

**Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры для детей,
нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи
«ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И
КОРРЕКЦИИ»**

**«Организация работы с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации:
профилактика суицидального поведения и употребления психоактивных веществ,
распространение ВИЧ-инфекции, профилактика жесткого обращения»**

Методические рекомендации

г. Ханты-Мансийск, 2013 год.

Методические рекомендации «Организация работы с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации: профилактика суицидального поведения и употребления психоактивных веществ, распространение ВИЧ-инфекции, профилактика жесткого обращения»

Составители: Мельникова С. А., социальный педагог БУ «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции»
Ведрова Л. А., методист БУ «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции»

Рецензент: Петрова Г.А., заведующий кафедрой общей и социальной педагогики НГГУ, кандидат педагогических наук, доцент, действующий член Международной педагогической академии, Почётный работник высшего профессионального образования РФ

Методические рекомендации «Организация работы с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации: профилактика суицидального поведения и употребления психоактивных веществ, распространение ВИЧ-инфекции, профилактика жесткого обращения» предназначены для практических специалистов образовательных учреждений.

Содержание	
Введение	4
Раздел 1. Понятие трудной жизненной ситуации. Классификация детей попавших в трудную жизненную ситуацию	5
1.1. Сущность понятия трудные жизненные ситуации, их типология.....	5
1.2. Суицидальное поведение детей и подростков.....	8
1.3. Употребление психоактивных веществ, среди детей и подростков.....	11
1.4. Распространение ВИЧ-инфекции в подростковой среде.....	17
1.5. Жестокое обращение в семье.....	19
Раздел 2. Организация работы с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации	23
2.1. Особенности работы специалистов с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации.....	24
2.2. Организация психолого-педагогической и социальной помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации.....	30
2.3. Профилактика суицидального поведения обучающихся.....	34
2.4. Профилактика употребления психоактивных веществ и распространения ВИЧ-инфекции среди обучающихся.....	36
2.5. Оказание психологической помощи детям-жертвам насилия.....	39
Словарь терминов	48
Список литературы	52
Приложения	54
Приложение 1.....	54
Приложение 2.....	57
Приложение 3.....	58
Приложение 4.....	60
Приложение 5.....	62
Приложение 6.....	65
Приложение 7.....	67
Приложение 8.....	68
Приложение 9.....	72
Приложение 10.....	76
Приложение 11.....	77
Приложение 12.....	79
Приложение 13.....	81
Приложение 14.....	83
Приложение 15.....	87
Приложение 16.....	88

Введение

Глобальные преобразования в России в конце XX века привели к серьезному обострению социально-экономических проблем, к усилению социальной дифференциации, изоляции, исключению (экслюзии) или ограничению доступа социально незащищенных групп населения к полноправному участию в реальной общественной жизни. В качестве тревожных симптомов осложненной социальной ситуации жизни, в первую очередь в детском населении нашего общества, выступают растущие масштабы асоциального поведения среди подростков, серьезное увеличение численности детей, проживающих в трудных жизненных ситуациях.

В общей и детской отечественной и зарубежной педагогике, психологии исследуются проблемы становления и развития детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Дж. Боулби, Ю. Бронфенбренер, Ф.Е. Василюк, И.Ф. Дементьева, А.В. Запорожец, И. Лангмейер, З. Матейчик, Л.Я. Олиференко, А.М. Прихожан, С.А. Расчетина, Н.Н. Толстых, Т.И. Шульга и др.). Ученые, представляющие социальную педагогику, предлагают различные технологии социального воспитания детей и подростков, имеющих разные жизненные проблемы (А.В. Мудрик, В.Г. Бочарова, М.А. Галагузова, Ф.А. Мустаева и др.).

В современной России предпринят широкий спектр социально-экономических и правовых мер в аспекте реализации Конвенции ООН «О правах ребенка», создан специальный механизм контроля за соблюдением принятых обязательств. Наиболее характерной тенденцией развития современной российской системы социальной защиты детства является более детальная дифференциация объектов социальной помощи, в частности, переход от системы социального обеспечения всех детей без учета индивидуальных особенностей каждого ребенка к социальной защите конкретных детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оказание им адресной помощи, расширение субъектов помощи. Именно эти субъекты определяют содержание, формы, методы функционирования, основные направления поддержки и защиты детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, определяя во многом ее эффективность.

Раздел 1. Понятие трудной жизненной ситуации. Классификация детей попавших в трудную жизненную ситуацию

Устройство детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации Человек, оказавшийся в сложной жизненной ситуации, нуждается в помощи государства, общества, людей, находящихся рядом с ним. Такая поддержка помогает ему преодолеть трудности, утвердить свое Я и самореализоваться. Дети в подобных ситуациях оказываются еще более незащищенными и поэтому нуждаются в особой социально- педагогической поддержке.

1.1. Сущность понятия трудные жизненные ситуации для детей, их типология

В отечественной и международной практике существует выражение — трудная жизненная ситуация, означающее переживания человека, оказавшегося в положении, которое серьезно сказывается на его благополучии, безопасности жизнедеятельности и из которого он не всегда способен с честью выйти (не может найти достойного для него выхода). В этом случае ему требуется помощь государства, общества. Особенно нуждаются в помощи дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации. Им сложнее самостоятельно найти приемлемый выход из создавшегося положения. Учитывая данный факт, государство старается спрогнозировать и определить наиболее целесообразные пути оказания помощи ребенку, попавшему в трудную жизненную ситуацию. Главная цель государства (общества) создать наиболее оптимальные условия для жизни ребенка и его воспитания.

Трудная жизненная ситуация – ситуация, которая субъективно воспринимается человеком как трудная лично для него или является объективно нарушающей его нормальную жизнедеятельность (инвалидность, сиротство, и т.д.). [18]

Дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации – дети, которые самостоятельно не в состоянии решить проблемы жизнедеятельности, возникшие у них под воздействием тех или иных обстоятельств.

В Федеральном законе Российской Федерации «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ, ст. 1 сформулированы типичные трудные жизненные ситуации для ребенка, при которых государство берет на себя обязательства оказать ему необходимую помощь. К ним относится утрата попечения родителей. Такое явление может иметь место в ряде случаев:

- а) смерть родителей;
- б) отказ родителей взять своих детей из учреждений социальной защиты населения, воспитательных, лечебных и других учреждений;
- в) самостоятельное прекращение родителями выполнения родительских обязанностей по отношению к своему ребенку (самоустранение от воспитания ребенка);
- г) невыполнение родителями по тем или другим причинам своих обязанностей по отношению к своим детям (например, по состоянию здоровья — опасность заразить ребенка и пр.);
- д) длительное отсутствие родителей (например, длительная командировка);
- е) ограничение родителей в родительских правах. Решение принимается судом с учетом интересов ребенка. Оно может иметь место при условии, когда оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей

(одного из них) не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание, стечение тяжелых обстоятельств и другие);

ж) лишение родителей родительских прав. Оно выступает законодательной мерой для родителей, не выполняющих обязанностей по отношению к своим несовершеннолетним детям, а также злоупотребляющими родительскими правами.

В обязанности родителей входит:

- содержание детей;
- создание нормальных условий для их жизнедеятельности;
- быть законными их представителями и выступать в защиту их прав и интересов во всех учреждениях без особых полномочий;
- воспитание их.

Лишение родителей родительских прав направлено на охрану прав детей, воспитывающихся в семье, на защиту их от жестокого обращения и других злоупотреблений со стороны родителей. Оно может осуществляться только по решению суда. Родители, лишённые родительских прав, теряют все права, основанные на факте родства с ребёнком, но не освобождаются от обязанности по его содержанию. Если такой родитель своим поведением делает для ребёнка невозможным совместное с ним проживание, то он может быть выселен без предоставления другого жилого помещения. При лишении родительских прав обоих родителей ребёнок передается на попечение органов опеки и попечительства;

з) невозможность родителями по тем или иным причинам выполнять свои родительские обязанности:

- отбывание наказания;
- признание их недееспособными, когда они не могут по состоянию здоровья выполнять обязанности по отношению к своим детям (физические возможности или психические отклонения);
- кризисное состояние семьи, не позволяющее ей выполнять родительские обязанности по отношению к ребёнку (безработность и вынужденность заниматься поиском работы, тяжелые материальные условия);

и) дети, оказавшиеся в состояниях, при которых им требуется специальная профессиональная помощь и (или) защита:

- инвалидность. Речь идет о детях, которые по состоянию здоровья приравниваются к детям-инвалидам. Они нуждаются в специальном (коррекционном), коррекционно-компенсаторном развитии, обучении и воспитании;
- недостатки в психическом и (или) физическом развитии. Такие дети также нуждаются в специальном (коррекционном), коррекционно-компенсаторном развитии, обучении и воспитании;
- жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий. В данном случае нужен комплекс медицинских, психологических, педагогических и социальных мер по оказанию помощи ребёнку;
- дети, находящиеся в составе семей беженцев и вынужденных переселенцев, оказавшиеся в экстремальных условиях;
- дети — жертвы насилия. Такое явление может наблюдаться в семье, когда имеет место злоупотребление родительскими правами.

Оно заключается в использовании родителями своих прав в ущерб интересам детей (например, создание препятствий в обучении, склонение к попрошайничеству, воровству, проституции, употреблению спиртных напитков или наркотиков и т.п.);

- дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательной колонии;

- дети, находящиеся в специальном учебно-воспитательном учреждении;

- дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств, которые самостоятельно не могут быть преодолены, в том числе и семьей.

В изложенных случаях ребенок попадает в органы опеки и попечительства — органы местного самоуправления, на которые возложены обязанности по защите прав и интересов детей, оставшихся без попечения родителей. [13]

В статье 5 Федерального Закона №120 от 24 июня 1999 года «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» так же перечислены категории детей, относящихся к попавшим в трудную жизненную ситуацию и в отношении которых проводится индивидуальная профилактическая работа.

Категорий детей относящихся к «детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию»:

- 1) дети-инвалиды;

- 2) дети, оказавшиеся в экстремальных условиях;

- 3) дети – жертвы насилия. Это ребёнок, подвергавшийся систематическим действиям в семье, наносящие вред его развитию, проявляющееся в различных формах (физическое, психологическое и эмоциональное);

- 4) дети, проживающие в малоимущих семьях;

- 5) безнадзорные или беспризорные;

- 6) занимающиеся бродяжничеством или попрошайничеством;

- 7) содержащиеся в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, социальных приютах, центрах помощи детям, оставшимся без попечения родителей (дети, оставшиеся без попечения единственного или обоих родителей в результате лишения родительских прав, ограничения в родительских правах, признания родителей не дееспособными, болезни родителей, длительного отсутствия родителей, уклонения родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов, в том числе при отказе родителей взять своих детей из воспитательных лечебных учреждений и аналогичных учреждений социальной защиты), специальных учебно-воспитательных и других учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной помощи и (или) реабилитации;

- 8) употребляющие наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо употребляющих одурманивающие вещества, алкогольную и спиртосодержащую продукцию, пиво и напитки, изготавливаемые на его основе;

(в ред. Федерального закона от 22.04.2005 № 39-ФЗ)

- 9) совершившие правонарушение, повлекшее применение меры административного взыскания;

- 10) совершившие правонарушение до достижения возраста, с которого наступает административная ответственность;

- 11) освобожденные от уголовной ответственности вследствие акта об амнистии или в связи с изменением обстановки, а также в случаях, когда признано, что исправление

несовершеннолетнего может быть достигнуто путем применения принудительных мер воспитательного воздействия;

12) совершившие общественно опасное деяние и не подлежащих уголовной ответственности в связи с недостижением возраста, с которого наступает уголовная ответственность, или вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством;

13) обвиняемые или подозреваемых в совершении преступлений, в отношении которых избраны меры пресечения, не связанные с заключением под стражу;

14) условно-досрочно освобожденные от отбывания наказания, освобожденных от наказания вследствие акта об амнистии или в связи с помилованием;

15) получившие отсрочку отбывания наказания или отсрочку исполнения приговора;

16) освобожденные из учреждений уголовно-исполнительной системы, вернувшихся из специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого типа, если они в период пребывания в указанных учреждениях допускали нарушения режима, совершали противоправные деяния и (или) после освобождения (выпуска) находятся в социально опасном положении и (или) нуждаются в социальной помощи и (или) реабилитации;

17) осужденные за совершение преступления небольшой или средней тяжести и освобожденные судом от наказания с применением принудительных мер воспитательного воздействия;

18) осужденные условно, осужденных к обязательным работам, исправительным работам или иным мерам наказания, не связанным с лишением свободы.

В Федеральном законе от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» центральным понятием является: несовершеннолетний, находящийся в социально-опасном положении.

Несовершеннолетний, находящийся в социально опасном положении - лицо, которое вследствие безнадзорности или беспризорности находится в обстановке, представляющей опасность для его жизни или здоровья либо не отвечающей требованиям к его воспитанию или содержанию, либо совершает правонарушение или антиобщественные действия (в ред. Федерального закона от 07.07.2003 № 111).

Однако необходимо иметь в виду, что каждый ребенок в разные периоды своей жизни, а также в зависимости от социальных условий, в которых он может оказаться по независящим от него причинам, может оказаться в трудной жизненной ситуации, и соответственно будет нуждаться в помощи и защите в разной степени.

1.2. Суицидальное поведение детей и подростков

Суицидальное поведение в настоящее время является глобальной общественной проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно около 400—500 тыс. человек кончают жизнь самоубийством, а число попыток — в десятки раз больше. Количество самоубийств в европейских странах примерно в три раза превышает число убийств.

Уровень самоубийств, по мнению большинства авторов, является относительно устойчивым национальным показателем. Наиболее высок уровень самоубийств в городах с числом жителей от 500 тыс. до 1 млн. В городах-миллионерах уровень — ниже среднего. Можно предположить, что социальная обстановка в мегаполисах лучше, чем просто в

крупных городах, так как первые имеют более высокий уровень социального и экономического развития. Низкий уровень суицидов в сельской местности объясняется относительно более высокой долей детей среди населения, национально-религиозными традициями, более тесными межличностными отношениями и привычным укладом жизни.

Самоубийство, суицид (лат. «себя убивать») — это умышленное лишение себя жизни. Ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта, относят не к самоубийствам, а к несчастным случаям. В наши дни суицидальное поведение не рассматривается как однозначно патологическое. *В большинстве случаев это поведение психически нормального человека.* В то же время распространена точка зрения на суицид как на *крайнюю точку в ряду взаимопереходящих форм саморазрушительного поведения.*

Суицидальное поведение — осознанные действия, направляемые представлениями о лишении себя жизни. В структуре рассматриваемого поведения выделяют:

- собственно суицидальные действия;
- суицидальные проявления (мысли, намерения, чувства, высказывания, намеки).

Суицидальные действия включают суицидальную попытку и завершённый суицид.

Суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или на другие цели.

Завершённый суицид — действия, завершённые летальным исходом.

Суицидальные проявления включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения. Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти (но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия), например: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться».

Суицидальные замыслы — это более активная форма проявления суицидальности. Тенденция к самоубийству нарастает в форме разработки плана: продумываются способы, время и место самоубийства.

Суицидальные намерения появляются тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент — решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется *пресуицидом*. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит описанные выше этапы. При острых пресуицидах последовательность не обнаруживается и можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу же. [9]

Типология суицидов

Суициды делятся на три основные группы: истинные, демонстративные и скрытые.

Истинный суицид направляется желанием умереть, не бывает спонтанным, хотя иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду всегда предшествуют угнетенное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни.

Причем окружающие такого состояния человека могут не замечать. Другой особенностью истинного суицида являются размышления и переживания по поводу смысла жизни.

Демонстративный суицид не связан с желанием умереть, а является способом обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь, вести диалог. Это может быть и попытка своеобразного шантажа. Смертельный исход в данном случае является следствием роковой случайности.

Скрытый суицид (косвенное самоубийство) — вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. В большей степени это поведение нацелено на риск, на игру со смертью, чем на уход из жизни. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни по собственному желанию, а так называемое **суицидально обусловленное поведение**. Это и рискованная езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта или опасным бизнесом, и добровольные поездки в горячие точки, и употребление сильных наркотиков, и самоизоляция.

Суицидальное поведение, как правило, сопровождается стрессогенным характером жизненной ситуации и фрустрацией ведущих потребностей.

Для суицидента характерны: невыносимость страданий, поиск выхода из ситуации, переживание безнадежности ситуации и собственной беспомощности, аутоагрессия, амбивалентное отношение личности к суициду, искажение воспринимаемой реальности — заикленность на проблеме, «туннельное зрение». Все это приводит к сужению выбора до бегства в «суицид». При этом суицидальное поведение, как правило, соответствует общему стилю жизни и личностным установкам. [9]

Возрастные особенности суицидального поведения

Возраст существенно влияет на особенности суицидального поведения. Например, кризисные периоды жизни, такие, как юность или начало старости, характеризуются повышением суицидальной готовности.

Суицидальное поведение **в детском возрасте** носит характер ситуационно-личностных реакций, т.е. связано собственно не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания. Большинство исследователей отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет — редкое явление, и только с 14—15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16—19 годам.

Большинство авторов считают, что концепции смерти у ребенка приближается к адекватной лишь к 11 — 14 годам, после чего ребенок может по-настоящему осознавать реальность и необратимость смерти. Маленький ребенок скорее фантазирует по поводу смерти, плохо понимая различия между живущим и умершим. И только ближе к подростковому возрасту смерть начинает восприниматься как реальное явление, хотя и отрицается, кажется маловероятной для себя. Следовательно, термины «суицид» и «суицидальное поведение» в строгом смысле для раннего возраста малоприемлемы.

Мотивы, которыми дети объясняют свое поведение, кажутся несерьезными и мимолетными. Для детей в целом характерны впечатлительность, внушаемость, низкая

критичность к своему поведению, колебания настроения, импульсивность, способность ярко чувствовать и переживать. Самоубийство в детском возрасте побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других. Нередко суицидальное поведение сочетается с другими поведенческими проблемами, например прогулами школы или конфликтами.

Возникновению суицидального поведения также способствуют *тревожные и депрессивные состояния*. Признаками депрессии у детей могут быть: печаль, несвойственное детям бессилие, нарушения сна и аппетита, снижение веса и соматические жалобы, страх неудачи и снижение интереса к учебе, чувство неполноценности или отвергнутости, чрезмерная самокритичность, замкнутость, беспокойство, агрессивность и низкая устойчивость к фрустрации.

