1. С. 32 – 39.
6. Ослон В.Н. Рекомендации к программе по подготовке воспитанников детского дома к жизни в семье // Детский дом. 2006. № 1. С. 31 – 41.
7. Подготовка ребенка к устройству в замещающую семью: Методическое пособие / Г.Т. Базарова и др. М., 2009.
8. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. Дети без семьи. – М., 2007.
9. Психическое развитие воспитанников детского дома / под общ. ред. И. В. Дубровиной, А. Г. Рузской. М., 1990.
10. Пухова Т.И. Возрастные и индивидуальные особенности режиссерской игры в дошкольном возрасте: дис. ... канд. психол. наук. М., 1999.
11. Семья Г.В. Основы психологической защищенности детей, оставшихся без попечения родителей: дис. ... д-ра психол. наук. М., 2004.
12. Терехина С.А. Образы родительской и будущей семьи у девочек-подростков с делинквентным поведением: дис. ... канд. психол. наук. М., 2006.
13. Шубина А.С. Образ семьи в картине мира детей, оставшихся без попечения родителей: дис. ... канд. психол. наук. Волгоград., 2009.
14. Шульга Т.И., Олифиренко Л.Я., Быков Л.Я. Социально-психологическая помощь обездоленным детям: опыт исследований и практической работы: учебное пособие. М., 2003.
15. Юнусова Р.А. Полоролевая идентификация подростков группы риска: дис. ... канд. психол. наук. М., 2008.

Специфика технологий профессиональной подготовки социальных педагогов к работе с замещающей семьей

С учетом результатов обзорно-аналитического исследования, позволивших создать теоретическую модель профессиональной подготовки социального педагога к работе с замещающими семьями, а также результатов изучения актуального состояния обозначенной проблемы нами была разработана экспериментальная технология профессиональной подготовки студентов, обучающихся по специальности «Социальная педагогика», к работе с замещающими семьями.

Технология включает в себя четыре последовательно реализуемых этапа подготовки: адаптивный, репродуктивный, функциональный и творческий.

Для каждого этапа определены цели, задачи, формы и методы профессиональной подготовки.

На первом – адаптивном – этапе основной целью является формирование заинтересованности студентов, будущих социальных педагогов, к работе с замещающими семьями.

Для этого решаются следующие задачи:

- развитие у студентов профессиональных мотивов и ценностей социально-педагогической деятельности;
- включение студентов в различные виды деятельности: учебную, практическую, волонтерскую, исследовательскую;
- формирование у студентов определенных качеств, способствующих продуктивному взаимодействию как с детьми-сиротами, так и с взрослыми членами замещающей семьи;
- формирование у студентов психологической готовности к данному виду работы, т. е. определенных жизненных ценностей и приоритетов, мотивов профессиональной деятельности, педагогической направленности, предполагающей безусловное принятие ребенка, уважение его личности вне зависимости от условий его жизни.

Решение данных задач осуществляется в процессе практической деятельности и непосредственного участия в психолого-педагогическом сопровождении замещающих семей, а также в процессе учебно-познавательной деятельности. На первом этапе в рамках общепрофессиональных дисциплин формируется заинтересованность студентов в своей профессиональной деятельности.

При подготовке студентов по специальности «Социальная педагогика» необходимо учитывать общие принципы профессионального воспитания социальных педагогов: творческого саморазвития личности; самопознания; приоритета практики; сотворчества преподавателя и обучающегося как творческих и саморазвивающихся личностей; принцип историзма.

Итогом такой работы явилось создание в вузе исследовательской лаборатории «Лизиантус», участники которой разработали для соответствующих организаций профессиональную программу приемного родителя.

Исследовательская лаборатория, созданная на первом, адаптивном этапе профессиональной подготовки будущих социальных педагогов к работе с замещающими

семьями, реализовывала принцип стимулирования исследовательской деятельности студентов.

На первом же этапе реализовывался разработанный Спецкурс. Структура Программы Спецкурса включает три этапа, последовательно реализуемых в деятельности социального педагога:

- сопровождение замещающей семьи на этапе ее создания;
- сопровождение процесса взаимной адаптации членов семьи;
- сопровождение функционирования замещающей семьи.

Структура деятельности социального педагога по созданию замещающей семьи состоит из шести основных подэтапов:

- пропаганда института замещающей семьи;
- изучение кандидатов, изучение условий жизни семьи и ее социального окружения;
- составление информационной карты приемного родителя;
- подготовка родителей и детей к созданию семьи и передача ребенка в семью;
- подготовка родителей и детей к созданию замещающей семьи;
- передача ребенка в замещающую семью.

Период адаптации ребенка может длиться от полугода до трех лет. Дети лишаются родителей в совершенно разном возрасте и на разных этапах развития. Это обстоятельство определяет круг проблем, с которыми сталкивается приемный родитель в общении с ребенком – сиротой. Достаточно часто, еще во времена проживания ребенка с кровными родителями, разного рода потребности ребенка подвержены депривации. Как свидетельствуют результаты многочисленных исследований (Н.Н. Авдеева, М.А. Егорова, Л.А. Запорожец и др.), дети, не прошедшие основные этапы развития, лишены чувства базового доверия к миру, замкнуты или, напротив, импульсивны, истеричны в проявлениях радости и боли, депрессивны [1].

Ребенок-сирота попадает в новые условия замещающей семьи с багажом негативных воспоминаний и опыта. Предыдущий негативный опыт ребенка в общении со значимым взрослым не позволяет ему быстро и успешно адаптироваться к новой среде [1].

Цель сопровождения замещающей семей на ранних этапах их функционирования – найти пути для ускорения адаптации ребенка в замещающей семье, сделать этот процесс менее болезненным и более успешным как для ребенка, так и для приемных родителей.

Успех адаптации, по свидетельству многих исследователей (И.А. Бобылева, А.М. Прихожан, Т.И. Шульга и др.), зависит от следующих факторов:

- возраст «потери» семьи;
- предыдущий опыт взаимодействия с семьей и с социумом;
- сформированность соответствующих возрасту качеств и навыков.

Возраст, в котором ребенок попадает в замещающую семью, играет немалую роль: он определяет «радиус значимых отношений» по теории возрастной периодизации Эриксона. По данным психолого-педагогических исследований, ребенок от 0 до 7 лет полностью ориентирован на семью; 7–11 лет – на соседей и школьных товарищей, а далее – на отношения со сверстниками [1].

Попадая в замещающую семью, ребенок начинает провоцировать повторение «жизненного сценария» из своей родной семьи, причем самым серьезным проверкам

подвергается приемный родитель, играющий роль наиболее «провинившегося» родителя родной семьи [2, 3].

Используя вышеизложенное, а также опираясь на экспериментальные данные диагностики проблем родителей и детей, разрабатываются индивидуальные программы сопровождения периода взаимной адаптации членов приемной семьи.

Третий этап работы с замещающей семьей – это не что иное, как комплексный патронат замещающей семьи, который осуществляется раз в 1,5–2 месяца [4].

Содержание работы с семьей в парадигме патроната касается двух основных уровней: организация и управление патронатом; непосредственная социальная работа и поддержка семьи и детей как клиентов патроната [5].

На первом уровне социальная работа реализуется по направлениям: – сбор первичной информации о ситуации семейного взаимодействия; – анализ семейной ситуации; – построение конструктивных отношений семьи и службы, направленных на формирование мотивации клиента, его готовности к изменению; – контроль, установление обратной связи [6]. Второй уровень – повседневная социально-педагогическая работа с конкретной семьей.

Л.С. Алексеева, В.Ю. Меновщиков отмечают, что на практике патронат семьи и детей представляет собой единую коммуникативно-диагностико-консультативную, воздействующую и поддерживающую, поэтапно складывающуюся, динамичную систему с элементами контроля за ситуацией в семье и процессом оказания ей помощи [7].

В беседе с ребенком или при заполнении анкеты, или с помощью проективных методик психодиагностики выясняется эмоциональное состояние ребенка в семье, на основании чего даются рекомендации родителям, а при необходимости семья направляется к психотерапевту или другим специалистам.

Основные виды деятельности – это консультирование и родителей и детей по поводу возникновения проблем, обучение родителей приемам ведения дневника приемного родителя, организация встреч замещающих родителей с целью обмена опытом, организация встреч приемных родителей с кровными (при необходимости и высоком чувстве привязанности ребенка к биологическим родителям) родителями и организация взаимодействия со специалистами разного профиля, в задачи чего входят:

- оказание своевременной профилактической помощи в преодолении нормативных кризисов развития семьи, в особых случаях, при вступлении приемного или родного ребенка в подростковый возраст,
- работа по коррекции чрезмерной эмоциональной привязанности;
- подготовка родителей и детей к факту расставания.

Это основные вехи работы социального педагога с замещающей семьей, которая должна осуществляться по индивидуально созданным программам.

Педагогический процесс опирается на создание с помощью социальных педагогов условий, позволяющих благоприятное развитие личности в новой семье. Профессиональная подготовка социальных педагогов, начиная с первого этапа, предполагала дифференцированный подход к обучению.

Содержание программы на начальном этапе включало:

- изучение факторов влияния окружающей среды на детей, условий их развития и воспитания;

- изучение особенностей психологического развития детей, оставшихся без попечения родителей;
- раскрытие социально-педагогических и коммуникативных аспектов взаимоотношений с детьми;
- взаимодействие с социальными институтами (организация опекунской, социально-педагогической, психологической, медицинской, правовой и других видов помощи для приемных родителей и детей).

В процессе обучения осуществлялась подготовка к взаимодействию и с детьми-сиротами, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Наиболее ответственный этап профессиональной подготовки социального педагога к работе с замещающей семьей – этап взаимной адаптации ребенка и членов базисной семьи.

На этом этапе подготовка социального педагога в нашем курсе включает: выявление проблем ребенка и родителей; разработку индивидуального плана работы, реализацию этого плана, оценку степени адаптивности; проведение рефлексии.

На третьем этапе осуществлялась профессиональная подготовка социального педагога к сопровождению замещающей семьи. Данный этап носит функциональный характер, имеющий своей целью отработку профессиональных навыков и умений, необходимых для успешного выполнения социальным педагогом своих функций в работе с замещающими семьями.

Второй этап профессиональной подготовки – репродуктивный – предполагает обучение студентов, выбравших специализацию: «Работа с замещающей семьей», по соответствующим дисциплинам.

С учетом выявленного в ходе опытно-экспериментальной работы актуального состояния теоретической подготовленности студентов третьего, четвертого и пятого курсов к работе с замещающей семьей была разработана программа по соответствующей специализации.

Программа специализации, с одной стороны, представляет собой целостную систему, с другой – включает в себя пять модулей. Взаимосвязь между модулями достигается тем, что изучаемый феномен социально-педагогической работы с замещающими семьями постепенно конкретизируется отдельными сторонами. Рассмотрим их содержание.

Специалист, профессиональная деятельность которого связана с детьми-сиротами, с одной стороны, и функционированием семейной системы, с другой стороны, должен иметь четкие представления, во-первых, о системе социальной защиты детей-сирот в нашей стране, ориентироваться в социальной политике государства в этом направлении, иметь представления о семейных формах устройства детей, оставшихся без попечения родителей, о типах, функциях, основных назначениях замещающей семьи, о тенденциях в развитии системы служб социальной помощи семьям, воспитывающим детей-сирот, нуждающихся в особой защите государства, а также знать о психологических закономерностях развития семьи, о психологии семейных отношений.

В связи с этим первый модуль Программы специализации касается вопросов функционирования семьи как системы.

Модуль состоит из трех основных разделов: основы психологии семейных отношений, основные формы и направления работы социального педагога с семьей и методика и технологии оказания социально-педагогической помощи семье.

Овладевая теоретическими знаниями в области психологии семейных отношений, знакомясь с различными подходами к проблемам семьи, с основными психологическими школами, течениями и направлениями, студенты значительно расширяют свой кругозор, развивают аналитическое мышление, формируют необходимые для профессиональной деятельности умения и навыки. Рассмотрение конкретных технологий и техник работы с семьей, причем не столько с проблемными, а напротив, с нормально функционирующими семьями, позволили студентам овладеть умениями профилактической сопроводительной деятельности.

Второй модуль – «Сиротство как социально-педагогический феномен» направлен на совершенствование психологической подготовки будущих специалистов для работы с детьми-сиротами. В его задачи входит не только ознакомление с психологическими особенностями детей-сирот, но и формирование у студентов психологической готовности к профессиональной работе с ними.

Защита прав и интересов ребенка предусматривает владение системой знаний правовых основ, умениями принимать юридически обоснованные решения, умениями отстаивать интересы ребенка в правозащитных и административных органах. Система работы по социальной защищенности ребенка включает в себя не только социальную защиту, но и подготовку детей к самозащите: формирование у ребенка способности самозащиты. Ознакомление с этими вопросами предусматривают занятия по правовой защите детей-сирот.

Среди воспитанников интернатных учреждений немало детей с ограниченными возможностями здоровья. Поэтому занятия, входящие в данный модуль направлены на ознакомление студентов с основными категориями аномальных детей и соответствующими учебно-воспитательными учреждениями для них, с содержанием и организацией социально-педагогической работы в этих учреждениях.

Третий модуль – «Замещающая семья как форма устройства детей-сирот» – имеет своей целью формирования системы знаний о специфике воспитания детей в замещающих семьях. Содержание модуля предусматривает рассмотрение исторических аспектов становления института замещающей семьи в России и за рубежом, знакомство с зарубежным опытом семейных форм устройства детей-сирот, формирование знаний о специфике деятельности междисциплинарных специалистов служб сопровождения института замещающей семьи, об их нормативно-правовой основе.

Четвертый модуль – «Методика сопровождения замещающей семьи» – нацелен на формирование у студентов навыков целеполагания, планирования и анализа различных форм социально-педагогической работы с замещающей семьей. Студенты знакомятся с основными вариантами построения служб сопровождения замещающих семей, их функциями, разрабатывают критерии эффективности деятельности служб сопровождения семей данной категории, направления сопроводительной деятельности.

Понятие «сопровождение», многообразие подходов к сопроводительной деятельности детей и взрослых членов замещающих семей, методики социально-педагогического сопровождения, его этапы, содержание и направления – это основное содержание данного модуля.

Социальный педагог, специализирующийся в работе с замещающей семьей, должен владеть методиками профилактики функционально-родительской усталости замещающих родителей, поэтому в данном модуле отводится значительное место изучению обозначенной проблемы.

Пятый модуль предполагает практико-ориентированное обучение в соответствии с принципом стимулирования исследовательской деятельности студентов.

Важнейшим требованием к современному образованию становится не только и не столько предоставление обучаемым системы знаний, сколько вооружение их продуктивными способами, умениями приобретать, применять на практике, преобразовывать и вырабатывать самостоятельно новые научные знания в любой сфере своей будущей профессиональной деятельности [8, 9].

Сложившееся противоречие между объективными потребностями общества в специалистах, способных квалифицированно осуществлять педагогическую деятельность, и низким уровнем подготовленности выпускников педагогических вузов к осуществлению значимого компонента этой деятельности определяет необходимость повышения эффективности образовательного процесса через систему формирования у студентов навыков в организации и проведении научной работы, исследовательской деятельности, исследовании педагогического потенциала образовательной среды [10, 11, 12].

Наиболее актуальным данное положение является для специалистов, работающих в социальной сфере. Процесс общения социального педагога с разными категориями населения всегда характеризуется нестандартной ситуацией.

Вхождение в сложившуюся ситуацию, в которой оказался, например, ребенок, воспитывающийся в условиях замещающей семьи, привносит в деятельность специалиста новую проблему, создает поисковую ситуацию, которую он разрешает вместе с подопечным, каждый раз находя новый путь. Проблемный аспект усиливается тем, что желаемые цели помощи и требуемый вид помощи ребенок, как правило, не представляет и доверяет решение проблемы взрослому [13].

В силу ряда особенностей детей-сирот, которые характеризуются иждивенчеством, несамостоятельностью, неумением принимать решения, социальному педагогу в работе с этой категорией детей, необходимо опираться на личностно-деятельностный подход, благодаря которому реализуется субъект-субъектное взаимодействие, основанное на саморазвитии субъектов образовательной деятельности.

«Личностный» компонент этого подхода означает, что необходимо выстраивать свою работу с упором на личностный потенциал воспитанника, учитывая его прошлый социальный опыт. Специалист должен уметь не только определить цели и задачи своей деятельности, учитывая значимые для достижения условия и ресурсы, как ребенка, так и семьи в целом, но и научить взрослых членов замещающей семьи необходимым навыкам взаимодействия с ребенком, помочь им определить самостоятельно выход из сложившейся ситуации, действуя с ним в исследовательском ключе.

В связи с этим третий и особенно четвертый этап профессиональной подготовки студентов к работе с замещающими семьями определены нами как этапы, развивающие навыки практической и исследовательской деятельности.

Таким образом, Второй этап подготовки, рассматриваемый нами как процесс формирования системы специальных социально-педагогических знаний, умений и навыков в рамках специализации.

При этом процесс подготовки, включая учебную, учебно-практическую и исследовательскую виды деятельности, имеет комплексный характер.

При осуществлении процесса подготовки студентов на этом этапе целесообразно следующее:

- привлечение к проведению учебных занятий специалистов (психологов, семейных психотерапевтов; дефектологов, юристов, социальных педагогов и воспитателей интернатных учреждений);
- организация учебных занятий в базовых учреждениях;
- использование гибких и подвижных форм обучения, предполагающих взаимосвязь лекционных, семинарских и лабораторно-практических занятий и позволяющих достигать высокой информационной насыщенности в учебном процессе (обобщающие лекции, учебные консультации, самостоятельная работа студентов, в ходе которой они знакомятся с объектами практики, изучают личные дела воспитанников, наблюдают за работой педагогов).

Третий этап профессиональной подготовки социального педагога к работе с замещающей семьей – функциональный, имеющий своей целью отработку профессиональных навыков и умений, необходимых для успешного выполнения социальным педагогом своих функций в работе с замещающими семьями.

При этом социальный педагог выполняет следующие функции: диагностическую, профилактическую, информационную, коммуникативную, коррекционную, психотерапевтическую, посредническую.

На данном этапе решаются следующие задачи:

- формирование у студентов навыков целеполагания, анализа и планирования различных форм работы с замещающими семьями;
- отработка навыков проведения консультативных бесед, профилактических и коррекционных занятий;
- стимулирование интереса к социально-педагогической деятельности;
- развитие коммуникативных умений и навыков.

Четвертый этап – творческий – предполагает самоподготовку студентов, разработку ими исследовательских проектов, проведение самостоятельного научного исследования. На данном этапе студенты обучаются разрабатывать индивидуально-дифференцированные программы сопровождения замещающей семьи, планировать свою социально-педагогическую деятельность, прогнозировать ее результаты, вносить в нее коррективы.

Подводя итог вышесказанному, мы можем заключить, что основной целью процесса подготовки является формирование у студентов установки на социально-педагогическую деятельность по сопровождению замещающей семьи и профессиональной компетентности по данному профилю социально-педагогической работы.

Данная цель может быть реализована при подборе соответствующего содержания, включающего психологическую, теоретическую и технологическую подготовки, а также при использовании системы форм, включающей все виды деятельности студентов в вузе: учебную, учебно-практическую, волонтерскую и исследовательскую, при доминировании каждой из них на определенном этапе профессиональной подготовки студентов, будущих социальных педагогов, к работе с замещающими семьями.

Список литературы

1. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 400 с.
2. Психологическое сопровождение приёмных семей: теоретико-прикладные аспекты подготовки специалистов и замещающих родителей: сборник статей / Под общей ред. И.М. Ильичевой, Р.В. Ершовой. – Коломна: «МГОСГИ», 2010. – 194 с.
3. Ребёнок и приемная семья: проблемы диагностики психологической совместимости: сборник статей / Под общей ред. И.М. Ильичевой, Р.В. Ершовой. – М.: Издательство НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. – 112 с.
4. Репринцева Г.И. Социально-педагогические проблемы и ресурсы гармонизации детско-родительских отношений в сельской семье. – М.: ИСПС РАО, – 2007. – 324 с.
5. Кузнецова Ю.Н. Подготовка приемных родителей к воспитательной работе как условие повышения педагогического потенциала приемной семьи: Дис. ... канд. пед. наук.- Иркутск – 2004. – 183 с.
6. Я – приемный родитель: Настольная книга для родителя и всей семьи, берущей на воспитание детей / И.В. Вшивкова, Н.В. Кораблева, И.И. Власенко, Н.В. Никифорова, М.О. Винник, О.В. Суханова, О.И. Коновалова. – Ростов н/ Д, 2001. – 26 с.
7. Захарова Ж.А. Социально-педагогические основы воспитания усыновленного ребенка в семье: Дис.... канд. пед. наук. – Кострома, 2001. – 267 с.

Русаковская О.А.

Судебно-психиатрическая экспертиза родителей, страдающих психическим расстройством

Одним из основных принципов семейного права в Российской Федерации является приоритет семейного воспитания (ст. 54, 63, 68, 123 СК РФ). Современная государственная политика направлена на реализацию этого принципа: принимаются меры по стимулированию репродуктивной функции семьи; в судебной практике просматривается тенденция к значительному уменьшению количества удовлетворенных исков о лишении родительских прав; передача ребенка в семью рассматривается как оптимальная форма устройства несовершеннолетнего, оставшегося без попечения родителей. Родители имеют преимущественное право на обучение и воспитание своих детей перед всеми другими лицами (ст. 63 СК РФ). При этом в действующем законодательстве предусмотрены определенные формы защиты интересов ребенка. При регламентации родительских прав ст.65 СК РФ определяет, что при их осуществлении родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Способы воспитания детей должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление и эксплуатацию детей. Деяния, связанные с жестоким обращением с детьми являются уголовно наказуемыми. Семейный кодекс предусматривает возможность немедленного отобрания ребенка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он находится, при непосредственной угрозе жизни и здоровью ребенка (ст.77 СК РФ). Если пребывание ребенка с родителем причиняет вред его здоровью или представляет опасность для него, встает вопрос о лишении или ограничении родительских прав (ст.69, 73 СК). Для лишения родительских прав достаточно

установления фактов асоциального поведения, злоупотребления алкоголем, отсутствия должного ухода за ребенком, жестокого обращения с ним (ст.69 СК РФ). Ограничиваются родительские права в тех случаях, когда оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей не зависящим (в том числе, вследствие имеющегося у родителя психического расстройства) (ст.73 СК РФ). Своевременное ограничение в родительских правах родителей, представляющих по своему психическому состоянию опасность для ребенка, с одной стороны, является одним из основных факторов профилактики общественно опасных деяний, совершенных в отношении детей родителями, страдающими психическим расстройством, а с другой - предупреждает вредное влияние психически больного родителя на ребенка.

Как поясняет А.М. Нечаева (1989), различие между ограничением и лишением родительских прав лежит в плоскости субъективных критериев поведения родителя и наличия или отсутствия его вины в причинении вреда ребенку. Таким образом, лица, не выполняющие своих родительских обязанностей вследствие психических расстройств (за исключением больных хроническим алкоголизмом или наркоманией), не могут быть лишены родительских прав. Если основания, в силу которых родители были ограничены в родительских правах, отпали, суд по иску родителей (одного из них) может вынести решение о возвращении ребенка родителям и об отмене ограничения родительских прав (ст.76 СК РФ).

Во всех случаях, когда встает вопрос об ограничении родительских прав или об отмене такого ограничения в отношении лица, страдающего психическим расстройством, возникает необходимость в проведении судебно-психиатрической или комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (СПЭ, КСПЭ). Предметом подобных экспертиз является установление наличия или отсутствия неблагоприятных для психического развития ребенка и опасных для его жизни последствий осуществления родительских прав родителем, страдающим психическим расстройством (Харитоновна Н.К., Королева Е.В., 2009). При комплексной психолого-психиатрической экспертизе в задачу эксперта-психолога входит оценка воспитательной позиции родителя и его функциональной способности к адекватному обеспечению индивидуальных потребностей развития ребенка.

Анализ экспертиз, проведенных в ФГБУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского» по гражданским спорам об ограничении родительских прав, отмене ограничения родительских прав; по спорам об определении места жительства детей, у которых один из родителей страдает психическим расстройством; по спорам об определении порядка общения ребенка с родителем, страдающим психическим расстройством; по уголовным делам в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния в отношении детей, показывает, что родитель, страдающий психическим расстройством, помимо непосредственной опасности, может оказывать негативное влияние на психическое развитие ребенка и быть неспособным к полноценному осуществлению воспитательной деятельности.

Непосредственная опасность для ребенка, как правило, бывает обусловлена острой или хронической психотической симптоматикой (аффективно-бредовой, параноидный, галлюцинаторно-параноидный синдромы, депрессивный синдром), определяющей актуальное психическое состояние и поведение родителя. Решающая роль психопатологической мотивации в совершении больными шизофренией женщинами

агрессивных действий в отношении детей подчеркивалась М.А. Качаевой (1999), Т.Б. Дмитриевой и соавт. (2003), А.Э Ванштейном (2002). В подобных случаях высокий риск совершения противоправных действий в отношении детей определяет необходимость ограничения родительских прав родителя, страдающего психическим расстройством. Особенно часто случаи недопустимого обращения с ребенком встречаются при параноидной форме шизофрении с бредовыми идеями, распространяющимися на детей, психопатологическими бредовыми переживаниями религиозного содержания, при органических бредовых расстройствах, личностных расстройствах, сочетающихся с зависимостью от психоактивных веществ (Харитоновна Н.К., Королева Е.В., 2009).

Опасность воспитания родителем, страдающим психическим расстройством, может определяться не только высоким риском его агрессивного или неадекватного поведения, но и риском оставления ребенка в беспомощном состоянии, что часто встречается при шизофрении со значительным эмоционально-волевым дефектом, умственной отсталости тяжелой и умеренной степени, органических психических расстройствах с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением и нарушениями эмоционально-волевой сферы.

Неспособность психически больных к полноценному осуществлению родительских обязанностей может выражаться в невозможности осуществлять необходимый контроль за обучением, поведением, социальными связями, личностным развитием ребенка, что особенно часто отмечается в случаях формирования у родителя апатоабулического дефекта различной степени выраженности. При наличии у несовершеннолетнего хронического заболевания или нарушения психического развития, определяющего особые потребности в уходе, медицинском наблюдении и лечении ребенка, неспособность к полноценному осуществлению родительских обязанностей может выражаться в невозможности правильно оценить имеющуюся ситуацию, оказать ребенку жизненно необходимую помощь. Недостаточность критических и прогностических способностей могут препятствовать распознаванию индивидуально-психологических потребностей ребенка, в том числе, направленных на обучение, развитие и социальное взаимодействие вне семьи, и оказать негативное влияние на психическое развитие ребенка при отсутствии хорошего поддерживающего окружения или пролонгированного социально-психолого-педагогического сопровождения.

В случаях, когда решается вопрос о возможном негативном влиянии родителя, страдающего психическим расстройством, на психическое состояние и развитие ребенка целесообразно проведение комплексного психолого-психиатрического не только родителя, но и ребенка. При исследовании ребенка решаются вопросы о наличии или отсутствии у него психического расстройства или нарушения психического развития; оценивается его актуальное психическое состояние, индивидуально-психологические особенности, особенности психологического отношения к родителю, имеющиеся психолого-педагогические потребности. Наблюдение за характером отношений между ребенком и родителем позволяет оценить глубину эмоционального контакта между ними, продуктивность взаимодействия при совместном решении диагностических задач, а также такие особенности воспитательной позиции родителя, как адекватность, гибкость, прогностичность. В случае невозможности проведения освидетельствования ребенка, при вынесении экспертного заключения в отношении родителя должны быть учтены данные о

психическом состоянии, особенностях психического развития и уровне психологической адаптации ребенка.

Выделены следующие клинико-психопатологические и социально-психологические критерии, благоприятные для прогностического заключения о способности родителя, страдающего психическим расстройством к выполнению родительских обязанностей: отсутствие острой продуктивной психотической симптоматики, выраженного интеллектуально-мнестического снижения, глубокого эмоционально-волевого дефекта; сохранность упорядоченного поведения, основных установок личности (трудовых, социальных, родительских), социальной активности и достаточного уровня социальной адаптации; сохранение материнских (отцовских) чувств, эмоциональной привязанности к ребенку со стремлением к удовлетворению его эмоциональных потребностей; высокий уровень эмоциональной, когнитивной и поведенческой включенности родителя в процесс воспитания ребенка, свидетельством которой являются хорошая осведомленность родителя темпах и особенностях его психического развития, занятиях и увлечениях, значимых социальных связях; адекватная оценка родителем индивидуально-психологических особенностей ребенка, выявляемая при клинико-психологической беседе с родителем и психолого-психиатрическом обследовании ребенка.

Таким образом, опасность оставления ребенка с родителем, страдающим психическим расстройством, определяется различными обстоятельствами, которым должна быть дана оценка при экспертном исследовании в гражданских спорах об ограничении (отмене ограничения) родительских прав. В случаях, когда при выявлении у родителя психического расстройства он по своему психическому состоянию непосредственной опасности для ребенка не представляет, должны быть проанализированы характер течения психического расстройства, выраженность дефекта, степень сохранности критических и прогностических способностей родителя. Для решения экспертных задач целесообразно проведение комплексной психолого-психиатрической оценки характера отношения родителя к ребенку, адекватности его воспитательной позиции и стиля воспитания, способности к учету особенностей психического развития, индивидуально-психологических особенностей и потребностей ребенка, в том числе обусловленных наличием у ребенка хронических заболеваний. Согласно Постановлениям Правительства РФ от 01 мая 1996г. №542, от 19 марта 2001г. №195, к психическим заболеваниям, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью, осуществлять воспитательную деятельность в детских домах семейного типа, относятся лишь те, при которых больные признаны в установленном порядке недееспособными или ограниченно дееспособными. В соответствии с Положением, утвержденном приказом Минздрава РФ от 10 сентября 1996г. № 332, при медицинском освидетельствовании граждан, желающих стать усыновителями, опекунами (попечителями) или приемными родителями подлежат выявлению психические заболевания, при которых больные признаны в установленном порядке недееспособными или ограниченно дееспособными. Таким образом, при медицинском освидетельствовании не подлежат выявлению и клинической оценке психические расстройства, вследствие которых лицо не было лишено дееспособности. В то же время при многих психических заболеваниях больные, не лишённые дееспособности, могут представлять опасность для ребенка. В связи с этим

представляется целесообразным дополнить перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью, осуществлять воспитательную деятельность в детских домах семейного типа, психическими расстройствами, которые обуславливают опасность для ребенка при его воспитании лицом, страдающим данным расстройством. Внесение подобного изменения в Перечень заболеваний подразумевает необходимость проведения психиатрического обследования при освидетельствовании кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители специалистами территориальных психоневрологических диспансеров. При выявлении у лица, желающего стать усыновителем, опекуном, приемным родителем, симптомов психического расстройства (продуктивной психотической симптоматики, когнитивных, эмоционально-волевых, личностных нарушений, расстройств влечения, в том числе, педофилии) целесообразно, в целях профилактики общественно опасных деяний в отношении несовершеннолетних, причинения вреда психическому здоровью и развитию ребенка вследствие его воспитания данным лицом, проведение освидетельствования кандидата комиссией врачей-психиатров. В случае отрицательного заключения и несогласия с ним лица, желающего стать усыновителем, опекуном, приемным родителем, данный вопрос может быть решен в судебном порядке с назначением комплексной психолого-психиатрической экспертизы.

Литература

1. Семейный Кодекс Российской Федерации (редакция от 01.09.2013).
2. Нечаева А.М. Споры о детях. – М., 1989.
3. Качаева М.А. Психические расстройства у женщин, совершивших агрессивные действия против личности: (клинический и судебно-психиатрический аспекты). Дис.... Доктора мед.наук. – М., 1999. – 389 с.
4. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Ромасенко Л.В. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. / Изд. 2-е, перераб. и дополн. – М.: Медицина, 2003. – 248 с.
5. Вайнштейн А.Э. Клинико-социальная характеристика женщин, больных шизофренией, с агрессивным поведением в семье. Автореферат дис. ... канд.мед.наук. М, 2002г. – 20с.
6. Харитоновна Н.К., Королева Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе (клинический и правовой аспекты). – М., 2009
7. Положение о медицинском освидетельствовании гражданина(ки), желающего стать усыновителями, опекунами (попечителями) или приемными родителями (утв. Приказом Минздрава РФ от 10 сентября 1996г. № 332
8. Постановление Правительства РФ №542 от 01 мая 1996г. «Об утверждении Перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью».
9. Постановление Правительства РФ №195 от 19 марта 2001г. «О детском доме семейного типа».

Перелякина Н. Л.

Издетского дома - в семью

Право жить в семье есть у каждого воспитанника детского дома. Семейное воспитание позволяет обеспечить нормальное физическое, нравственное,

интеллектуальное и социальное развитие ребенка, помогает стать ему полноценным членом общества. Общественные формы воспитания не могут заменить ребенку семью, что подтверждается практикой. По этой причине в случае утраты детьми родительской заботы государству приходится искусственно создавать попечение, подобное тому, какое дает семья.

Свой дом и нормальные условия жизни для ребенка могут создать приемные родители. Одной из наиболее динамично развивающихся форм семейного воспитания для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является замещающая семья. Замещающая семья – это очень широкое понятие, сюда относится любая семья, заменяющая ребенку кровную, биологическую семью. Это может быть семья усыновителей, опекунов, попечителей, приемных родителей, патронатная, временная или гостевая семья.

В приемной семье ребенок получает обычное семейное воспитание и содержание. Приемная семья дает возможность максимально приблизить воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, к реальной жизни. Она формирует у детей навыки преодоления трудных жизненных ситуаций, психологическую защиту и правильное поведение при стрессах, а также морально-этическую установку на создание собственной стабильной семьи, что важно и для некоторых взрослых граждан, прежде всего для тех, кто видит в воспитании детей свое призвание, кто небезразличен к судьбе обездоленных детей и считает, что у него хватит сил, умения и опыта воспитывать чужих детей. Для некоторых граждан воспитание чужих детей может стать профессией, основной работой и заботой. Ведь граждане, взявшие в семью приемных детей, получают за свой труд заработную плату, которая может быть единственным источником их существования. Воспитание оставшихся без попечения родителей детей в приемной семье имеет большое значение. В такой семье воспитывается полноценная личность, подготовленная к выполнению различных социальных ролей. В приемной семье ребенок, как правило, вырастает трудолюбивым, умеющим обслуживать себя и помогать другим, т.е. полноценным гражданином. При этом содержание такого ребенка обходится гораздо дешевле, чем содержание детей в государственных детских учреждениях. Ведь приемные родители выполняют функции многочисленного обслуживающего персонала таких учреждений.