Несколько иную картину суицидального поведения мы наблюдаем *в подростковом возрасте*. Среди подростков попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей, причем лишь немногие из них достигают своей цели. Частота законченных суицидов подростков не превышает 1 % от всех суицидальных действий. Суицидальное поведение в этом возрасте чаще имеет демонстративный характер, в том числе — шантажа.

В целом можно говорить о *значительном влиянии на суицидальное поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями*. В предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном — «сексуальные» и «любовные».

Другим чрезвычайно важным фактором, к сожалению относительно мало изученным, выступает *влияние подростковой субкультуры*.

После 14 лет суицидальное поведение проявляется приблизительно одинаково часто и у девушек и у юношей. *В молодом возрасте* суицидальное поведение нередко связано с интимно-личностными отношениями, например несчастной любовью. Как группа молодые люди склонны к депрессии. Степень депрессии часто является показателем серьезности суицидальной угрозы. [9]

1.3. Употребление психоактивных веществ, среди детей и подростков

Масштабы незаконного распространения наркотиков в стране неуклонно расширяются и к настоящему времени достигли уровня, представляющую реальную угрозу национальной безопасности и здоровью населения.

В настоящее время происходит не только активное вовлечение подросткового населения в потребление наркотиков и других ПАВ, но и качественное изменение поражаемого этим процессом контингента.

Рост заболеваемости наркоманиями среди подростков сопровождается существенным снижением заболеваемости токсикоманиями. Это говорит о переходе значительного числа подростков — потребителей ПАВ — с ненаркотических на наркотические ПАВ. Можно утверждать, что в настоящее время 2/3 подростков, приобщающихся к приёму ПАВ, предпочитают употреблять именно наркотики. Одновременно наблюдается увеличение числа потребителей «тяжёлых» и синтетических наркотиков по отношению к числу потребителей «лёгких» и растительных самодельных наркотических ПАВ. Такую тенденцию следует считать крайне неблагоприятной в плане развития более тяжёлой в медицинском и социальном плане наркологической патологии.

С учетом этих фактов в ближайшие 3—5 лет следует ожидать резкого увеличения смертности среди больных наркоманией, притом, что сейчас она является достаточно высокой. За последние 5 лет она возросла в три раза.

К настоящему времени произошла структурная перестройка наркорынка с замещением наркотиков растительного происхождения (гашиш, производные опийного мака) на наркотики с более выраженным наркогенным эффектом: героин, кокаин, стимуляторы амфетаминового ряда.

Использование ПАВ с целью одурманивания занимает заметное место в досуге, групповом общении у молодёжи.

Крайне неблагоприятное влияние на формирование мировоззрения подрастающего поколения оказывают средства массовой информации. Телевидение и радио допускают транслирование фильмов, музыкальных клипов, песен, пропагандирующих образ жизни, подразумевающий употребление наркотиков. Наблюдается приобщение российской молодёжной креативно-досуговой сферы к модным и распространённым в мире культуральным течениям, включающим в качестве системного элемента потребление наркотиков. Это различные наркофилософии, музыкально-танцевальные стили кислотного рока, рейва, техно, непременным атрибутом которых является использование ПАВ психостимулирующего действия. Пользователям интернета открыто предлагается информация о способах изготовления и употребления наркотиков, местах их продаж, в привлекательной форме описывается состояние наркотического опьянения. Особую роль в приобщении к злоупотреблению наркотиками играют дискотеки.

Отношение к лицам, допускающим употребление наркотических средств, меняется от их активного неприятия и отвержения на в лучшем случае нейтральное (допущение единичных проб в определённых условиях и ситуациях), а чаще — на позитивное с принятием возможности употребления наркотиков в качестве хобби, увлечения, средства расслабления, получения кайфа, самопознания, единения с мировым духом (наркофилософия).

Эпидемиологические исследования последних лет показывают, что информированность учащихся школ, ПТУ и техникумов о различных наркотиках достаточно высока. Специально проведённое среди 15-летних учащихся 250 московских образовательных учреждений исследование с анонимным анкетированием показало, что 25 процентов опрошенных хотя бы раз в жизни попробовали те или иные наркотики или токсические вещества (десять лет назад этот показатель не превышал 7 процентов). Чаще всего это были препараты конопли, затем — ингалянты (бензин, клеи, аэрозоли). Около 1 процента учащихся начинали знакомство с ПАВ, с героина.

Общее количество лиц, с различной периодичностью злоупотребляющих наркотиками, оценивается в 3 млн. человек. Доступность отдельных наркотиков и других ПАВ различна, однако в целом должна быть оценена как высокая. По мнению опрошенных учащихся, они легко могли достать препараты конопли (25 процентов), транквилизаторы (13 процентов), ЛСД и «экстази» (10 процентов), кокаин (10 процентов). Наркотики приобретаются на дискотеках, в барах и кафе, в широко известных местах на улицах, в парках, а также на квартирах у наркоторговцев. Наркотики стали достаточно доступны для приобретения. Можно говорить о реальной незащищённости населения страны, и в первую очередь подростков и молодёжи, от экспансии наркотического соблазна.

Таким образом, массовое злоупотребление ПАВ — это сложный психобиосоциальный феномен, в возникновении которого принимает участие совокупность многочисленных каузальных факторов в их сложном взаимодействии и взаимопотенцировании. Решение проблемы по преодолению этого глобального по масштабам явления невозможно без учёта всех элементов данной патогенной системы.

Продолжающийся рост численности больных наркоманией в стране остро ставит вопрос об обеспечении их необходимой лечебно-профилактической помощью, реализация которой возложена на органы системы здравоохранения.

Официальных статистических данных по эффективности терапии больных наркоманиями в наркологических стационарах в системе здравоохранения Российской Федерации не имеется. Непосредственное ознакомление сотрудников НИИ наркологии с работой наркологических клиник в регионах России позволяет заключить, что эффективность лечения в различных стационарных структурах различна. В среднем у 5—10 процентов больных героиновой наркоманией после лечения наблюдаются ремиссии свыше 1 года. В отдельных учреждениях при обеспечении индивидуального подхода к больным, включении их в систему длительного постлечебного наблюдения и медико-социальной реабилитации ремиссии свыше 1 года отмечаются в 30 процентах случаев. Остаётся высокой повторная обращаемость больных за стационарной помощью — более 70 процентов больных, поступивших на лечение в течение года, ранее уже лечились стационарно.

Учитывая недостаточную к настоящему времени эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении больных с наркотической зависимостью, особенно важным представляется проведение профилактической работы с лицами, не имевшими ещё контактов с наркотиками или злоупотребляющих ими эпизодически без признаков сформировавшейся зависимости. [19]

Характеристика психоактивных веществ

Под **психоактивным веществом** понимается любое химическое вещество, включая алкоголь, способное при однократном приёме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение и восприятие окружающего, поведение либо вызывать другие, желательные с точки зрения потребителя, психофизические эффекты, а при систематическом приёме — психическую и физическую зависимость. Среди психоактивных веществ выделяют наркотики и токсические средства. Сюда не относятся лекарственные средства с психотропным эффектом (так называемые психотропные вещества), разрешённые к медицинскому применению фармакологическим комитетом.

Под наркотиком понимают вещество, соответствующее следующим критериям: 1) оно оказывает специфическое действие (седативное, стимулирующее, галлюциногенное и т.д.) на центральную нервную систему, что является причиной его немедицинского потребления (медицинский критерий); 2) немедицинское потребление его имеет большие масштабы, и последствия этого приобретают социальную значимость (социальный критерий); 3) оно в установленном законом порядке признано наркотическим и включено Министерством здравоохранения РФ в список наркотических средств (юридический критерий). Безусловно, к наркотическим средствам относят вещества, которые внесены в «Список наркотических средств», определяемый ВОЗ.

Если употребляемое вещество в этот список не внесено, то оно называется токсическим. Разделение токсических и наркотических средств имеет не столько

медицинское, сколько правовое значение, поскольку изготовление, приобретение, хранение и другие незаконные действия с наркотическими средствами караются законом (ст. 228—231 УК РФ), а токсических средств — нет.

Медицинская классификация психоактивных веществ традиционно основывается на особенностях их действия на центральную нервную систему (стимуляторы, галлюциногены, эйфоризаторы, транквилизаторы, седативные средства и т.д.) или на способах введения (ингалянты). Одно и то же вещество, в зависимости от дозы и способа введения, может оказывать неодинаковое действие.

В соответствии с международной классификацией болезней (МКБ-10), к психоактивным средствам относятся: алкоголь, опиоиды, каннабиоиды, седативные или снотворные вещества, кокаин, стимуляторы, включая кофеин, галлюциногены, табак, летучие растворители. [19]

Развитие зависимости от психоактивных веществ

Среди психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ выделяют синдром зависимости, который по определению ВОЗ представляет собой «состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества». Зависимость характеризуется следующими признаками: 1) овладевающим желанием или неодолимым влечением (компульсией) продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями; 2) тенденцией увеличивать дозу, обнаруживая рост толерантности; 3) возникновением «индивидуальных и социальных проблем», обусловленных злоупотреблением.

Толерантность к психоактивному веществу определяется его минимальной дозой, способной вызвать желаемый психо-физический эффект (состояние одурманивания, купирование абстинентных нарушений). Для синдрома зависимости характерно первоначально повышение толерантности к психоактивному веществу, что проявляется в необходимости увеличения доз данного средства для достижения прежнего эффекта или в необходимости вводить его всё большее число раз в течение суток. В связи с этим выделяют толерантность разовую (количество психоактивного вещества, способного вызвать ожидаемый психофизический эффект при однократном приёме) и суточную (общее количество принятого психоактивного вещества в течение суток для поддержания желаемого психофизического состояния). Изменение разовой и суточной толерантности зависит от стадии заболевания. На первой стадии формирования синдрома зависимости отмечается рост и разовой и суточной толерантности. На второй стадии — либо нарастает разовая при стабилизации суточной толерантности, либо, наоборот, стабилизируется разовая при значительном росте суточной (зависит от вида психоактивного средства). Для третьей стадии развития синдрома зависимости, независимо от употребляемого психоактивного средства, отмечается снижение разовой толерантности и лишь затем суточной. Толерантность, как правило, снижается и после длительного периода воздержания от приёма психоактивного средства (так называемое «омоложение наркомании»).

Различные психоактивные вещества обладают неодинаковой способностью повышать толерантность, что необходимо учитывать при выявлении данного синдрома. При опиомании, употреблении амфетаминов и галлюциногенов отмечается быстрое

наращивание доз, при этом при опиомании переносимые дозы могут значительно превышать летальные для интактных индивидуумов. При употреблении кокаина рост толерантности отсутствует, при употреблении марихуаны он незначителен, при гашишемании толерантность возрастает при длительном применении.

Психическая зависимость от психоактивного вещества заключается в том, что состояние психического комфорта возможно только при опьянении, вне опьянения возникает раздражительность, пониженное настроение, постоянные мысли об употребляемом психоактивном веществе. Субъективным проявлением индивидуальной психической зависимости является постоянное стремление больного к повторному употреблению психоактивного вещества, что некоторыми авторами трактуется как обсессивное влечение. В отличие от невротических obsessions, подобное влечение с овладевающим желанием не тяготит больных, они не стараются от него избавиться.

Синдром отмены — это группа симптомов, возникающих при полном или частичном прекращении употребления психоактивного средства, а также при неадекватной его замене. Он включает физическую зависимость, физическое (компульсивное) влечение и абстинентный синдром.

Физическая зависимость от психоактивного вещества заключается в том, что вне состояния опьянения возникают тягостные физические ощущения, грубые соматические и неврологические расстройства, которые легко проходят введении алкоголя, наркотика или любого другого психоактивного средства.

Физическое (компульсивное) влечение выражается в неодолимом стремлении к наркотизации; по своей интенсивности достигает степени витальности, способно вытеснять другие витальные влечения (голод, жажду); определяет умонастроение, аффективный фон, поведение, устраняет все противоречащие мотивы и контроль; заполняет собой всё содержание сознания на момент своего появления. Компульсивное влечение может возникать вне интоксикации (так называемая сухая абстиненция), в сомтоянии опьянения и в структуре абстинентного синдрома. Для диагноза синдрома отмены имеет значение компульсивное влечение в рамках абстинентного синдрома.

Абстинентный синдром возникает после прекращения употребления психоактивного средства и включает психические, вегетативные и соматоневрологические нарушения, которые часто являются антиподами аналогичных проявлений и периоде острой интоксикации. Вместо эйфории возникает тревога, вместо усиления активности — апатия и бездеятельность, вместо релаксации — беспокойство и бессонница. Соотношение психических и вегетативно-неврологических нарушений, равно как и время развития абстинентных нарушений, после прекращения приема психоактивного средства, определяется его видом. Наиболее быстро абстиненция появляется при употреблении алкоголя (спустя несколько часов), наибольший интервал времени между спадом действия психоактивного вещества и абстинентными симптомами наблюдается при опиомании и гашизме (20—24 часа).

Время полного формирования абстинентного синдрома переделается видом употребляемого психоактивного вещества. Более медленно синдром формируется при алкоголизме, скорее — при гашишизме, ещё быстрее — при употреблении стимуляторов и снотворных средств, в наиболее короткие сроки при употреблении опиатов.

Абстинентный синдром развивается не при всех видах нарко- и токсикоманий. При употреблении некоторых психопатических средств синдром отмены ограничивается только "компульсивным влечением".

Для больных алкоголизмом и наркоманией характерно формирование специфических изменений личности: морально-этическая деградация, эгоизм, эгоцентризм с фиксацией интересов только на употреблении психоактивного средства, игнорирование интересов семьи, морально-нравственных ценностей и социально-ограничительных представлений. На отдалённых этапах хронического алкоголизма и наркомании в результате хронической интоксикации психоактивными средствами появляются признаки органического (интоксикационного) поражения головного мозга с формированием в итоге органического слабоумия.

Сам факт употребления респондентом какого-либо психоактивного средства не является основанием для констатации синдрома зависимости. Из всех возможных мотивов употребления психоактивного средства к синдрому зависимости относятся только мотивы, связанные с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к психоактивному веществу (купирование абстиненции, наличие патологического влечения к употреблению определённого психоактивного вещества, мотив самоповреждения). Все другие мотивы употребления психоактивного вещества: традиционные, социально обусловленные, субмиссивные (подчинение давлению со стороны других людей или в референтной группе), гедонистические (стремление испытать чувство эйфории), псевдокультуральные (стремление приспособиться к определённой группе лиц), мотив гиперактивации поведения и попытка купирования с помощью психоактивного средства различных субъективно неприятных и тягостных психофизических расстройств (например, тревоги, депрессии, бессонницы) — к синдрому зависимости отношения не имеют.

Идентификация употребляемого психоактивного средства осуществляется на основе анамнестических данных, полученных как от самого лица, так и из других источников. Однако не зависящие от искренности респондента результаты можно получить лишь после биохимических исследований мочи, крови при определении содержания в них алкалоидов, алкоголя и других психоактивных веществ. Подобные анализы проводятся методами газожидкостной хроматографии, радиоиммунохимии и др. Определённое значение имеет характерная для опийных наркоманов почти постоянная лёгкая гипергликемия, а для курильщиков гашиша, наоборот, гипогликемия. Однако следует помнить, что лабораторные методы исследования имеют лишь вспомогательное значение, поскольку сам факт обнаружения в организме респондента психоактивного вещества не является основанием для постановки диагноза зависимости. Основным и диагностике синдрома зависимости остаётся метод клиники «ого обследования пациента».

[19]

1.4. Распространение ВИЧ-инфекции в подростковой среде

Каждый четвертый из людей, живущих с ВИЧ, моложе 21 года. Большинство инфекций, передаваемых половым путем, встречаются у подростков чаще, чем у взрослых. Молодые люди нуждаются в информации, которая помогла бы им защитить себя. Родители и учителя часто не знают, что, как и когда говорить подросткам. Само по себе упоминание о сексуальности и средствах защиты табуируется в обществе, в особенности в отношении молодежи. При этом сами молодые люди, не имея доступа к достоверной информации, полагаются на слухи и стереотипы, усвоенные от сверстников и СМИ.

На сегодняшний момент эта болезнь неизлечима, еще не придумали лекарства, которое бы избавило человека от вируса ВИЧ. К сожалению, нет и вакцины, с помощью которой можно было бы защитить здорового человека.

ВИЧ – это вирус иммунодефицита человека (называется по первым буквам слов) является возбудителем болезни, называемой **ВИЧ-инфекция**. Человек может болеть этой болезнью очень долго. В течение этого времени ВИЧ-инфекция развивается и проходит несколько стадий, последняя из которых называется **СПИД**.

СПИД расшифровывается как синдром приобретенного иммунодефицита: синдром – это совокупность, т.е. целый набор признаков и симптомов заболевания.

Дефицит - это недостаток, в данном случае в работе иммунной системы, который был приобретен в процессе жизнедеятельности от другого человека, поэтому иммунодефицит приобретенный.

То есть СПИД – это не отдельная болезнь, а очень тяжелое состояние человека, болеющего ВИЧ-инфекцией.

Наиболее типичные симптомы ВИЧ:

- снижение веса, потеря мышечной массы, дистрофия,
 - хронические простуды и диареи,
 - головные боли,
 - затрудненное дыхание (диспноэ),
 - боли в области грудной клетки,
 - ухудшение зрения,
 - парадонтологические заболевания, воспаления слизистой оболочки ротовой полости,
 - герпес, в том числе генитальный,
 - различные папилломы, кондиломы,
 - легочные заболевания - пневмонии, туберкулез,
 - заболевание вирусным гепатитом.
- К ВИЧ симптомам в совокупности с другими признаками ВИЧ относятся и депрессивные состояния.

Распространение ВИЧ-инфекции затронуло все слои населения: и взрослых, и детей. Одна из категорий, которая оказалась уязвимой перед этой болезнью, это подростки. Проблема роста и распространения ВИЧ-инфекции среди детей подросткового возраста обусловлена многими факторами. Среди них и социальные условия, и психологическая незрелость, соединенная со «взрослыми» поступками.

У детей, к которым ВИЧ инфекция попала во время беременности матери или родов, болезнь прогрессирует намного быстрее, особенно у младенцев, при этом замедляется развитие организма, возникают серьезные заболевания, способные привести к летальному исходу.

Среда имеет большое влияние: большая часть ВИЧ-инфицированных подростков чаще всего с детства находятся в асоциальном окружении, родители их злоупотребляют алкоголем, ведут беспорядочную половую жизнь. Не случайно именно в этих семьях выявляется ВИЧ-инфекция не у одного, а у нескольких членов семьи (сестры, братья, родители).

Девочки, живущие в подобных семьях, оказываются рано втянутыми в половую жизнь, то есть к 14 годам за их плечами часто меняющиеся половые партнеры,

незащищенный секс, неоднократные медицинские аборт, заболевания, передающиеся половым путем, и в итоге заражение ВИЧ-инфекцией.

Многие дети, живущие «на дне», в притонах, окружены преступной средой. Такие подростки, лишившиеся родителей, оказавшиеся на попечении своих старших братьев, сестер, других родственников и, как следствие, оставшиеся без должного внимания, более подвержены влиянию улиц. Эти подростки начинают бродяжничать, употреблять алкоголь, наркотики.

Кроме ВИЧ-инфекции более чем половина подростков в сопутствующих заболеваниях имеет хронический вирусный гепатит С, что также усугубляет картину протекания болезни.

Гепатит (Hepatitis) — в общем виде, понятие, характеризующее поражение печени с признаками воспаления; используется для обозначения как самостоятельного заболевания, так и компонента многосистемного, или генерализованного, патологического процесса.

Существует 3 основных вирусных гепатита:

Hepatitis A - вирус распространяется через немытые руки (пища, вода, утварь, игрушки и другие зараженные фекалиями предметы). После заражения вирусом симптомы обычно появляются только через 2-6 недель. В этот период человек может заразить других. Большинство симптомов обычно исчезают через несколько дней или недель, но чувство усталости может затянуться на месяцы по мере того, как печень приходит в норму. На полное выздоровление уходит несколько месяцев. Гепатит А обычно не поражает печень человека навсегда. Однако могут возникнуть серьезные и даже летальные осложнения.

Hepatitis B - более серьезная форма вирусного гепатита. У 10% заболевших гепатитом В развивается хроническая форма заболевания, длительный воспалительный процесс печени, который в некоторых случаях является причиной обширного поражения печени и даже цирроза. Гепатит В можно предотвратить путем вакцинации. Главным образом гепатит В распространяется через кровь и жидкости организма (половой контакт, зараженные иглы при в/в введении препаратов, а также иглы, использованные при татуировках, акупунктуре, пирсинге). Симптомы гепатита В главным образом идентичны другим формам гепатита, но они проявляются позже, длятся дольше и могут переноситься тяжелее; могут протекать до 2-3 месяцев, и в это время гепатит В наиболее опасен для окружающих. Вакцинация от гепатита В до момента заражения может предотвратить болезнь, а вакцинация, проведенная сразу после заражения, может остановить развитие болезни.

Hepatitis C - третий тип вирусного гепатита, распространяется, главным образом, также через кровь (переливание, иглы, половой контакт, т.д.). Симптомы обычно проявляются от 1 до 10 недель после заражения, но они могут быть практически не выражены (желтухи может не быть). Опасность гепатита С связана с тем, что он может привести к тяжелому хроническому гепатиту и циррозу печени. В настоящее время возможно проведение теста на выявление скрытой формы заболевания у донорской крови, что резко снижает возможность заражения гепатитом С при переливании крови.

Проблемы лечения осложняются проблемами с диспансерным наблюдением. В связи с преобладанием асоциальной структуры среди ВИЧ-инфицированных подростков, имеются затруднения с явкой этих пациентов в Центр СПИД для проведения клинико-

лабораторного обследования, своевременного определения стадии ВИЧ-инфекции и при необходимости своевременного назначения лечения.

Подростки из асоциальной среды не замкнуты в своей группе, они часть общей подростковой субкультуры. А это значит, что наше подрастающее поколение в целом оказывается неподготовленным и незащищенным перед ранними половыми отношениями, алкоголизацией и наркотизацией, поэтому наше общество должно усилить действия, направленные на профилактику, предотвращение возможного заражения.

1.5 Жестокое обращение в семье

В современной зарубежной и отечественной литературе жестокое обращение рассматривается как одна из ведущих причин асоциального детства. Как определенные последствия различных видов насилия изучаются особенности детей, которые остаются вне семьи, беспризорных и безнадзорных детей.

В настоящее время мировое сообщество признает проблему насилия, жестокого обращения и пренебрежения нуждами детей как одну из самых острых и актуальных проблем современного мира. [4]

В России нет единого подхода к определению понятий «насилие» и «жестокое обращение», существует большое количество других понятий, используемых при описании одной и той же проблемы.

Жестокое обращение с детьми – насильственные действия, которые нарушают права ребенка, но еще не являются уголовно наказуемыми.

Насилие – форма принуждения со стороны одной группы людей (одного человека) по отношению к другой группе (отдельному человеку) с целью приобретения или сохранения определенных выгод и привилегий, завоевания политического, экономического и любого другого господства. [16]

Формы насилия многообразны, условно их можно подразделить: *экономические, социальные, политические, идеологические, физические* и др. Насилие может иметь вид физического, эмоционального и вербального, психического и сексуального. Эти виды насилия включают много различных действий. Существует ряд понятий, определяющие основные виды насилия, факторы риска и жестокого обращения с детьми. [14]

Выделяют три сферы отношений, в которых происходит социализация детей и где ребенок подвергается риску насилия: семья, сфера образования, государственные учреждения интернатного типа и сфера микросоциальных отношений.

Жестокое обращение с детьми – осуществление родителями физического или психического насилия над детьми; покушение на их половую неприкосновенность; применение недопустимых способов воспитания (грубость, пренебрежительное, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбления); эксплуатация детей; плохое содержание детей (непредставление им продуктов питания) и пр.

Насильственные действия могут проявляться в разных формах: от клички, оскорбительного взгляда до убийства.

В домашнем насилии часто различают пренебрежение (плохое обращение), жестокое обращение (издевательство, физическое насилие), сексуальное злоупотребление.

Жертва насилия – это любой человек, который вовлекается в отношения путем насилия, давления, обмана.

Пренебрежение преимущественно понимается как отсутствие надлежащей родительской заботы и опеки, когда ребенок является бездомным, нуждающимся, живет в физически опасном окружении. В поведении родителей есть серьезные упущения в обеспечении жизненно необходимых (витальных) потребностей ребенка: в пище, одежде, приюте, уходе, медицинском обслуживании и защите от опасных условий.

Физически жестокое обращение определяется как преднамеренное или осознанное применение жестоких телесных наказаний или причинение ребенку неоправданных физических страданий.

Сексуальное злоупотребление понимается как использование ребенка для целей сексуального удовлетворения взрослого человека или лица, значительно более старшего, чем сама жертва. Оно может совершаться в различных формах: развратные действия, половые сношения или попытки таковых, изнасилование, кровосмешение (инцест), демонстрации порнографии, проституция несовершеннолетних.

Под *сексуальным злоупотреблением* понимается вовлечение функционально незрелых детей и подростков в сексуальные действия, которые они совершают, полностью их не понимая; на которые они не способны дать согласия; которые нарушают табу семейных (социальных) ролей.

Жестокое обращение с детьми оценивается с учетом характера ближайших и отдаленных социально-медицинских последствий. Характеристика жестокого обращения с детьми включает:

- Оценку совершаемых действий (физические, сексуальные, эмоциональные);
- Продолжительность их воздействия и особенности последствий (физические, эмоциональные, психологические).

Всякое насилие приводит к чувству ожидания опасности или беспокойства. Дети и подростки, которые испытали насилие, чувствуют боль, страх, бессилие, испуг и замешательство, смущение стыд, они часто обвиняют себя в том, что случилось, чувствуют себя соучастниками или виновниками.

Источником насилия выступают следующие семьи:

1. Семьи с условиями неправильного, неадекватного психофизическим или личностным возможностям ребенка стилям воспитательных и внутрисемейных отношений (эмоциональном отвержении ребенка, хронические разнонаправленные со стороны родителей конфликтные отношения, гиперопека или гипоопека, сохраняющаяся вера в воспитательный потенциал физических наказаний, отсутствие прародительской семьи);
2. Нестабильная (полная, неполная) семья с ситуацией развода, длительным раздельным от родителей проживанием детей;
3. Асоциальная, дезорганизованная семья с систематической алкоголизацией и наркотизацией, аморальным образом жизни, криминальным поведением родителей и старших членов семьи, проявлениями немотивированной семейной жестокости. [12]

К факторам жестокого обращения родителей с детьми, по мнению многих исследователей, относятся [14]:

- Признаки асоциальной личности с психопатическими чертами и аффективной возбудимостью, алкоголизм, криминальность;
- Незрелость родителей, их изолированность, отсутствие социально-психологической поддержки со стороны прародителей;

- Низкая самооценка у родителей, снижение толерантности к стрессам и личностные проблемы;
 - Потребность родителей в абсолютной власти над ребенком;
 - Жесткие моральные нормы и упрямство родителей;
 - Одиночество и плохое здоровье матери.
- К группе риска по жестокому обращению и насилию можно отнести следующих несовершеннолетних:
- Детей, проживающих в асоциальных, дезорганизованных семьях с наркологической, психопатологической отягощенностью родителей, аморальным или криминальным поведением старших членов семьи;
 - Детей (социальные сироты), оставшихся без попечения одного или обоих родителей в связи с лишением их родителей родительских прав и находящихся на государственном обеспечении или под опекой лиц, которые не в состоянии в полной мере обеспечить жизненно необходимые потребности детей в их физическом и психосоциальном развитии;
 - Детей с асоциальным (криминальным) поведением, не достигших возраста уголовной ответственности и нуждающихся в принудительных мерах воспитательного воздействия;
 - Детей, находящихся в особо трудных условиях (в семьях беженцев, переселенцев, безработных, одиноких несовершеннолетних матерей).

Формы насилия над детьми и подростками

- *Физическое насилие* - одна из самых распространенных форм насилия над детьми. Среди основных причин, провоцирующих взрослых применять меры физического воздействия по отношению к детям, указываются следующие: плохое поведение, школьная неуспеваемость, невыполнение домашних обязанностей и т.п. Каждый случай физического наказания означает для ребенка, что он плохой, ненужный, нелюбимый. Дети с которыми так обращаются, лишены неопределимого чувства безопасности, которое необходимо для нормального развития ребенка.
- *Сексуальное насилие (Сексуальное злоупотребление)* - понимается как использование ребенка для целей сексуального удовлетворения взрослого человека или лица, значительно более старшего, чем сама жертва. Оно может совершаться в различных формах: развратные действия, половые сношения или попытки таковых, изнасилование, кровосмешение (инцест), демонстрации порнографии, проституция несовершеннолетних.
- *Эмоциональное (психическое) насилие* – это периодическое постоянное психологическое воздействие родителей или других взрослых на ребенка, приводящее к формированию у ребенка патологических черт характера или нарушению психического развития. [6]
- *Пренебрежение нуждами ребенка (ПНР)* - является оставление их без присмотра, что приводит к несчастным случаям, отравлениям и другим, опасным для жизни и здоровья ребенка последствиям. Пренебрежение нуждами ребенка имеет место не только в случае, когда в семье отсутствуют материальные средства, иногда родители или лица, их заменяющие, ведут себя так, злоупотребляя своими правами и пользуясь беззащитностью и зависимым положением ребенка.

Ребенок, явившийся жертвой жестокого обращения, не усваивает норм социально-положительных отношений в общении с людьми, не может должным образом приспособиться к жизни, создать семью, жестоко относится к своим детям, легко решается на применение насилия к другим людям, доведенный до крайней степени унижения превращается из жертвы в преступника.

Раздел 2. Организация работы с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации

Система социальной поддержки и реабилитации детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, была создана в Российской Федерации в 1990-е годы. Кардинальные изменения, происходящие в экономике, стали причиной снижения уровня и качества жизни, прежде всего семей с детьми. Бегство детей из семьи, увеличение числа детей-отказников в родильных домах, лишения родительских прав, рост социального сиротства, ухудшение здоровья детей – этот далеко не полный перечень явлений, свидетельствовавших о детском неблагополучии, требовал принятия государственных мер по обеспечению защиты детей.

Стратегия государственной деятельности была нацелена на защиту прав детей, ликвидацию детской беспризорности и безнадзорности, достигших в то время значительных масштабов. В этот период были приняты основополагающие федеральные законы в области прав детей – «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (1998 г.), «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (1999 г.). В этих законах обозначены основные категории детей, которые нуждаются в государственной поддержке, а также все ведомства, службы, которые в той или иной степени занимаются детьми и семьями с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации. Работа была ориентирована, прежде всего, на оказание помощи детям, уже обладающим статусом «находящихся в трудной жизненной ситуации», и сокращение их числа.

В 1990-е годы была создана отрасль социального обслуживания семей с детьми. Начало этой работе было положено Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 1992 г. № 543 «О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы».

В этом указе органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовалось содействовать созданию и укреплению территориальной сети учреждений нового типа социальной поддержки семей и детей.

Принятые меры позволили стабилизировать ситуацию, однако для решения проблем требовалось активизировать процесс улучшения положения детей и семей с детьми.

Существенное влияние на политику в отношении детей и семей в трудной жизненной ситуации оказало изменение модели распределения полномочий между уровнями власти.

В соответствии с Федеральным законом от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» поддержка и социальное обслуживание граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот, безнадзорных детей, детей, оставшихся без попечения родителей, осуществление региональных и межмуниципальных программ и мероприятий по работе с детьми и молодежью были отнесены к полномочиям субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения с Российской Федерацией. Перенастройка механизмов управления неизбежно замедляет темпы принятия необходимых решений, обусловленные необходимостью создания новых структур, моделей работы, соответствующих новым полномочиям.

2006–2007 годы стали поворотными в государственной семейной и демографической политике. Государство провозгласило поддержку материнства и детства одним из приоритетных направлений современной семейной и демографической политики. [20]

2.1. Особенности работы специалистов с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации

На сегодняшний день защита прав детей в России находится далеко не на требуемом уровне. Несмотря на множество принятых правовых норм, несмотря на формальное признание Российской Федерацией необходимости выполнения Конвенции о правах ребенка, положение с безнадзорностью, беспризорностью, наркоманией, преступностью среди несовершеннолетних остается, мягко говоря, неудовлетворительным.

Тем не менее, помощь детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию гарантирована нормативно-правовыми актами Российской Федерации, принятыми в полном соответствии с подписанными и признанными международными документами.

Основными из них являются:

- «Женевская Декларация прав ребенка» (1924г.);
- «Декларация прав человека и гражданина» (1948г.);
- «Декларация прав ребенка» (1959г.);
- «Конвенция ООН о правах ребенка» (1989г.).

В частности, в принятой ЮНЕСКО «Конвенции прав ребенка», направленной на обеспечение полноценного развития его личности во всех уголках Земли, утверждается: «Ребенок, который временно или постоянно лишен своего семейного окружения, или, который в его собственных интересах не может оставаться в таком окружении, имеет право на особую защиту и помощь, предоставляемые государством. Государства – участники в соответствии со своими национальными законами обеспечивают замену ухода за таким ребенком». [10]

Основополагающими документами в системе нормативно-правовой базы социального обслуживания детей-сирот и детей, попавших в трудную жизненную ситуацию, являются:

- Конституция Российской Федерации;
- Семейный Кодекс Российской Федерации;
- Гражданский Кодекс Российской Федерации.

Государственная поддержка обеспечивается Федеральным Законом Российской Федерации «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», который определяет систему социальных служб, принципы, на которых основывается предоставление социальных услуг, требования к объемам и качеству социальных услуг, порядку их предоставления.

Социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе и детей.

Социальные службы - предприятия и учреждения независимо от форм собственности, предоставляющие социальные услуги, а также граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица.

Государственная система социальных служб - система, состоящая из государственных предприятий и учреждений социального обслуживания, являющихся

собственностью субъектов Российской Федерации и находящихся в ведении органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Социальное обслуживание основывается на принципах:

- 1) адресности;
- 2) доступности;
- 3) добровольности;
- 4) гуманности;
- 5) приоритетности предоставления социальных услуг несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации;
- 6) конфиденциальности;
- 7) профилактической направленности

Социальное обслуживание должно соответствовать государственным стандартам, которые устанавливают основные требования к объемам и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания.

Социальное обслуживание осуществляется на основании обращения гражданина, его опекуна, попечителя, другого законного представителя, органа государственной власти, органа местного самоуправления, общественного объединения.

В рамках действия законодательства РФ, государство может предоставить детям помощь в виде организации дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания. В учреждениях социального обслуживания в дневное время предоставляется социально-бытовое, социально-медицинское и иное обслуживание сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению гражданам преклонного возраста и инвалидам, а также другим лицам, в том числе несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации. Так же детям, оказавшимся в тяжёлой жизненной ситуации, может быть оказана консультативная помощь. В учреждениях социального обслуживания клиентам социальной службы предоставляются консультации по вопросам социально-бытового и социально-медицинского обеспечения жизнедеятельности, психолого-педагогической помощи, социально-правовой защиты. Нуждающиеся дети могут получить реабилитационные услуги, основанные на принципе добровольности. Социальные службы оказывают помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, несовершеннолетним правонарушителям, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах. Несовершеннолетним детям, находящимся в трудной жизненной ситуации оказание услуг предоставляется: бесплатно.

В Федеральном законодательстве отмечены все организации и учреждения, которые должны оказывать помощь детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, а так же дан перечень их функций:

1. Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав обеспечивают:

- 1) защиту и восстановление прав и законных интересов несовершеннолетних, выявление и устранение причин и условий, способствующих безнадзорности, беспризорности, правонарушениям и антиобщественным действиям несовершеннолетних;
- 2) координацию вопросов, связанных с соблюдением условий воспитания, обучения, содержания несовершеннолетних;
- 3) подготовку совместно с соответствующими органами или учреждениями материалов, представляемых в суд, по вопросам, связанным с содержанием несовершеннолетних;

4) рассмотрение представлений органа управления образовательного учреждения об исключении несовершеннолетних, не получивших общего образования, из образовательного учреждения;

5) оказание помощи в трудовом и бытовом устройстве несовершеннолетних, освобожденных из учреждений уголовно-исполнительной системы;

2. Учреждения социального обслуживания, к которым относятся территориальные центры социальной помощи семье и детям, центры психолого-педагогической помощи населению, центры экстренной психологической помощи и иные учреждения социального обслуживания:

1) предоставляют социальные услуги несовершеннолетним, находящимся в социально опасном положении или иной трудной жизненной ситуации;

2) выявляют несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, а также семьи, несовершеннолетние члены которых нуждаются в социальных услугах, осуществляют социальную реабилитацию этих лиц, оказывают им необходимую помощь в соответствии с индивидуальными программами социальной реабилитации;

3) принимают участие в пределах своей компетенции в индивидуальной профилактической работе, в том числе путем организации досуга, развития творческих способностей несовершеннолетних в кружках, клубах по интересам, созданных в учреждениях социального обслуживания, а также оказывают содействие в организации оздоровления и отдыха несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства.

3. Специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, к ним относятся:

- социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

- социальные приюты для детей, обеспечивающие временное проживание и социальную реабилитацию несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в экстренной социальной помощи государства;

- центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей, предназначенные для временного содержания несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей, и оказания им содействия в дальнейшем устройстве;

1) оказывают социальную, психологическую и иную помощь несовершеннолетним, их родителям или иным законным представителям в ликвидации трудной жизненной ситуации;

2) содержат в установленном порядке на полном государственном обеспечении несовершеннолетних, осуществляют их социальную реабилитацию, защиту их прав и законных интересов, организуют медицинское обслуживание и обучение несовершеннолетних по соответствующим образовательным программам, содействуют их профессиональной ориентации и получению ими специальности;

3) уведомляют родителей несовершеннолетних или иных их законных представителей о нахождении несовершеннолетних в указанных учреждениях;

4) содействуют органам опеки и попечительства в осуществлении устройства несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей.

4. Общеобразовательные учреждения общего образования:

1) оказывают социально-психологическую и педагогическую помощь несовершеннолетним с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении либо несовершеннолетним, имеющим проблемы в обучении;

2) выявляют несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, а также не посещающих или систематически пропускающих по неуважительным причинам занятия в образовательных учреждениях, принимают меры по их воспитанию и получению ими общего образования;

3) выявляют семьи, находящиеся в социально опасном положении, и оказывают им помощь в обучении и воспитании детей;

4) обеспечивают организацию в образовательных учреждениях общедоступных спортивных секций, технических и иных кружков, клубов и привлечение к участию в них несовершеннолетних;

5) осуществляют меры по реализации программ и методик, направленных на формирование законопослушного поведения несовершеннолетних;

5. Специальные учебно-воспитательные учреждения открытого типа органов управления образованием к ним относятся:

1) специальные общеобразовательные школы открытого типа;

2) специальные профессиональные училища открытого типа;

3) другие виды образовательных учреждений открытого типа для несовершеннолетних, нуждающихся в особых условиях воспитания;

1) принимают для содержания, воспитания и обучения лиц в возрасте от восьми до восемнадцати лет, требующих специального педагогического подхода, на основании постановления комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, заключения психолого-медико-педагогической комиссии и с согласия несовершеннолетних, достигших возраста четырнадцати лет, их родителей или иных законных представителей;

2) организуют психолого-медико-педагогическую реабилитацию несовершеннолетних и участвуют в пределах своей компетенции в индивидуальной профилактической работе с ними;

3) осуществляют защиту прав и законных интересов несовершеннолетних, обеспечивают их медицинское обслуживание, получение ими начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами;

6. Специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа органов управления образованием к ним относятся:

1) специальные общеобразовательные школы закрытого типа;

2) специальные профессиональные училища закрытого типа;

3) специальные (коррекционные) образовательные учреждения закрытого типа.

Обеспечивают специальные условия содержания несовершеннолетних, включающие в себя охрану территории указанного учреждения; личную безопасность несовершеннолетних и их максимальную защищенность от негативного влияния; ограничение свободного входа на территорию указанного учреждения посторонних лиц; изоляцию несовершеннолетних, исключающую возможность их ухода с территории указанного учреждения по собственному желанию; круглосуточное наблюдение и контроль за несовершеннолетними, в том числе во время, отведенное для сна; проведение личного

осмотра несовершеннолетних, осмотра их вещей, получаемых и отправляемых писем, посылок или иных почтовых сообщений;

7. Органы опеки и попечительства:

1) дают в установленном порядке согласие на перевод детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из одного образовательного учреждения в другое либо на изменение формы обучения до получения ими общего образования, а также на исключение таких лиц из любого образовательного учреждения;

2) участвуют в проведении индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, а также осуществляют меры по защите личных и имущественных прав несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства.

8. Органы по делам молодежи и учреждения органов по делам молодежи:

1) участвуют в разработке и реализации целевых программ по профилактике правонарушений несовершеннолетних;

2) осуществляют организационно-методическое обеспечение и координацию деятельности по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, находящихся в их ведении социальных учреждений, клубов и иных учреждений;

3) оказывают содействие детским и молодежным общественным объединениям, социальным учреждениям, фондам и иным учреждениям и организациям;

4) участвуют в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации, в финансовой поддержке на конкурсной основе общественных объединений, осуществляющих меры по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;

5) участвуют в организации отдыха, досуга и занятости несовершеннолетних.

9. Социально-реабилитационные центры для подростков и молодежи, центры социально-психологической помощи молодежи, центры профессиональной ориентации и трудоустройства молодежи, молодежные клубы и иные учреждения органов по делам молодежи:

1) предоставляют социальные, правовые и иные услуги несовершеннолетним;

2) принимают участие в индивидуальной профилактической работе с несовершеннолетними, находящимися в социально опасном положении, в том числе путем организации их досуга и занятости, осуществления информационно-просветительных и иных мер;

3) разрабатывают и реализуют программы социальной реабилитации несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, и защиты их социально-правовых интересов.

10. Органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения:

1) распространение санитарно-гигиенических знаний среди несовершеннолетних, их родителей или иных законных представителей, а также пропаганду здорового образа жизни;

2) развитие сети детских и подростковых учреждений, оказывающих наркологическую и психиатрическую помощь;

3) круглосуточный прием и содержание в лечебно-профилактических учреждениях заблудившихся, подкинутых и других детей в возрасте до четырех лет, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей;

- 4) медицинское обследование несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей, и подготовку рекомендаций по их устройству с учетом состояния здоровья;
- 5) выхаживание и воспитание детей в возрасте до четырех лет, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей либо имеющих родителей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, а также содействие органам опеки и попечительства в устройстве таких несовершеннолетних;
- 6) оказание консультативной помощи работникам органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также родителям или иным законным представителям несовершеннолетних;
- 7) круглосуточный прием несовершеннолетних, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, для оказания им медицинской помощи при наличии показаний медицинского характера;
- 8) оказание в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации специализированной диагностической и лечебно-восстановительной помощи несовершеннолетним с отклонениями в поведении;
- 9) подготовку в установленном порядке заключений о состоянии здоровья несовершеннолетних, совершивших преступление или общественно опасное деяние, в целях установления у них наличия (отсутствия) противопоказаний медицинского характера для направления в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа;
- 10) выявление источников заболеваний, передаваемых половым путем, обследование и лечение несовершеннолетних, страдающих этими заболеваниями.

11. Органы службы занятости:

Органы службы занятости в порядке, предусмотренном Законом Российской Федерации "О занятости населения в Российской Федерации", участвуют в профессиональной ориентации несовершеннолетних, а также содействуют трудовому устройству несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства;

12. Подразделения по делам несовершеннолетних органов внутренних дел:

- 1) проводят индивидуальную профилактическую работу в отношении несовершеннолетних, а также их родителей или иных законных представителей, не исполняющих своих обязанностей по воспитанию, обучению и (или) содержанию несовершеннолетних и (или) отрицательно влияющих на их поведение либо жестоко обращающихся с ними;
- 2) выявляют лиц, вовлекающих несовершеннолетних в совершение преступления и (или) антиобщественных действий или совершающих в отношении несовершеннолетних другие противоправные деяния, а также родителей несовершеннолетних или иных их законных представителей и должностных лиц, не исполняющих или ненадлежащим образом исполняющих свои обязанности по воспитанию;
- 3) осуществляют по выявлению несовершеннолетних, объявленных в розыск, а также несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства, и в установленном порядке направляют таких лиц в соответствующие органы или учреждения;
- 4) участвуют в подготовке материалов, необходимых для внесения в суд предложений о применении к несовершеннолетним, их родителям или иным законным представителям мер воздействия;

13. Центры временного содержания для несовершеннолетних правонарушителей органов внутренних дел:

- 1) обеспечивают круглосуточный прием и временное содержание несовершеннолетних правонарушителей в целях защиты их жизни, здоровья и предупреждения повторных правонарушений;
- 2) проводят индивидуальную профилактическую работу с доставленными несовершеннолетними, выявляют среди них лиц, причастных к совершению преступлений и общественно опасных деяний, а также устанавливают обстоятельства, причины и условия, способствующие их совершению, и информируют об этом соответствующие органы внутренних дел и другие заинтересованные органы и учреждения;
- 3) доставляют несовершеннолетних в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа;

14. Органы и учреждения культуры, досуга, спорта и туризма:

- 1) привлекают несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, к занятиям в художественных, технических, спортивных и других клубах, кружках, секциях, способствуют их приобщению к ценностям отечественной и мировой культуры;
- 2) оказывают содействие специализированным учреждениям для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, специальным учебно-воспитательным учреждениям и центрам временного содержания для несовершеннолетних правонарушителей органов внутренних дел в организации спортивной и культурно-воспитательной работы с несовершеннолетними, помещенными в указанные учреждения;

15. Центры экстренной психологической помощи по телефону:

Это «телефоны доверия», позвонив клиент получает помощь в виде бесплатной консультации или психологической поддержки.

Таким образом, можно сделать вывод, что законодательство РФ соответствует мировым стандартам, а ребёнок, попавший в трудную жизненную ситуацию и дети вообще действительно защищены. Но по итогу статистика и масштабы проблем, с которыми приходится сталкиваться специалистам по социальной работе в нашем государстве сильно отличаются от европейских и общемировых.

Все законодательство РФ ориентировано не на профилактику кризисных ситуаций, а на «борьбу» с последствиями попадания ребёнка в тяжёлую жизненную ситуацию. Стоит больше уделить внимания укреплению института семьи, как учреждению способному самому решать свои внутренние проблемы без посторонней помощи.

2.2. Организация психолого-педагогической и социальной помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации

Существуют две стадии развития трудной жизненной ситуации семьи и, в зависимости от стадии, осуществляется разная работа с семьей и детьми со стороны различных социальных органов и специалистов социальных служб.

I. Стадия определяется как трудная жизненная ситуация семьи:

- семья, в которой дети под опекой;
- семья, в которой есть дети-инвалиды;
- семья беженцев;
- семья временно находящаяся на территории России (из стран СНГ в основном);
- малообеспеченная семья.

Таким семьям оказывается различная помощь:

- управа района выделяет материальную помощь, организует отдых детей, оказывает помощь к праздникам;
- для малообеспеченных выделяется денежная помощь в отделе жилищных субсидий, родители сами могут обращаться в управу района или посредническую функцию оказывает социальный педагог школы, где учится ребенок;
- психологическую помощь оказывают Центры ПМС и ЦППКР;
- Центры занятости помогают получить бесплатно специальность подростку, посредником в этом процессе является школа.

II. Стадия определяется как социально опасное положение семьи:

- смерть одного из родителей;
- развод родителей;
- одинокая семья;
- многодетная семья, если дети школьного возраста;
- неблагополучная семья (алкоголизм, наркомания, криминальная среда).

Трудная жизненная ситуация подростка также определяется трудной жизненной ситуацией семьи. Кроме того, к трудной жизненной ситуации подростка относятся:

- ситуации жестокого обращения;
- ситуации психологического насилия;
- конфликтные ситуации в школе, в семье;
- ситуации острого горя (смерть близких, катастрофы и т.д.)

К специалисту, осуществляющему педагогическую поддержку ребенку, находящемуся в трудной жизненной ситуации, предъявляются следующие требования:

- понимание сути оказываемой поддержки;
- профессиональная готовность;
- формирующее начало;
- личностные качества;

Профилактические функции в работе с обучающимися, находящимися в трудной жизненной ситуации, осуществляет непосредственно классный руководитель. Он помогает получить сведения о ребенке, о положении дел в семье, так как чаще общается с учащимися, их родителями и лицами, их заменяющими, с другими родственниками. Классным руководителям необходимо своевременно выявлять несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства, с целью организации индивидуальной профилактической работы регулярно общаться с законными представителями учащихся, строя свою работу на принципах доверительного, не ущемляющего достоинства общения и соблюдая принцип конфиденциальности полученной информации.

Особое место занимает работа социального педагога с семьями, где ребенок находится в трудной жизненной ситуации, включающая в себя три основные функции:

- **Образовательная:**

Помощь в обучении - формирование педагогической культуры родителей и просвещение.

Деятельность социального педагога предусматривает проведение широкого просвещения родителей по следующему кругу вопросов:

- методы воспитания;
- формирование у детей адекватного поведения в семье и в отношении со сверстниками;
- значение личного примера и авторитета родителей в воспитании детей, роли отца и матери в семье;
- взаимоотношения разных поколений в семье;
- воспитание детей в семье с учетом пола и возраста;
- роль семьи в руководстве процессом самовоспитания детей, поощрение и наказание;
- ошибки в воспитании детей;
- организация режима труда, отдыха, учебы, досуга детей.

Помощь в воспитании: создание специальных воспитывающих ситуаций, совместно с родителями разрабатывать наиболее приемлемые для данной семьи способы воспитания.

Основными сферами семейной жизни, в которых реализуется воспитательская функция, являются сферы родительского долга, любви и интереса. Отсутствие активной содержательной жизнедеятельности в этих сферах лишает семью возможности эффективного влияния на подростков. Сфера долга тесно переплетается со сферой интереса. Общий семейный интерес объединяет и сплачивает родителей и подростков в дружный коллектив на основе совместной деятельности. Если эта сфера в семье деформирована, то социальный педагог может обернуть семью лицом к этой проблеме, пробудить интерес к такой совместной деятельности, помочь организовать такие ситуации, в которых необходимость и интерес будут сочетаться и со временем превратятся в полезные культурные семейные привычки.

- **Психологическая:** оно включает в себя социально-психологическую поддержку и коррекцию. Поддержка направлена на формирование благоприятной психологической атмосферы в семье в трудной жизненной ситуации семьи. Оказание поддержки в союзе с психологом становится наиболее эффективным. Коррекция отношений в семье осуществляется в том случае, когда в семье имеют место факты психологического насилия над ребенком (оскорбление, унижение, пренебрежение интересами и потребностями ребенка). В данном случае социальный педагог строит свою работу, руководствуясь Конвенцией о правах ребенка, ориентируя семью на изменение внутрисемейных отношений.

- **Посредническое направление:** помощь в организации семейного досуга (включение семьи в разного рода мероприятия, праздники, ярмарки, клубы по интересам и пр.); помощь в координации направлена на установление и актуализацию связей семьи с ведомствами, социальными службами, центрами, совместно с которыми решаются конкретные социальные проблемы (усыновление, передача в приют, помещение ребенка на лечение и пр.); помощь в информировании направлена на информирование семьи по вопросам социальной защиты (прав детей, женщин, семьи в рамках жилищного, трудового, пенсионного законодательства).

Социальный педагог в отношении семьи выступает в трех ролях: советник, консультант, защитник.

Социально- педагогическая помощь более эффективна, если она проводится в комплексе. Работе социального педагога может помочь родительский актив, но к вопросу его привлечения необходимо подходить осторожно, не забывая о главном принципе «не навреди». Это должны быть люди искренне желающие оказать помощь, понимающие сложность положения несовершеннолетнего.

В своей работе социальный педагог постоянно сталкивается с необходимостью совместить усилия с психологом школы. На практике психологи часто делают основной упор на проведение диагностики, не осуществляя в полной мере коррекционных и профилактических мероприятий. Психолог, не обманывая доверия ребенка, должен обратить внимание социального педагога на случаи нарушения прав несовершеннолетних или возникшие подозрения по поводу их нарушений. Без этой информации социальный педагог не может своевременно принять действенные меры по защите прав ребенка. Как показывает практика, наиболее результативна деятельность социального педагога и психолога по совместному консультированию.

Не менее важно взаимодействие всех субъектов образовательного процесса с родителями ребенка. Создание в семье благоприятной атмосферы принятия и поддержки, отказ от конфликтов любого происхождения позволит сформировать у учащегося ощущение психологической безопасности и комфорта.

Технология планирования и осуществления работы с семьей (каждое последующее действие вытекает из предыдущего).

- *Сбор первичной информации.*
- *Исследование особенностей функционирования семьи:*
 - правила и нормы (система внутрисемейных правил поведения в семье, при нарушении их возникает напряженность в семье);
 - динамика (как члены семьи ежедневно общаются между собой);
 - структура власти семьи (в чьих руках власть, скрытая или открытая власть);
 - эмоциональность семьи (эмоциональная шкала семьи (бурно, сдержанно, сочувствие, равнодушие и пр.);
 - система семейных ценностей;
 - роли в семье (примиритель, защитник. авторитет);
 - сильные стороны семьи.
- *Определение цели работы с семьей:*
 - основные этапы формулирования целей:
 - а) установка контакта с семьей;
 - б) составление перечня того, в чем нуждается семья;
 - в) помощь семье в определении приоритета целей и задач совместной работы (что является первоочередным);
 - г) формулирование общей цели (семья, социальный педагог, представители соответствующих служб).
- *Конкретные действия по улучшению проблемной ситуации.*
- *Определение временных рамок решения проблемной ситуации.*
- *Этап завершения работы с данной проблемной ситуацией семьи.*

Формы работы социального педагога с семьей.

- Индивидуальная работа:

беседы, консультирование, посещение семьи.

- **Групповая работа:**

тренинги для группы родителей, группы взаимопомощи и пр.

- **Коллективная (различные виды собраний, вечера вопросов и ответов, организация досуговых мероприятий и пр.**

- **Наглядно-информационные:**

выставки творческих работ детей и родителей, выпуск газет, школьных журналов, выставки книг по проблемам семейного воспитания и пр.

Таким образом, педагогическая поддержка ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, является приоритетным направлением деятельности социального педагога в средней школе и должна осуществляться комплексно при тесном взаимодействии с другими педагогами.

2.3. Профилактика суицидального поведения обучающихся

Сопровождение учебно-воспитательного процесса по профилактике суицидального поведения предполагает многоуровневый подход:

Первый уровень – общая профилактика.

На данном этапе работы по профилактике суицидального поведения должна осуществляться комплексная работа всего педагогического коллектива. Для этого необходимо взаимодействие учителей-предметников, классного руководителя, завуча по воспитательной работе, социального педагога и педагога-психолога.

Учитель – предметник – это специалист, находящийся в непосредственной близости с детьми. Он должен обладать наблюдательностью и чутким отношением к детям – это основные факторы, помогающие заметить изменения, которые происходят с детьми и подростками.

Классный руководитель – это то важное звено, которое объединяет детей, родителей и специалистов. Вовремя полученный “сигнал тревоги”, может не только помочь выявить, но и своевременно предотвратить надвигающую угрозу.