В детском доме создана образовательная среда, направленная на формирование знаний и умений семейного воспитания. На занятиях по программе «Подготовка ребенка к жизни в семье» педагоги рассказывают о том, что значит, быть «папой», «сыном», «дочерью», «женой», т.е. знакомят детей с особенностями взаимоотношений в семье.

Без длительного опыта пребывания в семье у воспитанника детского дома не сформируются правильные и реальные представления о роли всех членов семьи, значении и особенности отдельно взятой семьи.

Мы уже 9 лет занимаемся вопросом подбора, подготовки и сопровождения замещающих семей. Являясь стажировочной площадкой по данному вопросу, подготовили специалистов со всего Хабаровского края. И сегодня в Хабаровском крае уже создана система работы служб по сопровождению замещающих семей. Необходимость работы таких служб заключается в профилактике возвратов приемных детей из семей обратно в детские дома из-за некомпетентности замещающих родителей в решении

детско-родительских проблем общения и взаимодействия, проблем трудного поведения ребенка, и пр.

В службу обращаются кандидаты разных социальных слоев и с разными мотивами принятия ребенка в семью. Это могут быть граждане, оформляющие опеку или приемную семью над родственниками (бабушки над кровными внуками, тети над племянницами и т.д.). Этот мотив самый распространенный по оформлению опеки или приемной семьи. Также обращаются молодые семьи, как правило, желающие оформить усыновление над младенцами, не имеющие возможности завести собственных детей. Либо это могут быть одинокие женщины, не состоявшие в браке и в личной жизни, которые желают взять ребенка с детского дома, чтобы компенсировать свою эмоциональную недостаточность.

Дети-сироты – особые дети. Причины их личностного своеобразия и особенностей взаимодействия с миром и другими людьми кроются в прошлом опыте. Ребенок-сирота – это ребенок, переживший утрату, разлуку, разрыв отношений в младенчестве или, если речь идет о социальном сиротстве, в детском или подростковом возрасте. Скорее всего, ранний опыт такого ребенка наполнен травматическими переживаниями. Чаще всего матери таких детей не умели или не могли выполнить те свои функции, которые необходимы для полноценного, гармоничного развития детей – обеспечить возможность расти и познавать мир, не опасаясь погибнуть.

Дети-сироты – это дети, испытывающие на себе последствия материнской депривации. И это всё необходимо осознавать и понимать потенциальным приемным родителям.

Целью подготовки кандидатов в замещающие родители является повышение компетентности потенциальных замещающих родителей в вопросах семейной, детской психологии, медицинских и юридических аспектов воспитания оставленных детей.

Продолжительность курса составляет 3 месяца и программа подготовки рассчитана на 80, 5 часов.

Специалисты службы - педагоги-психологи, социальные педагоги, медицинские работники, учитель-логопед, юрисконсульт через активные формы и методы дают знания о сущности семьи - как социального института и ячейки общества, как среде, в которой складываются условия его физического, психического, эмоционального и интеллектуального развития ребенка. Имеется блок тем по организационно-правовым основам функционирования замещающей семьи.

Большую часть курса занимает изучение психологических особенностей детей-сирот, особенностей протекания психологических кризисов. Через тренинги и упражнения кандидаты учатся эффективно вести себя в ситуации "трудного" поведения детей (лжи, воровства и пр.). Не менее важной является тема полового воспитания, жестокого обращения, тайны усыновления, особенности питания и здоровья детей, лишенных родительского попечения.

Основное удовольствие от нашей работы получаешь, изучая обратную связь (рефлексия) проучившихся кандидатов. По окончании каждого курса она самая разная, часто положительная. Ежегодно изучается динамика возвратов приемных детей обратно в детские дома (к счастью, она уменьшается). Радостно видеть положительный рост в приеме детей в семьи обучившихся замещающих родителей.

Приведу пример обратной связи обучившихся кандидатов в замещающие родители одного из курса.

Ваше общее впечатление о курсе

- Положительно, познавательное, увлекательное
- Огорчение что мало...хотелось – бы общаться и познавать
- Необходимое дело для приемных родителей
- Когда шла на занятие, думала, приду: отсижу и все. После первого занятия

поняла, что мне это НАДО и нравится.

Что вам больше всего понравилось в курсе?

• Много примеров из собственной педагогической деятельности педагогов работающих с детьми – сиротами

- С людьми соратниками со своим мнением и мировоззрением
- Раскрыты темы, которые либо были «закрыты», либо думал, что об этом

«знаю»

- Профессионализм преподавателей
- Высокий уровень подачи материала
- За короткое время раскрыто много вопросов

Что Вам меньше всего понравилось в курсе?

- Мало времени, хотелось бы продолжения

Какое событие в курсе было для Вас самым памятным?

- Первое утреннее общение в кругу
- Каждый день интересен по - своему
- Мозговые штурмы
- Домашние задания

Помогли ли Вам занятия почувствовать себя лучше подготовленными, и если да, то в чем?

• Помогли увидеть какие дети из детского дома «особенные», их чувства, мысли

- Стал более уверенным

• Поняла, что скрывать усыновления не буду, чтобы в дальнейшем не нанести травму ребенку

• Находить выход из трудных ситуаций, контролировать свое поведение и поведение детей

- Понял, что воспитание детей процесс долгий и серьезная работа

О чем, по Вашему мнению, нужно узнать больше?

- Научиться распознавать чувства и эмоции детей
- Изучить эти все вопросы еще раз и с более глубоким погружением.
- Подходы к детям в зависимости от условий и возраста

Какую основную мысль Вы извлекли относительно взаимоотношений приёмного ребенка и приёмной семьи?

• Все строится на полном доверии и уважении

• Общаться с человеком необходимо на равных

• Все действия (поступки, помыслы, мотивы) должны быть направлены на ребенка

- Это процесс, в котором так много зависит от родителей их мотивации, желания и подготовки

Что еще хотелось бы добавить?

- Обучать ВСЕХ родителей России
- В дальнейшем встречаться с приемными родителями, поддерживать связь.

Таким образом, я могу смело заявить, что наша работа ненепростая. Мы идем в правильном направлении. В современной ситуации взаимоотношений детей и взрослых необходимо наличие служб подготовки и сопровождения граждан, изъявивших желание стать замещающим родителем. При поддержке специалистов родители преодолевают трудности, возникающие с появлением нового члена семьи.

Басин М.А., Хаидов С.К.

Иждивенческая позиция личности маргинальной женщины, находящейся в трудной жизненной ситуации, как негативный фактор социализации ребенка*

В современном развитии российского общества все еще остаются высокие тенденции к появлению в нем семей находящихся в трудной жизненной ситуации (далее СНТЖС). Согласно Федеральному Закону № 195-ФЗ от 10.12.1995 г. «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», трудная жизненная ситуация это: ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и тому подобное), которую он не может преодолеть самостоятельно.

В свою очередь «Национальный стандарт Российской Федерации» от 27.12.2007 № 563-ст, ГОСТ Р 52885-2007, в части социального обслуживания населения и социальных услуг семье устанавливает группы семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации:

- малообеспеченные семьи;
- семьи, имеющие на попечении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- неполные семьи;
- семьи, имеющие в своем составе детей с ограниченными умственными и физическими возможностями;
- семьи и отдельные граждане, оказавшиеся в экстремальной ситуации (пострадавшие от стихийных бедствий или приравненных к ним событий), семьи беженцев и вынужденных переселенцев;
- многодетные семьи;
- семьи, имеющие в своем составе нетрудоспособных или длительно болеющих членов, инвалидов, в том числе детей-инвалидов;
- семьи с неблагоприятным психологическим микроклиматом;
- семьи, где дети и женщины подвергаются любым формам физического, сексуального или психического насилия;
- семьи, где родители или законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними;

* Статья подготовлена при финансовой поддержке благотворительного фонда ТОЧКА ВОЗВРАТА

- семьи, где родители или дети погибли (умерли) во время несения воинской службы.

Значительная часть семей, находящихся в трудной жизненной ситуации относятся к категории семей, находящихся в социально опасном положении. В соответствии с Федеральным Законом от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ «Об основах профилактики и безнадзорности несовершеннолетних» семья, находящаяся в социально опасном положении - семья, имеющая детей, находящихся в социально опасном положении, а так же семья, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними.

Так как семья является первичным институтом социализации личности, и в частности – детей, от ее функционирования зависит социальная адаптация несовершеннолетних к социальным нормам общества, формирование у них духовных и морально-нравственных ценностей. В связи с этим, положения детей в ней и за ее пределами обуславливает первый аспект актуальности научной тематики исследования СНТЖС.

Особое место среди СНТЖС занимают маргинальные семьи, появлению большого количества которых способствует рост маргинальной среды, вызванного: обеднением части населения, угрозой потери социального статуса, невротизацией населения, развитием дезадаптации, ростом заболеваний и смертности. Массовое образование маргинальных (*marginalia* (лат.) - находящихся на обочине) семей без принятия кардинальных мер, может привести к социальной катастрофе. Вместе с тем, наличие неполных семей, семей социального риска, проблемных семей, только усугубляет общее положение. Сама маргинальная семья - неспособна самостоятельно решать свои проблемы, постоянно нуждается в помощи государства и как показывает практика, часть из них не хочет что-либо менять в своей жизнедеятельности, чтобы выйти из этого положения. В конечном итоге это приводит к тому, что эта часть семей становится «социальными иждивенцами», считающими нормальным, постоянное обеспечение государством их материальных потребности. Для этих маргинальных семей единственным путем выживания становится получение помощи и льгот, за счет которых они и существуют, не прилагая усилий к изменению своей жизни. В этом главное отличие такого типа семей от других маргинальных семей и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, которые понимают свое положение и стремятся всеми силами и способами, выйти из трудной жизненной ситуации. Зачастую члены таких семей пополняют криминальную среду. Все это обуславливает второй аспект актуальности исследования семей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Третьим аспектом актуальности исследования является правовой статус маргинала. Статус маргинала не конечное звено его переходности. Именно от того какая социально-психологическая работа будет проведена с маргинальной семьей, она может, как подняться в социальном статусе, так и опуститься на самое «социальное дно».

Анализ научной литературы показал, что существуют различные понятия маргинальности от широкого, используемые в философии, антропологии, культурологии и

т.д., до узкого, обусловленного научной дисциплиной и тематикой научного исследования.

Так в социологии маргинальность понимается как состояние пребывания частично внутри социальной группы и частично вне ее.² Более развернутую характеристику маргинальности дает И.П. Попова. Согласно ей маргинальность - это состояние групп и индивидов в ситуации которая вынуждает их под влиянием внешних факторов, связанных с резким социально-экономическим и социально-культурным реструктурированием общества в целом, изменять свое социальное положение и приводит к существенному изменению или утрате прежнего социального статуса, социальных связей, социальной среды, а так же системы ценностных ориентаций.³

Авторам статьи наиболее близко понятие маргинальность данное С.Н. Мельник «маргинальность - состояние индивида или группы, занимающих промежуточное положение между какими-либо социальными группами или крайнее положение в обществе, что приводит к неполному включению в данные социальные образования, изменению или утрате прежнего социального статуса и сопровождается изменением ценностно-нормативной ориентации и поведения индивида».⁴

За рубежом близким к понятию маргинальность является понятие аномия, введенное Э. Дюркгеймом.⁵ Однако понятие аномия «относится к состоянию социальной системы, в то время как понятие маргинальности - к положению индивида или группы в этой системе».⁶ В соответствии с этим понятие «маргинальность индивида» в социологии дает возможность рассматривать его с точки зрения психологии, как «маргинальность личности».

В психологии маргинальность личности рассматривается как «... - личность, у которой не сформирована прочная, однозначная, согласованная система социальных идентичностей и ценностных ориентаций, в силу чего, как предполагается, маргинальная личность испытывает когнитивные и эмоциональные проблемы, затруднения, внутренний разлад. Понятие маргинальная личность введено Р. Парком (Park, 1932); позднее разрабатывалось Е. Стонквистом (Stonequist, 1960), который рассматривал «культурную» и «расовую» маргинальность».⁷

Маргинальная личность находится «на границе между двумя или более социальными мирами, но не принимаются ни одним из них как его полноправный участник».⁸ Р.Парк рассматривал маргинальную личность, как человека на рубеже двух культур, который никогда не будет принят в новое сообщество, оставаясь в нем

² Большой толковый социологический словарь (Collins). Том 1 (А-О) / Пер. с англ. М., 1999, С.389.

³ Попова И.П. Маргинальность: Социологический анализ. М., 1996, С.30

⁴ Мельник С.Н. Социологический анализ маргинальности в социальной структуре современного российского общества: на примере Приморского Края. Дис. ... канд. социолог. Наук. Владивосток, 2003. - 217 с.

⁵ Дюркгейм Э. О разделении общественного труда: Метод социологии. М., 1991.

⁶ Мельник С.Н. Социологический анализ маргинальности в социальной структуре современного российского общества: на примере Приморского Края. Дис. ... канд. социолог. наук. Владивосток, 2003. - 217 с. С.21-22.

⁷ Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. - 672 с. С. 275.

⁸ Шибутани Т. Социальная психология. Пер. с англ. В.Б. Ольшанского. Ростов н/Д.: изд-во «Феникс», 1998. - 544 с., С.491-492.

личностью с расщепленным сознанием и расстроенной психикой, а Э. Стоунквист отмечал, что маргинальная личность может реинтегрироваться в новое сообщество и культурную среду в результате длительного процесса.⁹

В европейском подходе согласно исследованию проведенной С.Н. Мельник существенно расширяется диапазон содержания маргинальности личности, где наряду с культурной маргинальностью выделяются:

1) структурная маргинальность как характеристика индивидов, либо исключенных из системы общественного разделения труда и пребывающих на социальной периферии, либо находящихся в процессе перемещения из одной социальной позиции в другую;

2) идейная маргинальность как характеристика индивидов, отрицающих культурные стандарты и ценности общества и противопоставляющих себя социуму;

3) маргинальность социальной роли как характеристика состояния индивидов, занимающих промежуточное положение между двумя групповыми ролями.

Из трех основных типов маргинальности: культурной, структурной и маргинальности социальной роли авторы статьи особо выделяют структурную маргинальность, где отдельные люди, находятся «на дне» общества - т.е. не обладают определенной профессией, источником дохода и социальным престижем, признанием и уважением. В свою очередь структурная маргинальность разделяется на «маргинальность - переходность» и «маргинальность - периферийность». «Маргинальность - переходность» возникает вследствие процессов экономической, политической, профессиональной мобильности. «Маргинальность - периферийность» обусловлена различными видами нисходящей социальной мобильности, и включает группы бездомных, бедных, опустившихся алкоголиков, проституток, наркоманов.

Структурная маргинальность - периферийность имеет следующие социально-психологические характеристики маргинальной личности:

- деперсонализация (разрушение личности человека), вызванная деклассированием, наряду с разрушением прежнего образа жизни;
- доминирование инстинктов выживания;
- регрессивность культурных норм поведения;
- рост агрессии и желания мести обществу.

В ценностных ориентациях ведущими выступают уравнилельные ценности; стремление обогатиться за чужой счет, характерны дух наживы, стяжательства, авантюризм; формируется устойчивая мотивация оправдания неправомерных поступков. Проявляются такие характерные черты как: нетерпимость по отношению к существующим социальным институтам, индивидуализм, моральный релятивизм, отрицание любых форм организованности, авантюристическое нетерпение, неумение и нежелание подчинять индивидуальные интересы коллективным, примитивизм мышления, импульсивность, ситуационность поведения. Низкий уровень притязаний и потребностей,

⁹ Мельник С.Н. Социологический анализ маргинальности в социальной структуре современного российского общества: на примере Приморского Края. Дис. ... канд. социолог. наук. Владивосток, 2003. - 217 с. С.31.

отсутствие конкурентности, иждивенчество, безответственность, беспомощность, лень, и как следствие - низкая социальная активность как членов общества.¹⁰

Интерес к структурной маргинальности - периферийности вызван тем, что авторы статьи по запросу Министерства труда и социальной защиты населения Тульской области, при поддержке Благотворительного фонда «Точка возврата», провели психологический анализ характеристик женщин, получающих помощь в учреждениях названного министерства. Результаты показали, что 82 % из них являются маргинальными личностями, а 11% относятся к «структурной маргинальности – периферийности» (далее «СМ-П»). Однако некоторые социально-психологические характеристика женщин относящихся к «СМ-П» не позволяют рассматривать их как полностью относящихся к данной категории. Такими характеристиками являются: четкое осознание своего социального положения, согласие выполнения действия к изменению своего положения и в тоже время отсутствие самих этих действий; нереальность представлений своего будущего, выражающаяся в его приукрашивании и оторванности от реальной действительности («маниловщина»); наличие явного нежелания работать, а получать только помощь от государства и других общественных организаций и людей. При этом отмечается выраженное недовольство тем, что оказываемая помощь недостаточна для их благополучного проживания, постоянный поиск того, кто мог бы их содержать. Меры социально-психологической реабилитации имплицитно отвергаются или игнорируются, при этом часто, при наличии детей, происходит шантаж сотрудников социальных учреждений в виде угрозы ухода с детьми из учреждения. Спокойно относятся к тому, что по окончании договора об оказании помощи, они должны будут покинуть социальное учреждение или перейти в другое. У многих этих женщин отсутствуют специальности и профессии. Одновременно с перечисленным проявляется удовлетворенность своим социальным положением, при декларации неудовлетворенности им, что позволяет говорить о ситуации социальной и психологической стагнации, которая полностью устраивает этих женщин.

Данная стагнация авторами статьи рассматривается как проявление социально-психологической трансформации личности, проявляющаяся в отсутствии позитивных аспектов социального развития.

Данные характеристики, возможно рассматривать и как проявления негативной социальной адаптации, которая согласно исследованиям проведенной Е.Н. Орловой «... - приспособление индивида к условиям социальной среды за счет использования чужих ресурсов (ресурсов другого человека, социальной группы, общества, государства). Негативная социальная адаптация основа на неэквивалентном обмене социальной деятельностью, индивид не участвующий в производстве, потребляет произведенное другим.

В свою очередь негативная социальная адаптация подразделяется на два вида:

1. социально-экономическая зависимость (социальное иждивенчество) - это стратегия поведения человека, обладающего минимальным размером социальных «капиталов», не способного самостоятельно обеспечить себя средствами к существованию, которому сознательно (часто добровольно и инициативно) оказывается

¹⁰ Мельник С.Н. Социологический анализ маргинальности в социальной структуре современного российского общества: на примере Приморского Края. Дис. ... канд. социолог. наук. Владивосток, 2003. - 217 с.

помощь со стороны другого субъекта (общества, государства, предприятия, другого человека). К проявлениям социально-экономической зависимости относятся:

- экономическая пассивность индивида (социальной группы);
- социально-психологические установки на патернализм государства и получения гарантированных материальных благ;
- осознание себя вправе эту помощь получать и готовность в связи с этим нести определенные издержки, ограничивающие личную свободу;

2. социальный паразитизм - это способ существования, при котором социальный субъект удовлетворяет свои потребности за счет других, имея возможность удовлетворять их самостоятельно. Обычно это стратегия поведения «сильных», выражающаяся в злоупотреблении своим превосходством (физическая сила, власть, интеллект, предприимчивость, наконец, количественное превосходство). Важно, что согласия тех, кто поставляет ресурсы, не спрашивается, и объектом паразитизма является низший (или считающийся таковым), зависимый от паразитирующего».¹¹

В тоже время, анализ социальной негативной адаптации проведенной Е.П. Орловой показывает, что индивиды относящиеся к этой группе не являются маргиналами, т.к. они не находятся в промежуточном положении между какими-либо социальными группами или в крайнем положении в обществе, что привело бы их к неполному включению в данные социальные образования.

В своем исследовании В.Н. Долматова приходит к выводу, что в психологических источниках отсутствует точное определение иждивенчества при частом его использовании и дает психологическую трактовку этого понятия «как личностное качество, характеризующееся стремлением во всем рассчитывать не на свои силы, привычкой жить за чужой счет, отсутствием осознания аморальности такого поведения».¹² Иждивенчеству она дает следующие характеристики: безынициативность, пассивность, инфантильность, привычка активно потреблять жизненные блага за счет других. Ею выделены два аспекта феномена иждивенчества. Первый - социальный, когда иждивенчество является следствием объективных факторов (детство, инвалидность, болезнь и др.), таких людей принято называть социальными иждивенцами. Второй - психологический, когда иждивенчество предстает как сформированная жизненная позиция, перерастающая затем в устойчивое личностное качество. При этом иждивенец потребляя общественный продукт (ресурсы) не предоставляет взамен ничего эквивалентного.

Таким образом, выделенная выше группа маргинальных личностей имеет как характеристики «структурной маргинальности - периферийности», так и характеристики «социального иждивенчества».

По видимому, именно эти характеристики объясняют малую успешность работы учреждений социальной защиты по социальной реабилитации данной группы маргинальных личностей. Все это требует поиска и разработок новых методологий и методик работы с ними. Однако, отсутствие точного определения и характеристик данных маргинальных личностей, вызывают большие трудности в данной работе.

¹¹ Орлова Е.В. Феномен социального паразитизма в современном обществе: социально-философские аспекты. Дис. ... канд. философ. н. Ростов н/Д, 2008. - 143 с. С.20-21.

¹² Долматова В.Н. Психолого-педагогические условия преодоления иждивенческой позиции воспитанников детского дома. Дис. ... канд. психол. н. Липецк, 2008. - 171 с.

Поэтому, исходя из вышесказанного, авторы статьи предлагают ввести новый тип маргинальной личности «иждивенческий маргинализм» и дать ему следующее определение.

Иждивенческий маргинализм - маргинальная личность, включающая в себя интегрированную совокупность основных признаков «структурной маргинальности - периферийности» и «социального иждивенчества» как стратегия поведения, находящаяся в стадии стагнации, в которой отсутствуют позитивные аспекты социального развития.

Место иждивенческого маргинализма представлено в схеме, в основу которой положена схема, предложенная С.Н. Мельник.



Основные социально-психологические характеристики иждивенческого маргинализма проявляются в следующем:

- четкое осознание своего социального положения;
- декларативность согласия выполнения действий ведущих к изменению своего положения;
- отрыв представлений своего будущего от реальной действительности («маниловщина»);
- отсутствие желания трудиться с целью зарабатывания средств для своего существования;
- стремление к получению помощи только от государства и других общественных организаций и людей;
- неудовлетворенность оказываемой помощи, в связи с недостаточностью ее для обеспеченного проживания;
- постоянный поиск того, кто мог бы их содержать;
- имплицитное игнорирование мер социально-психологической реабилитации;
- шантажирование нуждами, здоровьем и безопасностью ребенка сотрудников социальных учреждений;
- спокойное отношение к уходу или переходу в другое социальное учреждение;

- декларация неудовлетворенности своим социальным положением;
- экономическая пассивность;
- социально-психологические установки на патернализм государства и получения гарантированных материальных благ;
- осознание себя вправе эту помощь получать и отсутствие готовности в связи с этим нести определенные издержки, ограничивающие личную свободу;
- наличие осознанной, частично осознанной или неосознаваемой безынициативности, пассивности;
- инфантильность как способ манипуляцией окружающими;
- установка на активное потребление жизненных благ за счет других.

Таким образом, выделенные социально-психологические характеристики иждивенческого маргинализма позволяют выделить прикладные задачи, оптимизирующие социальную реабилитацию данного типа маргинальной личности.

В тоже время, выделенные характеристики иждивенческого маргинализма не будут полными без учета характеристики трудной жизненной ситуации, данной в диссертационном исследовании Т.С.Табуровой.

Так трудная жизненная ситуация определяется ей как ситуация, предъявляющая человеку специфические внешние и внутренние требования, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы.¹³

Такое определение позволяет говорить о том, что трудная жизненная ситуация (далее ТЖС) обуславливает возникновение и психологического кризиса в развитии личности, что должно перевести ее на новый уровень. ТЖС с одной стороны является следствием, а с другой причиной актуализирующей противоречие между потребностями человека и его возможностями их удовлетворения.

В работе Табуровой Т.С., исследовалась специфика представлений людей об образе значимого Другого при столкновении с ТЖС. Она определила, что люди, характеризующиеся высокой личностной тревожностью и низкой потребностью в достижении, ориентируются в ТЖС на дружелюбного человека, обладающего развитой способностью к самоорганизации и высоким чувством ответственности. Такое описание соответствует необходимым характеристикам компетентного родителя, выполняющего функцию поддержки и защиты для собственных детей, в некоторых случаях.

Однако у людей с высокой личностной тревожностью, в отличие от представителей с низкой личностной тревожностью, восприятие ТЖС в связи с появлением образа Другого, обладающего указанными выше характеристиками, не изменяется. Образ Другого по мнению Табуровой Т.С. не приводит к переосмыслению ситуации, что связывается с выраженной тревожностью и ригидностью, затрудняющих произвольную регуляцию эмоционального состояния.

Подобную картину авторы статей отмечают при взаимодействии с маргинальными женщинами, попавшими в ТЖС. Они обращаются за помощью в

¹³Табурова Т.С. Образ значимого другого как ресурс совладания личности с трудной жизненной ситуацией. Дис. ... канд. психол. н. Барнаул, 2011 – 216 с.

учреждения социальной защиты, находят в лице социальных работников добрых, отзывчивых, обладающих высоким уровнем произвольной регуляции, ответственности, готовых взять их жизнь под контроль людей. Как было отмечено выше, иждивенческая маргинальность характеризуется различными социально-психологическими параметрами, которые удовлетворяются за счет работников социальных учреждений, представителей благотворительных организаций и отдельных граждан, участвующих в оказании им помощи. Все это позволяет сделать вывод, что помогающие люди воспринимаются ими как образ значимого Другого.

Маргинальные женщины декларируют разрешение контролировать себя, однако при этом отмечается их низкая активность, ригидность и нежелание изменять ТЖС, в которой они находятся. В тоже время у них отсутствует усиление эмоционального удовлетворения собственной жизнью, а переосмысление ситуации происходит с позиции внешнего уровня субъективного контроля, они не видят и не хотят видеть собственных ресурсов, которые способны привести к изменению ситуации в лучшую сторону, т.е. происходит замыкание на проблеме, ТЖС.

Как отмечает Табурова, высокотревожные лица при актуализации значимого Другого не изменяют свои неконструктивные способы совладания с ТЖС (представлены копинг-стратегиями, в которых выражены действия манипулирования, агрессии, застревания и т.д.). Люди с высокой тревожностью стремятся к поиску внешней опоры, социальной поддержки, но при этом, не стремятся к самоизменению, т.е. выходу в позицию произвольного управления собственной жизнью. Однако при этом усиливается самообвинение, возможно, как способ неосознанного или осознанного управления окружающими, манипулирование представителями социальных служб, ближайшим социальным окружением.

Проведенная в Тульском регионе психодиагностика в учреждениях социальной защиты, по предварительным результатам, показала, что у клиентов, относящихся по нашему определению к категории «иждивенческого маргинализма», отмечается высокий уровень личностной тревожности.

Таким образом, представители социальных служб и благотворительных организаций выступая в роли значимого Другого не могут согласно выводам Т.С. Табуровой качественно повлиять на выход иждивенческих маргиналов из ТЖС.

Все вышесказанное позволяет сделать вывод, что иждивенческий маргинализм является одной из форм девиантного родительства. Частое проживание в учреждениях социальной защиты, благотворительных организациях, частая смена места жительства, резкие перемены образа жизни, низкий материальный достаток и др. способствуют психологической травматизации детей из таких семей. Совокупность указанных внешних и внутренних факторов, как правило, приводит к социальной дезадаптации несовершеннолетних. Происходит повторение неблагоприятного жизненного сценария родителей, невозможность сформировать личную идентичность как следствие отсутствия таковой у родителей.

В семьях с иждивенческой маргинальностью зачастую происходит смещение социальной роли родительства с отца и матери несовершеннолетних на представителей социальных служб.

Профилактика данного типа девиантного родительства, относящегося к иждивенческому маргинализму, на сегодняшний день, согласно отзывам сотрудников социально-реабилитационных учреждений и результатов научных исследований, малоэффективна, что говорит о необходимости дальнейшего изучения данного вопроса.

Денисова Г.З.

Медитация «Зеленая горошина» для развития внимания школьников

Нестабильность современного общества порождает множество факторов, отрицательно влияющих на здоровье. Незрелый организм детей наиболее чувствителен к вредным воздействиям и, как следствие, легкие отклонения в работе мозга сегодня становятся массовыми. В отдельных классах количество гиперактивных детей составляет 80-87%. По исследованиям Л.А.Ясюковой «быстрая умственная утомляемость и снижение работоспособности (при этом общее физическое утомление может полностью отсутствовать). Сниженные возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности. Выраженные нарушения в деятельности (в том числе, и умственной) при эмоциональной активации. Значительные сложности в формировании произвольного внимания: неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, слабое распределение, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности. Снижение оперативной памяти, внимания, мышления. Трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную». [12, с.13]). Перечисленные отклонения делают процесс обучения таких детей проблематичным.

Синдром гиперактивности и дефицита внимания относят к спорным диагнозам и по мнению Г.А. Аминова «подтверждается только с помощью высоких технологий: МРТ, ПЭТ, спектрального анализа ЭЭГ и измерения неустойчивости клеточных структур. Лечится с помощью психобиологического комплекса: пептиды (не психотропы!) + тренинга внимания» [5, с.38]. Расторможенных детей пытаются «лечить» с помощью медикаментов. Президент Международной гражданской комиссии по правам человека Джен Истгейт предупреждает общественность об опасности коммерциализации психиатрии:

«...Только в США страховые компании ежегодно выплачивают \$69 млрд на лечение душевных болезней. ...20 млн. детей по всему миру прописывают психотропные препараты. При этом лечат детей от расстройств, существование которых не было научно доказано. 150 млн. чел когда-либо принимали антидепрессанты типа селективных ингибиторов обратного захвата серотонина СИОЗС. Эти препараты могут повышать у пациентов склонность к насилию и вызывать побуждение к самоубийству. Как было выяснено в ходе испытаний, эти лекарства не полезнее плацебо» [8, с.6-12].

Цель данной научной статьи изложить, апробированную двадцатилетней практикой, авторскую психотехнику тренировки внимания школьников «Зеленая горошина», подтвержденную реологическими измерениями (РЭГ) нейрофизиолога А.Г.Суворова [5]. Тренинг по существу построен на основе классического

нейропсихологического программирования и включает три действия: I. Trans – для отключения высших программ лобных долей используется зрительная фиксация на радиальных спиралях с кружком зеленого цвета в центре (прием арабских зеркал в болгарской психотерапии), II. Cod – зрительное предъявление аутокоманд на ветвях спирали, III. Mob – мобилизация [6].

Методика исследований эффективности медитации.

В апробации участвовали студентки - волонтеры – 35 чел в возрасте от 16 до 18 лет, в основных испытаниях школьники старших и младших классов – более 200 чел.

Тренинги внимания производились с помощью специального медитационного пособия. Со студентами до и после сеанса тренинга записывали реограмму сосудов головного мозга.

Со школьниками – только тренинги внимания и психологические тесты до и после месячного цикла тренировок. Каждому испытуемому давалась четкая инструкция.

Медитационное пособие для тренинга внимания: представляет лист белой бумаги, в центре которого размещено символическое изображение «чаши знаний». В чаше – зеленая горошина, от которой в положительном вращении исходит алгоритмическая спираль семи цветов радуги. По всему листу прописаны формулы цели на успешную учебную деятельность.

Способ тренинга состоял в «медитационных циклах»: а) «Смотрю» – 2 мин, фиксирую взор на горошине и б) «Отдыхаю» -1 мин (вариант для старших школьников), глаза в это время закрыты; или «Смотрю» -1 мин и «Отдыхаю» 0,5 мин (вариант для учащихся младших классов). Считая про себя в определенном темпе (одна цифра = 1 сек), человек получил возможность выполнять тренировки без посторонней помощи.

Психологическое исследование внимания: тесты Бурдона - Анфимова «Корректирующая проба» (буквенный вариант) и Тулуз-Пьерона в модификации Л.А. Ясюковой до и через месяц после тренировок.

Психофизиологическое обследование кровотока головного мозга производилось на реографе «РеоСпектор», фирмы «НейроСофт», г.Иваново.

Перед исследованиями давалась инструкция.

«Мой милый юный друг! Как часто взрослые упрекают тебя в том, что ты не внимательный, часто отвлекаешься на уроках, не доводишь начатое дело до конца? Это неприятно... Тебе больше нравится, когда тебя хвалят! Но, опять и опять отвлекаешься, становишься почти безразличным к замечаниям, начинаешь чувствовать, что все больше и больше устаешь, объяснения на уроке воспринимаешь отрывками, не понимаешь, о чем идет речь – становится не интересно учиться и ходить в школу.

А можно ли стать господином своего внимания? Научиться управлять им? Ты прекрасно знаешь, что если тебе удастся внимательно прослушать объяснение нового материала учителем, ты способен все понять и почти все запомнить! Ты с удовольствием принимаешь участие в работе класса, отвечаешь на вопросы! Чтобы так было всегда, и учебная работа приносила бы тебе радость познания можно и нужно тренировать внимание! В этом тебе поможет Пособие по тренировке внимания «Зеленая горошина».

С первых же минут работы с Пособием ты почувствуешь, что это очень интересное и приятное занятие и не дольше, чем через 10-14 дней тобой будут довольны учителя и начнут гордиться родители. Главное – ты сам сможешь управлять своим вниманием и работоспособностью, если будешь тренироваться днем. Если выполнять

тренировки непосредственно перед сном, то будешь спать крепко, спокойно и видеть приятные сны. Начнем?

Тренировка внимания у нас называется медитационным циклом. Сядь за свой рабочий стол. Пособие положи перед собой, на то место, где, обычно, лежит книга для чтения. Разотри до теплоты ладонки и положи их на колени. Внутренним взором просмотри свое тело: позвоночник прямой, плечи развернуты, мышцы расслабленные.

Найди на Пособии зеленую горошину и сконцентрируй на ней свое внимание. Запомни, во время всей тренировки ты либо смотришь на зеленую горошину, либо отдыхаешь, сидя с закрытыми глазами. Отводить взгляд в сторону, на другие предметы или раздражители нельзя!

Медитационный цикл включает в себя две команды: «Смотрю», «Отдыхаю». Количество циклов определяется заранее. Не открывая глаз, последний медитационный цикл завершаем сеансом самовнушения, который проводится так:

- выбери себе или составь сам 2-3 формулы цели, при помощи которых ты сможешь повысить свои достижения. Варианты напечатаны на Пособии;

- всегда в одной и той же последовательности, спокойной интонацией, на выдохе проговаривай по 20 раз каждую формулу. Надо верить, но не очень в то, что они рано или чуть позже начнут «работать» [1].

Очень важно правильно завершить тренировку:

- делаем плавный, глубокий вдох... на выдохе, который короче, шевелим пальчиками рук и ног;

- делаем плавный, глубокий вдох и потягиваемся, как котятка, выдох короче;

- плавный, глубокий вдох..., как травинки, всем телом тянемся вверх, к солнышку..., выдох;

- более энергичный вдох и говорим себе: «Я все бодрее и бодрее!», на выдохе рычим, как тигры!