Завуч по воспитательной работе, социальный педагог и педагог- психолог – специалисты, которые смогут профессионально провести профилактику, диагностику и психологическую работу с детьми, родителями и педагогами.

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

- Изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого учащегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении.

- Создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе в период трудной жизненной ситуации (составление программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся).

- Привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты, законных прав и интересов ребенка.

- Формирование позитивного образа «Я», уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей.

- Привитие существующих в обществе социальных норм поведения, формирование детского милосердия, развитие ценностных отношений в социуме.

Второй уровень – первичная профилактика.

Цель - выделение групп суицидального риска; сопровождение детей, подростков и их семей группы риска с целью предупреждения самоубийств.

Этапы:

- Диагностика суицидального поведения
- Задачи педагога-психолога на данном этапе:
- Выявление детей, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите.
- Работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние.
- Оказание экстренной первой помощи, обеспечение безопасности ребенка, снятие стрессового состояния.

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

- Повышение осведомленности персонала, родителей и учащихся о признаках возможного суицида, факторах риска и путях действия в этой ситуации.
- Проведение с педагогами психопросвещения в вопросах дезадаптивного поведения детей и подростков, в том числе суицидального, о мерах профилактики суицида среди детей и подростков.
- Родителей необходимо познакомить с информацией о причинах, факторах, динамике суицидального поведения, разработать рекомендации по профилактике суицидального поведения.
- С детьми о суициде вести беседы необходимо с позиции их помощи товарищу, который оказался в трудной жизненной ситуации. Известно, что подростки в трудной ситуации чаще всего обращаются за помощью и советом к своим друзьям, чем к взрослым.

Именно поэтому подростки должны быть осведомлены о том, что суицид это уход, уход от решения проблемы, от наказания и позора, унижения и отчаяния, разочарования и утраты, отвергнутости и потери самоуважения. Словом, от всего того, что составляет многообразие жизни, пусть и не в самых радужных ее проявлениях. Прежде чем оказать помощь другу, который собирается совершить суицид, важно располагать основной информацией о суициде и о суицидентах. Особенно важно быть в курсе дезинформации о суициде, которая распространяется гораздо быстрее, чем информация достоверная. Дети должны получить достоверную информацию о суициде, которую необходимо знать для оказания эффективной помощи, оказавшемуся в беде другу или знакомому.

Третий уровень – вторичная профилактика

Цель - Снижение последствий и уменьшение вероятности дальнейших случаев, социальная и психологическая реабилитация суицидентов.

Мероприятия:

- Оповещение, возможность проконсультироваться с психологом, внимание к эмоциональному климату в школе и его изменению.

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

- Оказание экстренной первой помощи, снятие стрессового состояния у очевидцев происшествия (дети, подростки, персонал школы).

- Глубинная психотерапевтическая коррекция, обеспечивающая профилактику образования конфликтно-стрессовых переживаний в дальнейшем.

Также, на всех этапах необходимо проводить разъяснительно-профилактическую работу с родителями. Проведение разнообразных форм родительских собраний по предупреждению суицидов среди подростков, лекций, круглых столов, профилактических бесед и занятий, обязательное включение родителей в диалог, приглашение специалистов разных профилей.

Данная работа крайне важна не только для конкретной семьи, но и для всего общества в целом.

2.4. Профилактика употребления психоактивных веществ и распространения ВИЧ-инфекции среди обучающихся

Проблема ВИЧ-инфекции/СПИДа уже давно стала актуальной для Российской Федерации. По оценкам экспертов, каждый день в нашей стране 100 человек становятся ВИЧ-положительными.

Важнейшей особенностью современного развития эпидемии ВИЧ-инфекции является то, что основную долю людей с ВИЧ составляет молодежь в возрастной категории от 14 до 29 лет. Молодые люди в высокой степени подвержены риску инфицирования ВИЧ половым путем и через кровь из-за высокой сексуальной активности, склонности к рисковому сексуальному поведению, а также в результате внутривенного употребления различных психоактивных веществ.

Одним из важнейших социальных институтов, обеспечивающих воспитательный процесс и реальное взаимодействие ребенка, родителей и социума по-прежнему остается общеобразовательное учреждение.

Остро встает вопрос обеспечения специалистов образовательных учреждений методическими пособиями и наглядными материалами по проблеме ВИЧ/ИПП/наркомании.

Субъектами организации антинаркотической профилактической работы с родителями в образовательном пространстве являются заместитель директора по воспитательной работе, классные руководители, школьный психолог, социальный педагог, лекторы - специалисты по проблемам профилактики злоупотребления психоактивными веществами, в том числе, сотрудники органов наркоконтроля, специалисты по проблемам предупреждения безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и молодежи, специалисты психолого-медико-педагогических комиссий, служб социальной защиты населения, центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи населению, специалисты комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав для оказания помощи «проблемной» семье.

Администрация образовательного учреждения: осуществляет контроль и координацию профилактической работы в образовательном учреждении в целом.

Учителя-предметники и классные руководители: благодаря более тесному взаимодействию со школьным коллективом обладают возможностью наиболее комплексного подхода к решению проблемы (организация внеклассных мероприятий, работа с родителями, медико-психолого-педагогической службой школы и т. д.), обеспечивают организацию профилактической работы на уроке.

Медико-психолого-педагогическая служба:

Школьный врач: обеспечивает работу медицинских кабинетов учебных заведений - одного из важных звеньев антинаркотической профилактики, консультативного пункта для педагогов, детей, родителей.

Школьный психолог: обеспечивает:

- психологическую поддержку педагогического процесса (выявление и предотвращение различных ситуаций риска, возникающих в ходе учебно-воспитательного процесса, позитивное разрешение конфликтных ситуаций):

- психологическое консультирование и сопровождение семей учащихся:

- организационно целостную психологическую помощь детям 1 группы риска, в том числе направление ребенка и его родителей к тому специалисту, который может оказать им квалифицированную помощь вне школы.

- *Социальный педагог* несет ответственность:

- за привлечение к совместной деятельности различных заинтересованных организаций, установление с ними постоянных и действенных контактов;

- систематическую работу с семьями школьника (особенно с семьями детей группы риска);

Органы ученического самоуправления: создают общешкольное волонтерское движение, проводят социологические опросы, участвуют в антинаркотических мероприятиях, организуют постоянную работу внутришкольного наркопоста.

Библиотека: обеспечивает информационно-методическую базу профилактической работы.

Учреждения дополнительного образования и культуры: организуют информационно-просветительскую работу с родителями, совместное творчество детей, педагогов и родителей, создают условия для активного участия родителей в организации досуга детей.

Общественные организации: развивают широкую профилактическую деятельность в образовательных учреждениях, в СМИ, проводят массовые антинаркотические акции.

Районная и городская наркологические службы организуют консультативную работу с родителями: признаки приобщения ребенка к наркотикам, о лечении наркомании и стратегии поведения родителей в период реабилитации.

СМИ, в том числе Интернет формируют общественное мнение.

Правоохранительные органы:

- работают с детьми и родителями по вопросам правовой ответственности за употребление, хранение и распространение наркотических средств и психотропных веществ;

- осуществляют юридическое консультирование по проблемам наркомании;

- обеспечивают взаимодействие школы с районными комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, отделениями профилактики правонарушений несовершеннолетних;

- организуют первичный профилактический учет детей и подростков, замеченных в приеме наркотиков.

Инспектора по делам несовершеннолетних органов внутренних дел, закреплённых за общеобразовательными учреждениями (школьные инспектора) профилактическую деятельность строят по трем основным направлениям: работа с учащимися, родителями и педагогическими коллективами. Среди основных задач школьных инспекторов - профилактика правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков. [23]

Формы взаимодействия с родительской общественностью, практикуемые в

системе образования

Основные формы и средства антинаркотической помощи семье:

Концепцией профилактики злоупотребления **ПАВ** в образовательной среде предусмотрены следующие *формы работы с родителями*:

1. Лекционная - через родительские собрания, семинары, занятия в родительском университете.

2. Индивидуальное семейное консультирование родителей и «проблемных» дисфункциональных и конфликтных семей по предупреждению ранней алкоголизации, наркотизации, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и молодежи.

3. Формирование из родительского актива групп родительской поддержки для «проблемных» семей.

4. Выявление родителей группы «риска» алкоголизации и наркотизации и обеспечение им поддержки в оказании социальной и медико-психологической помощи.

5. Социальное вмешательство в семью при асоциальном образе жизни в семье, жестоком обращении с ребенком, при вовлечении его в раннюю алкоголизацию, наркотизацию, безнадзорное существование.

6. Оказание помощи родителям в возвращении ребенка в семью (семейное примирение) в случае ухода ребенка из дома.

Как показывает практика, **в школах** сегодня наиболее активно используются **четыре группы форм работы с родителями**:

1. Интерактивная: анкетирование, диагностика, дискуссии, круглые столы, конференции, вечера вопросов и ответов, консультации специалистов

2. Традиционная: тематические классные часы, родительские собрания (классные, общешкольные, городские, районные, областные), вечера отдыха, семейные спортивные и интеллектуальные состязания, творческие конкурсы.

3. Просветительская: использование СМИ для освещения проблем воспитания и обучения детей, организация родительского всеобуча, выпуск бюллетеней, информационных листов, стенды и уголки для родителей.

4. Государственно-общественная: создание попечительских советов, советов школ, советов отцов, городских и районных советов родителей

В последние годы в системе образования проводится политика, направленная на активизацию деятельности образовательных учреждений по взаимодействию с родителями. Учреждениям предлагается включить родителей в органы общественного самоуправления, рекомендуется поощрять их участие во всех творческих, спортивных и других досуговых мероприятиях школьников.

Основными формами профилактической антинаркотической работы с родителями **в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования являются:**

1. Информирование родителей о случаях наркотизации студента; о целесообразности внутрисемейного контроля наркотизации на основе доврачебных диагностических тестов употребления наркотиков.

2. Организация среди родителей, нетерпимо относящихся к наркотизации обучающихся подростков и молодежи, групп родительской поддержки при наркопостах и кабинетах профилактики, созданных в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.[23]

Важную роль по консультированию родителей выполняет организация работы

телефонов доверия.

Основные задачи, которые призваны решать Телефоны Доверия сегодня в Службах оказания помощи - это помочь человеку преодолеть кризис, вернуть к действительности, оказать экстренную психологическую помощь, помочь сориентироваться в своих действиях для решения проблемы. Направления деятельности существующих служб, с которыми сталкиваются граждане:

- консультирование родителей, детей, подростков, педагогов по вопросам подростковых зависимостей от психоактивных веществ;
- оказание психологической помощи детям и подросткам по разрешению конфликтных ситуаций в семье, школе, ее сверстниками;
- правовая помощь несовершеннолетним и их родителям;
- консультации для переживших любой вид насилия;
- психологическая помощь студентам ВУЗов по проблемам обучения, межличностных взаимоотношений, проблемам студенческой семьи;
- получение оперативной информации о точках распространения наркотиков, наркопритонов;
- получение информации об иных правонарушениях, в т.ч. неправомерных действиях сотрудников силовых ведомств.

Систематизирующим фактором осуществления профилактической деятельности в образовательной среде стало её осуществление в рамках всероссийских, окружных и региональных антинаркотических профилактических акции. [23]

Таким образом, проблема профилактики ВИЧ/СПИДа из чисто медицинской перерастет в педагогическую и без взаимодействия с учреждениями образования невозможно в полной мере осуществлять широкий комплекс мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

2.5. Оказание психологической помощи детям-жертвам насилия

Психологическая помощь детям и подросткам, пережившим насилия и жестокость, должна быть направлена на возможно полное устранение их последствий и принятие мер по прекращению насильственных действий.

Эта работа включает меры профилактического, диагностического и коррекционно-терапевтического характера. Выделяют ряд особенностей такого рода помощи:

- Полное признание основных прав детей и подростков: на жизнь, личную неприкосновенность, защиту и достойное существование;
- Анонимность и конфиденциальность, повышающие вероятность обращения жертв насилия за помощью.

Для оказания эффективной помощи пострадавшему нужна полная и всеобъемлющая информация о нем и обстоятельствах его жизни.

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

Исходя из этих целей, психолог решает следующие тактические задачи:

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

Психодиагностическая работа. Проводя психодиагностику, психолог выбирает методы исследования в зависимости от конкретной ситуации, особенностей ребенка, вида насилия и т.д.

Существуют индикаторы физического насилия над ребенком. Проблема физического насилия по отношению к детям со стороны родителей достаточно редко является непосредственной причиной обращений к каким-либо специалистам. Чаще насилие обнаруживается в процессе работы с другими проблемами: нарушениями поведения, школьной дезадаптации, конфликтами в семье и др. инициаторами обращения в таких случаях обычно выступают, сами дети редко обращаются за помощью. Общими особенностями физического насилия являются следующие особенности родителей:

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

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

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

Очень важен при этом возраст детей: чем меньше ребенок, тем больше он нуждается в защите. В качестве медицинских маркеров физического насилия над ребенком выделяют различные виды травм и повреждений (раны, синяки, ушибы, ожоги, сотрясение мозга и т.д.).

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

- Малоподвижность, пассивность, слабая эмоциональная реакция (может проявляться, начиная с 6 месяцев);
- Негативная ориентация на группу детей (настороженность и агрессия на любые изменения в группе);
- Стеснительность, избегание контактов со сверстниками;
- Поведение «маленького старичка»;
- Предпочтение игр только с маленькими детьми, а не с ровесниками;
- Агрессия, тревожность в отношениях с другими людьми;
- Страх взрослых, страх физического контакта;

- Боязнь идти домой;
- Повышенная тревога, когда плачут другие дети;
- Тики, сосание пальцев, раскачивание и др.

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

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

- Оральные симптомы: экзема; дерматит; герпес на лице, губах, в ротовой полости; кроме того, отказ от еды (анорексия); переедание (булимия);
- Анальные симптомы: повреждения прямой кишки; покраснение ануса; варикозные изменения; ослабление сфинктера; запоры;
- Вагинальные симптомы: нарушение девственной плевы; расширение влагалища; свежие повреждения (раны, ссадины); сопутствующие инфекции.

Физическими симптомами сексуального насилия над ребенком являются:

- Наличие ушибов, покраснения, разрывов или потертостей и ссадин в генитальной или анальной областях;
- Наличие гематом и укусов на груди, ягодицах, ногах, нижней части живота, бедрах;
- Наличие передающейся половым путем болезни;
- Необъяснимое вагинальное или ректальное кровотечение;
- Уретральное воспаление, воспаление паховых лимфатических желез и подобные типы воспаления или заразные болезни в пределах генитальной области;
- Наличие боли при мочеиспускании, опухоли или выделений, относящихся к половому члену у мальчиков;
- Беременность, особенно у младших подростков.

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

- Наблюдение, сообщения от других людей, регрессивное поведение, особенно у маленьких детей;
- Побег из дома – наиболее частая и понятная реакция в случаях incestа;
- Несоответствующее возрастное поведение: присутствует несоответствующее их возрасту понимание половых актов;

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

- Злоупотребление алкоголем или наркотиками для подъема настроения;

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

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

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

- Проблемы с обучением: резкое изменение успеваемости.

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

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

- Способ удостовериться, что «живой»;

- Способ привлечения внимания к своей беде.

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

- Обнаженный человек;

- Путаница в изображении пола или рисунок ребенка другого пола;

- Преувеличение отдельных частей тела, например рта, в ситуации, где имел место оральный секс;

- Пропущенные части тела;

- Трудности в изображении фигуры человека (ребенок может нарисовать животное вместо человека).

Программа обследования ребенка, подвергшегося сексуальному насилию

Беседуя с ребенком, важно учитывать следующее.

1. Прежде всего, важно оценить собственное отношение к данной проблеме, к насилию, и к сексуальному насилию в частности. Взрослый, у которого есть собственные проблемы, связанные с сексуальной жизнью, может столкнуться со значительными

трудностями в беседе с ребенком, он с трудом вызовет его доверие и в итоге вряд ли сможет ему помочь. Следовательно, необходимо оценить, имеют ли место какие-либо аспекты феномена переноса.

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

- говори обо всем, что случилось;
- не говори неприличных слов.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

После выявления случая насилия над ребенком и диагностики проводится *психологическое консультирование*. Показания к психологическому консультированию

являются: самостоятельное обращение ребенка или подростка; их направление родителями, опекунами, педагогами или представителями других организаций; приглашение пострадавшего самим психологом.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В работе с подростками, пострадавшими от насилия, целесообразно использовать «телефон доверия» как одну из наиболее адекватных форм психологической помощи. Она обеспечивает анонимность, искренность, снимает страх унижения и различных санкций, дает возможность подростку прервать контакт, если он нежелателен.

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

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

Психотерапевтическая помощь строится с учетом следующих обстоятельств:

1. Особенности личности и психического состояния ребенка или подростка;
2. Вида перенесенного насилия и способности ребенка осознать его сущность;
3. Глубины и тяжести переживаний факта насилия;
4. Психологических последствий:

- Закрепления личностных форм реагирования на насилие и предрасположенности к виктимизации;

- Формирования на основе неотрагированного психотравматического опыта устойчивых невротических состояний, депрессий, психосоматических заболеваний, нарушений социальной адаптации, сложностей вступления в брак и т.д.;

- Отклоняющегося и делинквентного поведения.

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

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

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

Школьный коллектив и группа сверстников (групповая психотерапия);

Подколлективы, общественные организации, правоохранительные органы (психопрофилактика).

Индивидуальная психотерапия проводится с детьми и подростками, находящимися в кризисном состоянии. Ее основными задачами являются: преодоление отчужденности, нейтрализация аффективного состояния через создание атмосферы принятия, доверия, безопасности, а также путем привлечения ресурсных состояний через использование гипносуггестивных методов. На первом этапе могут применяться рациональная психотерапия, методы эриксоновского гипноза, гештальттерапия.

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

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

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

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

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

Групповая психотерапия детей и подростков показана в случаях, когда контакт установлен и пострадавший способен говорить о волнующих его темах (Приложение 1). Это может произойти после индивидуальной психотерапии или «телефона доверия», когда снимается аффективная симптоматика.