- вдох, приказать себе: «Проснуться! Открыть глаза! Улыбнуться! У меня ровное, хорошее настроение! Все силы подчинить учебе!». Так завершается дневная тренировка. Тренировка перед сном заканчивается иначе: после проговаривания формул цели зеваем, потягиваемся и говорим себе: «А теперь я буду сладко спать до утра или до ___ часов. Проснусь бодрым, полным сил».

При созерцании зеленой горошины, глаз совершает по его контуру регулярные скачки с частотой 2-5 раз в секунду. Мы этих микро движений не замечаем. Наибольшая острота зрения и полнота восприятия возникают только в центральной зоне сетчатки глаза, так называемой зоне ясного видения. Все, что лежит за пределами этой зоны, на периферии, видится как бы в тумане. Но, через несколько секунд, благодаря периферическому зрению, вдруг, человек отчетливо видит весь лист. Расширение поля зрения происходит неосознанно. Именно в этот момент раздражаются периферические зоны сетчатки глаза и формируются нейронные ансамбли, обеспечивающие съём и обработку информации с резервных зон поля [4].

В нашем случае, во время созерцания «Зеленой горошины» на плакате, как следствие этих колебаний, зрение выхватывает на короткие промежутки времени не только формулы, прописанные на плакате, но и разные цветовые символы, иными словами происходит «периодическое восприятие дополнительных цветов», которое «увеличивает физическую и умственную работоспособность. При этом чередовании

цветовых стимулов происходит взаимная сенсбилизация (повышение чувствительности рецепторов) за счет активности соответствующих нейронов и нервных центров, то есть «активизация интеллекта, как на бессознательном, так и на подсознательном уровнях» [8].

Далее, во время отдыха, сменившего зрительную стимуляцию, когда человек сидит с закрытыми глазами, через 5-10 секунд перед его внутренним взором, возникает цветовой экран, либо статический цветной фрагмент рисунка. Возможно, мозг сам воссоздает цвет, благодаря которому получает недостающее подкрепление для какого-либо из компонентов интеллекта [8].

По мере сосредоточения и успокоения микродвижения глаз становятся более плавными, мягкими, почти незаметными [4]. Так от занятия к занятию формируются воля, усидчивость, произвольность, которые реализуются в любом виде деятельности.

Результаты изменения показателей концентрации внимания у волонтеров следующие:

- реографический индекс (РИ) и скорость кровотока возросли у 95,2% обследованных, что свидетельствует об улучшении кровенаполнения сосудов головного мозга. У одной испытуемой отмечено снижение этих показателей на 9-11%;

- дикротический индекс (ДИК), отражающий тонус артериол улучшился у 70% обследованных;

- диастолический индекс (ДИА), отражающий тонус вен и венул улучшился у 89,6% обследованных;

- индекс Симонсона (ИВОсим) и венозное отношение по Соколовой (ВО) улучшилось у 84% и 81% обследованных соответственно.

Другие показатели практически не изменялись:

- модуль упругости (Альфа/РР) и время кровенаполнения сосудов (Альфа), т.е. эластичность сосудов не снижена, что объясняется возрастом обследованных;

- модифицированный диастолический индекс (МДИА) и коэффициент венозного оттока (КВО) у 100% в пределах нормы.

Динамика внимания в работе со школьниками через месяц тренировочных мероприятий:

- средние показатели продуктивности внимания в экспериментальных классах улучшились на 33% ($P < 0,001$), в контрольном классе – изменения на 9%;

- интегральный показатель устойчивости внимания улучшился на 30% ($P < 0,001$) в экспериментальной группе и на 2% в контрольной группе.

- точность выполнения задания улучшилась у 100% учащихся экспериментального класса, в контрольном – различия случайны.

По результатам теста Тулуз-Пьрона у 70% учащихся отмечалось увеличение скорости и возрастного норматива точности выполнения теста, отражающего состояние произвольного внимания на 30% и 26% соответственно, у 100% учащихся отмечалось сглаживание профилей. Дети, проживающие в детских домах, показывали аналогичные результаты только через два месяца медитативных тренировок.

Преподаватели отметили повышение работоспособности учащихся и то, что они стали управлять своим эмоциональным состоянием.

Психокоррекционная работа осуществляется психологом при участии невролога и психиатра.

Выводы проведенного исследования.

1. Предложен Способ тренинга произвольного внимания (ТПВ), отличающийся тем, что с целью развития внимания используется специальное Медитационное пособие в форме ветвей спирали, окрашенных в привычные цвета радуги, исходящих из точки фиксации в форме зеленого кружка– «горошины».

При этом для снижения активности «Я» (произвольных программ лобных долей) используется прием фиксации взора на круг зеленого цвета.

Для программирования поведения на отдельных ветвях спирали клиент самостоятельно записывает 2-3 формулы цели, которые многократно повторяет в ходе сеанса.

2. Установлено, что сеанс ТПВ в большинстве случаев улучшает церебральную гемодинамику, увеличивая кровенаполнение сосудов головного мозга, повышая интенсивность трансапиллярного обмена, нормализуя сосудистый тонус и улучшая венозный отток.

3. Реоэнцефалографическими исследованиями (РЭГ) было замечено, что два «медитационных цикла» активизируют работу мозга и могут рекомендоваться для работы с пособием ТПВ в дневные часы, 3 – 5 «медитационных циклов» способствуют глубокому отдыху и могут рекомендоваться перед сном [5].

4. За двадцать лет практического применения Медитация «Зеленая горошина» показала эффективность преодоления школьной неуспеваемости, педагогической запущенности, последствий подростковой токсикомании, наркомании, алкоголизации и других проблем, повлекших трудности в обучении.

5. «Зеленая горошина» стала базовой методикой по разработке Матричных зрительных цветовых стимуляторов для применения в комплексе психотерапевтических методик по избавлению детей и подростков от зависимостей, психопрофилактике и психокоррекции суицидальных мыслей и поступков. Результаты РЭГ исследований, по перечисленным методикам, были аналогичны результатам, полученным при исследовании эффективности по применению «Зеленой горошины» - во всех случаях наблюдалось улучшение церебральной гемодинамики.

В 2010 году была разработана методика «Весь мир на ладони!» [6]. В основу методики положены приемы работы, рекомендованные О.А.Андреевым, Е.А. Файдышем [3,9]. Человек рисует сам, произвольно выбирая цветовую гамму, цветной плакат содержащий определенный рисунок, а именно, контур собственной ладони с символическими знаками на ней, которыми человек шифрует свои жизненно важные цели; прописывает словесные формулы цели; подбирает и заполняет цветной палитрой весь лист и в центре его размещает «зеленую горошину», предназначенную для концентрации внимания, так же самостоятельно он выполняет мобилизующую часть.

Данная методика соответствует всем законам нейропричинга:

Нейропричинг – это не внушение (суггестия);

Нейропричинг – это не раздел НЛП (нейролингвистического программирования), так как здесь не манипулируют клиентом (пациентом);

Нейропричинг – это не когнитивная психотерапия, так как здесь не ищут ошибок (дисфункциональных убеждений) в суждениях клиента (пациента);

Нейропричинг – это не гипноз, не медитация и не ребефинг. Это самостоятельное направление нейроанализа;

Нейропричининг – это технология проповеди, основанная на нейропсихологических закономерностях мозга, имеет структурные закономерности: ТСМ=2:1:2 (Т – транслирование; С – поведенческие команды; М – мобилизация, завершается положительной обратной связью, механизмом самоподдержки Веры, а в нашем случае, самоподдержки супер Эго) [2, с.3-6].

Мы не конкурируем и не подсчитываем преимущество той или иной методики. Главное мы научились сопровождать детей и подростков в преодолении ими сложных жизненных ситуаций. «Это уже было...» – а впереди вся самая светлая и прекрасная созидательная жизнь!

Литература

1. Алексеев, А.В. Преодолей себя! Психическая подготовка в спорте [Текст] /А.В. Алексеев – Ростов-на-Дону.: изд "ФЕНИКС", 2006.
2. Аминев, Г.А. Нейропричининг: новогодняя формула Патриарха. /Г.А. Аманев, Э.Г. Аминев // Психическая саморегуляция. – 2007. – №2 – С. 3-6.
3. Андреев, О.А. Техника быстрого чтения [Текст] / О.А. Андреев, Л.Н. Хромов. М.: изд АСТ, 2009.
4. Гиппенрейтер, Ю.Б. Движение человеческого глаза [Текст] Монография /Ю.Б. Гиппенрейтер – М.: изд Московского университета, 1978.
5. Денисова, Г.З. Медитация «Зеленая горошина»: ноу хау для развития внимания [Текст] /Г.З. Денисова, А.Г. Суворов //Психическая саморегуляция. – 2007.– №5.– С. 38-41.
6. Денисова, Г.З. Весь мир на ладони! [Текст] Монография /Г.З. Денисова – Уфа: Издательский центр Уфимского филиала ГОУ ВПО «МГГУ им. М.А.Шолохова», 2010.
7. Истгейт Дж. Разрушительный план психиатрии. Какова практическая польза психиатрии? [Текст] /Дж. Истгейт /Сб.: Психиатрия индустрия смерти. Приложение к документальному фильму. – М.: Международная гражданская комиссия по правам человека. – www.cchr.org. 2007. – С. 6 – 12.
8. Серов, Н.В. Светоцветовая терапия. Смысл и значение цвета: информация – цвет – интеллект [Текст] /Н.В. Серов. – СПб.: Речь, 2001.
9. Файдыш, Е.А. Карма и психотравмы [Текст] /Е.А. Файдыш – М.: Независимое агентство «АЛМИН», 1995.
10. Ясюкова, Л.А. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций [Текст]: Методическое руководство / Оптимизация обучение и развития детей с ММД /Л.А. Ясюкова /. – СПб.: ГП «ИМАТОН», 2003.

Черничкина Ю. Д.

Педагогическое сопровождение детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС

На сегодняшний день все больше детей рождается с перинатальной патологией. По статистике только 8% новорожденных в России являются абсолютно здоровыми. В зависимости от степени выраженности перинатальная патология развития может являться причиной возникновения нарушений нервно-психического развития ребенка, в том числе доречевого, а в дальнейшем нарушений в познавательном и речевом развитии. В 2005 году под руководством доктора психологических наук Мишиной Г.А. было организовано лонгитюдное исследование (с октября 2005г. по октябрь 2012г.), которое проводилось в

несколько этапов и было направлено на изучение вокализаций младенцев с перинатальной патологией ЦНС, а также вокально-речевого поведения матерей в процессе их взаимодействия с детьми, создание методики по развитию вокализаций детей с перинатальной патологией развития.

Целью первого этапа исследования являлось выявление особенностей вокализаций детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС и особенностей вокально-речевого поведения матерей при взаимодействии с детьми. В эксперименте участвовало 37 детей в возрасте от 1,5 мес. до 3 лет, как группы нормы (10 детей), так и с перинатальной патологией ЦНС (27 детей). На протяжении первых трех лет жизни раз в три месяца проводилась часовая видео съемка каждого ребенка при его естественном поведении в домашних условиях. Также оценивался уровень нервно-психического, познавательного и речевого развития детей.

При анализе видеоматериалов подсчитывалось общее число вокализаций, произнесенных ребенком в течение часа съемки, и вокально-речевых реакций матери. Полученные данные оценивались по следующим параметрам, выделенным нами в ходе проведенного теоретического анализа литературы по теме исследования: эмоциональная окрашенность вокализаций (отрицательная или положительная), ситуация проявления вокализации (коммуникативные или «спонтанные»), содержание вокализаций (функции по Е.И.Исениной). Вокально-речевое поведение матерей при взаимодействии с детьми рассматривалось по таким параметрам, как: количество и виды вопросов, обращенных к ребенку; число инициативных обращений матери к ребенку; виды вокально-речевых реакций матерей в ответ на вокализации малыша; содержание и формы вокально-речевого взаимодействия.

Анализ количественных и качественных изменений в развитии голосовых проявлений детей с нормальным развитием показал наличие определенных, различающихся периодов в развитии вокализаций: 0 - 2/2,5 месяца; 2,5 месяца - 5/6 месяцев; 6 месяцев - 9/10 месяцев; 9/10 месяцев - 1год 2месяца/1год 3месяца.

У детей с перинатальной патологией развития в процессе анализа видео материала были выявлены количественные и качественные особенности голосовых проявлений: большее количество отрицательно окрашенных вокализаций по сравнению с положительными, более позднее появление последних, в течение длительного времени преобладание «спонтанных» вокализаций, неоднозначность эмоциональных проявлений вокализаций, сложность определения их функций. Кроме того, в ходе эксперимента удалось выявить особенности вокально-речевого поведения матерей в ситуациях взаимодействия с детьми с перинатальной патологией ЦНС: на первом году жизни ребенка частое игнорирование вокализаций или бессловесные действия, направленные на устранение причин его недовольства; несоответствие речевых форм общения и содержания речи уровню развития детей; недостаточная эмоциональность во всех формах вокально-речевого поведения.

На основании полученных результатов нами были выделены психолого-педагогические условия необходимые для развития вокализаций детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС: соответствие формы и содержания вокально-речевого поведения взрослому уровню развития ребенка, обеспечивающее развитие инициативности детей в проявлениях вокализаций, эмоциональная насыщенность

общения, организация развивающей среды, способствующая формированию поисково-ориентировочной активности ребенка в процессе развития ведущей деятельности.

Все это явилось основой для разработки содержания коррекционно-развивающей работы по развитию вокализаций детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС с учетом поэтапного включения в этот процесс их матерей.

На втором этапе исследования проводился обучающий эксперимент, в котором принимали участие 24 ребенка в возрасте от 2 мес. до 1 года 3 мес., имеющих перинатальное поражение ЦНС разной степени выраженности. В основу содержания работы по развитию вокализаций детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС автором работы были положены: выделенные в ходе анализа литературы по теме исследования параметры изучения голосовых проявлений детей младенческого возраста и вокально-речевого поведения их матерей; полученные в ходе констатирующего эксперимента данные характеризующие голосовые проявления детей с перинатальной патологией ЦНС и особенности вокально-речевого поведения матерей, а также определенные психолого-педагогические условия, способствующие развитию детских вокализаций.

Содержание коррекционно-развивающей работы по развитию вокализаций проектировалось с учетом выделенных в ходе констатирующего эксперимента периодов развития голосовых проявлений ребенка первого года жизни. Каждый период содержал 4 направления в соответствии с выделенными психолого-педагогическими условиями, необходимыми для развития вокализаций детей младенческого возраста:

I. Развитие поисково-ориентировочной активности и голосовой инициативности.

II. Формирование ведущей деятельности.

III. Развитие адекватных возрасту форм и содержания вокально-речевого взаимодействия.

IV. Развитие эмоциональности вокально-речевого взаимодействия.

Содержание каждого из периодов различалось и основывалось на морфофункциональных и педагогических условиях развития, выделенных в работах физиологов, психофизиологов, психологов, лингвистов, психолингвистов, педагогов.

В зависимости от периода работа велась по развитию приятных тактильных и вестибулярных ощущений, вызывающих появление положительных вокализаций, зрительных и слуховых ориентировочных реакций (в первом периоде); зрительно-слуховых, зрительно-голосовых, зрительно-двигательных реакций, слухового и голосового предвосхищения (во втором периоде); зрительно-двигательно-голосовых реакций, зрительного, слухового и голосового предвосхищения (в третьем периоде); ориентировки на отдельные свойства предмета (в четвертом периоде). Голосовая инициативность также формировалась посредством условно-рефлекторного механизма (через «подхватывание» – мимическое и голосовое – взрослым вокализации ребенка, и удовлетворение возникшей потребности). Т.е., чем быстрее мать откликалась на крик ребенка и, правильно понимая причину дискомфорта, устраняла ее, тем быстрее формировались «призывные» инициативные голосовые реакции (в зависимости от периода в виде звуков гуления, лепета и т.д.). Развитие ведущей деятельности ребенка осуществлялось через создание ситуации общения «Пра мы» (Л.С.Выготский) в первый период, ее развития во второй и третий периоды, и формирование ситуации «партнерства» в четвертом периоде. Работа велась также по формированию адекватной возрасту формы

вокально-речевого взаимодействия (монолог – в первом периоде, обращенный монолог – во втором, дуэт – в третьем и диалог – в четвертом). Особое внимание на занятиях уделялось речи взрослого, ее содержанию и эмоциональной составляющей.

Коррекционно-развивающий процесс основывался на обучении родителей организации развивающей среды, т.е. необходимых психолого-педагогических условий и близких взрослых в процесс работы с ребенком, что предполагало определенную этапность:

Первый этап. Наблюдение матери за работой специалиста. Специалист объяснял цель каждой из выполняемых с ребенком игр-упражнений, демонстрируя правильное их выполнение, обращая внимание матери на использование разных приемов работы, а также на интонационно-ритмическую и содержательную сторону речи, обращенной к ребенку.

Второй этап. Применение матерью усвоенных знаний и отработка умений. Усвоенные на предшествующем этапе навыки отрабатывались родителями в процессе взаимодействия с ребенком и в паре со специалистом. Специалист обучал родителей точно имитировать показываемые им интонации (восходящие и нисходящие), подражать его мимике (выражению радости, удивления, недовольства и т.д.). Он также демонстрировал, как и в каких ситуациях нужно изменять силу и высоту голоса, как правильно интонировать, и пользоваться мимикой (выражая эмоции) в соответствии с содержанием фраз, обращенных к ребенку. Специалист обучал родителей различать интонации и эмоции ребенка, точно их имитировать. Также родители практиковались в проведении различных игр-упражнений, которые они ранее наблюдали в работе специалиста с ребенком, в правильном использовании стимулирующих приемов.

Третий этап. Закрепление сформированных умений в домашних условиях. Родители получали домашнее задание - ежедневно выполняли с ребенком ряд определенных игр-упражнений. Во время следующей встречи специалист оценивал навыки, которые за прошедший период времени должны были сформироваться у ребенка.

По окончании обучающего эксперимента был проведен контрольный эксперимент, подтвердивший эффективность предложенного нами содержания коррекционно-педагогической работы. Проведенный эксперимент показал, что для развития вокализаций детей с перинатальной патологией развития необходимо соблюдение определенных психолого-педагогических условий. Представленное нами содержание работы по развитию вокализаций детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС, в основе которого лежат создание психолого-педагогических условий и поэтапное включение родителей в процесс коррекционно-развивающей работы, обеспечивает положительную динамику не только развития голосовых проявлений детей, но и их общего психического развития.

Сопровождение детей и молодых людей уязвимых категорий в различных условиях социализации

Нестерова А.А.

Жизнеспособность личности как условие снижения факторов риска в развитии детей и подростков

На сегодняшний день для научного сообщества продолжает оставаться не до конца проясненной ситуация, каким образом ребенок, проживающий долгое время в условиях патологизирующей социальной среды, в условиях, порой, социально-опасных для развития личности, способен оставаться в целом психологически благополучным, эмоционально здоровым и успешным. Почему одни дети, проживающие в неблагополучных семьях, имеют огромное количество психологических проблем и нарушений, в то время как их сверстники, проживающие в схожих неблагоприятных условиях, способны оставаться продуктивными, и полноценно жить? Что позволяет ребенку, несмотря на внешние негативные средовые обстоятельства, «выживать» в предложенных условиях и даже развиваться гораздо с большей интенсивностью и положительным прогнозом по сравнению с теми, кто живет в более «тепличных» средовых условиях?

Пытаясь найти ответы на эти вопросы, научное сообщество снова и снова пытается пересмотреть свою позицию в отношении степени влияния среды на развитие личности, соотнести в этом взаимовлиянии такие переменные как «факторы риска» и «защитные факторы». Обычно факторами риска принято считать все переменные, которые повышают вероятность неблагоприятного исхода в развитии человека, например, к ним можно отнести рождение ребенка в неблагополучной семье, высокий уровень преступности в месте его проживания, ограниченные возможности здоровья и т.д. Защитные же факторы, наоборот, позволяют человеку преодолеть или компенсировать те трудности, которые могут встретиться на жизненном пути, – эти факторы повышают вероятность позитивного прогноза развития личности (высокий интеллект, наличие социальной поддержки, благополучная семья и пр.).

В этой связи ученые разных стран все чаще говорят о жизнеспособности личности, которая выступает как раз защитным фактором и позволяет человеку сопротивляться трудностям и невзгодам, развиваться «несмотря на» и «вопреки» всем негативным обстоятельствам. Особое звучание тема жизнеспособности личности приобретает, когда речь идет о развивающейся личности, о личности ребенка, который попадает в трудную жизненную ситуацию. Как пишут в своей работе J. M. Richman и M. W. Fraser, жизнеспособный ребенок – это тот ребенок, который использует защитные факторы в своей жизни для того, чтобы преодолеть все риски и быть успешным даже в неблагоприятной ситуации [9].

Большое количество исследований проведено на эту тему за рубежом, в нашей стране теория и практика изучения жизнеспособности личности находятся только на пути своего становления и утверждения.

Проведя лонгитюдное исследование группы детей, родившихся на гавайском острове Кауаи в 1955 году, Эмми Вернер и Рут Смит обнаружили, что примерно две

трети детей, которые воспитывались в хаотичных по связям семьях, имели серьезные проблемы во взрослом возрасте; другая треть, несмотря на недостаточную поддержку извне, оказались «компетентными, уверенными и заботливыми взрослыми». Таким образом, получается, что одинаковая среда привела к различным результатам [10].

Норман Гармези, Майкл Раттер, Эн Мастен утверждают, что самый лучший способ извлечь пользу из подобных исследований – это считать, что каждый ребенок рождается с определенным набором уязвимостей, таких, например, как сложный темперамент, физические отклонения, аллергия или генетическая предрасположенность к алкоголизму. Каждый ребенок также рождается и с определенными защитными факторами, такими, например, как высокий интеллект, устойчивый темперамент или доброжелательность, которые помогают ему быть более жизнеспособным в стрессовых ситуациях.

По результатам наших исследований, уязвимость и защитные факторы вступают во взаимодействие с окружающей средой, в которой находится человек, так что одно и то же окружение может оказывать разное влияние в зависимости от тех качеств, которые человек привносит в это взаимодействие [3].

Более обобщенная модель, описывающая взаимодействие между качествами ребенка и окружающей средой, предложена Фран Хоровиц (F. Horowitz). Эта модель предполагает, что уязвимость или жизнеспособность каждого ребенка, с одной стороны, и наличие или отсутствие «содействия» окружающей среды, с другой стороны, являются основными факторами его благополучия. Окружающую среду можно считать содействующей, если ребенок имеет любящих и отзывчивых родителей, а также получает много разнообразных впечатлений и стимулов из внешнего мира. Если бы взаимоотношения между уязвимостью и содействием имели лишь взаимодополняющий характер, то мы бы обнаружили, что наилучших результатов во взрослой жизни достигают лишь те жизнеспособные дети, кто родился и воспитывался в оптимальной окружающей среде, а те, кто был «уязвимым ребенком» в неблагоприятной среде, имеют наихудшие результаты. Но Хоровиц предлагает другую схему этих взаимоотношений. Она показывает, что жизнеспособный ребенок в неподдерживающем окружении может быть вполне успешным, поскольку такой ребенок способен извлечь выгоду из всех доступных возможностей и воздействий. Сходным образом уязвимый ребенок может быть успешным в стимулирующей среде. Согласно этой модели, только столкновение двух крайностей – уязвимый ребенок в негативной окружающей среде – приводит к действительно негативному результату [7].

Большинство исследователей аргументировано заявляют, что жизнеспособность проявляется именно во взаимодействии человека и окружающей среды (K. Hansson; M. Rutter). В этом контексте исследуется взаимодействие факторов риска, исходящих из окружающей среды и защитных факторов ресурсного потенциала самого человека (W.A. Collins, E. Grotberg, E.E. Maccoby, L. Steinberg, E.M. Hetherington., M.H. Bornstein, T.O. Арчакова, А.И. Лактионова, А.В. Махнач, А.А. Нестерова, А.М. Щербакова, А.В. Шехорина).

Например, A.S. Masten считает, что жизнеспособность – это продукт социального взаимодействия, включенности человека в социальные сети, взаимодействия человека и средств массовой информации. Жизнеспособность – это продукт различных комбинаций переменных, которые находятся под влиянием биологических, социальных, культурных, психологических условий [8].

М. Bohman изучал влияние на приемных детей наличия токсикомании у биологических и приемных родителей. Его данные выявили следующую закономерность: если ни биологические, ни приемные родители не страдали токсикоманией, то всего лишь 3% выросших в приемной семье детей имели проблему зависимости от ПАВ. Если приемные родители имели зависимости, то 6% детей оказались подвержены такому же риску. 12% детей получили зависимость от ПАВ «в наследство» от биологических родителей при отсутствии фактора риска в воспитании. А при совокупности факторов риска (и биологические, и приемные родители употребляли ПАВ) – 40% выросших детей стали ПАВ-зависимыми [5].

Индивидуальный подход к жизнеспособности делает акцент на трактовке этого явления как исключительно внутреннего феномена, что было оспорено позже в психологической науке. Walsh, например, говорит: «о жизнеспособности обычно думают как о врожденном качестве, как будто люди сами «взрачивают» себя, как будто они имеют «эффективный наполнитель» для биологической жизнестойкости, или они приобретают ее по собственной инициативе и везению» [11, p.261].

Лонгитюдные исследования детей, которые были рождены в неблагоприятных условиях, сформировали понимание жизнеспособности в зарубежной психологии. Cederblad и его коллеги провели такое исследование в Швеции, начавшееся еще в 1947 году. Дети, которые имели три или более признака задержки психического развития, были включены в исследование. Лонгитюдное исследование включало повторный замер в 1988 году, когда этим детям было от 40 до 50 лет. Оно показало, что «более половины выборки достигли довольно успешной и умеренно здоровой жизни, несмотря на некоторые помехи в их детстве!.. Это доказывает, что значительная часть выборки проявила выдающуюся жизнеспособность» [6, p. 231].

Такого рода эксперименты оспаривают три постулата, которые до сих пор зачастую встречаются в психологии:

- 1) существуют неизбежные, критические и универсальные стадии развития;
- 2) травмы в детстве неизбежно ведут к психопатологии;
- 3) существуют определенные социальные условия, межличностные отношения, которые настолько вредоносны, что неизбежно ведут к неблагоприятным последствиям и проблемам, проявляющимся в ежедневном функционировании детей, взрослых и их семей.

Постулаты теории патогенеза были поставлены под сомнение открытием того, что половина (около 50%) детей, кто по всем психологическим закономерностям не должны вырасти «благополучными взрослыми», все-таки вырастают достаточно успешными и здоровыми личностями. Притом, что тяжелая ситуация детства действительно увеличивает вероятность психопатологии в более поздней жизни, эта тяжелая ситуация может быть уменьшена некоторыми защитными факторами: «ощущением тесных связей, высоким профессионализмом и интернальным локусом контроля» [6, p. 232]. Дети, которые способны преодолеть эти разногласия называются «жизнеспособными», «устойчивыми».

Таким образом, вырисовывается еще одна проблема изучения жизнеспособности – факторы ее формирования и развития. Barnard С.Р. определил девять феноменов, выделяемых в психологии личности, которые коррелируют с жизнеспособностью:

- 1) ребенок в детстве был принимаемым и окруженным заботой и нежностью (особенно в младенчестве);
- 2) отсутствие сиблингов до того, как ребенку исполнилось 24 месяца от рождения;
- 3) высокий уровень интеллекта;
- 4) навыки развивать близкие и теплые взаимоотношения;
- 5) высокий уровень мотивации достижения в школе и за ее пределами;
- 6) способность конструировать продуктивные смыслы для осознания событий, происходящих в жизни, что, в свою очередь, приводит к пониманию и принятию этих событий;
- 7) способность избирательно на время освобождаться от некоторых обязательств, связанных с семьей и домашним хозяйством, реализовывать свой потенциал в других сферах жизнедеятельности (работа, учеба, хобби), а затем, вернувшись, конструктивно взаимодействовать внутри семейной системы и создавать прочные семейные связи;
- 8) интернальный локус контроля;
- 9) отсутствие тяжелых травм и болезней в период юности [4].

Исследования показали наличие следующих качеств у жизнеспособных детей (Bogensneider K., 1996; Butler K., 1997; Cederblad M. et al., 1994; Parker G.R., Cowen E.L., Work W.C., & Wyman P.A., 1990; Rutter M., 1979; Werner E., 1995):

- они имели располагающее, открытое, привлекательное для общения поведение; были способны с ранних лет получать внимание, доброжелательный отклик; их собственное поведение было открытым, доброжелательным и спокойным;
- у этих детей в раннем возрасте была прочная связь с матерью или другими близкими (бабушкой, старшей сестрой и т.д.);
- у них было разнообразное близкое окружение, родственники, которые играли важную роль как позитивные модели идентификации;
- их матери имели постоянную работу и занятость помимо домашнего хозяйства и воспитания детей;
- они принимали активное участие в домашнем хозяйстве, их помощь была востребована и положительно оценена;
- в их семьях были четкие границы между подсистемами (прародителями, родителями, детьми);
- они были активны и добродушны;
- они обладали, по крайней мере, средним уровнем интеллекта;
- чаще это были девочки;
- они не испытывали депривации со стороны матери в течение первого года жизни;
- чаще это были старшие дети в семье;
- у них не было сиблингов, пока им не исполнилось 2 года;
- они посещали хорошие школы, в которых были высокие стандарты, в которых была обеспечена обратная связь от учителей к ученикам, положительная оценка их стараний (т.е. учителя демонстрировали конструктивные модели поведения);
- они имели высокий уровень самооценки;

- они воспитывались в атмосфере родительской заботы и внимания;
- они обладали конструктивными навыками преодоления проблем: при решении проблем были активны и гибки;
- они чувствовали себя компетентными;
- они чаще обозначали свой опыт как позитивный, даже если он приносил страдания;
- у них были прекрасные навыки общения;
- они обладали внутренним локусом контроля;
- они хорошо сдерживали свои эмоциональные импульсы (эмоциональная выдержка);
- они были энергичны и активны;
- они любили ходить в школу;
- они были способны использовать силу убеждения, чтобы поддержать положительные представления о жизни, а также придерживались позиции, что жизнь имеет смысл, и что все образуется, несмотря на существующие проблемы;
- они были автономны и независимы;
- они имели интересы и хобби;
- они умели просить о поддержке, когда это было необходимо.

Эмпирические исследования свидетельствуют о наличии достоверной связи между жизнеспособностью и следующими характеристиками личности: адаптируемость, гибкость, экстраверсия, благожелательность, открытость (Dumont M., & Provost M.A., 1999; Garmezy N.A., 1990, Garmezy N., Masten A.S., & Tellegen A., 1984; Rutter M., 1979; 1987; Werner E.E., & Smith R.S., 1982); самооценка (Garmezy N., 1990, Garmezy et al., 1984; Werner E.E., 1995; Werner E.E., & Smith R.S. 1992, Лактионова А.И., 2010; Нестерова А.А., 2011); самообладание (Rutter M., 1979; 1987); интеллект (Masten et al., 1990); проблемно-ориентированные стратегии поведения (Garmezy N.A., 1990, Garmezy et al., 1984; Нестерова А.А., 2011); интернальный локус контроля (Garmezy N.A., 1990, Garmezy et al., 1984; Лактионова А.И., 2010); мотивация достижения и целеполагание (Werner E.E., 1995; Werner E.E., & Smith R.S., 1992); устойчивость эго и эго-контроль (Flores K.E. et al., 2005); способность прогнозировать угрозу, ситуации опасности (Affleck G., & Tennen H., 1996). Эмпирические исследования в рамках позитивной психологии добавили следующие переменные: оптимизм, надежду, творческий потенциал, умение прощать (Richardson G.E., 2002).

Также были исследованы *факторы среды*, влияющие на жизнеспособность. Современные зарубежные исследования продемонстрировали важность таких переменных, как социальная поддержка (Flores K.E. et al., 2005; Garmezy N.A., 1990; Garmezy et al., 1984; Rutter M., 1979; 1985; Werner E.E. 1995; Werner E.E., & Smith R.S., 1992; E. Grotberg, A.A. Нестерова, 2011); конструктивные стили воспитания, наличие родителей, эмоциональная привязанность, эмоциональная поддержка родителей (Garmezy N.A. et al., 1984; Garmezy N.A., 1985; Masten A. et al., 1990, Нестерова А.А., 2011). Хотя последующие работы в отношении социальной поддержки внесли некоторую неясность в отношении ее функций и соотношении с жизнеспособностью человека. Некоторые исследователи выявили, что социальная поддержка выполняет психокоррекционную функцию уже постфактум для человека, находящегося в трудной жизненной ситуации, а не является ее структурным элементом или фактором, воздействующим напрямую» [3].

В своей статье Т.О. Арчакова анализирует модель L.F. Barrett и D.J., обобщающую эти исследования, перечисляет всю совокупность переменных (личностных и средовых). Модель Барреттов предлагает парадигму поддержки, путем подробного картирования факторов риска и защитных факторов [1].

Как считают А.И. Лактионова и А.В. Махнач, личностные, поведенческие характеристики и средовые условия (взаимоотношения, социум, культура), оказывающие влияние на формирование жизнеспособности детей подросткового возраста, составляют единую систему их социальной адаптации [2].

В 2012 году нами было проведено исследование влияние характера детско-родительских отношений на формирование жизнеспособности подростка (А.А. Нестерова, 2012).

В целом, можно сказать, что опыт позитивных взаимоотношений подростка с матерью влияет на такие характеристики жизнеспособности ребенка, как самоуважение, способность планировать свое будущее самостоятельно, позитивные когнитивные установки и социальную компетентность, умение находить социальную поддержку. Большое количество зависимостей дают такие родительские стратегии поведения матери, как согласие, низкий уровень строгости, последовательность.

Позитивные отношения с отцом позволяют проследить влияния этих отношений на самоуважение, социальную компетентность, адаптивные стратегии совладания и способность организовывать свое время. В отличие от отношений с матерью наиболее важными характеристиками взаимодействия является требовательность отца, умение его сотрудничать с ребенком, авторитетность и последовательность в воспитании.

Таким образом, дети и подростки не так уж беззащитны перед разнообразными негативными сторонами жизни. Имеется множество факторов, которые могут выступать в качестве буфера, и помогают вырасти ребенку счастливым взрослым, у которого все хорошо и на работе, и в семье, и в жизни в целом.

В зарубежной психологии есть целая плеяда исследований, посвященных факторам риска в развитии детей и жизнеспособности как условия преодоления этих рисков. Большое количество этих исследований выполнено в рамках экологического подхода к исследованию жизнеспособности, который опирается на положения теории систем, подчеркивая возможность изучения взаимосвязей между факторами риска и защитными факторами.