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

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

- Психодинамическая группа, целью которой является создание атмосферы поддержки и доверия, осознание и отреагирование собственных проблем, делающих подростков жертвами насилия; формирование новых способов поведения в ситуациях насилия; сопротивление злу; повышение самооценки и раскрытие творческого потенциала;
- Группа ролевого тренинга, направленного на отработку ролевых ситуаций в общении со взрослыми и сверстниками, осознание своей роли (жертвы) с возможностями ее изменения
- Группа тренинга общения, направленного на формирование конструктивного общения, партнерских способов решения жизненных ситуаций, способов социально-психологической адаптации в различных условиях;
- Группа телесно-ориентированной терапии, имеющей целью снятие телесных зажимов и отреагирование травматического опыта через тело;
- Группа терапии творческим самовыражением (рисунок, лепка, танец), направленной на раскрытие внутреннего потенциала и отреагирование травматического опыта через творчество;

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

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

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

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

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

В настоящее время в современном обществе происходит общее искажение нравов, норм морали и чувства ответственности перед детьми. Отношение взрослых к детям стало потребительским, как к вещи. К сожалению, основой этому служит жестокое обращение с детьми. Данный блок методических рекомендаций позволит специалистам учреждений своевременно диагностировать случаи насилия над детьми и предотвратить тяжелые последствия жестокого обращения в процессе психокоррекционной работы.[11]

Словарь терминов

Адаптация – процесс приспособления организма и его функций к окружающей среде. Адаптация направлена на сохранение сбалансированной деятельности человека при изменившихся условиях жизни.

Аддиктивное поведение – выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема веществ или постоянная фиксация на каких-то предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается интенсивным развитием эмоций.

Амбивалентность – несогласованность, противоречивость нескольких одновременно испытываемых эмоциональных реакций по отношению к некоторому объекту.

Анонимный – безымянный или неизвестного происхождения. В случае анонимный кабинет/пункт – пункт, где при обращении не требуют сообщать паспортные данные и/или адрес.

Антивирусный – направленный против вируса, ослабляющий или убивающий его. Антивирусные препараты используются в лечении ВИЧ-инфекции и СПИД.

Арт-терапия – один из видов психотерапии, основывающийся на применении средств искусства (рисования, лепки, аппликации и др.) и позволяющий работать с тяжелыми эмоциональными состояниями клиентов, а также корректировать нарушения в их личностном развитии.

Биологические жидкости – термин, используемый для общего обозначения всех жидкостей в организме (кровь, лимфа, моча, слюна, сперма, вагинальная и спинномозговая жидкость, грудное молоко, пот и др.). Хотя почти во всех из них можно обнаружить присутствие ВИЧ, только для некоторых доказана их роль в передаче ВИЧ.

Вербализация – высказывание, выражение в словесной форме мыслей и чувств.

Вторичная травма – негативные изменения во внутреннем состоянии работающего с кризисными ситуациями специалиста, возникающие в результате его эмпатической вовлеченности в отношения с клиентами, пережившими травматический опыт.

Девиантное поведение – поведение, отклоняющееся от принятых в обществе норм (злоупотребление наркотиками, алкоголем, проституция, совершение правонарушений).

Делинквентность – совершение мелких правонарушений, незаконных действий, проступков, не достигающих степени уголовно наказуемых преступлений.

Депривация – особое психическое состояние, возникающее при длительном ограничении или поступлении новых стимулов. Выделяют сенсорную, информационную, эмоциональную, социальную. Подвергаясь депривации, ребенок лишается возможности удовлетворять основные потребности, необходимые для гармоничного развития его личности, - потребности в любви, эмоциональной привязанности, получении новых знаний.

Диагностика – использование различных методов для того, чтобы поставить диагноз.

Диссоциация – процесс разотождествления, разграничения себя с чем-то. Потеря целостности самовосприятия, отрицание физической или эмоциональной части личности, свойств характера. Может являться одним из последствий перенесенной психической травмы.

Дистресс – патологический стресс, возникающий под действием чрезмерных, особо неблагоприятных факторов.

Дисфункциональная семья – семья, в которой значительно нарушены взаимоотношения между субъектами и которая не может выполнять своих функций по воспитанию ребенка и защите его прав.

Жестокое обращение с детьми – осуществление родителями физического или психического насилия над детьми; покушение на их половую неприкосновенность; применение недопустимых способов воспитания (грубость, пренебрежительное, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбления); эксплуатация детей; плохое содержание детей (непредставление им продуктов питания) и пр.

Жертва насилия – это любой человек, который вовлекается в отношения путем насилия, давления, обмана.

Защитные психологические механизмы – автоматические бессознательные механизмы, компенсирующие последствия травмы или отрицательного переживания (регрессия, проекция, вытеснение и пр.).

Игротерапия – разновидность психотерапии, основанная на использовании игры или элементов игры; используется для оказания помощи как детям, так и взрослым в преодолении эмоциональных и поведенческих проблем.

Инцест – сексуальные контакты между людьми, состоящими в родственной связи, например между родителями и детьми, братьями и сестрами.

Иммунная система – обеспечивает защиту организма от болезнетворных микробов, простейших и паразитов.

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем. Это большая группа инфекционных болезней, которые объединены по признаку – возможность быть преданными при половых контактах.

Инфекционное заболевание – заболевание, вызываемое болезнетворными микробами, простейшими организмами или паразитами, передающиеся от зараженного человека к здоровому.

Конфликт – состояние столкновения противоположно направленных и не совместимых друг с другом тенденций в сознании человека, в межличностных взаимодействиях, в отношениях.

Комплекс, связанный со СПИД (КСС) – заболевание, сходное со СПИД, при котором проявляются многие его симптомы, но по всей сумме признаков не подходят под диагноз «СПИД». Такое заболевание может продолжаться много лет, не развиваясь в полную клиническую картину СПИД, но может и внезапно прогрессировать.

Когнитивно-бихевиоральный подход – один из видов психотерапевтического воздействия, основанный на логической предпосылке, что мысли, поведение и эмоции человека тесно связаны между собой, поэтому при специфическом воздействии на одну из этих областей могут происходить позитивные изменения в других.

Когнитивные нарушения – нарушения в сфере мышления.

Коррекция – метод психологического воздействия, направленный на оптимизацию развития психических процессов или гармонизацию личностного развития человека.

Насилие – любое действие, которое причиняет или может причинить физический, психологический, сексуальный вред или страдания.

Несовершеннолетний - лицо, не достигшее возраста восемнадцати лет.

Несовершеннолетний, находящийся в социально опасном положении – лицо в возрасте до 18 лет, которое вследствие безнадзорности или беспризорности находится в обстановке, представляющей опасность для жизни или здоровья, либо не отвечающей

требованиям к его воспитанию или содержанию, либо совершает правонарушение или антиобщественные действия.

Отреагирование – выражение психического состояния в действии, деятельности, словесных или эмоциональных реакциях (плач, крик и пр.).

Песочная терапия – один из видов игровой терапии, базирующийся на использовании песка и позволяющий корректировать эмоциональные нарушения у детей, в частности, повышенную тревожность, агрессивность, которые могут быть следствием перенесенного насилия.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – совокупность нарушений в соматической, эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, возникающая вследствие перенесенной психической травмы.

Превентивный подход – предупреждающий, предохранительный; превентивное обучение предполагает формирование положительного образа «Я» ребенка, навыков принятия ответственных решений, личностной и социальной компетентности.

Пренебрежение преимущественно понимается как отсутствие надлежащей родительской заботы и опеки, когда ребенок является бездомным, нуждающимся, живет в физически опасном окружении. В поведении родителей есть серьезные упущения в обеспечении жизненно необходимых (витальных) потребностей ребенка: в пище, одежде, приюте, уходе, медицинском обслуживании и защите от опасных условий.

Психодрама – метод психотерапии, использующий инсценирование и проигрывание личного опыта клиента в специально созданных для этого терапевтических условиях, в результате чего происходит отреагирование негативных эмоций и активизация психических ресурсов личности.

Психосоматические симптомы – нарушения физического самочувствия (головная боль, температура, тошнота, рвота, боли в животе и пр.), вызванные не заболеванием, а психологическим неблагополучием человека, в том числе тяжелой психической травмой или длительным психотравмирующим воздействием.

Реабилитация – совокупность мер медицинского, психологического и социального характера, направленных на устранение последствий тяжелых жизненных ситуаций и восстановление психосоциального статуса человека.

Регрессия – один из механизмов психологической защиты, при котором субъект возвращается к формам поведения, типичным для предшествующих стадий его развития.

Рефлексия – способность индивида к анализу собственных психических состояний и мотивов деятельности.

Симптом – признак болезненного состояния организма.

Синдром - сочетание признаков (симптомов) болезненного состояния организма, характерное для определенного заболевания; иногда этим термином обозначают самостоятельные стадии (формы) болезни.

Синдром травмы изнасилования (СТИ) – психологическое состояние человека, вызванное реакцией на ситуацию сексуального и проявляющееся через комплекс нарушений на физическом, психологическом и социальном уровнях.

Сексуальное злоупотребление понимается как использование ребенка для целей сексуального удовлетворения взрослого человека или лица, значительно более старшего, чем сама жертва. Оно может совершаться в различных формах: развратные действия, половые сношения или попытки таковых, изнасилование, кровосмешение (инцест), демонстрации порнографии, проституция несовершеннолетних.

Семья, находящаяся в социально опасном положении – 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.

Совершеннолетие — возраст, с достижением которого, согласно законодательным нормам, наступает полная гражданская дееспособность. При этом возникают также другие дополнительные права и обязанности. Лица, не достигшие возраста совершеннолетия, называются несовершеннолетними. Несовершеннолетние в особых случаях могут становиться дееспособными при вступлении в брак или при наличии особых обстоятельств с установленного законом возраста, однако, обычно без права голосовать, усыновлять и опекать детей.

Социальная адаптация ребенка – процесс активного приспособления ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, а также процесс преодоления последствий психологической или моральной травмы.

Социальная реабилитация ребенка – мероприятия по восстановлению утраченных ребенком социальных связей и функций, восполнению среды жизнеобеспечения, усилению заботы о нем.

Стресс – состояние повышенного эмоционального напряжения, проявляющееся в неспособности человека целесообразно и разумно действовать в сложившейся ситуации.

Фрустрация – состояние внутриличностного конфликта, возникающее при наличии помехи для достижения значимой цели и характеризующееся тревожностью, напряжением, отчаянием или гневом.

Физически жестокое обращение определяется как преднамеренное или осознанное применение жестоких телесных наказаний или причинение ребенку неоправданных физических страданий.

Список литературы

1. Асанова Н.К. Руководство по предупреждению насилия над детьми: Уч изд для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, для студ. высш. учеб. заведений./ Н.К. Асанова - М.: Издательский гуманитарный центр ВЛАДОС, 1997. - 512 с.
2. Белинская Е.П. Социальная психология личности / Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. – М.: Аспект пресс, 2005. – 301 с.
3. Василькова Ю.В., Василькова Т.А. Социальная педагогика: курс лекций: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.// Ю.В. Василькова, Т.А. Василькова- М.: Издательский центр «Академия», 2000. — 440 с.
4. Волкова Е.Н. Защита детей от жестокого обращения/под ред. Е.Н. Волковой. – СПб.: Питер, 2007. – 256с.
5. Галагузовой М.А, Мардахаева Л.В. Методика и технологии работы социального педагога/под ред. М.А Галагузовой, Л.В. Мардахаева. – М.: «Академия», 2002 – 192с.
6. Егоров А. Ю., Иванов О. В., Игумнов С. А. Нейропсихологические паттерны суицидального поведения // Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Расстройства поведения у подростков: клиничко-психологические аспекты. СПб.: Речь, 2005. С. – 436с.
7. Ефремов В. С. Основы суицидологии/ В. С. Ефремов - СПб.: «Издательство «Диалект», 2004.-480 с.
8. Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации./ Н.О. Зиновьева, Н.Ф. Михайлова - СПб.: Речь, 2005.- 230 с.
9. Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.- 2-е изд., испр.// Е. В. Змановская - М.: Издательский центр «Академия», 2004.-288 с.
10. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990).
11. Кречетникова А. В., Зинова Е. Ю., Нарыгин А. А. и др Психолого-педагогическая и социальная помощь детям, находящимся в трудной жизненной ситуации: методические рекомендации / сост.: А. В. Кречетникова, Е. Ю. Зинова, А. А. Нарыгин и др.–Ханты-Мансийск:Принт-Класс,2010.–242с.
12. Ладыкова О.В. Психологические особенности взаимодействия команды специалистов, работающих по предотвращению насилия и жестокого обращения с детьми.// О.В. Ладыкова– М., 2004.
13. Мардахаев Л. В. Социальная педагогика: Учебник. / Л. В. Мардахаев — М.: Гардарики, 2005 г. — 269 с.
14. Овчарова Р.В. Справочная книга социального педагога. // Р.В. Овчарова– М.: «Сфера», 2001. – 480с.
15. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Кн.1: Система работы психолога с детьми разного возраста / Е.И. Рогов – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2002,. – 384с.

16. Сафонова, Т. Я., Цымбал, Е. И. Жестокое обращение с детьми. Помощь детям, пострадавшим от жестокого обращения и их родителям / Т. Я. Сафонова, Е. И. Цымбал. – М., 2001.
17. Сучкова Н.О. Арт-терапия в работе с детьми из неблагополучных семей./ Н.О. Сучкова – СПб.: Речь; М.: Сфера, 2008. – 112с.
18. Фирсов М.В. «Технология социальной работы»// М.В. Фирсов - М., 2007г.
19. Чуркин А. А., Клименко Т. А. Пособие по наркологии: Пособие для врачей и фельдшеров первичного медицинского звена. // А. А. Чуркин, Т. А. Клименко.- М.-Х-М.: Издательство «Здоровье и общество», 2006.-173 с.

Интернет-источники:

20. http://www.rfdeti.ru/files/1296588517_gord.pdf
21. <http://www.rusmedserv.com/psychsex/sexvictim.shtml>
22. festival.1september.ru
23. 86sch-al.edusite.ru

Нормативные документы для работы с детьми группы риска

Международный уровень

1. Конвенция о правах ребёнка (1989г.)
2. Декларация о правах человека и гражданина (1948г.)

Федеральный уровень

- Конституция РФ от 12.12.1993г.
 - Федеральный закон от 24.07.1998г. № 124 «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» (с изменениями от 03.12.2011г.)
 - Федеральный закон от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (с изменениями и дополнениями, ред. от 07.02.2011г.).
 - Федеральный закон от 29.12.2012 №273 «Об образовании в РФ»
 - Закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 20.07.1995г., от 24.11.1995г.
 - Постановление Правительства РФ «Об утверждении порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных учреждениях» от 18.07.1996г. № 861
 - Постановление Правительства РФ «О федеральной целевой программе «Дети России» на 2007 - 2010 годы» от 21.03.2007г. №172 (с изменениями и дополнениями)
 - Постановление Главного государственного санитарного врача РФ "Об обеспечении отдыха, оздоровления и занятости детей в 2011-2012 годах" от 5 мая 2011 г. № 47
 - Письмо Министерства общего и профессионального образования РФ «Рекомендации по организации обучения детей из семей беженцев и вынужденных переселенцев в образовательных учреждениях Российской Федерации» от 07.05.1999г. № 682/11-12
 - Письмо Министерства России от 27.06.2003 №28-51-513/16 « О методических рекомендациях по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно – воспитательном процессе в условиях модернизации образования»
 - Письмо МО РФ «О социальной поддержке детей-инвалидов» от 03.04.2000г. №14-52-246 ин/13.
 - Распоряжение Правительства РФ “О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011 - 2015 годы” от 7 февраля 2011 г. № 163-р
 - Указ Президента РФ от 07.05.2012 №599 «О мерах реализации государственной политики в области образования и науки»
 - Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы, утв. Указом Президента РФ от 01.06.2012 №761
- Региональный уровень**
- Закон ХМАО «О поддержки семьи, материнства, отцовства и детства в ХМАО-Югре» от 07.07.2004г. N245-оз.
 - Закон ХМАО «О мерах по обеспечению прав детей-инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, на образование, воспитание и обучение и о наделении органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями по обеспечению прав

детей-инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, на образование, воспитание и обучение в ХМАО-Югре» от 02. 12.2005г. N2115-оз.

- Закон ХМАО - Югры «О государственно - общественном управлении в сфере общего образования Ханты - Мансийского Автономного - Югры» от 16.10.2006г. N104-оз.

- Закон Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований Ханты-Мансийского автономного округа-Югры отдельными государственными полномочиями по осуществлению деятельности по опеке и попечительству» от 20.07.2007г. №114-оз

- Закон Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «об уполномоченном по правам ребёнка в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре (с изменениями)» от 09.06.2009г. №85-оз

- Закон ХМАО-Югры «О мерах по реализации положения ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» в ХМАО-Югре» от 10.07.2009г. №109-оз.

- Закон Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «О мерах по реализации отдельных положений Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре» от 10.07.2009г. №109-оз

- Закон Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Об административных правонарушениях» от 11.06.2010г. №102-оз

Правительство ХМАО-Югры:

- Постановление Думы Ханты-Мансийского АО - Югры "О Законе Ханты-Мансийского автономного округа - Югры "О внесении изменений в Закон ХМАО - Югры "О мерах социальной поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и о наделении органов местного самоуправления муниципальных образований Ханты-Мансийского автономного округа - Югры отдельными государственными полномочиями по предоставлению и обеспечению мер социальной поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в ХМАО - Югре" от 15 февраля 2008 г. N 2509

- Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О внесении изменений в постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О реализации Закона Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 24 декабря 2007 года № 197-оз «О государственной социальной помощи и дополнительных мерах социальной помощи населению Ханты-Мансийского автономного округа - Югры»» от 06 марта 2008 года № 49-п

- Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О порядке организации на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры органам опеки и попечительства деятельности по выявлению к учёту детей, права и законные интересы которых нарушены» от 2.09.2009г. № 232-п

- Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О регулировании отдельных вопросов в сферах организации и обеспечения отдыха и оздоровления детей, проживающих в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре» (с изменениями) от 27.01.2010г. № 22-п

- Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О целевой программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Дети Югры» на 2011-2015 годы (с изменениями)» от 9.10.2010г. № 247 -п
- Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О порядке компенсации расходов на проезд детей из многодетных семей к месту отдыха, оздоровления и обратно и порядке выделения путёвок в организации, обеспечивающие отдых и оздоровление, детям коренных малочисленных народов Севера» от 14.04.2011г. № 120-п
- Постановление Правительства ХМАО-Югры «О порядке организации на территории ХМАО - Югры органом опеки и попечительства деятельности по выявлению и учету детей, права и законные интересы которых нарушены» от 2 сентября 2009 г № 232-п
- Постановление Правительства ХМАО - Югры «Об утверждении порядка обучения детей-инвалидов по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому» от 06.05.2006г. N2100-п.
- Постановление губернатора ХМАО «О положении о комиссиях по делам несовершеннолетних, защите их прав ХМАО» от 17.11.1998г. № 481.
- Приложение к постановлению губернатора ХМАО-Югры «Положение о комиссиях по делам несовершеннолетних, защите их прав ХМАО».
- Приказ ДОиН «Об исполнении Постановления Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве ХМАО - Югры от 17.08.2006г. №11 «О защите прав и законных интересов детей-инвалидов в ХМАО - Югре» от 26.10.2006г. №1248.
- Распоряжение Правительства Ханты – Мансийского автономного округа – Югры «О комплексе мер по организации отдыха и оздоровление детей, проживающих в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2012г (2013г)» от 16.12.2011г. № 720-рп
- Разъяснение ДОиН «По вопросам поступления и обучения социально незащищенных граждан» (приложение) от 07.06.2006г. № 3251.