Литература

1. Арчакова Т.О. Жизнестойкость против факторов риска [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://psyjournals.ru/articles/d20835.shtml>
2. Лактионова А. И., Махнач А. В. Факторы жизнеспособности девиантных подростков. // Психол. ж. 2008. – Т. 29. – № 6. – с. 39-47.
3. Нестерова А.А. Феноменология жизнеспособности личности в трудных жизненных ситуациях // Новое в психолого-педагогических исследованиях. – 2011. - №4. – С.51-62
4. Barnard, C. P. (1994). Resiliency: A shift in our perception? *American Journal of Family Therapy*, 22(2), 135-44.
5. Bohman, M. (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In G. R. Bock, & J. A. Goode (Eds.), *Genetics of criminal and anti-social behavior*.

Ciba Foundation Symposium 194 (pp. 99-114). Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons.

6. Dahlin, L., Cederblad, M., Antonovsky, A., & Hagnell, O. (1990). Childhood invincibility and adult invincibility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 228-232.

7. Horowitz, F. D. (1987). *Exploring developmental theories: Toward a structural/behavioral model of development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

8. Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930.

9. Richman, J. M. and Fraser, M. W. Richman, J. M. and Fraser, M. W. (eds) (2001) *Resilience in childhood: The role of risk and protection. The context of youth violence: Resilience, risk, and protection* pp. 1-12. Praeger, Westport, CT

10. Werner EE, Smith RS, editors. *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press; Ithaca, NY: 1992.

11. Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35(3), 261-281.

Крючкова Л. Л.

Жизнестойкость выпускников детских домов

Одной из важных личностных характеристик современного человека можно считать жизнестойкость, которая характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности.

Данное понятие было введено американскими психологами Сьюзен Кобейсом и Сальватором Мадди (Kobasa, 1979; Maddi, Kobasa, 1984), которые искали ответ на вопрос: какие психологические факторы способствуют успешному совладанию со стрессом и снижению (или даже предупреждению) внутреннего напряжения. Доказано, что жизнестойкость играет важную роль в успешном противостоянии личности стрессовым ситуациям и может считаться ключевой личностной составляющей, опосредующей влияние стрессогенных факторов не только на соматическое и душевное здоровье, но и на деятельность человека.

Несмотря на активное изучение феномена жизнестойкости отечественными и зарубежными психологами, проблема развития и особенностей проявления этого личностного образования у людей различных возрастов, профессий, социального статуса остается открытой.

Понятие жизнестойкости подразумевает оптимальную реализацию человеком своих психических возможностей в неблагоприятных жизненных ситуациях «психическую живучесть» и «расширенную эффективность» в этих ситуациях (С. Мадди, 1984).

Под жизнестойкостью (*hardiness*) принято понимать систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Она включает в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска.

Разнообразные факторы внешней среды, внутренней психологической жизни, индивидуальные особенности жизни, специфика ситуаций взаимодействия человека с миром способствуют или не способствуют развитию и проявлению жизнестойкости, как интегрального свойства личности человека.

Вовлеченность (commitment) трактуется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности» (Maddi, 1998 b). Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности. А отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни.

Контроль (control) определяется через убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Противоположностью контроля является ощущение собственной беспомощности.

Принятие риска (challenge) составляет убежденность индивида в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, вне зависимости от того позитивный или негативный этот опыт. У такого индивида развита готовность действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск [1].

Считается, что компоненты жизнестойкости в основном развиваются в детстве и отчасти в подростковом возрасте, но их можно развивать и позднее. Одним из важных факторов, определяющих их развитие, принято считать взаимоотношения ребенка со значимыми взрослыми. Развитие компонента участия невозможно без принятия, поддержки, любви и одобрения со стороны родителей. Стабильная поддержка инициативы ребенка, его стремления справляться с задачами все возрастающей сложности на грани своих возможностей являются необходимыми условиями для развития компонента контроля. Богатство впечатлений, изменчивость и неоднородность среды способствует развитию принятия риска.

Выпускники детских домов представляют собой группу риска по сформированности аттитюдов жизнестойкости. Причиной этого является множество негативных и психотравмирующих факторов, которые воздействуют на них в сензитивный период развития жизнестойкости. К ним можно отнести разлуку со значимыми взрослыми, опыт жестокого обращения, бедность эмоциональных контактов, психосоциальную депривацию.

Ежегодно в России около 16000 выпускников образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, начинают самостоятельную жизнь. Выпускник сталкивается со свободой, которую он так давно ждал. Однако, к сожалению, у большинства подростков, выросших в стенах госучреждений, не сформирована активная жизненная позиция к окружающему миру. Вступая в самостоятельную жизнь, они сталкиваются с проблемами устройства на работу, получения жилья, обустройства своего быта, взаимодействия с широким социумом, в составлении и соблюдении бюджета, в отстаивании своих юридических прав и многими другими. В большинстве случаев они не готовы к этим сложностям и нуждаются в поддержке.

Для большинства выпускников интернатных учреждений характерны эмоционально-личностные и когнитивные особенности, которые значительно осложняют их самостоятельную жизнь. У них отсутствует опыт социальных контактов с людьми на работе, в сфере обслуживания, здравоохранения, наблюдается нарушение привязанности, несформированность потребности и способности учиться, иждивенчество, непонимание материальной стороны жизни, снижена потребность в общении. Отсутствует личный опыт

нормальной жизни в семье, тесных эмоциональных отношений. Недостаточно развитая индивидуальность проявляется в низком уровне сознания, сниженной собственной активности.

По мнению Л.М. Шипицыной, главной задачей социальной адаптации выпускников детского дома является преодоление психологических трудностей, которые заключаются в привычке жить в замкнутом, закрытом обществе, неумении интегрироваться в открытое, создавать новые контакты с людьми, с которыми им предстоит общаться [3].

Безусловно, результаты исследования жизнестойкости у выпускников детских домов отражают проблемы воспитания в интернатных учреждениях, т.к. ведущую роль в развитии компонентов жизнестойкости играют отношения ребенка со значимыми взрослыми в детстве и отчасти в подростковом возрасте. Для ребенка важно в этот период проявление к нему любви, одобрения и принятия, поддержка его инициативы, его стремлений справляться с различными задачами. Именно этих условий, необходимых для формирования жизнестойкости, лишены воспитанники детских домов.

Если говорить о практической значимости исследования жизнестойкости, то диагностика этой личностной составляющей может использоваться при построении постинтернатного сопровождения выпускников детских домов. Жизнестойкость является особым резервом для социально-психологической адаптации к самостоятельной жизни. Выявление низкой жизнестойкости является сигналом о необходимости проведения коррекционной работы с целью профилактики дезадаптивных форм поведения. В этом случае можно опираться на исследования С. Мадди и С. Кобейса, согласно которым жизнестойкость не является врожденным качеством, а формируется и развивается в течение жизни.

Мы проводили исследование жизнестойкости у молодых людей, только что окончивших среднюю школу и поступивших в профессиональный лицей. (Л.Л.Крючкова, С.А.Березанцева). Сопоставлялись группы обследованных одинакового возраста, образования, близкие по направленности профессиональных интересов и различавшиеся лишь по условиям воспитания и проживания.

При сборе анамнеза было выявлено, что стаж самостоятельной жизни вне детского дома составляет 7-8 месяцев на момент исследования. Достоверной информации о сроках сиротства выпускников детского дома нам собрать не удалось в связи с невозможностью доступа к личным делам молодых людей. Поэтому в ходе дальнейшего анализа полученных данных этот фактор не учитывался.

Сравнительное изучение уровня жизнестойкости проводилось при помощи теста жизнестойкости, который представляет собой адаптированный Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой опросник Hardiness Survey, разработанный американским психологом Сальватором Мадди [1].

Различия между группами были выявлены в показателях по шкале жизнестойкость и трех субшкал: вовлеченность, контроль, принятие риска ($p < 0,009$).

Вне зависимости от условий воспитания и проживания, значения среднегрупповых показателей сформированности жизнестойкости и ее компонентов у молодых людей обеих групп лежат в диапазоне значений, соответствующих достаточному уровню сформированности жизнестойкости.

Однако показатели выпускников детских домов находятся ближе к границе с низкими уровневными значениями, тогда как показатели сверстников из семьи приближаются к границе высоких уровневных значений. Среднегрупповые (хср) значения по показателю жизнестойкость в группе выпускников детских домов достоверно ниже (72,20), чем у молодых людей, воспитывавшихся в семьях (87,52). Это говорит о том, что их личностная способность выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность без снижения успешности деятельности, сформирована хуже, чем у сверстников, выросших в семьях.

Более высокие среднегрупповые значения по шкале «вовлеченность» (39,40) имеют молодые люди, воспитывавшиеся в условиях семьи, в отличие от их сверстников, выпускников детских домов, значения которых находятся несколько ниже уровня, обозначенного авторами методики как нормального (31,88).

Более низкие среднегрупповые показатели по шкале «контроль» имеют выпускники детского дома (25,68), по сравнению со сверстниками из семьи (31,08). Психологически объяснить полученные различия можно длительным пребыванием выпускников детского дома в ситуации зависимости от взрослых, режима учреждения, отсутствием поддержки инициативы ребенка персоналом, а нередко и ее пресечение. Негативный опыт попыток влияния на ситуацию затрудняет формирование восприятия самостоятельности выбора собственной деятельности и своего пути.

Среднегрупповые значения по шкале «принятие риска» также более низкие у молодых людей из детских домов (13,60), в отличие от сверстников из семьи (17,04). В депривационных условиях слабо формируется установка, рассматривающая жизнь как способ приобретения опыта, недостаточно развивается готовность действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск. Этому способствует недостаток впечатлений, малая изменчивость и однородность среды, в которой протекает жизнедеятельность детей-сирот.

Таким образом, структурные компоненты жизнестойкости у выпускников детских домов развиты достоверно хуже, чем у сверстников из семьи. Выпускники детских домов реже заняты какими-либо делами, меньше стремятся быть в курсе происходящего вокруг, им сложнее в различных сторонах жизни найти интересное для себя. Ощущение подконтрольности событий собственной жизни у выпускников детского дома выражено слабее, им в меньшей степени свойственно воспринимать негативный опыт как источник активного усвоения знаний.

Анализ индивидуальных протоколов показал, что в группе выпускников детских домов чаще встречается средний и низкий уровень развития жизнестойкости в отличие от сверстников, воспитывавшихся в условиях семьи, для которых высокий уровень сформированности жизнестойких убеждений является доминирующим. Причиной доминирования низких значений жизнестойкости у молодых людей из детского дома является влияние различных депривирующих факторов, сопровождающих детей на всем протяжении их роста и формирования. Недостаток эмоционального общения, родительской любви и принятия, отсутствие полноценного опыта жизни в семье не создают условий для формирования такой личностной составляющей как жизнестойкость.

Снижение интереса к различным аспектам жизни характерно для юношей и девушек, выпускников детских домов, тогда как вовлеченность в процесс жизни выше у

молодых людей, воспитывавшихся в семье. Это можно объяснить тем, что наличие родительской любви, поддержки и одобрения формирует у ребенка доверие к миру и уверенность в себе, что и дает человеку желание быть вовлеченным в процесс жизни.

Лишь у незначительного числа выпускников детского дома, по сравнению со сверстниками из семьи, сформирована убежденность, что они всегда могут повлиять на результат того, что происходит вокруг. Они не опасаются ставить перед собой труднодостижимые цели и упорно их добиваются, а испытав поражение, пытаются взять реванш. Для молодых людей с высокими значениями по показателю «контроль» характерно проявление инициативы при столкновении со стрессом, они занимают активную позицию в разрешении трудностей. Для них свойственно контролировать ситуацию.

Низкий уровень сформированности ощущения контроля над событиями собственной жизни чаще отмечался у выпускников детского дома. Для них в большей степени характерно оценивать возникающие трудности как неразрешимые. Их могут посещать ощущение тщетности собственных усилий, и они предпочитают отложить проблемы, требующие больших затрат для разрешения, до лучших времен. Они зачастую «плывут по течению» и меняют свои планы в зависимости от обстоятельств. Они нередко не уверены в собственных решениях и их пугают мысли о будущем.

Таким образом, у выпускников детских домов восприятие подконтрольности событий собственной жизни сформировано в меньшей степени, чем у молодых людей, воспитывавшихся в семье. Одной из причин этого может быть недостаток поощрения инициативы ребенка, его стремления самостоятельно справляться с задачами все возрастающей сложности на грани своих возможностей со стороны персонала детских домов.

Анализ распределения молодых людей по степени выраженности принятия риска также позволил выявить некоторые различия между группами. Так, у выпускников детского дома с примерно одинаковой частотой встречается как высокий уровень принятия риска, так и средний и низкий. В группе молодых людей, воспитывавшихся в семье, доминирует высокий уровень принятия риска. Им в большей степени свойственно воспринимать негативный опыт как источник активного усвоения знаний. Они редко сожалеют о том, что сделано и охотно берутся за воплощение новых идей, даже если отсутствуют надежные гарантии на успех. Они не стремятся к комфорту и безопасности, считая, что это обедняет их жизнь.

Выявленные различия можно объяснить следующим. В основе развития данного компонента жизнестойкости лежит получение человеком различного опыта, который в свою очередь может усвоить ребенок при столкновении с различными ситуациями. Условия, режим, персонал в детских домах зачастую не меняются годами и представляют собой достаточно однородную среду. У детей, воспитывавшихся в детском доме, маленький спектр ситуаций, из которых они могут извлекать новый опыт.

В заключение следует сказать, что выявление и коррекция отклонений в формировании жизнестойкости и ее компонентов у детей-сирот помогут педагогам детских домов разрабатывать программы постинтернатного сопровождения, способствующие более успешной адаптации выпускников к самостоятельной жизни, в построении взаимоотношений в социуме и в создаваемой ими собственной семье.

Литература

1. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006. — 63 с.
2. Мадди С. Смыслообразование в процессах принятия решения // Психологический журнал. 2005. Т. 26, № 6. С. 87-101.
3. Постинтернатная адаптация детей-сирот. Коллективная монография / Под науч. ред. Л.М. Шипицыной и И.Г. Абрамовой. СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2001. – с. 96

Быкова С. Т.

Обучение математике детей, находящихся на лечении в больнице

В прошлом году исполнилось 25 лет необычной школе - ГБОУ СОШ №1181 ЮЗАО г. Москвы. Школа расположена на территории Российской Детской Клинической Больницы. Все эти годы руководит школой заслуженный учитель РФ, кандидат педагогических наук Г.М. Грядунова. «Мы идем непроторенной дорогой, рождая новое направление – госпитальную педагогику»- говорит Галина Михайловна о работе педагогического коллектива. За прошедшие годы учителя школы разработали свой особый стиль работы, главная цель которого - помощь ребенку, попавшему в тяжелую жизненную ситуацию. Мы учим детей и учимся у них ценить каждый миг жизни. Много лет назад, начиная работать в этой школе, я даже не задумывалась о том, что надо будет пересмотреть не только весь свой педагогический опыт, но и отношение к жизни в целом.

Все поступающие в нашу школу ученики уже по определению имеют серьезные проблемы со здоровьем. С некоторыми из них приходится заниматься, находясь у постели больного. За несколько минут, пока ослабленный болезнью ребенок способен воспринимать материал, мы должны научить его хотя бы базовым знаниям, умениям, навыкам. С другой стороны, многие ребята способны воспринимать более сложную информацию. Вот почему мне пришлось полностью пересмотреть содержание каждого урока.

Во-первых, учебный материал разделен на основной и вспомогательный, что ведет к заметной разгрузке учебного процесса. Это означает фактическое выделение стабильного учебного материала, обязательного для усвоения всеми учащимися с целью дальнейшего изучения предмета.

Во-вторых, требования к знаниям, умениям и навыкам дифференцированы по основному и вспомогательному материалу. Это позволяет мне более рационально расставлять нужные акценты, сосредоточивая внимание каждого учащегося на усвоении основного материала. Второстепенные вопросы изучаются при наличии сил и возможностей каждого ученика. Такой подход ведет к нормализации учебной нагрузки.

В-третьих, весь учебный процесс переориентирован на итоговые, конечные результаты обучения. Ученик получает оценку не за отдельно решенное задание, а за усвоение материала в целом. Допущенные учеником в процессе изучения темы ошибки не влияют на оценку, важен итоговый результат, который достигается в конце занятия. Такой подход ведет к преодолению формализма в работе ученика.

В-четвертых, на каждом уроке необходимо выделение целей обучения, что предполагает фиксацию ожидаемых учебных результатов, которые должны быть достигнуты учеником. У каждого нашего учащегося - свои конкретные цели. Каждый знает, зачем он пришел на урок. Главное, чтобы цели были достигнуты, т. е. планируемые

результаты были конкретными, реалистичными, открытыми. Ученик должен понимать, что от него требуется и как это выполнить.

Урок проходит в классной комнате или у постели ребенка (если у него постельный режим). На каждом уроке собирается группа детей, которые в обычной жизни живут в различных регионах России, учатся по различным учебникам и в разных классах. Каждый день состав группы меняется, т. к. у ребят параллельно проходят лечебные мероприятия. Моя задача - продолжить обучение ребенка в соответствии с его региональными учебниками, да еще и объяснять не хуже его школьного учителя. Постепенно у меня выработался свой стиль проведения урока.

Мне ближе всего групповая с индивидуализацией форма проведения урока, когда ребята работают в группе, но каждый достигает своих целей.

Чтобы такой урок прошел успешно, от меня требуется не только хорошее знание различных программ, но и умение быстро ориентироваться в любом материале, с ходу решать любую задачу, разрешать любую психологическую ситуацию. Составить конспект предстоящего урока заранее практически невозможно, потому что состав учеников постоянно меняется, можно лишь наметить предполагаемые перспективы. Вот почему у меня, как и у всех учителей нашей школы, всегда под рукой сумка учителя, в которой есть материал к каждому возможному уроку.

Урок в нашей школе - часть лечебного процесса. Как и любая другая процедура, он должен способствовать выздоровлению ребенка. Уходить с урока ученик должен с ощущением победы, победы над задачей или примером, победы над недугом. На каждом своем уроке я пытаюсь создать ситуацию успеха. Успех в учении - источник внутренних сил ребенка, рождающий энергию для преодоления трудностей, желания учиться, желания жить. Задача учителя в том и состоит, чтобы дать возможность ученику пережить радость достижения, осознать свои возможности, поверить в себя.

В РДКБ находятся на лечении дети из различных регионов России. Некоторые из них, с недоверием относятся к московским учителям. Межэтнические конфликты создали в сознании этих детей состояние тревожности. Резкая смена обстановки, языковые проблемы, состояние здоровья служат барьером в общении этих детей со сверстниками из других регионов. Преодолеть проблемы позволяет грамотная, целенаправленная работа учителя по формированию толерантного отношения детей друг к другу. От поведения учителя зависит не только психологический климат на уроке, но и дальнейшие межличностные отношения детей.

Как ни странно, но именно урок математики является мощнейшим средством по воспитанию толерантности. В самом предмете заложен элемент объединения. Я не провожу специальных бесед, не акцентирую внимание на национальном вопросе, но всеми своими действиями даю понять, что в математике прежде всего ценятся ум, находчивость, сообразительность, точность, а эти качества не зависят ни от национальной принадлежности, ни от вероисповедания. Математика вне политики и вне религии.

Отвлечься от проблем со здоровьем помогают творческие задания, которые я по возможности использую на уроках: графические построения и рисунки с использованием цвета; составление и решение кроссвордов, головоломок, занимательных задач; поиск различных методов решения задачи; составление текста задачи; конструирование, создание моделей.

Чтобы урок не навредил здоровью учащегося, важно продумать каждый этап с точки зрения здоровья и сбережения. Продолжительность занятия зависит от состояния ребенка, а результат урока зависит от уровня мастерства учителя.

Количество видов учебной деятельности (опрос, объяснение нового материала, решение задач, работа с наглядными пособиями и др.) составляет примерно 4 вида за занятие. Важно чувствовать золотую середину, т. к. однообразие способствует утомлению учащегося, а частая смена деятельности требует дополнительных адаптационных усилий. Средняя продолжительность каждого вида деятельности примерно 7 минут. За урок я обычно сменяю не менее трех видов преподавания (словесный, наглядный, аудиовизуальный, самостоятельная работа и др.). Стараюсь, чтобы на каждом уроке присутствовали методы, способствующие самовыражению ученика (выбор действия, выбор способа действия, свободная беседа), активные методы (игра, обсуждение в парах, дискуссия).

Условия работы в школе, действующей в медицинском стационаре, требуют особого подхода к организации учебного процесса. В наших условиях не ученик подстраивается под сложившийся обучающий стиль учителя, а учитель, обладая разнообразным технологическим инструментарием, согласует свои приемы и методы работы с познавательным стилем обучения каждого конкретного ребенка.

Так сложилось, что каждый мой урок - лично ориентированный. Если сравнивать с обычной общеобразовательной школой, то можно сказать, что тип взаимодействия учитель - ученик в наших условиях полностью изменен. Мне пришлось поменять свой командный стиль на сотрудничество. В результате изменилась и позиция каждого ученика, действия стали рефлексивными, т. е. нацеленными на результат. Роль учителя на таком уроке состоит не только в том, чтобы дать знания, но и в создании оптимальных условий развития конкретного ученика.

Весь материал к уроку, способы и формы работы, стиль общения, формы контроля развития личности ученика выбираются исходя из особенностей конкретного ученика.

В стенах нашей школы мы стараемся создать каждому ученику условия для усвоения базисного материала. Этому способствует разноуровневый подход в преподавании. Весь материал к урокам подготовлен с позиций уровневой дифференциации, т. е. на минимальном, базовом и творческом уровнях.

Выбор уровня обучения осуществляется путем психолого-педагогической диагностики личности, учитывающей следующие элементы: воспитанность, познавательный интерес, общеучебные умения и навыки, фонд знаний, мышление, память, тревожность, темперамент.

Находясь в медицинском стационаре, многие дети на время лишаются помощи родителей, поддержки школьных друзей. В этой ситуации иногда эффективно работает технология создания учебной пары. На занятии в разноурвневой паре младший ученик имеет возможность получить совет старшего или более сильного ученика. Иногда я сознательно подталкиваю ребят к сотрудничеству. Обычно учебная пара, сложившаяся на уроке, продолжает существовать и вне занятий. Совместная работа создает определенные преимущества: повышается ответственность не только за себя, но и за товарища; совершенствуется речь; идет мобилизация и актуализация предшествующего опыта и знаний; решаются проблемы общения.

Многие наши ученики имеют пробелы в знаниях. Ликвидировать эти пробелы позволяет использование модулей по различным разделам математики. В отдельных случаях применение модулей позволяет углубить знания по данной теме.

В каждый модуль входит план действий, банк информации, методические рекомендации по достижению дидактических целей. Модуль выступает как программа обучения, индивидуализированная по содержанию, методам обучения, уровню самостоятельности, темпу учебно-познавательной деятельности ученика.

При модульном обучении ученик включается в активную учебно-познавательную деятельность, работает с дифференцированной по содержанию и дозе помощи программой. Происходит индивидуализация контроля, самоконтроля, коррекции, консультирования, степени самостоятельности. Ученик имеет возможность в большей степени реализоваться, что способствует мотивации учения.

Конечно, с модулем способен работать не каждый ученик, а только тот, у которого сформирован минимум знаний и общих учебных умений.

В число наиболее значимых проблем, которые пытаются преодолеть врачи, учителя, психологи, входят: неудовлетворительный уровень психофизического здоровья, интеллектуального развития и эмоционального благополучия детей; утрата детьми открытости окружающему миру, положительного самоощущения, здорового любопытства, творческого потенциала; формальность получения образования; обезличивание стиля общения взрослых с детьми. Одним из средств изменения сложившейся негативной ситуации является более широкое использование тех ресурсов, которыми обладает игра. Присущие игре адаптирующие, дидактические, воспитательные, развивающие, коррекционные функции могут оказать ребенку неоспоримую помощь. Чаще всего я провожу дидактические игры с учениками 5 - 6 классов. Очень эффективно использование игр при выполнении действий с числами, нахождении дроби от числа и числа по его дроби. Урок - игра должен иметь место в процессе обучения. Часто можно наблюдать, как ученик, равнодушный к математике, вдруг становится активным во время игры. По результатам игры я выставляю оценки. Но оценки должны быть такими, чтобы ребенок не боялся игры и ждал следующего урока.

Еще одно важное направление, по которому я работаю – сказкотерапия. Сказка на уроке - элемент игры. Сказка увлекает младшего школьника, аккуратно вводит его в мир математики. Мы придумали сказки к большинству тем 5 - 6 классов и используем их на уроках.

На протяжении нескольких лет одним из направлений моей работы являлось создание методического обеспечения уроков математики. Разработаны схемы, таблицы, иллюстрации, чертежи ко всем темам математики 5 - 6 классов, алгебры 7 - 9 классов, алгебры и начал анализа 10 - 11 кл., геометрии 7 - 11 кл. Я изготовила сборные модели по стереометрии, модель тригонометрической окружности с подвижными линиями синусов, косинусов и другие приспособления, которые позволяют экономить силы учеников.

При составлении пособий я придерживалась следующих принципов: краткость, четкость, наглядность; наличие информации по сопутствующим разделам; связь с учебником. Цель проведенной работы - не упрощать содержание математического образования, а дифференцировать помощь ученику в зависимости от его подготовленности и потребностей. Наши материалы к уроку позволяют ученику больше

работать самостоятельно, связывая воедино полученные сведения, в то время, когда учитель занят работой с другими детьми.

Создаю презентации к урокам. С точки зрения наглядности компьютер открывает невероятные возможности.

Таким образом, работая с детьми, находящимися на лечении в медицинском стационаре, можно дать им полноценные знания. Об этом свидетельствует многолетний опыт работы нашей школы и сотни выпускников, получивших равные возможности при вступлении во взрослую жизнь, несмотря на серьезные заболевания.

Важен стиль преподавания, в основе которого - выявление потребностей учащихся, их удовлетворение, диалог с учеником, гуманная индивидуализация и дифференциация обучения.

Литература:

1) <http://www.shkolnymir.info/>. О. А. Соколова. Здоровьесберегающие образовательные технологии.

2) Смирнов Н. К. Здоровье сберегающие образовательные технологии в современной школе. – М.: АПК и ПРО, 2002.

3) Советова Е. В.. Эффективные образовательные технологии. –Ростов На-Дону: Феникс, 2007.

4) Сериков В. В. Личностно-ориентированное образование: Феномен, концепция, технология // Педагогическое образование для XXI века: Материалы международной научно-практической конференции. — М., 1994.

5) Селевко Г.К. Современные образовательные технологии: Учебное пособие. – М.: Народное образование, 1998.

6) Чернявская А.П., Байбородова Л.В., Харисова И.Г. Технологии педагогической деятельности. Часть I. Образовательные технологии: учебное пособие/ под общ. ред. А.П.Чернявской, Л.В.Байбородовой. — Ярославль;Изд-во ЯГПУ, 2012.

Кольтинова В.В.

Психическая депривация детей в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

Начавшиеся процессы деинституализации ребенка – сироты в нашей стране позволяют отметить, что число таких детей сокращается, они передаются в семьи граждан, в которых получают семейную заботу различной организационной формы. Передаваемый из учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в замещающую в семью ребенок имеет депривационные нарушения, которые могут характеризоваться различной глубиной и зависят от продолжительности действия депривационных факторов. Дети, оставшиеся без попечения родителей, попадают в специальные учреждения для детей-сирот в различном возрасте, часто по сходным причинам: девиантного родительства. Каждый ребенок имеет собственный набор депривационных последствий, индивидуальную степень травматизации, различную потребность в компенсирующих воздействиях. Общеизвестно, что чем меньше возраст ребенка, тем успешнее можно восстанавливать нарушения привязанности ребенка к значимому взрослому. Каждый воспитанник учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, имеет собственный семейный опыт с различной степенью его дефицитности и деструктивности. Специалисты отмечают, что такие дети имеют все формы депривации: сенсорную, когнитивную, эмоциональную, депривацию

идентичности [2]. Исследования показывают, что лишение детей материнской заботы с последующей психической депривацией в сиротских учреждениях, катастрофически сказывается на их социальном, психическом и физическом здоровье. Большинству брошенных детей не хватает личного внимания и эмоционального стимулирования, необходимого для развития. Наблюдая у таких детей тяжёлые повреждения личности, самосознания и интеллектуального развития, учёные высказывали предположение о том, что эмоциональная депривация делает особенно актуальным сам «момент отторжения». Этот травмирующий комплекс сохраняется у ребёнка на всю жизнь. Неблагоприятное течение адаптации проявляется в выраженных изменениях психоэмоциональной сферы, нарушении произвольной регуляции, в формировании глубоких нервно-психологических расстройств, нарастании отрицательных эмоций, сложении функциональных возможностей и перенапряжении регуляторных механизмов [4]. Нарушение адаптации и социализации в условиях интернатного учреждения, по мнению специалистов, может быть обусловлено следующими факторами: ограниченностью социальных контактов, однообразием, типичностью взаимодействий и отношений, неучастием в организации экономической стороны собственной жизнедеятельности (бюджет, расходы), незнанием социальных ролей и их динамики в жизни личности (сын – отец, мать – дочь и т.д.) [4].

Не решаемые вовремя задачи адаптации ведут к формированию социально незрелой личности – психическому инфантилизму. Происхождение психического инфантилизма имеет сложную биологическую и социальную природу, но социальный фактор более значим. К признакам социально незрелой личности можем отнести сенсорную жажду – стремление как можно больше узнать, увидеть, вкусить, стремление не приобрести знаний и опыта, а приобретение ради приобретения; романтическую страсть к приключениям, их постоянный поиск, азарт; страсть подражания, отсутствие и боязнь самостоятельного выбора даже жизненно важных сфер, таких как профессия, «стадное чувство»; чрезмерную обидчивость, детскость в поведении; поступки по первому побуждению, безудержность в удовлетворении потребностей и желаний, в том числе и пищевых, материальных и т.д., действуют по форме «захотел – сделал - подумал»; беспечность, нежелание доводить начатое дело до конца; преобладание игровых интересов; легкую, быструю пресыщаемость деятельностью.

Установлено, что наиболее пострадавшей в структуре личности ребенка-сироты является аффективно-личностная сфера, сфера эмоций и привязанностей, ребенка, оставленного без попечения родителей. У детей, воспитывающихся в учреждении интернатного типа (доме ребенка, детском доме, школе – интернате с постоянным пребыванием), развитие эмоциональной сферы страдает по целому ряду характеристик. У них меньше эмоций по количеству, качеству, чем у детей из семьи, эмоциональные проявления бедны, невыразительны. В международном классификаторе болезней депривационные симптомы объединены диагнозами «реактивное расстройство привязанности» и «расторженное расстройство привязанности».[3].

Отсутствие системы аффективно-личностных связей, их подмена формальными, поверхностными отношениями, складывающимися в процессе ухода между персоналом и воспитанником дома ребенка, воспитателями и учителями школ-интернатов и детских домов приводит к тому, что ребенок не научается разделять свои переживания с взрослыми, от чего сами эти переживания остаются недостаточно глубокими и яркими. Преобладание объектного отношения к взрослому лишает ребенка средств, позволяющих

преодолевать с помощью взрослого страх, а также и стимула к активной познавательной деятельности. Отсюда как следствие задержки и искажения в личностном развитии детей и их познавательной активности.

Сфера общения с взрослыми у детей – сирот характеризуется напряженными потребностями общения. На фоне стремления общения с взрослым и одновременно повышенной зависимости от взрослых особенно обращает на себя внимание агрессивность воспитанников детского дома по отношению к взрослым. Это говорит о неумении взять на себя ответственность за процесс общения, за то, как в нем складываются отношения, а также демонстрирует потребительское отношение к взрослым, тенденцию ждать или даже требовать решения своих проблем от окружающих.

Нами было предпринято исследование сферы психических состояний: тревожности, фрустрированности, агрессивности и ригидности ребенка-сироты.

При изучении психических состояний воспитанников детского дома обнаружено, что 37 % воспитанников характеризуются высоким и средним уровнем тревожности. Полученные данные свидетельствуют о том, что более трети воспитанников испытывают беспокойство, тревогу как в новых и так привычных условиях, сомневаются в своих силах.

В результате исследований психического состояния фрустрации установлено, что 68 % опрошенных воспитанников испытывают состояние блокировки, т.е. невозможности удовлетворить базовые психологические потребности: в любви, защите, признании. Дети считают себя отверженными, изгоями, никому не нужными людьми. В психологии это состояние называется фрустрацией. Состояние фрустрации сопровождается защитным поведением, сопровождаемым различными формами психологической защиты, среди которых регрессивное поведение, рационализация, депрессивные поведенческие реакции, но наиболее частой формой для таких детей является агрессивное поведение. По результатам нашего исследования 53% отмечают у себя высокий и средний уровень агрессивности, которая может проявляться в различных формах, быть адресованной сверстникам, взрослым и даже самому себе.

При изучении психических состояний воспитанников детского дома выявлено, что они характеризуются высоким уровнем ригидности психики (72% воспитанников имеют высокий и средний уровень ригидности), т.е. устойчивости, консервативности приобретенных привычек, форм поведения, в том числе и социально негативного, деструктивного и даже опасного содержания.

Мы видим признаки психического неблагополучия, дисгармонии внутреннего мира воспитанников детского дома, порожденных их статусом социального сиротства, переживанием реальной отверженности живыми родителями и близкими родственниками. Специалисты называют этот симптомокомплекс «синдромом сиротства», связанный с потерей любви и привязанности ребенка к матери. На основе этого чувства у ребенка формируется особое отношение к миру, нарушается отношение привязанности, недоразвиваются социальные навыки, развивается эмоциональная глухота. Отсутствие базисного доверия к миру рассматривается как самое тяжелое и самое труднокомпенсируемое последствие материнской депривации. Оно порождает страх, агрессивность, недоверие к людям и к самому себе, нежелание познавать мир, лишает ребенка возможности нормального психического, социального и сенсорного (потребность в разнообразных впечатлениях) развития.

Наблюдая детей, изъятых из девиантной семьи в дошкольном детстве, мы отмечаем, что в своих рассказах о семье, ее членах и матери дети сохраняют в памяти только благополучные черты и события, всячески нивелируют образ родителей, стараются, как могут, оправдать сам факт нахождения в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. С полной убежденностью тринадцатилетняя девочка утверждает, что мама не может ее взять в семью, т.к. перенесла тяжелую операцию аппендицита, последствия которой не преодолены в течение шести лет, которые она находится в детском доме, также удивительными по своей защитной силе звучат их рассказы о ремонтах, командировках родителей, их чрезвычайной занятости на работе и пр.