Работа социального педагога ОУ

Формы и методы работы, применяемые социальным педагогом в социально-психологическом сопровождении семей, находящихся в зоне социально-экономического и психолого-педагогического риска

Диагностика семейных проблем	Индивидуальная и групповая просветительская работа с семьей	Профилактические мероприятия	Социально-педагогическая защита прав ребенка
Наблюдение специалистов (классный руководитель, социальный педагог, медик, психолог и т.д.)	Памятка для родителей	Родительские лекторий, индивидуальные консультации, плановые беседы	Выявление и поддержка детей, нуждающихся в социальной защите: опекаемых, инвалидов, малообеспеченных и т.д.
Анкетирование детей и родителей с целью изучения морально-психологического фона семьи как воздействующего фактора на личность ребенка	Методические рекомендации для родителей	Профорентация и трудоустройство учащихся из семей зоны риска	Защита прав и интересов ребенка в различных инстанциях (суд, прокуратура, Комиссия по делам несовершеннолетних и т.д.)
Тестирование	Консультация родителей по запросам	Трудоустройство о учащихся в летний период	Индивидуальная помощь детям, подвергшимся психологическому и физическому насилию в семье
Анализ документации (личных дел, журналов и т.п.)	Индивидуальные беседы	Оказание материальной помощи (по мере возможности)	Индивидуальный патронаж
Анализ продуктов детского творчества	Родительский клуб	Создание памяток и методических рекомендаций	
Составление социальных паспортов классов	Участие в родительских собраниях	Привлечение учащихся из семей зоны риска к участию в детском самоуправлении	
Создание банка данных семей учащихся, находящихся в зоне социального риска.			

Диагностический инструментарий социального педагога

Наименование методики	Назначение методики	Категория (с кем проводится)	Форма проведения
Изучение социальной ситуации развития ребенка			
Социальный паспорт класса (группы)	Выявление детей группы риска, нуждающихся в социально-педагогическом сопровождении. Проводится анализ социальных паспортов классов (групп) ОУ	Классы (группы), классные руководители	Бланк-анкета заполняется воспитателем, классным руководителем
Социальная карта личности	Получение информации о личности ребенка: состояние здоровья, психосоциальное развитие, личностные особенности, проблемы поведения. Проводится в отношении учащихся (воспитанников), имеющих проблемы поведения, находящихся в ситуации социального неблагополучия (семейное, внесемейное окружение, социальная среда и т.п.)	Педагоги, классные руководители, работающие с детьми школьного возраста	Заполняется классными руководителями; возможен вариант беседы
Анализ факторов социального неблагополучия			
Матрица определения социально благополучия ребенка (Беличева С. А., Дементьева И. Ф.)	Выявление факторов (сфер) социального неблагополучия ребенка, определение принадлежности ребенка к группе риска. Приводится в комплексе с другими методиками, выявляющими индивидуальные особенности и социальную ситуацию детей «группы риска»	Дети дошкольного и школьного возраста	В форме беседы, экспертных опросов
Карта (акт) обследования жизненного пространства ребенка	Изучение условий проживания ребенка в семье с целью выявления степени неблагополучия, оценки возможности проживания ребенка в семье. Проводится в случаях, когда есть информация о явном неблагополучии (социальной опасности) проживания ребенка в семье	Жилищные условия, среда проживания ребенка	Наблюдение, осмотр (в ситуации, когда есть основания предполагать, что ребенок проживает в неблагоприятных для его развития, состояния здоровья и т.д. условиях)
Изучение семьи ребенка, детско-родительских отношений			
Паспорт семьи	Составление социально-психологического паспорта семьи, выявление «проблемных сфер» для	Семья ребенка	Беседа с ребенком, родителями, анализ данных посещения семьи

	определения возможных форм социально-педагогической помощи семье		
Выявление нарушений поведения, социальной дезадаптации			
Карта обследования социально дезадаптированных несовершеннолетних: анализ условий воспитания и социального развития подростка (Белечива С. А., Дементьева И. Ф.)	Выявление условий воспитания, факторов семьи и внесемейного окружения. Выявление проблем поведения, волевой сферы, социальных отношений, ценностных ориентаций, общей культуры, склонностей к употреблению ПАВ. Позволяет выявить «проблемное поле» личности, риска социальной дезадаптированности	Учащиеся подросткового и юношеского возраста	Экспертный опрос, беседа с педагогами, родителями
Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (Орел А. Н.)	Выявление склонности лиц мужского пола к различным формам девиантного поведения		Индивидуально с учащимися старшего подросткового и раннего юношеского возраста; обработка и интерпретация результатов – с помощью психолога
Изучение личности ребенка			
Методика диагностики социально-психологической адаптации подростков К. Роджерса и Р. Даймонда	Анализ уровня социально-психологической адаптированности подростков, выявление сферы социальной дезадаптации. Анализ результатов диагностики дает возможность социальному педагогу выявить подростков, нуждающихся в социально-педагогической поддержке	Учащиеся подросткового и юношеского возраста	Индивидуальная работа с бланком опросника. Обработка и интерпретация результатов проводится с помощью психолога

Примерный перечень документов социального педагога

1. Портфолио.
2. Паспорт микрорайона школы.
3. Должностная инструкция.
4. Календарный план на год, на месяц.
5. График работы на неделю.
 - б. Положение о кабинете социального педагога.
7. Аналитический отчет работе за прошлый год.
8. Перечень проектов и программ по различным направлениям
9. Перечень взаимодействия с другими организациями (наименование, Ф.И.О руководителя, контактный телефон).

Документы по взаимодействию с неблагополучными семьями

1. Папка со списками семей

- малообеспеченных;
 - неполных;
 - с детьми-инвалидами;
 - с детьми-сиротами;
 - с безработными родителями.
2. Списки учеников, систематически пропускающих занятия
 3. Списки учеников, эпизодически пропускающих занятия.
 4. Списки детей, стоящих на внутришкольном контроле.
 5. Списки детей, состоящих на учете в комиссии по делам несовершеннолетних.

На каждого ребенка из «группы риска»

1. Папка с картотекой.

В этой картотеке помещаются основные данные: фамилия и имя учащегося, год рождения. ФИО родителей, адрес проживания, контактный телефон. Школьная картотека «группы риска» должна являться накопительной, где фиксируются правонарушения, отклонения в поведении, жалобы со стороны учите ей. учащихся, а также принятые меры, как классным руководителем, так и социально-психологической службой школы.

Картотека учащихся ОУ должна начинаться со сводной таблицы, которая позволяет свести нее данные в одну единую систему информации, ее в свою очередь можно использовать в качестве отчетного материала для предоставления вышестоящим организациям. Далее в произвольной форме приводятся конкретные жалобы классных руководителей, учителей-предметников, учащихся, родителей и мероприятия, предпринятые для разрешения сложившихся ситуаций, или профилактические меры с указанием даты их проведения;

- карта семьи;
- индивидуальная карта по работе с ребенком;
- педагогическая карта;
- социальная карта.

2. Папка с диагностическими материалами (диагностика по изучению педагогов, учеников, классов, родителей).

3. Папка по учету правонарушений несовершеннолетних.

4. Папка по опеке и попечительству:

- социальная карта;

- данные опекуна (Ф.И.О., место работы, должность, адрес места жительства, контактный телефон);
- постановление об опеке над несовершеннолетним);
- акт обследования условий жизни и воспитания подопечного.

5. Методические рекомендации, по семенному воспитанию (папка по работе с родителями).

6. Нормативные правовые документы (папка с документами).

7. Данные по изучению социального состава семьи. Акты обследования материально-бытовых условий,

8. Личные дела выбывших учащихся (папка с личными делами выбывших учащихся).

9. Папка с характеристиками учащихся.

10. Папка по Совету по профилактике правонарушений несовершеннолетних:

- приказ директора о назначении Совета;
- Положение о Совете по профилактике правонарушений несовершеннолетних.
- Правила постановки детей на внутришкольный учет;
- протоколы.

Социальный паспорт личности ребенка**1. Общие сведения о ребенке. Анкетные данные:**

фамилия, имя,
дата рождения,
- класс, школа,
домашний адрес.

II. Сведения о семье и взаимоотношениях в ней**1. Состав семьи:**

полная,
один из родителей,
распавшаяся.

2. Возраст, образование, профессия:

-отец,
-мать,
- другие члены семьи.

3. Взаимоотношение родителей между собой:

уважительные,
напряженные,
конфликтные.

4. Взаимоотношения родителей с ребенком:

доверительно-уважительные,
авторитарные,
конфликтные.

5. Материальное положение семьи:

- крайне низкое,
- ниже среднего,
- среднее,
- достаточно высокое,
- высокое.

6. Жилищные условия:

- отдельная квартира,
- коммунальная квартира,
- общежитие.

7. Условия жизни подростка:

- отдельная комната,
- уголок в общей комнате,
- свой письменный стол,
- отдельное спальное место,
- общая кровать с кем – то.

8. Часто ли подросток пропускает занятия по неуважительным причинам?

- Да,
- Нет,
- Относительно редко.

9. Часто ли подросток приходит в школу без школьных принадлежностей?

- Да,
- Нет,
- Относительно редко.

10. Выглядит ли подросток неухоженным:

- приходит в школу грязный,
- приходит в школу в порванной одежде,
- приходит в школу голодный.

11. Есть ли признаки насилия над ребенком в семье:

- синяки,
- затравленный взгляд,
- страх при повышении голоса,

12. Занимается ли подросток попрошайничеством:

- Да,
- Нет.

13. Существуют ли у родителей подростка проблемы (алкоголизм, асоциальное поведение):

- Да,
- Нет,

14. Часто ли подросток не выполняет домашние задания:

- Да,
- Нет,
- Относительно редко.

III. Личностная карта подростка (специальная диагностика)

1. Направленность интересов:

- на учебную деятельность,
- на трудовую деятельность,
- на художественно-эстетическую деятельность,
- на достижения в спорте, туризме,
- на отношения между людьми.

2. Активность:

- активно участвует во всех общественных делах,
- не проявляет активности в общественной жизни, но поручения выполняет,
- редко принимает участие в общественных делах,
- отказывается участвовать в общественных делах.

3. Ответственность:

- всегда хорошо и в срок выполняет любое порученное ему дело,
- часто не выполняет в срок порученное ему дело,
- очень редко выполняет порученное ему дело,
- никогда не доводит до конца порученное ему дело.

4. Инициативность:

- выступает зачинателем многих дел, не стремясь получить за это никакого признания,
- редко сам начинает новое дело,
- никогда не выступает зачинателем какого-либо дела.

5. Общительность:

- всегда охотно вступает в контакт с людьми,
- стремится общаться с ограниченным кругом людей,
- предпочитает индивидуальные формы работы и отдыха,
- замкнут, не общителен.

6. Уверенность в себе:

- поручения выполняет без помощи других, обращается за помощью только в случае действительной необходимости,
- выполняя трудную задачу, обращается за помощью, хотя мог бы справиться сам,

-часто при выполнении заданий просит помощи, поддержки других, даже если сам может справиться,

- постоянно, даже в простых делах, нуждается в одобрении и помощи других.

7. Решительность:

в большинстве случаев самостоятельно принимает ответственное решение, иногда колеблется перед ответственным решением, редко решается принимать какое-либо ответственное решение, не в состоянии самостоятельно принять какое-либо ответственное решение.

4. Положение ребенка в коллективе

1. Авторитет в группе:

пользуется авторитетом среди большинства сокурсников, пользуется авторитетом только у части одноклассников, пользуется авторитетом у отдельных учащихся, авторитетом не пользуется.

2. Симпатии:

является любимцем группы, ему прощаются отдельные недостатки, в группе ребята относятся к нему с симпатией, пользуется симпатией у отдельных ребят, в классе его не уважают.

3. Проявление агрессии:

использует физическую силу против сверстников и других лиц, при малейшем возбуждении проявляет грубость, резкость, агрессивность проявляется через угрозы, ругань, враждебные выкрики (без применения физической силы).

5. Отклонения от социальных и культурных норм и в поведении

1. Отношение к алкоголю:

-злоупотребление алкоголем, либо регулярное употребление наркотиков, токсических веществ, эпизодическое употребление алкоголя и токсических веществ, нейтральное, терпимое отношение к алкоголю, непонимание вреда, который приносят алкоголь и токсические вещества, осознанный отказ от употребления спиртного, связанный с пониманием опасности употребления алкоголя.

2. Отношение к курению:

неприятие курения, осознанный, самостоятельный отказ от курения, воздержание от курения из-за ориентации на запрет, эпизодическое курение, - закрепившаяся привычка к курению.

3. Культура речи:

нормальная, живая, культурная речь, избегание нецензурных выражений, эпизодическое сквернословие, - сквернословие в общественных местах, в присутствии девушек, женщин, взрослых.

Анкета для обратившихся за психологической помощью

Дата первой консультации _____ Место проведения _____

Фамилия консультанта _____

1. Имя обратившегося _____

2. Возраст _____ Телефон _____

3. Насилие произошло: в настоящем (когда) _____ в прошлом (когда) _____

4. Где произошло насилие:

- Дома у жертвы
- Дома у насильника
- На улице
- Другое (указать)

5. Пол насильника:

- Муж
- Жен

6. Количество насильников: один, несколько (сколько)
(нужное подчеркнуть)

7. Возраст насильника _____

8. Характер насилия (изнасилование, инцест, сексуальное домогательство и т.д.) _____

9. Продолжительность насилия:

- Единичный случай;
- Неоднократно;
- Многократно.

10. Способ принуждения к насилию:

- Угроза физического насилия;
- Побои;
- Шантаж;
- Подкуп;
- Использование зависимого положения (социально-экономической зависимости);
- Обман доверия;
- Другое _____

11. Последствия события:

Мед. Обследование проводилось: да нет

(нужное подчеркнуть)

Нанесены травмы _____

- Заражение ЗПП: да нет
 (нужное подчеркнуть)
- Беременность: да нет
 (нужное подчеркнуть)
- Заявление в милицию: да нет
 (нужное подчеркнуть)
- Результат обращения

12. Содержание истории обратившегося

13. Продолжительность консультации

14. Заключение (оказанная помощь)

**Модель социально-психологической поддержки семьи и детей
в случае жестокого обращения с детьми**

Этапы работы	Исполнители	Формы работы
Сбор информации о фактах насилия	Управление социальной защиты; КДН; ОППН; Служба участковых инспекторов милиции; Органы опеки и попечительства; Органы образования; Органы здравоохранения.	Предоставление и сбор информации из разных источников; участие всех служб в городских мероприятиях и рейдах по профилактике безнадзорности несовершеннолетних.
Обследование жилищно-бытовых условий социально неблагополучных семей	Управление социальной защиты; КДН; ОППН; Служба участковых инспекторов милиции; Органы опеки и попечительства; Органы образования; Органы здравоохранения.	Социальный патронаж
Выявление проблем в социальном положении ребенка и семьи; психолого-педагогическая диагностика ребенка и его семьи; формирование у родителей мотивации на изменение и работу с консультантами; психологическая поддержка ребенка.	Учреждения социальной защиты; центры помощи семье и детям; органы опеки и попечительства; органы образования; органы здравоохранения; кризисный центр.	Первичный прием семьи; беседа с родителями; психодиагностика с использованием методик анализа семейных и детско-родительских отношений; консультирование родителей; консультирование ребенка.
Разработка индивидуально-реабилитационной программы	Социально-реабилитационные центры; органы опеки и попечительства; КДН; общественные организации.	Медико-психолого-педагогические консилиумы; заседания межведомственных комиссий; заседания КДН.
Реализация программы реабилитации семьи с периодическим подведением итогов	Управление социальной защиты; КДН; социально-реабилитационные центры, учреждения социальной защиты; органы опеки и попечительства; органы образования; органы здравоохранения	Индивидуальная психологическая или психотерапевтическая работа с ребенком; индивидуальная психологическая или психотерапевтическая работа с родителями; тренинговая работа с родителями; обучение родителей навыкам конструктивного взаимодействия.
Социализация ребенка, создание позитивных изменений	Социально-психологическая служба центра; управление социальной защиты; КДН; социально-реабилитационные центры; органы опеки и попечительства; органы образования	

Методика «Несуществующее животное»

Для изучения личности ребенка вполне можно использовать проективный тест «Несуществующее животное». Для работы потребуется лист бумаги, простой мягкий карандаш и резинка. Лист лучше брать белый. Карандашом средней мягкости, простой ручкой или фломастером рисовать нельзя [1].

Инструкция: Придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим именем.

Показатели и интерпретация.

Положение рисунка на листе. В норме рисунок расположен по средней линии стандартного вертикального листа.

Положение рисунка ближе к верхнему краю листа (чем ближе, тем более выражено) трактуется как высокая самооценка и недовольство собственным положением в социуме и недостаточностью признания со стороны окружающих; претензией на продвижение, тенденция к самоутверждению, претензия на признание.

Положение рисунка в нижней части – обратные показатели: неуверенность в себе, низкая самооценка, подавленность, нерешительность, неуверенность, незаинтересованность в своем социальном положении, признании, отсутствие тенденции к самоутверждению.

Центральная смысловая часть фигуры (голова или заменяющие ее детали). Голова, повернутая вправо – устойчивая тенденция к деятельности – почти все, что задумывается или планируется, осуществляется или, по крайней мере, начинает осуществляться, если даже не доводится до конца (человек активно переходит к реализации своих планов, наклонностей).

Голова, повернутая влево – тенденция к рефлексии, размышлению. Испытуемый «не человек действия», лишь незначительная часть замыслов реализуется или начинает реализовываться. Нередки нерешительность, страх, боязнь перед активным действием (что именно надо выяснить дополнительно).

Положение анфас, т.е. голова, направленная на рисующего, трактуется как эгоцентризм. На голове расположены детали, соответствующие органам чувств – уши, рот, глаза.

Глазам придается особое значение. Это символ присущего человеку страха (японский рисунок после Хиросимы). Это значение особенно подчеркивается резкой подрисовкой радужки. Обратите внимание на наличие или отсутствие ресниц. Ресницы – показатель истероидно-демонстративных манер. Для мужчин женственные черты характера с подрисовкой радужки или зрачка совпадают редко. Ресницы – также заинтересованность в восхищении окружающих внешней красотой и манерой одеваться, придание этому большого значения.