Детям, воспитывающимся вне семьи, свойственна бедность эмоционального и социального опыта, недоразвитие общения, образного мышления, несформированность образа «Я», неуверенность в себе, отсутствие жизненной перспективы, что приводит к депривации идентичности. Личностная депривация воспитанников детских домов и интернатов заключается в нарушении отношения к самому себе, в формировании своего «Я». В исследовании мы обнаруживаем, что у них преобладает либо заниженная самооценка, либо завышенная.

Социокультурная депривация заключается в недостатке либо фрагментарности социального взаимодействия детей, оставшихся без попечения родителей, с другими людьми, прежде всего с взрослыми. Л.С.Выготский говорил: «в ходе общения и совместной деятельности в условиях детского дома не просто усваиваются образцы социального поведения, но и формируются основные психологические структуры, определяющие в дальнейшем всё течение психических процессов личности ребёнка лишенного семейного окружения». Специалисты утверждают, что отношение к будущему, жизненные планы, временная перспектива во многом определяется «социальной ситуацией развития» ребёнка. Проблемы социального характера ребенка, оставшегося без попечения родителей, проистекают из социального статуса ребёнка – он «ничей» ребёнок. Для поступающих в интернатные учреждения детей характерна нарушенная социализация, имеющая широкий спектр проявлений: от неумения вести себя за столом и неспособности адаптироваться к незнакомой среде новым обстоятельствам. Ограничения социальной активности ребёнка, недостаточное включение его в различные виды практической деятельности не способствуют усвоению им социальных норм и социального опыта. Воспитанники детских домов не готовы решать самостоятельно проблемы трудоустройства, дальнейшего получения образования и иных жизненных ситуаций. Он не может на основании накопленных знаний самостоятельно конструировать правила и нормы поведения и руководствоваться ими в обществе[5].

Для повышения уровня сенсорного, интеллектуального и социального развития детей, оставшихся без попечения родителей в детских домах и интернатах предпринимаются попытки совершенствования процесса социализации личности, такие как: создание материальной базы для комфортного проживания воспитанников, обстановки, приближенной к домашней – это благоустроенные спальни, игровые комнаты, классы для учебных занятий; создание обогащенной развивающей среды: компьютерный класс, тренажерный зал, изостудия, кабинет социально – бытовой ориентации, библиотека; активизация развивающего потенциала окружающего

позитивного социума: сотрудничество с спортивными школами, учреждениями культуры, привлечение волонтерских молодежных организаций и др.

Обогащенная сенсорная и коммуникативная среда, разнообразные культурно-досуговые, просветительские мероприятия, различные виды творчества, организуемые для детей-сирот, усилия многочисленных специалистов: социального педагога, психолога, педагогов-организаторов, педагогов дополнительного образования, организующие работу образовательных и развивающих кружков, факультативов и секций, оказываются мало эффективными.

Работа педагогических коллективов школ-интернатов и детских домов, которые стремятся дать детям как можно больше знаний и умений, необходимых им в дальнейшей жизни, часто встречает сопротивление, безразличие воспитанников. Они индифферентно относятся к самым ярким, эмоциональным, эстетически насыщенным событиям, которые они проживают в интернатном учреждении, часто не сохраняют в памяти эти события, либо потребительски требуют их организации. Мы считаем, что данное обстоятельство связано с неудовлетворением базовой потребности в безопасности, с отсутствием сопровождения другой эмоциональной природы – семейной заботы, наполненной любовью и привязанностью.

Пребывание детей в учреждении для сирот усугубляет депривацию, искажает развитие личности ребенка, оставшегося без попечения родителей, в силу сниженной доверительности общения и сопровождения, его групповой, а не индивидуальной направленности, формальности и непостоянства контактов со взрослым (у воспитателя – это функциональная обязанность, состав воспитанников может меняться), жесткая регламентация поведения и деятельности воспитанников, режимный характер учреждения, а также фиксированный социальный статус ребенка как оставшегося без попечения.

В условиях процесса подготовки замещающих родителей считаем необходимым освещать проблему депривации ребенка, оставшегося без попечения родителей, раскрывать для потенциальных замещающих родителей механизм возникновения данного болезненного переживания ребенка, системный характер этого явления, а самое главное, необходимо научить преодолевать симптомокомплекс сироты. В школе приемных родителей необходимо сформировать умения по созданию развивающей среды, персонифицированного жизненного пространства, отвечающего таким ведущим потребностям детей, как потребности в любви, безопасности, защищенности, впечатлениях, общении, социальных контактах, двигательной активности, комфортности, динамичности, открытости. Замещающим родителям следует раскрыть богатый воспитательный потенциал таких средств как общение, бытовой семейный труд, семейные традиции, социальное обучение, игра, совместная деятельность.

Процесс воспитания детей, принятых в замещающую семью объективно будет сопряжен с рядом трудностей, потребует определения индивидуальной траектории развития для каждого, совокупности методов и технологий сопровождения, выделения показателей успешности замещающей семейной заботы, среди которых мы выделяем наличие положительно ориентированных жизненных планов и профессиональных намерений; степень сознательности и дисциплинированности по отношению к учебной и трудовой деятельности; уровень развития полезных знаний, навыков, умений (спортивных, трудовых, технических, творческих и т.д.); разнообразие и глубина

полезных интересов; адекватное отношение к воздействиям, оказываемым замещающими родителями, наличие эмоционального контакта, процесса формирования привязанности; внимательное, чуткое отношение к окружающим, способность к сопереживанию, эмпатия; навыки саморегуляции поведения волевые качества. Способность самостоятельно принимать решения и преодолевать трудности при их выполнении; внешняя культура поведения (аккуратность, культура речи, вежливость); преодоление и отказ от дурных привычек и форм асоциального поведения (употребление алкоголя, курение, употребление нецензурных выражений).

Литература

1. Возрастные особенности психического развития детей. / Под. ред. И.В. Дубровиной, М.И. Лисиной. - М.: Педагогика, 2000. - 231 с.
2. Лангмейер З. Матейчек Психическая депривация в детском возрасте. -Прага: Авиценум, 1984 г.
3. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. – М.: Генезис, 2006.
4. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Дети без семьи. – М. Педагогика, 1990
5. Сидорова Л.К. «Организация и содержание работы с детьми – сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей». - М.: Гардарики, 2004

Яковлева Т. Д.

Модель программы формирования гражданско-патриотического образования субъектов социального пространства детского дома

Процесс трансформации современного российского общества и реализации демократических принципов построения нового социального порядка предполагает усиление значимости законности, правовой дисциплины как регламентирующих социальную систему факторов. Основопологающую роль в становлении правовой стабильности и правомерного поведения российских граждан играет их правовая компетентность как основа эффективности социальных преобразований.

Проблема нарастания криминализации общества, молодежной преступности, правового нигилизма говорит о насущной потребности создавать действенную систему правовых отношений, при которой правовые убеждения граждан будут совпадать с официальным законодательством.

Реализация поставленной цели может быть достигнута через решение таких задач, как:

- проведение социологического анализа существующих теоретических подходов к формированию гражданско-правовой компетентности личности;
- определение характера влияния уровня правовой компетентности личности на становление правового порядка в организации, обществе;
- анализ и разработка средств и способов формирования правовой компетентности личности в современных условиях;
- обоснование влияния правовой компетентности на институализацию правовых практик.

Государственная проблема отражена в ряде документов, основным из которых для образовательных учреждений является Закон РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (1999г.).

Вовлечение в реализацию инновационной, экспериментальной деятельности субъектов системы образования, развитие и укрепление межведомственного социального партнерства с целью повышения правовой грамотности российских граждан позволяет привлечь внимание общественности к обсуждению проблемы, поиску результативных форм и методов взаимодействия.

Факторами, влияющими на формирование гражданско-правовой компетентности, являются знания, опыт и возможность их применения в решении практических задач. В связи с этим нормы и правила взаимодействия субъектов социального пространства детского дома, заявленные на основе признания ПРАВА как ценности, могут стать средством формирования правопослушного поведения детей и подростков, педагогов, социальных партнеров учреждения не только сегодня, но и в дальнейшем. «Детский» опыт станет не только средством воспитания, но и инструментом первичной профилактики.

Разработка и апробация механизмов формирования гражданско-правовой компетентности субъектов социального взаимодействия позволит рассматривать педагогическую, образовательную деятельность учреждения с двух позиций:

- формирования одной из современных ключевых компетентностей личности;
- успешной социализации детей и подростков.

Основные характеристики структурных компонентов программы формирования гражданско-патриотического образования субъектов социального пространства детского дома

Компонент №1. Программа развития воспитательной системы в детском доме... на ... годы.

Цель программы:

обеспечение необходимых организационных, кадровых, научно-методических и других условий для:

- развития воспитательной системы детского дома;
- создания единого воспитательного пространства, центром и главной ценностью которого является личность ребенка, ее развитие, самореализация и самоопределение в обществе;
- формирования человека высокой нравственной культуры, человека-гражданина, человека-патриота, семьянина-родителя, специалиста-профессионала.

Приоритетные направления развития воспитательной системы:

- социально-личностное развитие и адаптация к жизни в условиях социума;
- воспитание здорового образа жизни и безопасности жизнедеятельности;
- духовно-нравственное и интеллектуальное воспитание;
- гражданско-патриотическое воспитание;
- развитие ученического самоуправления и самореализация личности

Ожидаемые результаты реализации программы:

- создана система мероприятий по развитию межведомственного взаимодействия, сотрудничества и обмену опытом в решении проблем воспитания детей и подростков;
- усилены воспитательные функции учреждения, направленные на формирование у воспитанников гражданственности, нравственности, трудолюбия, любви к своей Родине, городу, интеллектуальное и физическое развитие личности ребенка и подростка;

- созданы условия для дальнейшего развития демократических начал в сфере воспитания, обеспечения государственно-общественного характера управления учреждением, детского самоуправления, детского общественного движения и профилактику асоциальных проявлений среди детей и подростков.

Компонент №2. Программа «Социальное закаливание детей и подростков в системе образования ... на ... годы».

Цель программы: создание благоприятных условий для развития социального пространства региона/города, способствующих совершенствованию способов активной профилактики девиантного поведения детей и подростков.

Задачи программы:

- активизировать деятельность учреждения по развитию внутри- и межведомственного взаимодействия, эффективного обмена опытом в решении проблем профилактики девиантного поведения детей и подростков;
- осуществлять сопровождение развития компетенций педагогических и руководящих кадров, обогащения профессионально-технологического арсенала работников, занятых в воспитательном процессе;
- обеспечить условия для создания программ социального закаливания в образовательных учреждениях региона/города и внедрения новых эффективных социально-воспитательных технологий в педагогическую/образовательную практику.

Компонент №3. Программа поддержки ребенка

Цель программы: построение процесса психолого-педагогического сопровождения и поддержки на основе информационно-потребностного подхода.

Приоритетная задача программы:

- освоение и внедрение в педагогическую практику процессного подхода как методологической основы организации психолого-педагогической поддержки детства

Основные направления программы:

- создание условий для освоения навыков самовоспитания, самосовершенствования (на основе курса «Самосовершенствование личности» Г.К.Селевко);
- формирование лидерских качеств и навыков работы в команде (по методике КТД И.П.Иванова);
- формирование воспитательного пространства школы (на основе теории Н.Л.Селивановой)

Технологическое обеспечение реализации программы:

использование в образовательном процессе современных образовательных технологий:

- система инновационной оценки «ПОРТФОЛИО»;
- развитие критического мышления через чтение и письмо;
- современная образовательная технология «ДЕБАТЫ».

Компонент №4. Программа деятельности общественного объединения «ГРАЖДАНИН.RU», направленного на формирование гражданско-правовой компетентности субъектов социального взаимодействия.

Главная цель программы: формирование гражданско-правовой компетентности субъектов социального взаимодействия

Приоритетные задачи программы

- Увеличить спектр способов взаимодействия субъектов социального взаимодействия по повышению уровня правовой грамотности
- Способствовать включенности субъектов социального взаимодействия в решение вопросов реализации личностных прав и исполнения обязанностей.
- Повысить уровень правовой культуры субъектов социального взаимодействия.

Основные направления программы:

- общественная экспертиза соблюдения прав субъектами социального взаимодействия;
- создание условий для организации свободного времени воспитанников;
- организация социального партнерства субъектов социального пространства детского дома;
- определение функций и границ ответственности между государством, обществом, детским домом;
- укрепление межведомственного взаимодействия.

Ожидаемые результаты реализации программы:

- расширено поле возможностей для участия воспитанников, педагогов, социальных партнеров в процессах демократизации уклада жизни в детском доме;
- педагоги овладели и активно используют в педагогическом процессе социально-ориентированные и информационно-коммуникационные технологии;
- разработан механизм правового регулирования отношений субъектов в рамках социального и образовательного пространства детского дома;
- общественное объединение «Гражданин.RU» - координатор взаимодействия по формированию гражданско-правовой компетентности субъектов социального пространства детского дома

Компонент №5. Диагностические программы по жизненному (А) и профессиональному (Б) самоопределению школьников.

Программа по диагностике жизненного самоопределения воспитанников (А). Главные цели программы: оказание помощи воспитанникам в определении личностных качеств, индивидуальных особенностей проявления психических состояний, уровня компетентности в различных сферах, в целях повышения эффективности жизненного самоопределения.

Программа по диагностике профессиональной направленности и готовности к выбору профессии (Б). Главные цели программы: оказание помощи воспитанникам в определении интересов и склонностей, индивидуальных особенностей, потенциальных возможностей, в целях повышения эффективности профессионального самоопределения.

Приоритетные задачи программ:

- (А) • формирование у воспитанников целостного представления о своих склонностях, способностях, потенциальных возможностях как фактор становления внутреннего механизма самоопределения;
- выявление проблем в развитии личности воспитанника, требующих устранения или коррекции для более успешной социализации;

- создание действующей электронной базы данных с результатами диагностик по жизненному самоопределению по каждому воспитаннику.

(Б) • формирование у воспитанников целостного представления о своих склонностях, способностях, потенциальных возможностях для повышения эффективности процесса выбора профессии;

- выявление проблем, требующих применения других направлений деятельности профориентационной работы (информационно-справочной, консультативной и т.д.);

- создание действующей электронной базы данных с результатами диагностик по профориентации по каждому воспитаннику.

Ожидаемые результаты реализации программ:

(А) • воспитанники владеют знаниями о своих индивидуальных склонностях и интересах, потенциальных способностях и возможностях, уровне компетентности в различных сферах жизни общества и используют их для проектирования дальнейшего пути личностного развития и самореализации в жизни.

- каждый воспитанник имеет возможность получить результаты всех диагностик (с учетом принципа корректной реинтерпретации результатов);

- создана действующая электронная база данных на каждого воспитанника;

- обеспечен доступ заинтересованных взрослых к информации.

(Б) • воспитанники владеют знаниями о своих профессиональных склонностях и интересах, потенциальных способностях и возможностях;

- каждый воспитанник имеет возможность получить результаты всех диагностик (с учетом принципа положительной реинтерпретации результатов);

- создана действующая электронная база данных на каждого воспитанника;

- обеспечен доступ заинтересованных взрослых к информации.

Компонент №6. Программа деятельности воспитательной структуры «Родительский университет»

Цели программы: развитие социального партнерства для достижения нового качества образования воспитанников; создание условий для корректировки родительской позиции всеми субъектами социального пространства детского дома.

Задачи программы:

- разработать механизмы взаимодействия субъектов внутри социального пространства детского дома;

- определить направления взаимодействия для повышения эффективности решения задач и достижения целей субъектами социального пространства;

- создать условия для формирования навыков решения воспитанниками большинства вопросов жизненного и профессионального самоопределения до выхода их из стен детского дома

Концептуальные основы программы:

- мобильность как способ реагирования на возникновение проблем;

- наличие определенной цели-результата каждого субъекта деятельности;

- распределенная ответственность за качество совместной деятельности

Базовые идеи:

- сочетание традиций и инноваций;

- развитие социального партнерства;

-развитие системы самоуправления учреждением

Компонент №7. Блочно-модульная программа инвариантного модуля «Социально-педагогические условия формирования гражданско-правовой компетентности личности» (в рамках дополнительного профессионального образования).

Цель: сформировать представления у всех субъектов социального взаимодействия о современных психолого-педагогических способах формирования гражданско-правовой компетентности.

Категория слушателей: заместители директоров школ по воспитательной работе, классные руководители, воспитатели, социальные педагоги, педагоги-психологи.

Ожидаемые результаты обучения:

- активизация деятельности педагогов по формированию гражданско-правовой компетентности субъектов педагогического взаимодействия;
- освоение системы знаний по теме;
- расширение профессионального кругозора в социально – педагогической области;
- освоение алгоритма действий образовательного учреждения по формированию гражданско-правовой компетентности личности

Успешно освоивший программу модуля сможет:

- самостоятельно осуществлять деятельность по формированию гражданско-правовой компетентности в рамках своей компетенции;
- определить свою роль в системе развития воспитательного потенциала
- самостоятельно разработать проекты по формированию гражданско-правовой компетентности участников педагогического социального взаимодействия в учебной, внеурочной и внешкольной практике

Компонент №8. Инновационный проект «Лидер-Центр».

Ключевая проблема: несформированность социокультурного пространства ОУ для эффективного и результативного выстраивания и развития системы по формированию гражданско-правовой компетентности и лидерских качеств личности.

Общая стратегическая цель: создание и развитие системы комплексного непрерывного гражданско-правового образования субъектов социального взаимодействия.

Конкретные цели проекта:

формирование активной позиции детей и подростков в процессе совершенствования и преобразования окружающей среды:

1. организация деятельности общественного объединения «Гражданин.RU»;
2. создание клубного объединения «Пресс-Центр»;
3. организация «Школы лидеров» для воспитанников;
4. развитие детской общественной организации.

Области и направления стратегических изменений:

Область: управление воспитательной системой детского дома.

Направления:

- создание социально-педагогических условий для продуктивного содействия детям и подросткам в их адекватной социализации, активном участии в преобразовании социума;

- повышение уровня социальной компетентности воспитанников через социальное обучение, осуществляемое в деятельностном режиме;
- содействие в преодолении трудностей социализации воспитанников, возникающих проблем отношений с окружающей социальной средой, реализуемое через социально-педагогическое сопровождение и поддержку.

Кроме перечисленных программ и проектов формированию гражданско-правовой компетентности участников образовательного процесса способствует:

- разработка и реализация конкурса проектов и программ воспитанников «ЖИЗНЬ ПО ПРАВИЛАМ» по номинациям:

- «Правовой справочник «Гражданин. Ru»;

- «Уполномоченный по правам детей»;

- «Правовой туризм»;

- реализация программы «ШКОЛА ЛИДЕРОВ» в рамках инновационного проекта «Лидер-Центр»;

- разработка Концепции и программы деятельности общественной приемной в учреждении.

Некоторые характеристики гражданско-правового образования воспитанников детского дома:

1. организация гражданско-правового образования (далее - ГО) в детском доме (далее - ДД) имеет децентрализованную распределённо-скоординированную пространственную конфигурацию (организация ГО осуществляется из нескольких центров, автономных по отношению друг к другу, занимающихся различными направлениями и аспектами ГО и координирующих свои действия);

2. организационно реализацию нормативных правовых актов и прочих документов разного уровня (концепции, программы и т.д.) по развитию гражданско-правового образования в ДД обеспечивают: администрация; совет профилактики; профессиональное сообщество воспитателей; совет воспитанников; проектные группы. С нормативных позиций взаимодействие различных субъектов, организующих ГО в ДД, регулируется на основе долгосрочных договоров и разовых договоров («под конкретное мероприятие»).

3. Информационно-ресурсная образовательная среда по гражданско-правовому образованию должна представлять собой следующий набор компонентов и их наполнение:

- Организационно-структурный компонент: организационная модель; позиционная модель.

- Организационно-нормативный компонент: Пакет локальных актов, регламентирующих взаимодействие субъектов деятельности по данному направлению

- Организационно-методический компонент: модель организации и развития социального партнерства с целью удовлетворения методических профессиональных дефицитов субъектов деятельности.

- Содержательно-методический компонент: Информационные, методические материалы для педагогов и других субъектов деятельности

- Опытнo-экспериментальный компонент: Программы и планы проведения опытнo-экспериментальной работы

- Научно-исследовательский компонент Методики организации и проведения исследований. Обобщенные результаты анкетирования, опросов, исследований. Аналитические справки, отчеты.
- Проектно-инновационный компонент Проекты, целевые программы, направленные на решение проблем ОУ в данном направлении деятельности
- Информационно-коммуникационный компонент PR-деятельность. Тиражирование опыта. Организационно-педагогические мероприятия, способствующие участию профессионального сообщества и общественности в экспертизе деятельности ОУ
- Финансовый компонент Бюджеты реализации проектов, программ
- Маркетинговый компонент Документы, подтверждающие участие ОУ в конкурсах на получение статусов, грандов.

Бобылева И.А.

Сопровождение как технология индивидуализации социально-педагогической поддержки детей, оставшихся без попечения родителей

Понятие «поддержка» является широким и общим понятием, выражающим желание того, кто хочет оказать поддержку, скорее встать на сторону нуждающегося в ней, оказать содействие. Поддержка проистекает из реальных нужд, которые ребенок испытывает, но в силу ряда причин не может самостоятельно удовлетворить. Поэтому ему необходима поддержка другого человека (других людей).

Семантический и педагогический смысл понятия «поддержка» заключается в том, что поддерживать можно лишь то, помогать тому, что уже имеется в наличии (но на недостаточном уровне), т.е. поддерживается развитие «самости», самостоятельности человека.

В отечественной науке педагогическая поддержка выступает как технология организации личностного взаимодействия взрослого и ребенка, как педагогическое сопровождение, процесс создания психологически комфортных условий для личностного развития, как воспитательная технология.

Стратегия педагогической поддержки заключена в переводе ребенка из пассивной позиции «жертвы» и «потребителя», в активную – субъекта деятельности по разрешению проблемы. Особое значение поддержка приобретает в работе с детьми «группы риска» [13].

В настоящее время термин «социально-педагогическая поддержка» применяется для обозначения усилий, предпринимаемых социальными институтами в отношении различных категорий индивидов и социальных групп, испытывающих трудности в тех или иных сферах жизнедеятельности [11]. Термин «социально-педагогическая поддержка детей, оставшихся без попечения родителей» является результатом модификации, конкретизации и адаптации термина «поддержка» применительно к специфическим условиям (по характеру проблем – социально-педагогическим; по объекту – дети, оставшиеся без попечения родителей).

Анализ процессов, характерных для социально-педагогической поддержки детей, оставшихся без попечения родителей, позволяет выделить следующие тенденции:

1) расширение доступности социально-педагогической поддержки через внедрение новых услуг детям, оставшимся без попечения родителей;

2) дифференцированный подход к разным категориям детей, оставшимся без попечения родителей;

3) внедрение технологий сопровождения. При этом сопровождение понимается как целостный процесс взаимодействия сопровождаемого и сопровождающего.

Все эти направления обеспечивают индивидуализацию социально-педагогической поддержки детей, оставшихся без попечения родителей.

Целенаправленная индивидуализация социально-педагогической поддержки особенно необходима тем детям, которые росли в неблагоприятных семейных условиях. В отношении таких детей стоит особенно ответственная задача – направлять ход их воспитания. И в этом смысле на индивидуализацию ложится миссия большого социального значения.

Проблема индивидуализации декларируется как междисциплинарная, ее разработка ведется в философии, психологии, педагогике, социологии, и существует значительный банк накопленных знаний о ее содержании [3].

Индивидуализация – обратная сторона социализации, социально-культурный процесс накопления личностью особенного, уникального опыта, рост ее масштаба, творческого потенциала, универсальности, самостоятельности свободы и ответственности. Мерой индивидуализации является личный вклад в культуру [2].

В настоящее время в педагогике происходит постепенное изменение трактовки понятия «индивидуализация» от обозначения формы и средства обучения к его определению как широкой преобразовательной деятельности по образованию человека, позитивному изменению его внутреннего мира [3].

Формирование индивидуальности предполагает, что воспитатель признал право ребенка «быть самим собой». Индивидуализация предполагает, с одной стороны, следование природе ребенка, а с другой, стимулирование индивидуальной активности самого ребенка, становление его способности к самообразованию и самоопределению, формирование и развитие субъектности ребенка.

Проблема индивидуализации выступает в современной педагогике как проблема индивидуального саморазвития, а педагогический процесс – как субъектно-субъектные отношения, сотворчество взрослого и ребенка, индивидуализированное сопровождение, в котором доминирует взаимовыгодный обмен личностными смыслами и опытом.

Индивидуализация направлена на воспитание самостоятельности, творческой инициативы. Именно в индивидуализации дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей (особенно проживающие в детском доме) сталкиваются с большими трудностями, которые проявляются в противоречиях, связанных с наследственными факторами, ранней депривацией, негативным социальным опытом. Индивидуализация позволяет ребенку, оставшемуся без попечения родителей, реализовать свой потенциал, накопить положительный опыт.

Индивидуализация социально-педагогической поддержки должна с одной стороны учитывать индивидуальные особенности ребенка, оставшегося без попечения родителей, и особенности его социальной ситуации (внешняя индивидуализация). Внутренняя индивидуализация социально-педагогической поддержки должна осуществляться с целью развития индивидуальности и основ индивидуального стиля деятельности. Более того, формирование индивидуального стиля деятельности посредством внутренней индивидуализации – это не дополнительная или выборочно

реализуемая постановка цели социализации, а это его максимально достижимый результат.

Индивидуализация социально-педагогической поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, учитывает и типовые особенности группы таких детей, и индивидуальные особенности отдельного ребенка.

Сиротство как фактор разрушает эмоциональные связи ребенка с окружающей его социальной средой, миром взрослых и сверстников, развивающихся в более благоприятных условиях, вызывает глубокие вторичные нарушения физического, психического и социального характера.

Воспитание в государственных сиротских учреждениях, смена учреждений и опекунов ребенка, позднее устройство в замещающую семью – факторы, травмирующие психику ребенка, делающие затруднительной реализацию его потенциальных возможностей, кардинально меняющие его судьбу, надолго разрушающие его взаимоотношения с окружающим миром и влияющие на процессы социализации и индивидуализации.

Ребенок, оставшийся без попечения родителей, имеет психологические травмы (разлука с семьей; жестокое обращение). Необходимо помочь ему обнаружить эти травмы и принять (переработать). Это можно делать через узкую индивидуальную работу, которую возможно осуществлять только при высоком уровне доверия ребенка к специалисту, который даже может и не инфицироваться как специалист, а быть просто партнером и другом, оказывая терапевтическое участие в жизни ребенка-сироты. А. Гезалов считает, что «лечение» сиротской травмы невозможно, ее нужно умело «подарить» ребенку, чтобы он с этим «подарком» умел смело шагать вперед [12]. Это практически невозможно при групповой работе, для этого необходима индивидуализация отношений между ребенком и контактными субъектом (воспитателем, фасилитатором), только тогда возможен процесс, который поможем ребенку принять свою травмированность, быть проинформированным о своих недостатках и достоинствах. Этот процесс весьма длительный и трудоемкий, просто разговоры и суэта вокруг ребенка наносят ему еще больший вред.

Отсутствие индивидуализированной поддержки воспитанника детского дома, наличие непроработанных психических травм, воспитание в условиях дефицита индивидуального внимания формируют личность, которой свойствен определен набор психических качеств: отчуждение, неприятие себя (аугонегативизм), неразвитые индивидуальность и социальный интеллект, инфантилизм, которые проявляются в дальнейшем в аномалиях поведения [1].

Вследствие неразвитого индивидуального сознания выпускники интернатных учреждений испытывают потребность в опеке, стремятся жить в группе «своих», подчиняя собственные интересы интересам группы или опекуна. В их среде вырабатывается специфическая групповая субкультура низкого уровня. Ее представители характеризуются слабым осмысливанием своего жизненного опыта, интуитивностью поступков, непониманием индивидуальных жизненных интересов и ценностей. Они нуждаются в группе как опоре для принятия решения.

По мнению А.М. Прихожан у подростков из интернатных учреждений не только не формируется в достаточной степени стремление к самостоятельности, ответственности, за свои поступки, умение самостоятельно организовывать свою жизнь, но и в качестве

ценности выделяется прямо противоположное - признание необходимости контроля. Для них практически не значимы эмоционально-волевые качества, которые не включаются в образ Я, в отличие от нравственных качеств. Это обусловлено как особенностями социализации детей в интернатных учреждениях (регламентация жизни, и вызванные ею дефекты развития саморегуляции: неумение организовывать свою жизнь, привычка к пошаговому контролю, несдержанность в общении со взрослыми и сверстниками, которая в ситуации безусловности общения не осознается и не изживается), так и по всей видимости преобладанием нравственных категорий в системе оценок воспитателями ребенка, так как известно, что ребенок оценивает себя прежде всего по качествам важным для значимых взрослых [7].

Неразвитый социальный интеллект приводит к незнанию и непониманию законов и правил человеческого общежития, своих прав гражданина и сироты, а также обязанностей перед обществом. Отсюда неспособность нести социальную ответственность и отстаивать свои права. Выпускники с неразвитым социальным интеллектom с одинаковой легкостью становятся жертвами или участниками преступлений, а оказавшись в местах лишения свободы, не всегда понимают, за что наказаны. Результатом их инфантилизма является пассивное отношение к любым жизненным ситуациям и проблемам. Они не делают попытки изменить свою жизнь, даже понимая, что это необходимо. У таких выпускников возникают серьезные проблемы при освобождении из мест лишения свободы, когда они с трудом вновь вступают в нормальную жизнь.

У выпускников чувство брошенности и изношенности, незавершенности процесса взросления – это новые не комфортные ощущения, которые приводят и к новым стрессам. Именно страх делать новые самостоятельные шаги, и есть те новые рубцы на его внутреннем состоянии, так как оно налагается не на его личностное «Я», а не еще детдомовское «Мы» [12].

Выпускник уходит из интернатного учреждения с определенным личностным багажом, вес которого определяется индивидуальным вниманием к ребенку. Чем «тяжелее» этот багаж, тем более успешной оказывается адаптация сироты к самостоятельной жизни [1].

Ореол безнадежности, который окружает детей-сирот, вынуждает специалистов, задействованных в программах помощи детям из учреждений, возлагать большие надежды на активизацию – стратегию, которая конечным пунктом полагает высокую самостоятельность клиента, как в постановке целей, так и выработке путей решения проблем. Однако этот путь помощи подходит далеко не всем – и не на всех этапах работы. Более того, специалисты отдают отчет себе в том, что дети с опытом жизни в закрытых учреждениях нуждаются в контроле и заботе.

Важно относиться к жизни ребенка в условиях интерната как некоему опыту которым важно считаться, который нельзя однозначно определить как негативный или позитивный. Степень проработки собственного опыта становится одним из ключевых условий для того, чтобы вместе с ребенком решиться на стратегию активизации – ведь пока опыт не принят и не оценен самим человеком, трудно накапливать новые подходы к решению проблем.

Если специалисты пользуются весьма жесткими и манипулятивными способами, стремясь продвинуть подростка к «правильной» жизни – это наносит больше вреда, чем

пользы. Стремление научить подростка жить правильно отторгает его прежний опыт – и тогда ребенок или соглашается на эту уловку взрослого – забыть все что было, смотреть только в будущее – и тем самым обрекает себя на внутренние конфликты, или сопротивляется, открыто или скрыто, ловко манипулируя взрослыми.

Способы избежать этого:

1) признание того, что каким бы не был человек, какую бы жизнь не вел, он всегда имеет права, в том числе, права на реализацию своих социальных потребностей – потребности учиться, жить в достойных условиях, работать, получать медицинскую помощь, жить в семье. А специалисту отводится роль адвоката, который отстаивает права подростка, стремится свести на нет стереотипы в отношении к своему клиенту и создать вокруг подростка действенную социальную сеть – из специалистов других служб, добровольцев, родственников и людей из окружения подростка;

2. следование гуманистическому подходу, признание того, что если подросток – ваш клиент, то вы оказываете ему помощь, независимо от степени социабельности его поведения.

Гуманистический подход весьма требователен к тому, кто его реализует. Открытость чужому опыту, готовность прорабатывать собственные запретные темы, безусловное принятие эмоций, своих и клиента – это далеко не полный перечень требуемых качеств. Специалист в первую очередь ориентирован на понимание подростка, поскольку принимает идею о том, что пока не найдется взрослый, готовый вместе с подростком выстроить понимание того, что происходило и происходит, самому подростку будет трудно понять свои намерения и побуждения.

Понятия «сопровождение» и «поддержка» достаточно близки. Л.В. Мардахаев показывает, что социально-педагогическое сопровождение и поддержка вытекают из категории «взаимодействие». Порой они носят синонимичный характер. Однако сопровождать не всегда означает поддерживать (например, если сопровождение выполняет функцию контроля, надзора). Отличие может иметь место и в восприятии своей роли субъекта сопровождения (поддержки) или объекта сопровождаемого (поддерживаемого). От того, кто как воспринимает себя и человека, с которым он непосредственно и опосредованно взаимодействует, тот соответствующим образом и проявляет себя. Ученый рассматривает поддержку как одно из средств сопровождения [6].

Поддержка связана прежде всего с преодолением конкретных проблем ребенка и реализуется сопровождающим в проблемной ситуации. Сопровождение предполагает непрерывную (заранее спланированную) деятельность, направленную на предотвращение трудностей.

Социально-педагогическое сопровождение и поддержка человека не делают его клиентом для сопровождаемого – они равноправные партнеры с определенным доминированием (по разным причинам) одного из них.

Уровень субъектности человека, его роль в сопровождении могут быть различными: при высоком уровне субъектности он способен самостоятельно решать свои проблемы, а его социально-педагогическая поддержка лишь желательна, но не обязательна (стратегия «помощь»); при низком – он не в состоянии справиться со своими проблемами или же пассивен в их решении (стратегия «защита»). Между этими уровнями проявляется во всем многообразии социально-педагогическое сопровождение человека в различных жизненных ситуациях.

Представления о сопровождении общие для многих специалистов, изложены в работах Е.И. Казаковой [4, 8]. Базой для формирования теории и практики комплексного сопровождения стал системно-ориентационный подход. Его основные положения:

1) развитие – это выбор и освоение субъектом развития тех или иных инноваций, связанных с ситуациями жизненного выбора;

2) опора на внутренний потенциал развития субъекта, на право субъекта самостоятельно совершать выбор и нести за него ответственность (т.е. право свободного выбора различных альтернатив развития). Для реализации этого права необходимо научить человека выбирать, помочь ему разобраться в сути проблемной ситуации, выработать план решения и сделать первые шаги.

Таким образом, под сопровождением понимается метод, обеспечивающий создание условий для принятия субъектом развития оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора (помощь субъекту в принятии решения в сложных ситуациях жизненного выбора). Другими словами можно сказать, что сопровождение – это взаимодействие со-проводящего и сопровождаемого, направленное на разрешение жизненных проблем сопровождаемого, результатом которого является прогресс в развитии ребенка.

Как указывает в своих работах С.А. Расчетина, в основании феномена сопровождения лежит психологическая теория «помогающего отношения», которое рассматривается как особый способ построения контакта «взрослый-ребенок». Этот контакт стимулирует потребность ребенка в анализе своей ситуации, нацелен на распознавание своего собственного внутреннего мира, своего «я», побуждает к высвобождению резервов для решения собственных задач и проблем [9].

Основную идею сопровождения хорошо иллюстрирует известная пословица: если вы хотите, чтобы человек был сыт один день – дайте ему рыбу, если вы хотите, чтобы он был сыт всю жизнь – научите ее ловить. Синдром «выученной беспомощности» типичен для воспитанники интернатных учреждений. Это трудности в принятии ответственности за собственную жизнь, построении будущего, автономности и независимости поведения, не-доверие к миру, стремление спрятаться за других, потребительское поведение, ожидание, что кто-то разрешит возникающие жизненные трудности. Формирование подобных характеристик является, в свою очередь, оборотной стороной депривации, в которой находятся воспитанники интернатных учреждений. Выход из данного положения предполагает создание ситуаций развития, в рамках которых ребенок проживает полноценный детский опыт, решая задачи возраста, а взрослый передает ребенку необходимые средства, позволяющие решать данные задачи и актуализировать его потенциальные ресурсы.

В концепции И.А. Липского процесс сопровождения не ограничивается детским и подростковым возрастом – он длится на протяжении всей жизни, переходя из педагогической плоскости в плоскость социальную, духовную, культурную [5]. Социально-педагогическое сопровождение начинает рассматриваться как совместные действия людей по отношению друг к другу в их социальном окружении, осуществляемые ими во времени, в пространстве и в соответствии с присущими им ролями. Данный подход значим для сопровождения выпускников интернатных учреждений и замещающих семей после их совершеннолетия.

Актуальность проблемы социально-педагогического сопровождения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не вызывает сомнения. При работе с данной категорией детей понятие «сопровождение» имеет достаточно широкую трактовку и понимается как педагогическая модель действий, основанная на индивидуальном подходе и реализующаяся в разнообразных жизненных событиях (подход М.И. Рожкова) [10]. При этом значимым элементом в структуре сопровождения выступает «другой» – сопровождающий (взрослый, специалист), взаимодействие с которым является движущей силой формирования личности ребенка, в том числе путем оказания ему помощи в осмыслении и понимании жизненных ситуаций, в решении жизненных проблем и преодолении трудностей.

В данном подходе можно выделить три основных компонента сопровождения: пропедевтический (подготовка к преодолению возможных трудностей в решении возникающих социальных проблем), актуальный (конкретная деятельность, направленная на поддержку и помощь) и рефлексивный (осмысление происходящего и проектирование определенных действий в будущем). Данные компоненты присутствуют как этапы определенных технологий сопровождения детей, оставшихся без попечения родителей.

Сопровождение может рассматриваться не только как метод, но и как процесс. Л.В. Мардахаев выделяет в социально-педагогическом сопровождении основные характеристические особенности, которые позволяют применить к сопровождению технологический подход:

- 1) совместное движение (взаимодействие) субъекта и объекта сопровождения;
- 2) прогнозирование субъектом в процессе социально-педагогического сопровождения: совместного движения субъекта и объекта сопровождения; характера возникающих (возникших) проблем; перспектив поведения и самопроявления объекта в ситуации развития; возможного характера действий субъекта сопровождения; хода реализации выбранных действий; результатов и перспектив последующей направленности сопровождения [6].

Процесс социально-педагогического сопровождения можно описать через последовательную реализацию определенных шагов (этапы сопровождения):

I этап – диагностический, здесь происходит осознание сути проблемы, ее носителей и потенциальных возможностей решения;

II этап – поисковый, целью данного этапа является определение цели и задач сопровождения в сложившейся ситуации, сбор необходимой информации о путях и способах решения проблемы, доведение этой информации до всех участников проблемной ситуации, создание условий для осознания информации самим ребенком (включая возможность адаптации информации);

III этап – консультативно-проектный (договорной), на данном этапе специалисты по сопровождению обсуждают со всеми заинтересованными лицами возможные варианты решения проблемы, обсуждают позитивные и негативные стороны разных решений, строят прогнозы эффективности, помогают выбрать различные методы;

IV этап – деятельностный, данный этап обеспечивает достижение желаемого результата. Задача специалиста по сопровождению состоит в оказании помощи по реализации первых пунктов плана, как взрослым, так и ребенку. Важно помочь участникам решения проблемы почувствовать «вкус успеха» в выполнении договоренности. Разрешение проблемы часто требует активного вмешательства внешних

специалистов – психологов, медицинских работников, юристов и т.д. Функции координатора на этом этапе принимает на себя специалист сопровождения.

V этап – рефлексивный, это период анализа и осмысления результатов деятельности по сопровождению по решению той или иной проблемы, определение перспектив.

Этапы социально-педагогического сопровождения рассматриваются не как необратимые периоды, возвращение к которым невозможно и ненужно, а как развитие по спирали, где повторение пройденного на последующем уровне способствует не только закреплению адекватных социальных паттернов поведения, но и их новому осмыслению.

Литература

1. Бобылева И.А. Социальная адаптация выпускников интернатных учреждений. – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. – 175 с.
2. Большой толковый словарь по культурологии / Б.И. Кононенко. – М.: Вече 2000, 2003. – 512 с.
3. Бурлакова Т.В. Индивидуализация профессиональной подготовки студентов в педагогическом вузе: Дис. ... докт. пед. наук: 13.00.08. – Ярославль, 2009. – 372 с.
4. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: социально-эмоциональные проблемы / Под науч. Ред. Л.М. Шипицыной и Е.И. Казаковой. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2000. – 108 с.
5. Липский И.А. Стратегии и социальные институты современного воспитания [Электронный ресурс] // <http://www.social-pedagog.edu.mhost.ru/Docum/Public/Vosp-2/Strateg.html#93> (дата обращения 20.05.2012.)
6. Мардахаев Л.В. Социально-педагогическое сопровождение и поддержка человека в жизненной ситуации / Л.В. Мардахаев // Педагогическое образование и наука. – 2010, № 6. – С. 4-10.
7. Прихожан А.М. Психология сиротства. 2-е изд. / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. – СПб.: Питер, 2005. – 658 с.
8. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: Пособие для учителя-дефектолога. / Е.И. Казакова, М.А. Жданова, Л.М. Шипицына; Под ред. Л.М. Шипицыной – М.: Гуманист. Изд. центр Владос, 2003 г. – 528 с.
9. Расчетина С.А., Зайченко О.М. Социодидактика. История и теория социальной педагогики: Монография / С.А. Расчетина, О.М. Зайченко. – Великий Новгород, 2003. – 343 с.
10. Рожков М.И. Педагогическое обеспечение работы с молодежью: Юногика. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2008. – 264 с.
11. Сабитова Г.В. Социально-педагогическая поддержка семей с детьми: теоретика-методологические основания и направления развития: Автор. дис. докт. пед. наук: 13.00.01. – М., 2008. – 52 с.
12. Сиротская травма – принять, понять, жить. А. Гезалов. [электронный ресурс] // «Сиротская душа»: [сайт]. – <http://sirotinka.ru/ravnovesie/7381.html> (дата обращения 13.07.2013).
13. Щербинина О.С. Социально-педагогическая поддержка одаренных детей в ДОУ / О. С. Щербинина, Л. Ф. Макарова // Актуальные вопросы современной педагогики

Эмоционально-волевое развитие детей дошкольного возраста, оставшихся без попечения родителей

В настоящее время в детских учреждениях закрытого типа преодолены грубые формы госпитализма, которые характеризуются отчужденностью ребенка от взрослого, аутизмом, агрессивностью, резким психическим недоразвитием. Однако во многих детских домах все еще проявляется синдром госпитализма, характеризующийся недоразвитием эмоционально-волевой сферы. Рассматривая особенности психического развития младших школьников, растущих вне семьи, А.М. Прихожан и Н.Н. Толстых в качестве основной отличительной характеристики этих детей выделяют недостаточное развитие эмоционально-волевой сферы. Актуальность данного исследования связана с недостаточной разработанности средств диагностики эмоционально-волевой сферы ребенка, а также средств психологического сопровождения детей дошкольного возраста, оставшихся без попечения родителей. Пилотажное исследование показало, что работа по диагностике и сопровождению детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляется в Сургуте преимущественно с детьми-подростками, у которых эмоциональные комплексы ригидны, затрагивают всю личность подростка.

Более эффективным является ориентирование на дошкольный возраст, поскольку психика в этот период еще пластична и эмоциональное и познавательное развитие могут быть приближены к нормам, описанным в возрастной психологии, при грамотно выстроенной психологической стратегии.

На первом этапе наша роль сводилась к диагностической деятельности, целью которой было изучить эмоционально-волевою сферу дошкольников, оставшихся без попечения родителей. Исследование проводилось на базе БУ "Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей "На Калинке", г. Сургут. В исследовании принимали участие 5 детей дошкольного возраста (5-6 лет), оставшихся без попечения родителей.

В качестве методов исследования нами были использованы методика Рут Ф. Шоу «Рисование пальцем» и анализ сюжетно-ролевой игры на заданную тематику. Выбор данных методик был обусловлен, с одной стороны информативностью, с другой стороны, спецификой возраста (ведущий тип деятельности – сюжетно-ролевая игра) и социальной ситуацией развития.

В качестве гипотез были выдвинуты следующие положения:

1. у дошкольников, растущих в дефиците личностного общения, будут наблюдаться определенные эмоциональные комплексы, такие как страх, тревожность, агрессия, замкнутость, что найдет свое выражение в характере изобразительной и игровой деятельности;
2. во время проведения методики «Рисование пальцем», у детей возникнут трудности с изображением своего будущего, мечты, в связи с неразвитостью ориентации на будущее; в рисунках проявится тенденция закрытости, отсутствие прорисовки объектов и сюжетов, а также негативная реакция на инструкции;
3. неразвитость эмоционально-волевой сферы проявит себя в сюжетно-ролевой игре, что найдет свое выражение в характере игровых действий (однотипные, с

реальными предметами), уровне совместной деятельности (игра рядом, но не вместе), отсутствии эмпатии.

Обработав полученные данные, мы пришли к следующим результатам.

У всех испытуемых наблюдается наличие таких эмоциональных комплексов, как чувство тревоги, неприятие происходящей с ними ситуацией, чувство одиночества, потребность в чувстве защищенности, стабильности и др. Интересен тот факт, что каждый ребенок идентифицирует себя с каким либо изображенным им самим объектом, приписывая ему свои переживания, чувства, страхи и т.д. Каждый ребенок своим рисункам дает «говорящее» название («чудовище»,). Данные названия несут в себе негативные переживания и тревогу. Рисунки испытуемых носят схематичный характер, отсутствует прорисовка деталей, сюжета и людей. Дети идентифицируют себя с неодушевленными предметами, изображая их на расстоянии от остальных предметов.

Одним из распространенных проявлений эмоциональных комплексов стала дистанция у всех испытуемых. Дети старались оставаться вне ситуации рисования, очень долго и упорно смывали краску, рука и палец в основном были использованы как кисть, также наблюдалась негативная реакция на инструкцию.

Хотелось бы отметить, что все испытуемые отказались рисовать рисунок на тему «О чем я мечтаю». Данный феномен может свидетельствовать о наличии чувства неуверенности, а также о нестабильности эмоционального состояния. Дети не чувствуют уверенности в завтрашнем дне, они не знают, что их ожидает дальше и на фоне пережитого эмоционального потрясения (разлука с родителями, переезд в детский дом) они как бы боятся планировать свое будущее, т.к. не хотят разочаровываться вновь. Таким образом дети как бы ограждают себя от очередного потрясения.

При рисовании, испытуемые отдают предпочтения темным цветам и ненасыщенным оттенкам, несмотря на то, что при проведении цветовой диагностики Люшера они отдают предпочтения таким цветам как: желтый, зеленый, красный. В рисунках на тему «мое приятное воспоминание», прослеживается схожая тенденция к отсутствию людей, ненасыщенности цветов, свернутости картины. Испытуемые используют не все пространство для рисования.

Схожие эмоциональные комплексы наблюдаются при анализе сюжетно-ролевой игры «в доктора». Общим являлось отсутствие эмпатии, неразвитая функция игры. Дети не сразу усваивали инструкцию, некоторые так и не включились в контекст игры. Они не понимали эмоций участников игры (игнорировали чувство боли друг у друга), некоторые действия не соответствовали сюжету.

Таким образом, наши гипотезы нашли полное подтверждение. Анализ содержания рисунков показал, что дети в завуалированной форме идентифицируют себя с нарисованными объектами, приписывая им свои эмоциональные переживания, тревогу, страхи замкнутость, скрытую агрессию. При обращении к рисуночной методике мы видим, что все дети отказались рисовать свою мечту. Анализ формы рисунков также подтверждает наши гипотезы. У всех испытуемых наблюдались тенденции к замкнутости и дистанция во время проведения методики. Также наблюдается отсутствие прорисовки сюжетов и частично объектов. О наличии негативной реакции на инструкцию мы можем судить, исходя из того, что после прослушивания инструкции испытуемые негативно реагировали на тот факт, что им придется рисовать пальцами, а не кистью как они привыкли, что прослеживалось в вербальной реакции. Анализ сюжетно-ролевой игры

продемонстрировал низкий уровень совместной деятельности, недостаточную для игры развернутость диалога друг с другом (в основном действия направлены на игровые предметы или предметы-заменители), неэффективное усвоение инструкции (в ходе игры дети часто уточняли и переспрашивали условия игры и их задачи). Такие результаты могут быть связаны не только с неразвитостью игры как ведущего типа деятельности, но и с несформированностью мотивационно-потребностной сферы ребенка.

Подводя итог, важно отметить, что отсутствие эмоционального благополучия и комфорта оказывает влияние практически на все сферы психического развития, будь то регуляция поведения, когнитивная сфера, овладение ребенком средствами и способами взаимодействия с другими людьми, поведение в группе сверстников, усвоение и овладение им социальным опытом. Особенно сензитивны в этом смысле дети. Поэтому важно не упустить это благодатное время для развития у ребенка эмпатии, сострадания, общительности, доброты. Для сопереживания и умения проявлять адекватные реакции на чужие эмоции ребенку нужен опыт совместного проживания своих эмоций и эмоций партнера по общению при различных по характеру эмоциональных воздействиях. Наилучшим примером являются родители, их забота и поддержка, в данном случае, дети лишены такой возможности. Поэтому для развития эмоционально-волевой сферы дошкольников, оставшихся без попечения родителей, необходима специальная работа в этом направлении. Если начать развивать эмоционально-волевую сферу в детстве, развивать и тренировать способности предвидеть, брать на себя ответственность и руководить своими действиями, то в зрелом возрасте можно достичь большего согласия и совершенства в управлении самим собой.

Следующим этапом нашей работы является реализация программы сопровождения детей, оставшихся без попечения родителей, и замещающих семей.

Приоритетным в программе является обращение к эмоционально-волевой сфере ребенка, расширение диапазона эмоций и средств их регуляции. Грамотно разработанная и внедренная программа психологического сопровождения может оснастить детей и приемных родителей средствами, позволяющими справиться с травмирующей для них ситуацией, преодолеть дистанцию между прошлым и будущим, возникшую в ситуации депривации.

Селенина Е.В.

Подготовка молодых мам из числа детей-сирот к трудоустройству после декретного отпуска.

(Из опыта работы некоммерческого благотворительного фонда «Надежда»)

Не секрет, что женщины наиболее уязвимы в поиске работы на рынке труда по сравнению с мужчинами. Что же можно сказать о конкурентоспособности такой группы населения как одинокие молодые матери из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей? Насколько велики шансы у этих молодых женщин найти работу, обеспечить себя и своего ребенка материально, создать достаточные условия для его воспитания и сохранить свои родительские права.

Молодые матери или матери-подростки, из числа выпускниц интернатных учреждений, традиционно редко выделялись в отдельную группу уязвимых категорий населения. Только в последние несколько лет они стали выступать в качестве отдельных субъектов государственной и негосударственной помощи и поддержки. Практически во

во всех регионах РФ разработаны и действуют специальные программы для молодых мам, выпускниц детских домов и школ интернатов.

Данные программы можно разделить на два типа по месту оказания помощи – стационарные и нестационарные.

В большинстве случаев реализация помощи молодым женщинам из числа детей-сирот, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проходит в условиях стационарных центров (Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, Томск, Иваново и др.). Стационарная помощь очень затратная, поэтому срок пребывания и количество благополучателей в таких центрах всегда ограничены. Обычная продолжительность оказания услуг в условиях кризисного центра «Молодая мама» 6 месяцев. Не оспаривая важность и значимость таких программ, трудно согласится, что социально-психологическая реабилитация подростка-сироты, формирование надежных детско-родительских отношений у выпускницы детского дома с ее ребенком, подготовка ее к самостоятельной независимой жизни может быть ограничена таким коротким периодом. К тому же стационарная помощь несет в себе типичные проблемы: закрытость молодых женщин для контактов, особенно на начальном этапе, что способствует депрессивным состояниям и может приводить к попыткам суицида; полное государственное обеспечение и социальная поддержка бывших воспитанниц сиротских организаций, позволяет продлить их институциональную депривацию, иждивенческий образ жизни и отсрочить необходимость профессионального образования и работы.

Нестационарные программы реализуются по модели социального патронажа, то есть социально-психологическое и социально-педагогическое сопровождение молодой матери и ребенка происходит амбулаторно и по месту ее жительства. В основном данное сопровождение оказывается специалистами негосударственных организаций: б/ф «Надежда», г. Владимир, г. Иваново, г. Кострома; Корчаковский центр, г. Санкт-Петербург, б/ф «Расправь крылья», г. Смоленск и др.

Временной континуум поддержки в данных программах, как правило, более долгий, занимает 2-3 года и состоит из нескольких этапов. Первый этап заключается в оказание кризисной помощи в период подготовки юной матери к родам и первые месяцы кормления, его цель - предотвратить отказ матери от ребенка, через оказание социально-психологической поддержки, направленной на принятие выпускницей осознанного решения стать матерью и формирование готовности к родительству. Второй – интенсивное сопровождение процесса формирования семьи: гармонизация родительской сферы молодой женщины, разрешение внутренних конфликтов и диадических проблем, его основная цель - устранение риска утраты выпускницей родительских прав. На третьем этапе, сопровождение направлено на развитие родительских навыков и социальных навыков взаимодействия матери с учреждениями системы здравоохранения, социальной защиты населения, образования; здесь закрепляются основные умения и приемы ухода за ребенком, ведения хозяйства. Интенсивность сопровождения на этом этапе снижается, социально-психологические и психолого-педагогические услуги оказываются по запросу. Обычно в этих программах выделяется четвертый этап, так называемый «лидерский». В лидерскую группу входят молодые семьи (полные и неполные), готовые оказать поддержку участницам программы в тяжелой жизненной ситуации, участвовать в тренингах в роли помощника тренера, оказывать помощь в подготовке мероприятий клуба «Молодая семья».

Как видно из краткого анализа существующих программ поддержки молодых матерей из числа детей-сирот, цель – трудоустройство не является для них приоритетной ни на каком из этапов сопровождения.

Необходимо отметить, что в Российском законодательстве достаточно хорошо отражены вопросы содействия занятости женщин - одиноких и многодетных матерей, они отнесены к социально незащищенным группам населения и для них установлены дополнительные гарантии занятости при возникновении у них трудностей в поиске работы. Российские женщины стремятся выходить на работу сразу по окончании отпуска по уходу за ребенком. Результаты выборочных исследований, ежегодно проводимых органами службы занятости, указывают на высокий уровень трудовой мотивации женщин, 61,2% женщин желают приступить к трудовой деятельности до исполнения ребёнку 3-х лет. Кроме того, 32% женщин не желают возвращаться на прежнее рабочее место работы, предпочитая продолжить трудовую деятельность на новом месте работы. Данное положение вещей совершенно не характерно для выпускниц организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

По данным опроса самих юных матерей, участниц программ, который проводился сотрудниками фонда «Надежда» в трех областных центрах ЦФО работа не является для них насущной задачей. Иерархия проблем, которые острее всего стоят перед мамами, бывшими воспитанницами детских домов и школ интернатов, после рождения ребенка имеет следующий вид (по степени значимости):

- Адаптация к роли матери, воспитание ребенка
- Материальные проблемы, приобретение жилья
- Получение профессии
- Получение образования
- Поиск работы

Как правило поиск работы, начинает волновать молодых мам после достижения 23 лет, когда заканчиваются основные льготы по статусу сироты. К этому моменту у некоторых из них уже не один, а 2 или три ребенка. Такое положение вещей серьезно понижает уровень конкурентоспособности матерей, из числа детей сирот.

Следует принять во внимание, что даже при самых благоприятных результатах программ сопровождения молодых мам, они могут решить в основном свои социально-психологические проблемы, такие как формирование привязанности к ребенку, завершения травмы утраты семьи, создание социальной поддерживающей сети. При этом последствия институционального воспитания, препятствующие их стабильному трудоустройству, не решаются, так как не входят в задачи сопровождения программ «Молодая мама».

В отечественной психологии в рамках эмпирических исследований достаточно полно изучены проблемы личностного развития выпускников институциональной системы воспитания. Ими занимались В.С. Мухина, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, А. М. Махонько и Н.А. Иванюк и др. Все они, выделяя дефекты социализации у выпускников образовательных учреждений для детей-сирот, замечают, что их «вливание» в открытое общество сопряжено с рядом трудностей, которые обусловлены асоциальной мотивацией, отклонениями от исполнения социальных ролей, дефектами в системе общения, социального контроля и. Круг проблем, затрагивающий трудоустройство выпускников, пока еще не так хорошо изучен. По мнению российских исследователей к последствиям

институализации, влияющим на стабильное трудоустройство выпускников и трудовую мотивацию относится инфантилизм, повышенный уровень виктимности [Г.В. Семья, 2006], перенос ситуации детского дома на ситуацию трудового коллектива [Селенина, 2011], конфликт между уровнем притязаний и оценкой собственных возможностей, взаимосвязь представлений о профессиональной самореализации только с гедонистическими и материальными благами [В.Н. Ослон, 2010].

Подобная ситуация делает актуальным разработку программ и технологий, направленных на психологическую подготовку к трудовой деятельности наиболее уязвимой группы выпускников институциональной системы – молодых мам. Тем более, что от решения этой задачи зависит не только качество жизни выпускниц, но и сохранение ими родительских прав, а значит предотвращения сиротства во втором поколении.

Опыт специалистов б/ф «Надежда» показывает, что работу по созданию условий, способствующих формированию трудовой мотивации у молодых матерей следует начинать на третьем этапе сопровождения, когда устранен риск отторжения ребенка, сформированы основные навыки по уходу и воспитанию ребенка, существует поддерживающая социальная сеть, но отпуск по уходу за ребенком еще не завершен. Данная работа проходит в рамках деятельности Центра поддержки выпускников, сотрудники которого ведут сопровождение выпускниц по программе «Молодая мама».

Безусловно для обеспечения возможности посещения трениговых занятий и консультаций, для молодых мам и их детей была оборудована игровая комната, где во время занятий с мамами дежурный специалист (педагог или психолог) проводил игры с детьми.

При включении в программу сопровождения молодых мам психолого-педагогического компонента, направленного на их подготовку к трудоустройству, важнейший акцент был сделан на обучении выпускниц социальному планированию, целеполаганию и саморегуляции. По многолетнему опыту практической работы специалистов фонда «Надежда» с бывшими воспитанницами детских домов и школ интернатов, данный подход позволяет актуализировать их личностные ресурсы и преодолеть последствия депривационного воспитания, связанные с неадекватным уровнем притязаний, низкой самооценкой своих способностей и трудностями планирование социальной перспективы.

Программа психологической подготовки к трудовой деятельности молодых мам, выпускниц образовательных организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, была разработана научными работниками лаборатории «Социально-психологических проблем профилактики безнадзорности и сиротства» МГППУ и реализована на базе Центра поддержки выпускников г. Владимира.

В рамках данной Программы деятельность по актуализации личностных ресурсов осуществляется в три этапа. На первом этапе проходила трениговая подготовка, направленная на коррекцию ценностных установок в отношении трудовой деятельности, выработку уверенного поведения, развитие навыков самопрезентации и толерантного поведения, а также усвоение трудовой нормативности. На втором этапе - подготовка к конкретному трудовому месту, разрабатываются личные карьерные планы на 5, 10 и 15 лет, и осуществляется помощь в поиске работы, сопровождение выпускницы в

соответствии с личным карьерным планом. На третьем этапе происходит непосредственное трудоустройство, организуется сопровождение молодой женщины, начинающего специалиста, и обратная связь с её работодателем.

Учебный план Программы включает на 1-м этапе 38 занятий по 19 темам. Она реализуется через интерактивные методы обучения: тренинги, мини-лекции, дискуссии, деловые игры, работа в малых группах, разбор случаев из практики, экскурсии, консультации. Ее проводит педагог-психолог Центра поддержки выпускников. Второй этап состоит из 18-20 индивидуальных консультаций и 6 практических групповых занятий. На этом этапе к подготовке молодых мам подключается психолог-консультант агентства по трудоустройству. Агентство имеет данные о вакансиях в городе и регионе, прогнозные сведения о будущих потребностях в специалистах и конкретные требования работодателей к персоналу. Этап начинается со структурированного интервью и тестовой диагностики. В диагностический комплекс вошли методики: 16PF Кеттела и «Личностная направленность поведения в конкретных ситуациях» Томаса Басса. По результатам диагностики разрабатываются личные карьерные планы. В соответствии с выявленными потребностями группы выделяются необходимые темы для дальнейшей проработки. На третьем этапе участники программы самостоятельно (согласно планам и рекомендациям) ищут работу, заключают трудовые договоры, сообщают об этом в агентство и в Центр сопровождения выпускников. Специалист агентства осуществляет обратную связь с работодателем и Центром поддержки, а специалисты Центра поддержки в случае необходимости консультируют выпускника по сложным трудовым ситуациям.

Всего в программе приняло участие 15 молодых мам, выпускниц различных образовательных организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, Владимирской области. Возраст участниц варьировался от 19 до 22 лет. Возраст детей участниц - от 2 лет 6 месяцев до 4 лет, в момент начала занятий только трое детей посещало образовательное учреждение, на момент окончания программы все дети посещали детский сад.

По окончании курса программы четверо из них нашли временную работу, 11 молодых женщин – постоянную. Опрос участниц после их устройства на работу показал, что все они готовы пройти свой профессиональный путь снизу доверху, приобретая необходимые новые знания и совершенствуя свой характер.

На сегодняшний день можно сделать следующие выводы:

1. В Программы социальной поддержки и психолого-социального сопровождения молодых мам из числа детей-сирот следует включать деятельность, направленную на их подготовку к трудоустройству.

2. Деятельность по формированию трудовой мотивации и социально-трудовых навыков целесообразно начинать тогда, когда у выпускнице уже сформирована привязанность к ребенку, нет угрозы утраты родительских прав, существует поддерживающая социальная сеть

3. В социально-психологической работе по формированию трудовой мотивации и готовности к трудоустройству основные акценты следует делать не на снижение уровня притязаний, а на формирование навыков целеполагания, временного планирования и саморегуляции.

Литература

1. Казанская В.Г. Подросток. Трудности взросления. – СПб.: Питер, 2008. – 240 с.: ил.
2. Levinson D.J., The Seasons of A Man's Life. – New York: Alfred A. Knopf, Inc., –1978 –
3. Ослон В.Н. Некоторые особенности личностного развития в период ранней взрослости у выпускников различных форм альтернативной заботы// Российский научный журнал. — М.,2010. — № 4(17).
4. Г.В. Семья, Н.В. Владимирова, Система социально-профессиональной адаптации выпускников интернатных учреждений при первичном трудоустройстве // методические рекомендации для специальных центров, предоставляющих первичные рабочие места выпускникам учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, - М., 2006.

Семья Г.В.

Сопоставительный анализ результатов адаптации детей-сирот при национальном и международном усыновлении

Принятая в России стратегия помощи детям, оставшимся без попечения родителей, на протяжении двадцатого века заключалась преимущественно в помещении их в учреждения. Сегодня всеми органами власти и специалистами взят курс на устройство детей-сирот в семьи граждан России. Для повышения эффективности подготовки кандидатов в замещающие родители, деятельности служб сопровождения необходимо понимание общих и специфических проблем адаптации в замещающей семье ребенка, оставшегося без попечения родителей. С этой точки зрения определенный интерес представляют результаты адаптации детей в иностранных семьях.

Лучшим вариантом устройства ребенка, оставшегося без попечения родителей, является усыновление. Каждое государство отдает предпочтение национальному усыновлению, однако, если для ребенка не найдена семья в своей стране, он может быть передан в иностранную семью усыновителей.

Смена условий жизни и воспитания при международном усыновлении означает изменение *условий психического развития личности*, к которым относятся определяемые культурным развитием, исторически обусловленные реальности существования человека. Бытие общественных отношений в личности формируется через присвоение человеком материальной и духовной культуры, общественно значимых ценностей, через усвоение социальных нормативов и установок. При этом и потребности, и мотивы каждого развивающегося человека, хотя и представлены в психологии конкретного лица, но отражают общественно-исторические ориентации той культуры, в которой развивается и действует конкретный человек.

Иностранное усыновление относится к так называемому в мировой практике «специальному усыновлению» или «усыновлению детей с особенностями». Психическая депривация, характерная для ситуации институализации, приводит к тому, что общее физическое, психическое развитие детей замедляется и искажается, создавая эффект, получивший в американской практической психологии диагностическое название - «психосоциальная карликовость».

Как правило, дети, передаваемые на международное усыновление, могут иметь разнообразные характеристики. Кроме того, переезд в иноязычную культурную среду

усугубляет ситуацию, так как сопровождается изменением окружения, вследствие чего ребенок может испытывать "культурный шок", переживание которого влияет на особенности адаптации и психологическую защищенность в новой семье.

Для того чтобы оценить адаптацию российских детей в иностранных семьях необходимо сопоставить результаты адаптации при национальном и международном усыновлении в одной и той же стране. Анализ литературы и возможность проведения исследования определили в качестве такой страны – Испанию.

Испания является одной из стран, в которой усыновляется достаточно большое число российских детей; в испанском гражданском кодексе даже предусмотрена процедура испытательного срока – предусыновительный период.

Для сравнения национального и международного усыновления были выбраны данные, полученные для специального национального усыновления (39 испанских детей в приемных испанских семьях – первая выборка)¹⁴ и данные, полученные в результате анализа отчетов об адаптации 28 российских детей в Испании, из которых 9 пользовались услугами русского психолога, с которым совместно проводилось исследование (вторая выборка) Из 92 отчетов были выбраны те, которые отвечали следующим критериям: 1-регулярность составления - 1 раз в полгода и длительность – не менее 2 лет.

Характеристика детей с позиции их прошлой жизни приведена в таблице 1.

Таблица 1. Описание предшествующей жизни детей (испанских и российских) и процент детей по каждой характеристике

Факты предшествующей жизни	Вид	Испан. Дети %	Рос. Дети %
Плохое обращение /дурное обращение/	• Брошенный	59	Нет данных
	• Брошенный + Плохое физическое обращение	31	
	• Брошенный + Попрошайничество	5	
	• Брошенный + Плохое физическое обращение + Попрошайничество	5	
Количество детских учреждений	• Одно	43	32
	• Два	46	57
	• Три	11	11
Виды детских учреждений	• Очень большие	64	75
	• Маленькие	36	25
	• Семейного типа	41	-
	• Нет данных	5	-
Контакты с биологической семьёй	• Да	69	24
	• Нет	18	60
	• Нет данных	13	16
Попытки усыновления	• Да	23	7
	• Нет	77	93

В исследовании, проведенной М.Ф. Молиной, приняли участие 39 детей, из них 54 % девочек и 46 % мальчиков, средний возраст которых на момент усыновления 6,8 лет,

¹⁴Milagros F. Molina. Description del proceso de adaptacion infantil en adopciones especiales. Dificultades y cambios observados por los padres adoptivos // Anales de psicologia, 2002, Vol.18. - P. 151 - 168

после завершения исследований средний возраст детей был 8,8 лет. Эти 39 детей были усыновлены 29 семьями.

Средний возраст российских детей на момент усыновления составил 6,1 лет, мальчиков – 35% , девочек 65%.

Проблемы, выявленные в исследованиях, были разбиты на двенадцать категорий, составляющих четыре основные группы проблем детского развития: физические и психосоматические, когнитивные и лингвистические; аффективные; социальные.

В таблицы 2,3,4 сведены результаты, полученные М.Ф. Молиной с помощью специально подготовленных родителей, которые в течение двух лет наблюдали за своими усыновленными детьми с момента их усыновления в Испании¹⁵ (какие проблемы появились, моменты появления этих проблем - средний столбик, и проблемы, которые существовали в период исследования - правый столбик).

По времени данные наблюдения были разбиты на четыре этапа: 1) с момента вхождения ребёнка в семью и до двух месяцев; 2) со второго и до шестого месяца; 3) второе полугодие; 4) после года. Наряду с этим была добавлена ещё одна классификация – «неизменность», когда проблема существовала в момент начала эксперимента.

Таблица 2. Виды физических, когнитивных и социальных проблем, наблюдаемые приёмными родителями в процессе семейной адаптации, их представленность и временная динамика

Виды проблем	Когда велись наблюдения (в месяцах)					Неизменность проблем		
	0-2	2-6	6-12	>12	Общее число детей	Число	%	
						%		
А. Проблемы физического здоровья								
1. Проблемы с зубами	12	0	0	0	12	31	0	0
2. Инфекции	6	0	0	0	6	15,4	0	0
3. Проблемы дыхательных путей	3	0	0	0	3	7,7	1	3,3
4. Истощение	15	0	0	0	15	38,5	1	6,6
5. Недостаток прививок	2	0	0	0	2	5,1	0	0
6. Нарушение слуха.	2	0	0	0	2	5,1	1	50
7. Нарушение зрения	3	0	0	0	3	7,7	3	100
8. Двигательные нарушения	2	0	0	0	2	5,1	0	0
9. Ветрянка	2	0	0	0	2	5,1	0	0
10. Эпилепсия	1	0	0	0	1	2,5	1	100
В. Психосоматические расстройства								
11. Неспецифические недомогания	5	0	0	0	5	12,8	1	20
12. Проблемы со сном	16	0	0	0	16	41	2	12,5

¹⁵ Подсчет данных в колонке «итого» проводился следующим образом: например, проблемы дыхательных путей в течение двух лет выявили у троих, что в дальнейшем будет соответствовать 100 %, из этих трёх после двух лет адаптационного периода остался один, т.е. 33,3 %.

13. Недостаточный контроль заднего прохода (проблемы со стулом)	9	0	0	0	9	23	2	22,2
14. Головная боль	1	0	0	0	1	2,5	1	100
15. Переедание	1	0	0	0	1	2,5	1	100
16. Головокружения, рвота	6	0	0	0	6	15,4	2	3,3
С. Проблемы речевого развития								
1. Дислалия	13	0	0	0	13	33,3	3	23
2. Лексические проблемы	21	0	0	0	21	54	7	33,3
3. Синтаксические проблемы	1	0	0	0	1	2,5	0	0
Д. Школьные проблемы								
1. Школьная неуспеваемость	13	0	0	0	13	33,3	10	78
2. Сложности с выполнением школьных заданий	27	1	1	0	29	74,3	23	79,3

Проблемы аффективного и эмоционального вида, наблюдаемые приёмными родителями, приведены в таблице 3 (в реальности проблем этого вида гораздо больше, нежели данных в таблице). Девятнадцать видов аффективных и эмоциональных проблем сгруппированы в четыре категории:

- Проблемы повышено эмоциональных связей,
- Проблемы отношений предыдущих связей,
- Проблемы в построении индивидуально-личностного развития,
- Проблемы, связанные со своей половой идентичностью

Как показали исследования М. Молиной и наши наблюдения, аффективные проблемы, связанные с формированием отношений и во многом опосредованные уровнем развития привязанности, часто имеют крайние полюса. Это поведение появляется в момент процесса вхождения ребёнка в семью. Например, когда некоторые дети не проявляют своих чувств к одному из родителей, либо к обоим, этот вид поведения в данной таблице называется «психологическое отстранение», другое крайнее поведение - излишнее проявление привязанности к незнакомым людям.

Следующее крайнее поведение, наблюдаемое приёмными родителями, проявлялось в навязчивой требовательности детей излишней любви от своих родителей. Другие дети использовали настроение родителей или шантажировали их для достижения желаемого. Некоторые из этих детей становились друзьями одного из родителей и провоцировали конфликт между родителями и, таким образом, достигали желаемого.

Некоторые дети демонстрировали поверхностные, слишком простые отношения с новыми родителями или просто «уходили» в самих себя, например: не отвечали на вопросы родителей, не делились с родителями своими проблемами, радостями, страхами. У некоторых детей постоянно присутствовал страх потерять своих новых родителей.

Другая группа проблем связана с прошлым опытом ребенка, который постоянно интересуется людьми своего прошлого. Например, ребёнок часто интересуется воспитателями детского учреждения, хочет о них знать. Другие дети интересуются, есть ли у них братья, сёстры. Другие, постоянно выдумывают своё прошлое, придумывая не существовавших ранее в их жизни людей.

Некоторые приёмные родители отмечают, что иногда дети били сами себя, дёргали себя за волосы или бранили себя. Родители это объясняют наличием у детей страха того, что посторонние узнают об их усыновлении. Дети не хотели объясняться и

говорить о своём прошлом, а когда в их присутствии говорили о его прошлом или об усыновление, в поведении ребёнка отмечали присутствие страха.

Другие проблемы связаны с половой идентичностью. У некоторых детей было излишнее сексуальное любопытство (трогали родителей или братьев, сестёр, когда они были раздеты), или наоборот – страх быть раздетым, страх всего того, что касается этой темы. Также у некоторых детей было поведение публичной стимуляции (мастурбация на публике).

Таблица 3. Эмоциональные и социальные проблемы приемных детей

	Когда велись наблюдения (в месяцах)					Неизменность		
	0-2	2-6	6-12	>12	Общее число детей и в %	число	%	
Е. Актуальные проблемы формирования привязанности								
1. Психологическое отстранение, отчуждение от родителей, замкнутость	20	0	0	0	20	51,3	3	15
2. Излишнее проявление привязанности к незнакомым	9	0	1	0	10	25,6	8	80
3. Излишнее требование внимания и преданности от приёмных родителей	24	0	0	0	24	61,5	11	40
4. Эмоциональный шантаж приёмных родителей	2	0	0	0	2	5	0	0
5. Эмоциональное предпочтение одного из приёмных родителей	1	0	0	0	1	2,5	0	0
6. Недостаток общения с новыми родителями	11	0	0	1	12	30,8	6	50
7. Боязни и страхи потерять новую семью	15	0	1	0	16	41	7	43
Ф. Проблемы, связанные с прошлой жизнью (до усыновления)								
8. Повторяющиеся воспоминания прошлого	10	2	0	0	12	30,8	3	25
9. Беспокойство о биологических братьях, сестрах	9	1	0	0	10	25,6	6	60
10. Идеализирование прежнего образа жизни	2	0	0	0	2	5	2	5
Г. Сложности в построении новой жизни								
11. Повышенная агрессивность по отношению к новым родителям	7	0	0	0	7	18	1	14,3
12. Страх, что новые знакомые узнают об усыновлении	12	3	0	1	16	41	14	87,5
13. Отрицание прошлого	5	0	0	1	6	15,4	4	66,6
14. Неясность своей личной истории	6	1	0	0	7	18	4	57
15. Сильное волнение в момент разговора на тему прошлого	9	2	0	0	11	28,2	9	81,8
16. Сильное волнение в момент разговора на тему усыновления	6	2	0	0	8	20,5	6	75
Н. Проблемы полового поведения								

17. Излишнее сексуальное любопытство	3	2	0	1	6	15,4	4	66,6	
18. Стыдливость и скрытость, без какой либо причины	3	0	0	0	3	7,7	1	33,3	
19. Публичная возбудимость	1	1	0	0	2	5	1	50	
Социальная адаптация									
I. Агрессивное поведение									
1. Физическая агрессия по отношению к взрослым	11	0	0	0	0	11	28,2	5	45,5
2. Словесная агрессия по отношению к взрослым	9	0	0	0	0	9	23	5	55
3. Физическая агрессия по отношению к сверстникам	12	2	0	0	0	14	36	6	43
4. Словесная агрессия по отношению к сверстникам	6	2	0	0	0	8	20,5	3	37,5
5. Разрушительное поведение	8	0	0	0	0	8	20,5	5	62,5
J. Социальное поведение устранения									
6. Застенчивость	8	0	0	0	0	8	20,5	2	25
7. Сложность в отношениях со сверстниками	9	0	0	0	1	10	25,6	8	80
K. Невыполнение предъявляемых норм поведения									
8. Частая ложь, обман	19	2	0	0	0	21	54	15	71,4
9. Проблемы с деньгами, кражи	4	3	0	1	0	8	20,5	4	50
10. Невыполнение работы по дому	8	2	0	2	0	12	30,7	9	75
11. Невыполнение гигиенических норм	9	1	0	1	0	11	28,2	6	54,5
12. Несоблюдение норм в еде	17	2	0	0	0	19	48,7	4	21
13. Невыполнение норм ТВ и сна	0	2	0	0	0	2	5	0	0
14. Присвоение предметов	9	0	0	0	0	9	23	0	0
15. Всеобщее неподчинение	9	1	0	0	2	12	30,7	5	41,6
16. Побег и исключения из школы	3	0	0	0	0	3	7,7	0	0
L. Сложности в отношениях с братьями и сестрами									
17. Ревность, агрессивность, драки	15	3	2	2	0	22	56,4	18	82

Приёмные родители отмечают проблемы детей в отношениях со сверстниками: некоторые дети проявляют удивительную стеснительность в социальном взаимодействии со старшими или со сверстниками; большинство детей дружат исключительно с детьми младшего возраста.

Другой вид проблем, о которой говорили родители, - несоблюдение норм, относящихся к работе по дому (заправить кровать, выкинуть мусор, накрыть на стол и т.д.). Также упоминалось о несоблюдении гигиенических норм (купаться, переодеваться и т.д.); нормы в еде (отказ от домашней еды, отказ от некоторых продуктов и т.д.). Другие несоблюдаемые нормы, волнующие родителей, касаются телевизора и привычки ложиться спать в положенное время. У некоторых детей было поведение полного неподчинения, относительно любых вышеуказанных норм.

Мы зафиксировали в Испании иные случаи. Некоторые девочки из России искренне хотели помогать накрывать на стол, убирать, как их приучили в детском доме. Однако родители не поощряли их («...соседи подумают, что мы эксплуатируем детей») и энтузиазм быстро угасал.

Кроме того, родителями были замечены некоторые манеры поведения, отвергаемые обществом: говорить неправду; проблемы, касающиеся денег (маленькие кражи, попрошайничество на улице, плохая трата денег); вынос вещей из дома (одежду, игрушки, продукты и т.д.), несоблюдение школьных норм (пропуски занятий).

Последняя категория из таблицы 3 касается проблем в отношениях с братьями и сёстрами. По словам приёмных родителей, эти проблемы проявлялись в ревности, зависти, физической или словесной агрессивности, в дискуссиях, драках со стороны приёмных детей.

Мы проанализировали данные М. Молиной по развитию испанских детей при национальном усыновлении, что позволяет сделать следующие выводы.

1. В первые два месяца проживания ребенка в новой семье наблюдаются основные проблемы двух видов: физическое здоровье (проблемы слуха, зрения, движений и т.д.), психосоматические расстройства (проблемы сна, плохое самочувствие, переедание, головокружения и т.д.); также, у большинства детей были проблемы с зубами, сложности со сном и истощение.

Однако ряд проблем продолжает возникать и в период до шести месяцев: невыполнение предъявляемых социальных норм; опасения, связанные с разглашением факта усыновления, и волнения по поводу прежней жизни; формирование отношений со сверстниками. Наиболее устойчивыми в проявлении в течение года оказались сложности формирования отношений с новыми братьями: ревность, агрессия, драки.

2. Наиболее часто встречаются проблемы с формированием привязанности к новым родителям. Дети требуют повышенного внимания к себе, доказательств преданности родителей (61,5%); при этом часть из них демонстрирует психологическое отстранение и замкнутость (избегающее поведение), другие ищут постоянного общения с родителями («цепляющийся» тип привязанности) или проявляют повышенное внимание к незнакомым взрослым (недифференцированная привязанность). Около половины детей показывает страх потерять только что приобретенную семью.

3. В такой же значительной степени выражены проблемы, взаимосвязанные друг с другом: речевое развитие (плохое произношение детей, беспорядочное построение фраз, бедный запас слов, ошибочное употребление слов и проблемы понимания сложных приказных форм) и школьная дезадаптация.

Сложно и непросто складываются отношения с сиблингами и со сверстниками, по отношению к которым проявляется физическая агрессия.

4. У половины усыновленных детей возникают сложности с выполнением предъявляемых к ним норм поведения. Родители жалуются на вранье, обман, невыполнение работ по дому и простое неподчинение во всем. У половины всей выборки усыновленных детей проблемы с соблюдением норм в еде и выполнении гигиенических правил. Из психосоматических проблем наиболее значимая – сон.

5. В процессе адаптации дети быстро учатся играть, наблюдается прогресс в разрешении проблем эмоционального развития, появляются первые школьные успехи.

6. К концу первого года жизни в семье для всех детей разрешаются проблемы эмоционального развития, включенности в игровую деятельность, построения взаимоотношений с окружающими и демонстрируются успехи в школе. Трудно разрешимыми оказываются проблемы формирования отношений с новыми братьями и сестрами и выстраивание своей новой жизни с учетом факта усыновления и неясности прошлого (прошлое в психологическом времени в структуре самосознания личности)

7. По срокам разрешение основных проблем можно говорить о наступлении адаптации по основному ряду показателей развития к 6 месяцам проживания в семье.

Когнитивные проблемы, наблюдаемые родителями в школе, показывают, что приёмные дети в первый год учёбы значительно отстают от сверстников. Основная проблема заключалась в том, что им было сложно следовать школьному распорядку и ритму.

Для исследования проблем адаптации российских детей в Испании мы в течение четырех лет собирали и анализировали отчеты родителей и агентств по усыновлению по тем же позициям, что и в исследованиях М. Молиной. В анализ были включены отчеты, регулярно предоставляемые в течение двух лет. При этом с девятью испанскими семьями был непосредственный контакт с момента приезда детей из России в Испанию.

Для оценки результатов адаптации данные, показывающие положительные изменения в развитии детей, сведены по двум выборкам в таблицы 4 и 5 и показаны на рисунках 1 и 2, соответственно.

Сопоставительный анализ данных по успешности адаптации детей при специальном национальном усыновлении и российских детей при международном усыновлении показал:

1. Время появления положительных результатов при национальном усыновлении (к двум месяцам пребывания у многих детей решены проблемы включения в игровую деятельность, они достаточно быстро забывают прошлое, начинается формирование новых отношений) наступает раньше, чем у российских детей, у которых наблюдаемые изменения наблюдаются в основном к 6 месяцам пребывания в семье.

2. Две взаимосвязанные проблемы: лингвистическое развитие и школьные успехи разрешаются значительно позднее при международном усыновлении, чем при национальном, хотя после года успехи российских детей значительнее. Следует отметить, что содержание «лингвистических проблем» у детей из России отличается. Это, прежде всего, такие показатели как активная потребность ребенка в общении, отсутствие трудностей в общении; быстрое пополнение словарного запаса; заполнение пробелов в экспрессивной речи эффективными жестами; построение правильных законченных предложений; адекватное вербальное выражение своих мыслей и чувств, ощущений и желаний; отличное понимание обращенной речи и адекватная реакция на инструкции; улучшение произношения; потребность говорить со взрослыми на серьезные, отвлеченные темы. При национальном усыновлении под этим подразумеваются, в первую очередь, дислалия, речевые нарушения и т.п. Кроме того успех детей в освоении испанского.

Таблица 4. Изменения в развитии испанских детей (адаптация), наблюдаемые родителями. Рис. 1
Изменения в развитии российских детей при усыновлении в испанских семьях

№ п/п	Виды изменений $t, \text{мес.} \Rightarrow$	% детей, показавших улучшение				нет
		0 - 2	2 - 6	6 - 12	> 12	>24
		DN_1	DN_2	DN_3	DN_4	$DN_{>2}$
		2	6	12	24	>24
1	Эмоциональное развитие и формирование привязанности	82%	10%	0%	3%	5%
2	Участие в играх	90%	10%	0%	0%	0%
3	Минимизация влияния прошлого опыта ребенка	73%	22%	0%	5%	0%
4	Школьные успехи	9%	38%	3%	0%	50%
5	Физическое развитие	11%	30%	4%	0%	56%
6	Соблюдение социальных норм	15%	15%	0%	0%	69%
7	Лингвистическое развитие	0%	32%	8%	0%	60%
8	Разрешение психосоматических проблем	10%	35%	15%	5%	35%
9	Контроль агрессивности	20%	47%	0%	0%	33%
10	Принятие ребенком ситуации усыновления (ясность и стабильность ситуации)	9%	36%	9%	0%	45%
11	Улучшение отношений с братьями и сестрами	20%	40%	0%	20%	20%



Рис. 5.1. Результаты адаптации испанских детей при специальном усыновлении в Испании

Таблица 5. Изменения в развитии российских детей при усыновлении в испанских семьях (адаптация), (рис.2).

№ п/п	Виды изменений $t, \text{мес.} \Rightarrow$	% детей, показавших улучшение				нет
		0 - 2	2 - 6	6 - 12	> 12	>24
		ΔN_1	ΔN_2	ΔN_3	ΔN_4	$\Delta N_{>2}$
		2	6	12	24	>24
1	Эмоциональное развитие и формирование привязанности	0%	50%	28%	6%	16%
2	Участие в играх	12%	73%	11%	3%	1%
3	Минимизация влияния прошлого опыта ребенка	3%	39%	26%	17%	15%
4	Школьные успехи	0%	33%	43%	15%	9%
5	Физическое развитие	0%	14%	42%	12%	32%
6	Соблюдение социальных норм	0%	32%	41%	6%	21%
7	Лингвистическое развитие	0%	14%	47%	7%	32%
8	Разрешение психосоматических проблем	0%	17%	43%	7%	33%
9	Контроль агрессивности	16%	31%	43%	8%	2%
10	Принятие ребенком ситуации усыновления (ясность и стабильность ситуации)	0%	22%	43%	28%	7%
11	Улучшение отношений с братьями и сестрами	0%	9%	41%	21%	29%

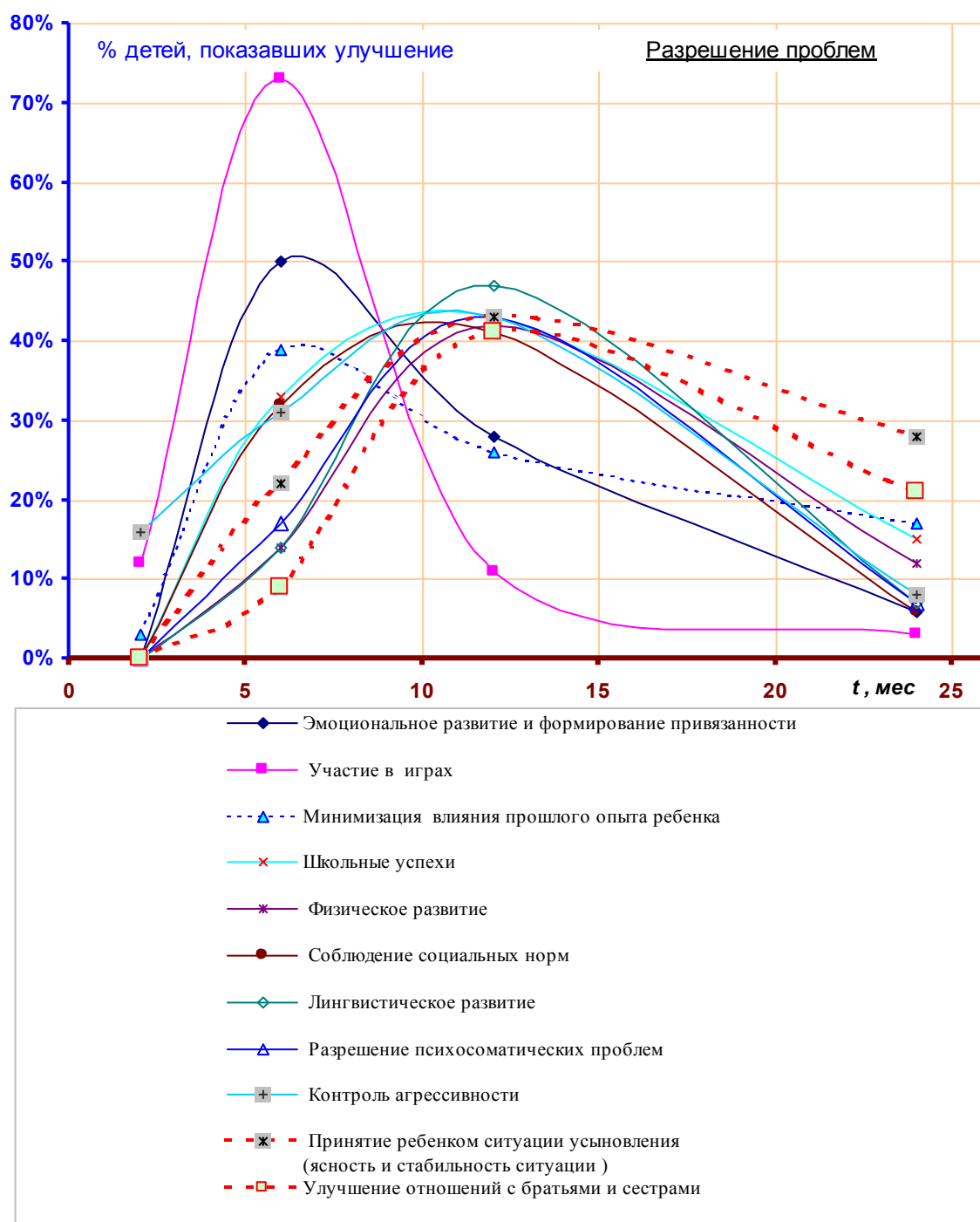


Рис. 5.2 . Результаты адаптации российских детей при международном усыновлении в Испании

языка воспринимается приемными родителями более эмоционально и представляется более значительным достижением.

3. При национальном усыновлении в большей степени выражены и дольше решаются проблемы связей с прошлым, и страхов, связанных с усыновлением. При международном усыновлении, когда ребенок понимает невозможность контактов с прежними взрослыми и детьми, он быстрее принимает ситуацию. Основной вид страха, помимо возрастных, связан с возвратом на родину. Только после того, как ребенок понимает стабильность своего положения в семье, он чувствует себя психологически защищенным и многие проблемы начинают решаться быстрее, например, эмоциональное развитие и формирование привязанностей к новым родителям.

4. Заметный прогресс в физическом развитии у усыновленных детей из России также связан с тем, что сразу же после приезда они наблюдаются у врача, получают своевременную помощь на достаточно высоком уровне. Кроме того, сегодня в основном усыновляются дети без особых проблем в физическом здоровье. Постоянное внимание врачей способствует также уменьшению психосоматических заболеваний.

5. Принятие социальных норм поведения в обеих группах детей, имеющих опыт институализации, начинается достаточно рано и младшие дети к году семейной жизни демонстрируют послушание. Проблемы с дисциплиной у подростков продолжают более года, и при национальном усыновлении встречаются чаще.

6. Сложной проблемой для обеих групп является построение взаимоотношений с новыми братьями и сестрами. Если с самого начала эти отношения не сложились, то требуется, как показывают исследования, более года для улучшения ситуации. На фоне любви взрослых к новому члену семьи, когда собственные дети чувствуют недостаток внимания к себе, отношения между ними складываются сложно.

Мы также сопоставили данные по проблемам, которые не были разрешены для детей к двум годам жизни в семье усыновителей.

На диаграмме (рис.3) представлен результат сопоставления результатов адаптации детей в двух выборках в виде оставшихся нерешенных проблем (где N- общее число детей; ΔN –разница между числом детей, имеющих и не имеющих заявленные проблемы к двум годам усыновления).

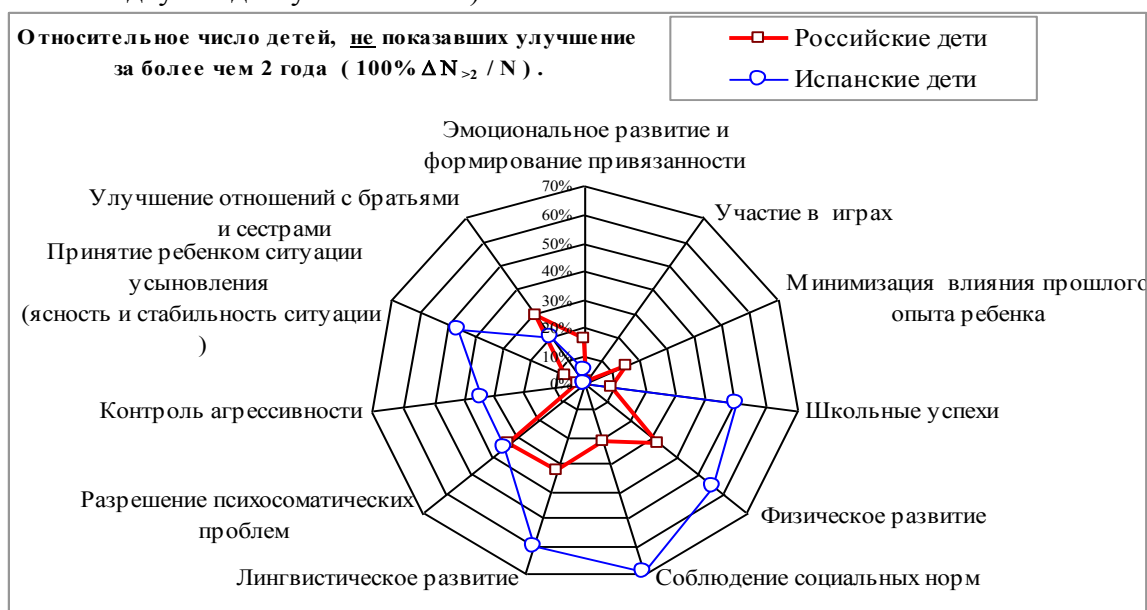


Рис. 5. 3 . Сравнение российских и испанских усыновлённых в Испании детей , не адаптировавшихся за более чем 2 года .

Большой интерес представляют объяснения, даваемые родителям по поводу возникающих проблем (таблица 6). Объяснения по поводу возникновения проблем, о которых упоминало большинство семей, касались прошлого детей (их незащищённость, неуверенность), а также характера и поведения в отношении родителей и других членов семьи. Например, некоторые родители говорили, что причины школьных проблем заключаются в том, что их дети не прошли дошкольную подготовку; другие родители причину этого видели в том, что их ребёнок неоднократно пропускал школу или из-за отсутствия стимулов к учёбе. В некоторых случаях в школьных проблемах родители винили ребёнка (лентяй, не любит учиться и т.д.). Наряду с этим большинство родителей склонны думать, что проблемы из-за страданий в прошлой жизни ребёнка. Причем последний аргумент наиболее часто использовали родители, усыновившие детей из России.

Прошрое (плохое обращение, смена детских учреждений, неудачные попытки прежнего усыновления и т.д.) всё это служило начальным мотивом, который использовали приёмные родители для объяснения наличия проблем у детей, чтобы создать доверительные отношения и привязанность. Некоторые семьи постоянно критикуют характер ребёнка, но были и те семьи, которые винили самих себя, ссылаясь на излишнюю заботу о ребёнке или напротив, излишнюю требовательность.

Некоторые родители пытались объяснить личностные проблемы ребёнка наличием у него различных страхов. Это и страх быть отторгнутым другими детьми, взрослыми или окружением; страх и беспокойство за биологических братьев, сестёр; страх того, что другие дети будут говорить, что его биологическая мама его не любила. Причиной этих страхов могут служить недоверие к новым родителям, а также характер ребёнка, его закрытость, стеснительность. В числе последних мотивов аффективных или эмоциональных проблем - недостаток принятия своей ситуации ребёнком (нежелание знать своё прошлое, нежелание вспоминать прошлое, придумывание своего прошлого).

Таблица 6. Причины появления трудностей и их постоянство, наблюдаемые в течение процесса адаптации детей, по мнению родителей)

Виды затруднений	Семьи, давшие ответ		Причины появления затруднений			Причины неизменности затруднений		
	число	Процент семей	Прошрое ребёнка	Неуверенность ребёнка	Другие причины	Прошрое ребёнка	Характер ребёнка	Другие причины
А. Проблемы физического здоровья	11	38	11	0	0	0	0	2
В. Психосоматические расстройства	4	14	2	2	0	0	1	0
С. Проблемы лингвистики и речевого развития	3	10,3	2	1	0	0	0	2
Д. Школьные проблемы	7	24	4	3	0	5	6	1
Е. Проблемы повышено эмоциональных связей	8	27,5	4	0	4	1	1	3
Ф. Проблемы отношений предыдущих связей	3	10,3	2	0	1	1	0	2
Г. Сложности в построении индивидуальности	6	21	1	0	5	0	2	9
Н. Затруднения установок связанных со своей половой идентичностью	0	0	0	0	0	0	0	0

I. Агрессивное поведение	5	17	2	0	3	0	3	0
J. Поведение социального торможения	1	3,4	0	0	1	0	1	1
K. Невыполнение норм	14	48,3	7	0	9	2	4	0
L. Сложности в отношениях с братьями и сёстрами	6	21	2	0	4	0	1	2

Некоторые семьи, которые объясняли агрессивное поведение своих детей, упоминали о следующих мотивах: («ребёнок должен был бороться за жизнь с рождения», «у него было тяжёлое прошлое» и т.д.). Были и те родители, которые говорили, что ребёнок испытывает их («он нам устраивает пробу»).

Мотивы того или иного поведения ребёнка, по словам родителей, разные. Но следует отметить и такую тенденцию: если проблема у ребёнка продолжается слишком долго, тогда мнения большинства родителей схожи - они ссылаются на характер или индивидуальность ребёнка.

Объяснения, которые родители давали относительно изменений и прогресса, наблюдаемых у своих детей, можно разбить на пять групп: дисциплина; объяснения, рассуждения вместе с ребенком; повышенная эмоциональность родителей в отношении с ребенком; внешняя помощь и привыкание (адаптация на новом месте) (Таблица 7).

Таблица 7. Информация, данная приёмными родителями, для объяснения изменений, наблюдаемых у своих детей в период исследования (число и процент ответивших семей)

Виды изменений	Семьи, давшие ответ		Причины изменений				
	К	%	ДИС	РАС	ЭМ	ПОМ	ПР
Физическое развитие	22	76	0	0	4	21	2
Разрешение психосоматических проблем	15	52	1	1	5	1	10
Лингвистическое развитие	5	17,2	3	0	5	3	1
Школьный прогресс	21	72,4	4	4	4	21	0
Развитие эмоциональности	18	62	1	6	13	3	6
Индивидуально- личностное развитие	9	31	2	7	6	1	3
Развитие социальных отношений	1	3,4	0	0	1	1	0
Прогресс в послушании	21	72,4	18	16	11	1	0
Контроль агрессивности	10	34,5	8	6	4	4	1
Улучшение родственных отношений с братьями и с сёстрами	6	20,7	2	4	3	0	0

Принятые в таблице сокращения:

ДИС – Дисциплина

РАС - Рассуждения, размышления

ЭМ –Повышенная эмоциональность родителей в отношениях с ребенком

ПОМ – Внешняя помощь

ПР – привыкание к ситуации

Обобщив результаты исследований по проблемам адаптации усыновленных детей, можно сделать следующие выводы:

1. Проблемы, возникающие в период адаптации, появляются с самого начала усыновления (в течение первых шести месяцев), в редких случаях до года. После первого года проблемы почти не появляются.

2. Большинство проблем со временем исчезает, но есть и такие, которые продолжаются и после года совместной жизни:

- школьные проблемы (74,3%);
- требования к себе излишнего внимания и преданности (61,5%);
- проблемы в отношениях с братьями, сёстрами (56,4%);
- проблемы со сверстниками (80%);
- проблемы лингвистики (54%);
- эмоциональное отстранение одного из членов семьи (51,3%).

Следует отметить, что причины этих проблем можно отнести к прошлой жизни детей, то есть к той ситуации, которая была в детском учреждении, где не проявляли должной заботы о детях. На наличие этих проблем также повлиял недостаток готовности детей к усыновлению.

Проблемы, которые остаются неизменными у большинства детей и после двух лет проживания в семье, это проблемы с братьями и сёстрами, школьные проблемы и всё, что связано с ложью и враньём.

3. Исследователи отмечают и другие проблемы у меньшего числа детей, исчезновение которых маловероятно. Прежде всего, это проблемы страхов, которые были у детей с самого начала усыновления и продолжались весь период исследования. Для испанских детей это, прежде всего, страх того, что другие узнают об усыновлении (с начала усыновления составлял 41% детей, после двух лет из этого процента у 88% всё ещё оставались эти проблемы). Для российских детей характерен другой вид страха – потеря новой семьи, возвращение обратно (с самого начала - 41% детей, далее из 41% осталось 44%).

4. Отдельная проблема – это эмоциональное развитие приемных детей, связанное с прошлым опытом ребенка. Например: беспокойство о биологических братьях, сёстрах, которые не с ними; нежелание признать своё прошлое; заблуждения в своей личной истории.

5. Помещение ребенка в новые условия приводит к разрешению многих проблем, которые у него были: физического и психического развития, взаимодействия с социумом, прогресс с освоением иностранного языка, школьные успехи. Причем продвижения в развитии (успехи) российских детей суммарно оказались значительные, чем испанских при усыновлении в испанских семьях.

Одновременно происходит освоение новой роли семейного ребенка. Опрос родителей, усыновивших российских детей, показал, что к трем месяцам пребывания в семье практически все они называют родителей мамой и папой. Особенно ярко проявляется чувство принадлежности к новой семье в ситуациях с людьми, владеющими русским языком (в контакт дети вступают только после заверений, что их не заберут обратно) (из опыта работы русского психолога в Испании с девятью усыновленными детьми).

6. Причиной появления большинства упомянутых проблем является недостаточная подготовка этих детей к процессу усыновления, особенно если дети

посещали свою биологическую семью в период нахождения в детском учреждении или родственники поддерживали с ними отношения.

Негативный след остаётся у ребёнка, когда равнодушие педагогического персонала проявляется в период усыновления. Нередко ребёнку не дают возможность проститься с родственниками, с теми, кто был для них значим в прошлой жизни, а также то, что ему (новым родителям) не дали необходимой информации о его биологической семье.

5. Можно выделить две противоположные стратегии поведения родителей: 1 – приемные родители все позволяют детям и балуют их; 2- другие, напротив, строги и требовательны к приёмным детям (таких большинство).

Из-за недостатка информации в период усыновления со стороны специалистов (педагогов, психологов), многие родители не могут ни объяснить, ни понять проблем, происходящих с их приёмным ребёнком. Например, сексуальные проблемы или проблемы социального торможения, психосоматические проблемы и проблемы прошлых отношений. Недостаток подготовки и не информированность родителей приводят к тому, что они дают неправильные объяснения происходящих проблем и потому все видят в негативной форме, что способствует усложнению адаптации как ребёнка, так и членов семьи, и следовательно не способствует формированию психологической защищенности ребенка в новом семейном окружении.

Исследования также подтвердили положения нашей концепции психологической защищенности детей, оставшихся без попечения родителей¹⁶. Передача ребенка на воспитание в семью приводит в период адаптации к регрессу в его развитии, а затем к обострению сензитивности к новым условиям жизни, что обеспечивает качество развития ребенка. При международном усыновлении за счет различия в условиях жизни усиливается регресс в развитии ребенка, подкрепляемый процессом аккультурации. В благоприятных условиях при осознании ребенком постоянства его нахождения в семье начинается формирование привязанностей, происходит интеграция в новую культуру и ассимиляция, что содействует возникновению психологической защищенности и способствует интенсивному развитию ребенка, часто проявляемому в виде скачка в развитии. Сегодня этот феномен, выявленный ранее при международном усыновлении, все чаще наблюдается в России при включении в число родителей граждан, принадлежащих среднему классу.

Ослон В.Н., Селенина Е.В.

Особенности социально-трудовой адаптации выпускников – сирот на первом рабочем месте

Сегодня проблема обеспечения успешной социально - трудовой адаптации выпускников учреждений НПО и СПО из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, признана государством в качестве одного из важнейшего направления социальной политики. Ее задачей является закрепление адаптантов на рабочих местах при трудоустройстве, формирование у них трудовой мотивации и снижение риска безработицы [1,2011]. По данным открытых источников только каждый третий выпускник-сирота имеет постоянную работу хотя бы в течение 1,5 лет, которая,

¹⁶Г.В. Семья. Семья Г.В. Основы психологической защищенности детей-сирот при международном и национальном усыновлении.- М. Из-во: УРАО, 2004, С.18-19.

чаще всего, либо не соответствует полученному им профессиональному образованию, либо не является квалифицированной.

Успешность социально-трудовой адаптации уязвимых категорий молодежи можно отнести и к числу актуальных общемировых проблем, которые специалисты пытаются решить как в рамках своей практики, так и на уровне научных исследований.

В зарубежных исследованиях эта проблема рассматривалась с позиции предикторов успешности профессиональной карьеры (Р. Бретц; К. Смит и Б. Карлсон и др.), изменений паттернов трудового поведения (М. Хьюс и Л. Грегори), психологической устойчивости (А. Мастен), копинговых стратегий, а также социальной сети молодого человека (Л.Фестингер, К. Смит и Б. Карлсон и др.). Однако по признанию самих исследователей, она все еще находится в «зачаточном» состоянии. В исследованиях Дж. Грейсон, Л. Ашер и М. Гринштейн-Вейсс подчеркивалась значимость привязанности для молодых взрослых из числа детей-сирот в процессе формирования социальной и профессиональной идентичности. В качестве наиболее эффективного решения данной проблемы был предложен механизм наставничества (natural mentoring). В исследованиях О.В.Ажниной [2,2006], В. И.Кливер [3,1999], Т.И. Шульга [6,2010], показано, что стартовые условия уязвимой группы молодежи отличаются от сверстников спецификой профессионального самоопределения, неумением использовать личностный потенциал и возможности образовательной и трудовой среды.

Вместе с тем можно выделить целый комплекс психологических проблем социально-трудовой адаптации выпускников - сирот, не изученных в достаточной степени. К ним можно отнести особенности их восприятия и оценки трудовой среды, паттернов их межличностного взаимодействия в коллективе, мотивов профессиональных выборов, механизмов «закрепления» на первом рабочем месте, динамику изменений их адаптационного потенциала после окончания колледжа, возможности и условия трудовой среды в интеграции адаптантов, чье развитие и поведение осложнено депривационным опытом. Понимание данных проблем важны для разработки научно обоснованных моделей и программ социально – психолого-педагогического сопровождения такой сложной категории адаптантов как лица из числа детей-сирот. Попытка их изучения была предпринята авторами статьи в 2013 году в рамках государственного задания Департамента образования города Москвы МГППУ.

В качестве методологического основания исследования был использован эколого - динамический подход [5, 2011], который позволяет рассматривать феномен успешной социально-трудовой адаптации выпускников-сирот в качестве результата взаимодействия между ресурсами и возможностями трудовой среды, потребностями социализации самого адаптанта и средовыми факторами в континууме процесса адаптации.

Результаты исследования и их обсуждение

Выборка исследования была построена таким образом, чтобы в ней нашли отражение позиции как самих работающих выпускников - сирот, так и педагогов учреждений СПО, специалистов, занятых постинтернатным сопровождением, представителей организаций - работодателей. Всего в исследовании приняло участие 359 человек. В качестве основного подхода к изучению особенностей социально-трудовой

адаптации выпускников – сирот на первом рабочем месте использован сравнительный анализ. В исследовании принимали участие выпускники, проработавшие на первом рабочем месте не менее 1,5 лет (77 человек), и выпускники, сменившие место работы (154 человека). Динамика профессиональной карьеры была прослежена у выпускников – сирот в течение 8 лет. Основными методами исследования стали структурированное интервью (Ослон В.Н.), «Тест жизнестойкости» [4, 2006] . Статистическая обработка данных исследования проводилась при помощи компьютерной программы PASW Statistics 18. Для обработки данных были использованы: частотный анализ, непараметрические критерии сравнения Краскела-Уоллиса, Хи-квадрат, факторный анализ (метод выделения: анализ методом главных компонент; метод вращения: Варимакс с нормализацией Кайзера), метод ранжирования.

Результаты эмпирического исследования позволили выделить психологические факторы, оказывающие влияние на успешность социально-трудовой адаптации выпускников - сирот на первом рабочем месте.

1.Самооценка собственной интегрированности в трудовой среде (Полная дисперсия - 9,209)

На самооценку собственной интегрированности в трудовой среде, а также ее референтность для выпускника – сироты оказывает влияние наличие и качество сложившихся отношений со значимым властным взрослым: начальником, наставником, авторитетным членом коллектива. Среди тех, кто считал себя в основном интегрированными в трудовой коллектив выше доля выпускников, имеющих наставника (U критерий Манна-Уитни - 455,000, $p \leq 0,050$) или удовлетворяющие отношения с непосредственным начальником (U критерий Манна-Уитни - 3811,500 $p \leq 0,038$). Влияние оказывает также возраст адаптантов. Наиболее интегрированными чувствовали себя выпускники от 16 до 21 года (51,7%). Уже к 24 годам их доля снижалась до 14,3% (Хи-квадрат - 8,136, $p \leq 0,017$).

2.Оценка различных компонентов удовлетворенности трудом (Полная дисперсия - 8,641)

В качестве важнейшей особенности оценки удовлетворенности своим трудом у выпускников-сирот можно рассматривать их восприятие условий труда через призму отношений со значимым властным взрослым. Как показали результаты исследования, характер этих отношений оказывает влияние на оценку гигиенических, эмоционально – личностных, профессиональных компонентов удовлетворенности трудом независимо от пола, возраста, года окончания учреждения профессионального образования у выпускника - сироты. Качество отношений со значимым взрослым оказывает значительное влияние на оценку таких компонентов внутренней мотивации трудовой деятельности выпускников, как «соответствие характера работы способностям и склонностям» (факторная нагрузка - 0,726), «соответствие работы ожиданиям» (факторная нагрузка - 0,525).

«Отношения с наставником» оказывает влияние на профессиональную активность выпускника, воспринимаемый им уровень напряженности труда, эмоционально-аффективные компоненты удовлетворенности различными условиями работы. Это отражает депривационные потребности выпускников – сирот и обусловлено переносом паттернов отношений воспитанник – воспитатель в трудовую среду. У

неподготовленного наставника такой подопечный легко актуализирует потребность в опеке и спасении, что, может оказать негативное влияние как на взаимоотношения в диаде, так и в целом, на его социально - трудовую адаптацию.

3. *Оценка ресурсности социально-поддерживающей сети при переходе из учреждения профессионального образования на предприятие* (Полная дисперсия - 7,359)

Адаптанты, «закрепившиеся» на первом рабочем месте, достоверно выше оценивают ресурсы своих социально – поддерживающих сетей (U критерий Манна-Уитни - 5673,000, $p \leq 0,038$) как «новой» (наставник, непосредственный начальник, специалисты предприятия, общественные организации, клубы, ассоциации), так и «старой» (педагоги НПО, СПО; педагоги детских домов, школ-интернатов; бывшие воспитанники; родственники; специалисты служб сопровождения). «Сменившие работу» фиксируют истощение ресурсов старой сети и слабый потенциал новой. Выявлена взаимосвязь между оценкой ресурсности сети ростом показателя «гедонистические ценности».

4. *Оценка психологической безопасности трудовой среды* (Полная дисперсия - 5,951)

Значительная часть респондентов, независимо от группы, оценивает трудовую среду как психологически небезопасную для себя. Выявлены значимые различия между показателями воспринимаемого насилия у девушек и юношей (U критерий Манна-Уитни - 2855,000, $p \leq 0,004$). Каждый 3-й молодой человек воспринимает отношение к себе со стороны коллектива как безразличное и пренебрежительное, каждый 6-й как оскорбляющее и унижающее, каждый 20-й столкнулся с жестокостью по отношению к себе. Каждая 15-я девушка с сексуальными домогательствами. В группе «закрепившихся на первом рабочем месте» уровень воспринимаемого насилия достоверно ниже (U критерий Манна-Уитни - 3185,000, $p \leq 0,05$). Выявлена взаимосвязь между оценкой отношений со значимым взрослым и оценкой психологической безопасности трудовой среды.

5. *Оценка конкурентоспособности полученного профессионального образования* (Полная дисперсия - 5,608)

Удовлетворенность полученным профессиональным образованием можно отнести к стабилизирующим механизмам социально-трудовой адаптации выпускников-сирот. Среди тех, кто адаптировался на первом рабочем месте, оценка его конкурентоспособности значительно выше по сравнению с теми, кто не смог этого сделать (U критерий Манна-Уитни - 2196,000, $p \leq 0,004$). Переменная «соответствие работы полученному образованию» имеет высокую факторную нагрузку при оценке удовлетворенности различными условиями труда (0,834).

7. *Динамика изменений представлений об успешности в жизни при переходе из учреждения профессионального образования на предприятие* (Полная дисперсия - 3,706)

Можно выделить две разнонаправленные реакции на стресс, вызванный переходом выпускника – сироты из привычной для него образовательной среды в трудовую. Первая реакция выражается в резком повышении значимости гедонистических ценностей и притязаний. Выделенный из массива данных фактор (метод вращения:

Варимакс с нормализацией Кайзера) «личная успешность» (дисперсия - 5,622) позволил выявить высокую факторную нагрузку таких переменных, как «возможность хорошо жить, не работая» (самая высокая факторная нагрузка - 0,900), «отдых, развлечения» (факторная нагрузка - 0,764) при дисперсии 5,622. При этом возрастает и потребность в профессиональной стабилизации. Повышается ценность «надежной, гарантированной, стабильной работы» (факторная нагрузка - 0,670, дисперсия - 4,481). Среди тех, кто закрепился на первом рабочем месте, данная потребность в выражена большей степени (U критерий Манна-Уитни - 157,500; $p \leq 0,029$).

8. *Личностный (адаптационный) потенциал выпускника* (Полная дисперсия - 4,829)

Анализ динамики изменений уровня в течение 8 лет после окончания колледжа *личностного* (адаптационного) потенциала в группе сменивших место работы выпускников – сирот указал на негативную динамику, которая начинается после двух лет их «кочевания» в трудовой среде от первоначальной безработицы до последующих переходов с одного места работы на другое. В первые два года после получения профессионального образования дефицитарной остается мотивационная сфера. Это отражается в снижении показателя «вовлеченность» и указывает на сложность получения удовольствия от собственной деятельности [4,2006]). В последующие годы наблюдается резкое снижение общего личностного (адаптационного) потенциала (соответственно: после окончания колледжа – общий показатель – 80,57 баллов, через 2 года – 69,33баллов, $p \leq 0,003$). Это оказывает негативное влияние на их способность к активному преодолению трудностей. В результате выпускники-сироты более-менее сложные ситуации начинают воспринимать как травматичные и непреодолимые. У них нарастает убежденность в невозможности (снижении собственной способности) контролировать результат происходящего. Это позволяет сделать вывод, что первые два года после окончания колледжа являются для выпускников-сирот важнейшим периодом в их профессиональной карьере.

К особенностям социально-трудовой адаптации выпускников-сирот независимо от группы можно отнести перенос сформировавшихся в условиях институциональной заботы трудовых навыков на выбор сферы трудовой деятельности, профессии, уровень квалификации труда. Как показал анализ результатов исследования, значительная часть выпускников-сирот удерживается в сфере обслуживания: торговле, транспорте, гостиничном бизнесе, общепите (соответственно среди девушек – 39,3%, среди молодых людей – 36,5%). Данная сфера занимает первое место в структуре их занятости. Это нередко обусловлено тем обстоятельством, что ребенок, воспитываясь в институциональной системе, не участвует в целостном процессе решения социально-бытовых задач, а подключается к отдельным операциям обслуживания: дежурство по уборке комнаты, в столовой и т.д.. В процессе обслуживания воспитанник чувствует собственную значимость, получает одобрение от взрослого, удовлетворяет свою потребность во множественных малодифференцированных контактах. Условия клиентского и сервисного обслуживания позволяют воспроизвести подобную ситуацию. Этим в определенной мере и объясняется постоянное «перетекание» в профессии, не требующие квалификации. Каждый третий выпускник, независимо от профессионального образования, фактически, занят неквалифицированным трудом. В структуре идеальной

трудоустройства данная сфера остается наиболее предпочтительной для выпускников – сирот (каждый третий выбор). Второе место у молодых занимает вневедомственная охрана (12,7%), у девушек сфера образования (8,9%). Для всех выпускников-сирот характерна идеализация работ, связанных с государственной службой (9,5% - у молодых людей, 8,9% - у девушек). Данные профессиональные предпочтения обусловлены привычными паттернами взаимодействия воспитатель – воспитанник в условиях институционального воспитания. Воспитатель – контролирует, через контроль, нередко с помощью авторитарных методов управляет ситуацией, требуя от ребенка беспрекословного подчинения. По мнению выпускников, подобные паттерны востребованы вневедомственной охране, образовании, на госслужбе.

Результаты опроса работодателей, специалистов служб сопровождения, педагогов учреждений СПО позволили выявить условия социально-трудоустройства выпускников – сирот в организациях Москвы. Респондентов просили по пятибалльной шкале оценить степень соблюдения организациями – работодателями необходимых условий для их социально – трудоустройства. Средний балл оценки составил – 2,9 баллов, т.е. фактически остался вне зоны «соблюдения». В наименьшей степени соблюдаются условия, связанные с необходимыми усилиями организаций по содействию социально – трудоустройства данной категории работников. К ним относятся: наличие системы мониторинга эффективности социально – трудоустройства, наставников (средний балл - 2,19), специальных программ по социально – трудоустройства работников, в т.ч. и выпускников – сирот (средний балл - 2,19), уровень взаимодействия организаций – работодателей с Уполномоченными организациями по постинтернатному сопровождению (средний балл - 2,67), а также с учреждением их профессионального образования (средний балл - 2,67). Проблемой является и соответствие предоставляемой работы той квалификации (средний балл - 2,63) и профессиональному образованию (средний балл - 2,69), которые выпускники-сироты получили в колледжах.

Результаты эмпирического исследования подтвердили необходимость разработки и внедрения Модели социально-психолого-педагогического сопровождения выпускников – сирот на первом рабочем месте. Авторская модель представляет собой систему организации совместной деятельности специалистов (психологов и социальных педагогов) учреждения СПО, сотрудников организаций - работодателей и Уполномоченных служб постинтернатного сопровождения по созданию условий по обеспечению выпускников эффективной социально – трудоустройства на первом рабочем месте. Ее реализация позволяет мобилизовать личностные и профессиональные ресурсы выпускников-сирот, а также ресурсы их социальной сети в образовательном учреждении и в организациях – работодателях. Предметом сопровождения являются изменяющиеся потребности выпускников – сирот в процессе их социально – трудоустройства. Эти потребности и определяют содержание, характер, глубину и интенсивность сопровождения.

Континуум постинтернатного сопровождения начинается за два года перед выпуском подростков-сирот из детского дома (школы-интерната), продолжается в течение всех лет профессионального обучения и захватывает период трудоустройства на первом рабочем месте. Основанием для завершения сопровождения становится «устойчивое трудоустройство» выпускника. Модель реализуется на трех основных этапах:

первый этап – подготовка студентов -сирот к производственной практике, второй – социально -психолога -педагогическое сопровождение студентов-сирот в период ее прохождения, третий – социально -психолого-педагогическое сопровождение процесса социально-трудовой адаптации выпускника-сироты на первом рабочем месте. К задачам последнего этапа относятся: оформление трудового договора с выпускником, договора о наставничестве с подготовленным к этой деятельности членом трудового коллектива, помощь в организации эффективного взаимодействия в диаде наставник – адаптант, мобилизация ресурсов «старой» и «новой» социальной сети выпускника, разработка и реализация его карьерного плана, формирование мотивации на устойчивое трудоустройство и профессиональную активность, мониторинг и оценка достижений адаптанта, при необходимости коррекция карьерного плана.

В модели выделяются три уровня сопровождения: базовый, кризисный и экстренный. Базовый или общий уровень сопровождения необходимый для любого выпускника –сироты на рабочем месте в зависимости от потребностей выпускника в континууме от трех до шести месяцев. Кризисное сопровождение организуется для тех, кто имеет серьезные нарушения поведения, конфликты с законом, находится в состоянии глубокого эмоционального неблагополучия. Сопровождение организуется в рамках работы с кризисным случаем. На экстренный уровень сопровождения переводятся молодые люди, которые фактически «выпадают» из процесса социально - трудовой адаптации, т.е. бросают работу или провоцируют работодателя на увольнение. Основной задачей данного уровня становится оказание выпускнику экстренной помощи и возвращение его в систему трудовой занятости. Сопровождение организуется при межведомственном взаимодействии со службами социальной защиты населения, экстренной психологической помощи города, а иногда с привлечением силовых структур (МВД, прокуратуры). Вектор социально -психолого-педагогического сопровождения всегда направлен на возвращение адаптанта -сироты на базовый уровень.

Анализ результатов исследования социально-трудовой адаптации выпускников-сирот на первом рабочем месте позволил сделать следующие выводы:

1. На характер социально-трудовой адаптации выпускников-сирот оказывают влияние паттерны взаимоотношений, ситуация формирования трудовых навыков в организациях для детей-сирот, сложившиеся в условиях институциональной заботы. Перенос их в трудовую среду определяет у выпускников – сирот выбор сферы профессиональной деятельности, работы, уровня ее квалификации;

2. «Закрепление» выпускника – сироты на первом рабочем месте зависит от его оценки отношений со значимым властным взрослым (наставником, начальником, авторитетным членом коллектива). Трудовую среду он воспринимает через призму этих отношений. «Отношения с наставником» можно рассматривать в качестве системообразующего фактора интеграции выпускника – сироты на первом рабочем месте. Данный фактор оказывает влияние на его профессиональную активность, воспринимаемый уровень напряженности труда, эмоционально-аффективные компоненты удовлетворенности различными условиями работы;

3. На успешность социально-трудовой адаптации выпускника-сироты на первом рабочем месте оказывают также влияние следующие психологические факторы: чувство собственной интегрированности в трудовой среде; удовлетворенность полученным профессиональным образованием, достаточно высокая оценка его

конкурентоспособности; воспринимаемая ресурсность социально – поддерживающих сетей, наличие ценности «надежной, гарантированной, стабильной», «квалифицированной, интересной», работы, обеспечивающей социальное признание в структуре представлений об успешности личности, более высокий уровень воспринимаемой психологической безопасности трудовой среды, непрерывность погружения в одну трудовую среду в процессе профессионального обучения, трудоустройства и трудовой занятости в течение первых двух лет после окончания колледжа..

4. Авторская Модель сопровождения процесса социально-трудовой адаптации выпускников –сирот на первом рабочем месте может способствовать успешности их интеграции в трудовой среде и детерминирована факторами экологической системы выпускника, ресурсами самого выпускника и среды (образовательной и трудовой).

Источники и литература

Источники

1. Письмо Министерства образования и науки РФ от 1 марта 2011 г. N 06-369 "О направлении рекомендаций"

Литература

1. Ажнина О. В. Психологические особенности профессионального самоопределения воспитанников учреждений социально-педагогической поддержки : диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.07.- Москва, 2006.- 180 с.

2. Кливер В. И. Формирование профессионального самоопределения детей – сирот в образовательных учреждениях интернатного типа. Диссертация ... канд. пед. Наук, Кемерово, 1999. – 256 с.

3. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. - С. 3-63.

4. Ослон В.Н. Эколого-динамический подход к психологическому сопровождению замещающей семьи // Психологическая наука и образование. 2011. №1. – С. 27-37

5. Шульга Т.И. Смыслоразнозначные ориентации выпускников интернатных учреждений // Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». – 2010. – №1. – М.: Изд-во МГОУ. – С. 5–11.

Коблик Е.Г.

Проектная деятельность детей как ресурс социальной адаптации воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

Для того чтобы дети выросли ответственными гражданами своего государства, им нужно дать шанс участвовать в той общественной жизни, частью которой они являются. Участие детей в общественной жизни – это и их право, и условие их личного развития, и социализации, и важный принцип работы с ними. В связи с этим крайне актуально расширять технологии работы по социализации детей-сирот, в том числе через проектную деятельность.

В соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка все дети имеют право высказывать свое мнение о решениях, которые влияют на их жизнь, и ожидать, что это мнение не останется без внимания. Важно привлекать детей для влияния на принимаемые властью программы социальной и правовой защиты детства.

Мир детей в условиях приюта, детского дома жестко регламентирован. Когда у детей нет выбора, когда никто не слышит их потребности быть самими собой, то они становятся либо агрессивными, либо, напротив, пассивными и беспомощными. Эти дети зачастую бывают лишены жизненно необходимых навыков. Организовать участие детей в собственной и общественной жизни возможно через проектную деятельность.

Проектная деятельность детей — одна из тех форм работы, которые позволяют создавать условия, способствующие формированию гражданской позиции, личностного развития и учитывать мнения и потребности детей. В том числе речь идет и о потребности быть услышанными, потребности принимать решения о собственной судьбе, чувствовать себя ценными личностями, эффективными, нужными обществу.

Психологические принципы организации проектной деятельности с участием детей

Прозрачность, честность и открытость

Несоответствие между статусом и властью взрослых и детей неизбежно. Для того чтобы участие детей в проекте было искренним и осознанным, им необходимо верить в то, что все, что они запланировали, осуществится. Если в планы работы нужно внести изменения, дети должны понимать причины этих изменений и быть уверенными в честности процесса принятия решений. Кроме того, дети должны быть уверены в том, что их принимают всерьез, что их взгляд на происходящее важен, а разнообразие мнений только приветствуется.

Добровольность участия детей в работе над проектом

Дети принимают участие в процессах и вопросах, которые касаются их прямым или опосредованным образом, а также имеют право решать – участвовать в них или нет. Участие детей в проекте может быть только добровольным. Добровольность предполагает полную информированность детей о содержании проекта в целом и об их роли в нем. Дети сами определяют время и условия своего участия, с учетом других имеющихся у них обязанностей. Кроме того, дети должны знать, что могут прекратить свое участие в проекте, когда захотят.

Участие детей будет осмысленным и продуктивным, только если оно будет основываться на их личном опыте – на тех знаниях и представлениях, которыми они обладают относительно жизни, общества, в котором они живут, и вопросов, касающихся их.

Доброжелательная и безопасная обстановка

Дети могут решать содержательные задачи и вносить свой вклад в работу, только если чувствуют себя в безопасности. Только в таких условиях возможно добровольное и искреннее участие детей.

Равные возможности для всех

Проектная деятельность дает возможность проявить себя самым разным детям, в том числе и тем, кто в обычной жизни по разным причинам не принимает активного участия в общественной жизни.

Высокая квалификация персонала

Взрослые, организующие участие детей в реализации проектов, должны делать это квалифицированно, обладать особыми навыками.

Гарантированная безопасность и защита детей

Очень важно свести к минимуму различные риски, связанные прежде всего с возможным жестоким обращением или эксплуатацией.

Уважение мнения детей и обязательная обратная связь

От детей надо постоянно получать обратную связь, причем дети должны быть уверенными в том, что их мнение учитывается. Важно постоянно отслеживать эффективность работы над конкретным проектом.

Важно, чтобы дети понимали, какой результат принесет их участие в работе над проектом, и каков их личный вклад в это. Будучи главными участниками проекта, дети являются обязательными участниками процессов мониторинга и оценки проекта.

Примеры реализации проектов «Я в мире прав и обязанностей»

В рамках проекта «Голос ребенка» с 2008 по 2010 годы под нашим руководством была организована проектная деятельность детей [Проектная деятельность детей как ресурс развития жизнестойкости, Коблик Е.Г., 2009; Механизмы участия детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в защите своих прав, Коблик Е.Г., 2010], а приоритетными направлениями стали поддержка инициатив и участия детей в изучении, обеспечении и защите своих прав и обязанностей, развитие механизмов участия детей-сирот. Опишем наиболее эффективные из них.

ГОО школа-интернат № 55, г. Москва. Проект «Мой мир».

Основная идея проекта – создание Уполномоченной службы по правам ребенка, формирующей в учреждении политику приоритетного отношения к правам ребенка. Ребята создали книгу – путеводитель по правам детей, создали уполномоченную службу по правам ребенка с участием воспитанников. Дети этой службы работают в Детском общественном совете при Уполномоченном по правам ребенка при Президенте РФ (ДОС).

ГОО Детский дом №2, г. Волгоград. Проект «По дороге к себе». Проект нацелен на повышение социальной компетентности воспитанников детского дома. Организовано обучение детей в творческих мастерских по специальностям издательского дела: журналисты, оформители, фотокорреспонденты. Продуктом детской деятельности по проекту стал регулярный выпуск газеты «Конфитюр» силами воспитанников, проведение круглого стола с участием детей и представителей органов власти, НКО и СМИ. Создана компьютерная обучающая игра «Я в мире прав и обязанностей».

Волгоградская Региональная Общественная Организация Содействия Детям – Инвалидам. Проект: «Я – частичка мира». Главная идея проекта - создание Детского Совета на базе детского учреждения. В рамках проекта анкетирование по актуальным детским проблемам, правовые занятия, «Почта доверия», «Стена гласности» и создание социальной рекламы. Совет оказывает помощь воспитанникам в построении конструктивного диалога между воспитанниками, педагогами и представителями власти.

МОУ Детский дом № 9, г.Череповец. Проект «Жизненный вектор».

В детском доме создана и работает Уполномоченная служба. В ходе проекта ребята создали обучающую компьютерную программу «Жизненный вектор», направленную на изучение законодательства Российской Федерации. **ФГОУ «Ивановская школа-интернат им. Е.Д.Стасовой», г.Иваново. Проект «Хочу стать студентом».** В ходе проекта создан пошаговый алгоритм действий выпускника школы-

интерната, желающего продолжить образование в ВУЗе. Алгоритм включает в себя описание всех правовых аспектов, которые необходимо знать выпускнику при выборе ВУЗа, поступлении и учебе.

СРЦ для несовершеннолетних «Хорошево-Мневники», Москва. Проект «Радиостанция «Голос детства». Цель проекта – повышение правовой компетентности детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В центре оборудована собственная радиостанция. Ведущие ее – дети, выбираются на конкурсной основе. Изучив права и законы, авторы «Радиостанции «Голос детства» доступно и интересно рассказывают об этом и детям, и взрослым. Каждый ребенок может задать вопросы не только юристу, но и приглашенным гостям из различных ведомств, получить ответы о возможных решениях проблемных ситуаций. В радиозэфире проходят викторины: «Знание – сила!» на знание прав и обязанностей, акция «Открытый микрофон». Юные корреспонденты надеются, что «голос ребенка» будет услышан. О качестве своей работы ребята узнают из итогов мониторинга, который проводится среди слушателей.

Анализ эффективности проведенных проектов позволил осмыслить, какие результаты дало привлечение детей к участию.

Для самих детей

- Они приобретают большую уверенность в своих силах.
- Учатся уважать мнение и потребности других.
- Становятся более толерантными и способными прислушиваться к чужому мнению.
- Получают опыт партнерских отношений и сотрудничества, лучше понимают сущность демократических принципов и моделей поведения.
- Больше стремятся участвовать в общественной жизни.
- Учатся определять суть проблемы и видеть способы ее решения.
- Расширяют круг общения.
- Приобретают новые знания и навыки.
- Реализуют свои возможности, удовлетворяют потребности, выбирают приоритеты.

Для общества

- Общество в большей степени может привлекать детей к работе форумов, на которых принимаются значимые решения.
- Усиливает связи различных организаций и сообществ с детьми.
- Имеет возможность совершенствовать детские программы.
- Получает информацию, которая дает основания на увеличение объемов ресурсов, выделяемых для обеспечения потребностей и приоритетов детей.
- Улучшает качество жизни детей в целом.

Таким образом, участие детей в общественной жизни через проектную деятельность оказывает существенное влияние на их личностное развитие социальную адаптацию, является важным принципом работы с ними в образовательных учреждениях.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

- Аксенова Наталья Сергеевна ассистент кафедры педиатрии и школьной медицины факультета усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова.
- Баз Людмила Леонардовна кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, Москва
- Басин Максим Александрович кандидат психологических наук, доцент, Томский государственный педагогический университет.
E-mail: basin_78@mail.ru
- Бобылева Ирина Анатольевна заведующая лабораторией социально-педагогических проблем детства Федеральное государственное научное учреждение "Институт семьи и воспитания Российской Академии образования" (ФГНУ ИСВ РАО), главный специалист-эксперт Благотворительного фонда социальной помощи детям «Расправь крылья!», кандидат педагогических наук, доцент
E-mail: bobyleva_ia@rambler.ru
- Быкова Светлана Тулеуновна учитель математики ГБОУ СОШ №1181 ЮЗАО г. Москвы.
E-mail: sveta231164@mail.ru
- Васильева Ксения Евгеньевна студентка 5-го курса Сургутского государственного университета.
E-mail: kam05@bk.ru
- Гордеева Зоя Владимировна директор Санаторной школы-интерната № 76 для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата
- Горохова Ирина Венедиктовна доцент кафедры социальной педагогики ГАОУ ВПО МГОСГИ, начальник структурного подразделения службы сопровождения замещающих семей ГБОУ Непецинского детского дома-школы кандидат педагогических наук.
E-mail: goroxova@list.ru
- Денисова Галина Захаровна Педагог-психолог Комитета по молодежной политике администрации городского округа город Уфа Республики Башкортостан. Муниципальное бюджетное учреждение городской центр психолого-медико-социального сопровождения «Индиго».
E-mail: Gezi.denisova@yandex.ru
- Добряков Игорь Валериевич кандидат медицинских наук, доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей.
- Евстратова Юлия Владимировна ГБУ «Центр содействия семейному воспитанию «Наш дом»
E-mail: sergunova@inbox.ru
- Канаян Ваган Ахиллесович директор Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Городской центр социальных программ и профилактики асоциальных явлений среди молодежи «КОНТАКТ».
E-mail: center-kontakt@yandex.ru
- Коблик Елена Григорьевна педагог-психолог ГБОУ ОЦ ПМСС УО ДОГМ

Ковригина Елена Семёновна	E-mail: soc-in@bk.ru доцент кафедры Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, кандидат медицинских наук
Кольтинова Вера Викторовна	E-mail: schoolmed@yandex.ru доцент, педагог-психолог Удельнинского специального (коррекционного) детского дома для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья.
Котляров Владислав Львович	E-mail: koltinova-w@mail.ru научный сотрудник Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук.
Калинина Марина Анатольевна	E-mail: detotdel@mail.ru кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук.
Козловская Галина Вячеславовна	E-mail: detotdel@mail.ru профессор, заведующая отделом Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук.
Крючкова Лариса Леонидовна	E-mail: detotdel@mail.ru доцент кафедры специальной психологии Института специальной педагогики и психологии, кандидат психологических наук.
Кремнева Лидия Федоровна	E-mail: larissa_kruch@mail.ru кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук.
Марголина Инна Александровна	E-mail: detotdel@mail.ru врач-психиатр Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук.
Масленникова Елена Сергеевна	E-mail: 3katy@mail.ru клинический психолог женской консультации МУЗ «Клинская Городская Больница», г. Клин.
Назарова Инна Григорьевна	E-mail: nazarova@iro.yar.ru заведующий кафедрой общей педагогики и психологии ГО АУ ЯО «Институт развития образования», кандидат педагогических наук, доцент.
Нестерова Альбина Александровна	E-mail: anesterova77@rambler.ru профессор кафедры социальной психологии РГСУ, д-р псих.н., г. Москва;
Ослон Вероника Нисоновна	E-mail: oslonvn@mgppu.ru заведующая лабораторией «Психолого-социальные проблемы профилактики безнадзорности и сиротства» Московского городского психолого-педагогического университета, кандидат психологических наук, доцент.

Панков Дмитрий Дмитриевич	<p>заведующий кафедрой педиатрии и школьной медицины факультета усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор. E-mail: schoolmed@yandex.ru</p>
Перелякина Наталья Леонидовна	<p>директор Краевого государственного казенного образовательного учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей Детский дом №6, г. Хабаровск. E-mail: hb-dd6@mail.ru</p>
Петровичев Виктор Сергеевич	<p>старший лаборант кафедры педиатрии и школьной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова E-mail:schoolmed@yandex.ru</p>
Пономаренко Анастасия Александровна	<p>руководитель социальных проектов Благотворительного фонда «Путь домой». E-mail: msk.ponomarenko@gmail.com</p>
Платонова Наталия Владимировна	<p>врач-психиатр Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук. E-mail: detotdel@mail.ru</p>
Проселкова Марина Овсеевна	<p>кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук. E-mail: detotdel@mail.ru</p>
Русаковская Ольга Алексеевна	<p>старший научный сотрудник Отдела судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе ФГБУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского» Минздрава РФ; доцент кафедры клинической и судебной психологии МГППУ, кандидатмедицинских наук</p>
Савкова Елена Антоновна	<p>аспирантка Московского Городского Психолого-Педагогического Университета. E-mail: hey_mama@inbox.ru</p>
Семья Галина Владимировна	<p>ведущий научный сотрудник лаборатории «Психолого-социальные проблемы профилактики безнадзорности и сиротства» МГППУ, доктор психологических наук, член Координационного совета при Президенте Российской Федерации по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы и руководитель рабочей группы «Равные возможности для детей, нуждающихся в особой заботе государства», сопредседатель экспертного совета Комитета Госдумы по вопросам семьи, женщин и детей, член Совета Министерства образования и науки Российской Федерации по защите прав детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей</p>
Селенина Екатерина Вадимовна	<p>старший научный сотрудник лаборатории психолого-социальных проблем профилактики безнадзорности и сиротства Московского городского психолого-педагогического университета, председатель правления БФ</p>

- <Надежда>
E-mail: celekatya@ya.ru
- Созинова Мария Валерьевна
доцент кафедры социальной психологии Санкт-Петербургского гуманитарного университета профсоюзов кандидат педагогических наук, СПбГУП.
E-mail: mari-sozinova@nm.ru
- Суханова Ирина Владимировна
директор Государственного бюджетного учреждения «Тверской областной центр социальной помощи семье и детям».
E-mail: semiacenter@mail.ru
- Татаренко Дарья Дмитриевна
Московский государственный областной университет, аспирант кафедры социальной психологии, психолог в EnglishNurserySchool1.
E-mail: kd-611@list.ru
- Фатина Екатерина Александровна
педагог-психолог службы сопровождения замещающих семей ГБОУ Непецинского детского дома-школы МО.
- Хаидов Сергей Курбанович
кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии Тульского государственного педагогического университета им. Л.Н. Толстого
E-mail: haidov@bk.ru
- Черничкина Юлия Дмитриевна
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Центр Планирования Семьи и Репродукции Департамента здравоохранения г. Москвы
- Шубина Анна Сергеевна
доцент кафедры психологии образования и развития, кандидат психологических наук ФГБОУ ВПО «Волгоградский государственный социально-педагогический университет».
E-mail: shubina-as@yandex.ru
- Шульга Татьяна Ивановна
ведущий научный сотрудник лаборатории «Психолого-социальные проблемы профилактики безнадзорности и сиротства» Московского городского психолого – педагогического университета, профессор, заведующая кафедрой социальной психологии Московского государственного областного университета профессор, доктор психологических наук.
E-mail: ti.shulga@mgou.ru
- Яковлева Татьяна Дмитриевна
доцент кафедры общей педагогики и психологии Государственного образовательного автономного учреждения Ярославской области «Институт развития образования».
E-mail: Yaki87ryb@yandex.ru