Значение детали «уши» прямое: заинтересованность в информации, значимость мнения окружающих для себя (дополнительно по другим показателям, по их сочетанию определяется, предпринимает ли испытуемый что-либо для положительной оценки или только дает на окружающих соответствующие реакции: радость, гордость, обида, огорчение, не изменяя своего положения).

Деталь «рот» можно оценивать следующим образом. Приоткрытый рот в сочетании с языком – болтливость, в сочетании с подрисовкой губ трактуется как чувствительность. Иногда и то, и другое вместе. Открытый рот без подрисовки губ и языка, особенно зачерченный трактуется как легкость возникновения страхов и опасений, недоверия. Рот с зубами – вербальная агрессия, в большинстве случаев защитная: огрызается, защищается, грубит в ответ на осуждение или порицание. Для детей и подростков значение рта округлой формы означает боязливость и тревогу. Увеличенный (по отношению к фигуре в целом) размер головы говорит о том, что испытуемый ценит рациональное начало, а, возможно, и эрудицию в себе и окружающих [1].

На голове часто расположены дополнительные детали: рога – защиты, агрессия (определить в сочетании с другими признаками агрессии – когтями, щетиной, иглами). Характер этой агрессии – спонтанный или защитно-ответный.

Перья – тенденция к самоукрашению или к самооправданию и демонстративности.

Грива, шерсть, подобие прически – чувствительность, подчеркивание своего пола, иногда ориентировка на свою сексуальную роль.

Несущая часть фигуры (опорная – ноги, лапы, постаменты). Рассматривается отношение этой части ко всей фигуре по размеру и по форме – основательность, обдуманность, рациональность принятия решений, опора на существенную и значимую информацию, на существенные положения; в противном случае – поверхностность суждений, легкомысленность выводов и неосновательность суждений, иногда импульсивность принятия решений – особенно при отсутствии или почти отсутствии ног. Здесь следует обратить внимание на характер соединения ног с корпусом: соединены точно, тщательно или небрежно, слабо, или не соединены совсем. Это характеризует контроль за своими суждениями, выводами, решениями. Однотипность и однонаправленность, а также повторяемость формы ног свидетельствуют о конформности суждений и установок, банальности в принятии решений. Разнообразие в положении этих деталей говорит о своеобразии установок и суждений, самостоятельности, небанальности; соответственно необычность формы – о творческом начале (в норме) или инакомыслии (ближе к патологии).

Части, возвышающиеся над уровнем фигуры. Элементы, расположенные над фигурой, могут быть функциональными или украшающими (крылья, дополнительные ноги, щупальца, детали панциря, перья, бантик, что-то вроде завитушек, кудрей, цветков). Первые – это энергия, охват разных областей человеческой действительности, уверенность в себе, самомнение, неделикатные, неразборчивые отношения с окружающими, либо любознательность, «соучастие» как можно в большем числе мероприятий, завоевание себе «места под солнцем», увлеченность своей деятельностью, смелыми мероприятиями. Вторые – демонстративность, стремление обратить на себя внимание, манерность.

Хвост – выражает отношение к собственным действиям, поступкам, решениям, размышлениям, вербальной продукции. По тому, повернут на рисунке хвост вправо (положительное отношение) или влево (отрицательное отношение), судят об окраске этого отношения. Кроме того, дополнительными показателями при оценке является направленность хвоста: хвост, направленный вверх, - уверенность, положительная окраска, бодрость; хвост, падающий вниз, - показывает недовольство собой, подавленность, сожаление, раскаяние и т.д. Особое внимание следует обратить на хвосты пышные, длинные, разветвленные. Их направленность также имеет значение: вправо – по

поводу своих действий или поведения, влево – по поводу своих мыслей, решений, пропущенного момента, собственной нерешительности [1].

Контур фигуры. Важно наличие или отсутствие выступов (типа щипов, панциря, игл, прорисовки или затемнения линий контура) – это защита от окружающих. Агрессивная защита – если рисунок выполнен с острыми углами; страх или тревога – если есть затемнение контурной линии; опасение и подозрительность – если поставлены щиты, «заслоны». Направленность выступов вверх – защита от людей, реально имеющих возможность наложить запрет, ограничение, осуществить принуждение, т.е. против старших по возрасту, родителей, учителей, начальников, руководителей. Направленность выступов вниз – защита от насмешек, непризнания, отсутствия авторитетов у нижестоящих подчиненных, боязнь осуждений. Боковые выступы – недифференцированная опасливость, готовность к защите и самозащите любого порядка и в разных ситуациях. То же самое – элементы защиты, расположенные не по контуру, на самом корпусе животного: справа – защита больше в процессе деятельности (реальной), слева – защита своих мнений, убеждений, вкусов.

Общая энергия. Энергия оценивается количеством изображенных деталей. Отмечается, нарисованы ли только необходимые элементы, чтобы дать представление о животном (тело, голова, конечности и т.д.), заполнены ли контуры, имеются ли штриховка и дополнительные линии или щедро изображены не только необходимые, но и усложняющие конструкцию дополнительные детали. Соответственно, чем выше энергия, тем больше деталей, и, наоборот, отсутствие таковых – экономия энергии, астеничность, органика. В этом случае можно предположить хроническое соматическое заболевание. То же подтверждается характером линий: при астении – слабая, паутинообразная. Противоположный характер линий (жирные с нажимом) не является полярным. Это свидетельство тревожности, а не энергий. Особенно следует обратить внимание на продавленные линии, видимые даже с обратной стороны листа (судорожный, высокий тонус мышц рисующей руки – резкая тревожность). Важно отметить, какая деталь, какой символ выполнен подобным образом, к чему привязана тревожность.

Тема рисунка. Тематически животные делятся на угрожающих, угрожаемых и нейтральных. Это отношение испытуемого к своему «Я», представление о своем положении в мире, об идентификации себя по значению с животными. В данном случае, рисуемое животное – представитель самого рисующего.

Уподобление животного человеку. Постановка животного в положение прямохождения (две лапы, вместо четырех и более), одевание животного в человеческую одежду, похожесть морды на лицо, ног и лап на руки – свидетельствуют об инфантилизме, эмоциональной незрелости. Механизм уподобления сходен с аллегорическим значением животных и их характеров в сказках, притчах. Фигура круга, особенно ничем не заполненного, символизирует тенденцию к сокрытию, замкнутости своего внутреннего мира, нежеланию. Подвергаться тестированию. Акцент на сексуальных признаках (вымя, соски, грудь при человеческой фигуре) – это отношение к полу, фиксация на проблемах секса.

Творческие возможности. О творческом начале обычно можно судить по количеству сочетающихся в фигуре элементов. Банальность, отсутствие творческого начала характеризуется изображением реального, существующего животного.

1.Название. В названиях изображенного «животного» могут рационально соединяться смысловые части («Летающий заяц», «Бегемот»), а также использоваться

словообразования с книжно-научным, иногда латинским суффиксом или окончанием («Реболетиус», «Воплиолярис»). Первый вариант свидетельствует о рациональности, определенной ориентации. Второй вариант говорит о демонстративности (разума, эрудиции). Встречаются названия поверхностно-звуковые без всякого осмысления («Гряктер», «Лелые»), отражающие легкомыслие [Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. – М.: «Академия», 2005. – 288с.].

Наблюдаются и иронически-юмористические названия («Рипочурка», «Давашпор», «Пузыриес»), характеризующие соответствующие отношение к окружающему. Инфантильные названия имеют обычно повторяющиеся элементы («Трутру»). Склонность к фантазированию (чаще всего защитного порядка) выражается непомерно длинным названием.

Арт-терапия с детьми-жертвами насилия

Поскольку насилие является сложным предметом для обсуждения, в частности, из-за того, что жертвы насилия часто подвергаются шантажу во избежание разглашения обстоятельств преступления, арт-терапевтический подход – это менее травматичная для ребенка форма установления диалога. Целью профессионального вмешательства является деятельность, направленная на мобилизацию внутренних резервов психики ребенка, и тем самым достижения его психологической реабилитации. Основанием для использования арт-терапевтических технологий служит то, что несмотря на наличие серьезных психологических проблем, ребенок не имеет возможности рассказать о тревоге и боли. Проекция своих чувств на работу является менее травматичным действием вследствие символизации, отстраненности от травмирующего агента. Использование визуального канала коммуникации имеет ряд достоинств. Изобразительное творчество помогает восстановить чувство собственного достоинства и способствовать выражению подавленных чувств.

2. Особенности, планирование, продолжительность и применение об арт-терапевтическом сопровождении детей, можно обратиться к книге Сучковой Н.О. «Арт-терапия в работе с детьми из неблагополучных семей». [17]. В данном приложении мы представляем ряд техник для работы с детьми по арт-терапевтическому сопровождению.

«Свободный рисунок в круге»

Цель: налаживание коммуникации, объединение, гармонизация эмоционального состояния.

Материалы: большой лист бумаги в виде круга, краски, кисти, емкость с водой.

Инструкция: Детям предлагается по очереди рисовать друг другу дороги в круге.

«Рисование по сырому листу»

Цель: Снятие напряжения, тактильная стимуляция, гармонизация эмоционального состояния, развитие воображения.

Материалы: Акварель, кисть, емкость с водой, губка.

Инструкция: Попросить ребенка намочить губкой лист бумаги и ставить на нем точки, рисовать линии, наблюдая, как растекаются краски.

«Водный салют»

Цель: Снятие напряжения, тактильная стимуляция, отреагирование эмоций, развитие воображения.

Материалы: акварель, кисть, раковина с водой.

Инструкция: попросить ребенка рисовать на воде, разглядывать получившиеся фигуры.

Примечание: для ввода ребенка в занятие при работе с фобиями можно прочесть стихотворение:

Страшно очень – не беда,
Пусть поможет мне вода.
Краской крашу, отпускаю,

Не боюсь и не скучаю.

«Мелки – наперегонки»

Цель: отреагирование напряжения и агрессивных тенденций, гармонизация эмоционального состояния, физическая и эмоциональная стимуляция.

Материалы: мелки, лист картона.

Инструкция: Ребенок в разном темпе (медленно-быстро) делает штрихи на листе.

«Разноцветие камней»

Цель: снятие напряжения, тактильная стимуляция.

Материалы: камни, гуашь, кисти, емкость с водой.

Инструкция: попросить ребенка раскрасить камни так, как он бы хотел.

«Картины»

Цель: развитие моторики, тактильная стимуляция, развитие навыков выбора и «принятия границ», гармонизация эмоционального состояния [17].

Материалы: коробки разных размеров, бумага разной текстуры, краски, кисти, емкость с водой.

Инструкция: предложить ребенку выбрать любую из коробок, наклеить бумагу, не выходя за пределы коробки, раскрасить ее по своему усмотрению.

«Лицо»

Цель: познание внутреннего мира ребенка, проработка темы взаимоотношений с родителями

Материалы: шаблоны с изображением лиц (женского, мужского, детского), краски, кисточки, тени, помады.

Инструкция: ребенка просят раскрасить шаблоны лиц, при желании прокомментировать свою работу.

«Орнамент»

Цель: развитие моторики, пространственных представлений, чувства ритма, стабилизация психоэмоционального состояния, упорядочивание переживаний.

Материалы: картинки с орнаментами, материалы для изодетальности (краски, мелки, пластилин) бумага.

Инструкция: предложить ребенку рассмотреть предложенные орнаменты, а затем изобразить на основе полученных впечатлений все, что он захочет.

Примечание: обратить особое внимание на то, какой из орнаментов ребенок выбирает (черно-белый, цветной, смешанный).

«Семья»

Цель: выявление эмоционального состояния ребенка, чувств и представлений, связанных с детско-родительскими отношениями, исследование особенностей взаимодействия ребенка с миром.

Материалы: шаблоны фигур (женской, мужской, детской), краски, кисточки, емкость с водой.

Инструкция: ребенка просят раскрасить шаблоны фигур, при желании прокомментировать свою работу.

«Зеркальный монстр»

Цель: Снятие напряжения, преодоление тревожно-фобических реакций. С одной стороны, ребенок видит в зеркале свое отражение через нарисованный страх (метафора того, что тело ребенка наполнено страхом), с другой стороны, есть возможность отстраниться от страха, сохранить контроль над ним.

Материалы: зеркало в полный рост ребенка, краски, кисточки, емкость с водой.

Инструкция: попросить ребенка нарисовать на зеркале то, что его пугает, его страх.

«Маска»

Цель: осознание и отреагирование чувств.

Материалы: заготовка маске из гипса, гуашь, кисточки, емкость с водой.

Инструкция: предложить ребенку раскрасить маску так, как он бы хотел.

«Создание образов в цвете»

Цель: Развитие эмоциональной сферы, отреагирование эмоций, стимуляция.

Материалы: болванки (деревянные), краски, кисти, емкость с водой.

Инструкция: специалист подготавливает детей к работе: «Один, два, три, четыре, пять. Вышла кисточка гулять. Поиграла, поплясала, захотела рисовать». Далее детям предлагается закрасить болванки так, как им хочется. Специалист обращает внимание на характер болванки (характеристика по выбору фигур).

«Разноцветные листы»

Цель: Совершенствование механизмов саморегуляции, тренировка последовательности действий [17].

Материалы: четыре больших листа бумаги, гуашь, кисть, емкость с водой, скотч, ножницы.

Инструкция: Ребенок поочередно закрашивает листы бумаги (красным, желтым, синим, зеленым), после чего в этой же последовательности вывешивает листы на стену, закрывая один другим.

«Пластилин-силач»

Цель: отреагирование эмоций и агрессивных тенденций, снятие напряжения.

Материалы: пластилин, лист картона.

Инструкция: ребенок, открывая небольшие кусочки пластилина, размазывает их по листу, создавая тоненький слой, при желании может соскоблить его с листа с помощью ножечка для пластилина, что требует дополнительных физических и эмоциональных сил.

«Чудо-кактус»

Цель: гармонизация эмоционального состояния, сенсорная стимуляция. Техника направлена на проработку психологических проблем у агрессивных детей. За счет работы с пластилином, сложного для ребенка процесса разминания блоков происходит переход внутреннего напряжения в материал. Получившийся кактус является контейнером эмоций

ребенка. Колбочки служат символом агрессивных реакций ребенка на окружающий мир, а момент прикрепления к этим колбочкам цветов может нести в себе коррекционное действие.

Материалы: терапевтическая сказка «Чудо-кактус», пластилин, зубочистки, шаблоны цветов из разноцветной бумаги.

Инструкция: На золотых песчаных просторах жил сердитый кактус. Он был таким мрачным и колючим, что вокруг него образовалась огромная невидимая преграда. И всякий, кто приближался к нему ближе, чем его колбочки, каждый раз «ойкал» от неприятных уколов. Поэтому все в округе называли кактус «Дерущаяся злюка». Из всех углов только и слышалось «Ты не ходи этой дорогой, так Дерущаяся Злюка!» или «Дерущаяся Злюка опять подрался!», «Дерущуюся Злюку чаще нужно наказывать, вот тогда он перестанет вредничать». Но надо сказать, что после таких слов колбочки у кактуса росли еще больше и становились намного острее, чем были. И в тот момент, когда колбочки стали совсем огромными, а солнце очень жарким, вдруг пошел дождь. Его капли были такими большими и свежими, что все обитатели песчаных просторов стали бегать под дождем, прыгать через лужи и громко смеяться. Спустя какое-то время дождь закончился. Выглянуло солнышко и стало щекотать своими лучами обитателей песчаных просторов... и тут один из участников такого веселья заметил, что на кактусе стали появляться красивые цветы. Тогда он подошел к Дерущейся Злюке, стал смеяться и петь песни. Цветов на кактусе становилось все больше, а колбочки становились все меньше. Увидев это, все жители стали петь песни и смеяться, встав как можно ближе к Дерущейся Злюке. О чудо! Колбочки исчезли совсем. Теперь на кактусе было много красивых ароматных цветов, а Дерущегося Злюку все стали называть Чудо-Кактус!

После прослушивания сказки ребенок лепит кактус, протыкает его зубочистками, украшает цветами.

«Кондитер»

Цель: снятие напряжения, повышение самооценки, исследование чувств и представлений, связанных с образом дома [17].

Материалы: коробка из-под конфет, пластилин (если позволяют физические способности ребенка), гель с блестками.

Инструкция: попросить детей слепить конфетки, «заселить их в домики», украсить гелем с блестками.

**Анкета для подростков
«Насилие и дети»**

1. Ваш пол:

- Мужской
- Женский

2. Возраст _____

3. Допускал ли кто-нибудь по отношению к вам насилие?

- Да
- Нет
- Затрудняюсь ответить

4. Испытывали ли вы насилие по отношению к себе от сверстников в школе?

- Да - физическое; эмоциональное; сексуальное (нужное подчеркнуть);
- Нет

5. Испытывали ли вы насилие по отношению к себе в школе со стороны учителей?

- Да – физическое; эмоциональное; сексуальное (нужное подчеркнуть);
- Нет

6. Испытывали ли вы насилие по отношению к себе дома?

- Да – физическое; эмоциональное; сексуальное (нужное подчеркнуть);
- Нет

7. Пытались ли вы защитить себя?

- Да
- Нет

8. Кому вы смогли бы рассказать о случившемся насилии над вами?

- Друзьям
- Родителям
- Учителю
- Брату или сестре
- Психологу в школе
- Медицинскому работнику школы
- Никому
- Затрудняюсь ответить

Признаки сексуального насилия у детей

Сексуальное насилие зачастую сочетается с физическим и психическим насилием, угрозами для жизни и поэтому оказывает психотравмирующее действие и приводит к возникновению у потерпевших острых реакций на стресс, посттравматического стрессового расстройства. Особенно тяжело СН переживают дети, и они развиваются дальше с определенными личностными, эмоциональными и поведенческими особенностями, отрицательно влияющими на их дальнейшую жизнь. СН очень сложно распознать, нет характерных черт. Необходимо учитывать, что признаки СН могут встречаться при других состояниях или психических расстройствах. Поэтому при оценке каждого конкретного случая следует рассматривать весь комплекс симптомов, психологических особенностей, социальных условий и обстоятельств, связанных с насилием над ребенком.

- ребенок обнаруживает странные, несвойственные возрасту сексуальные познания или действия, что проявляется в их поведении, в играх с другими детьми или с игрушками.

- даже маленькие, не достигшие школьного возраста дети, пострадавшие от сексуального насилия, впоследствии сами могут стать инициаторами развратных действий и втягивать в них большое число участников

- ребенок может жаловаться на зуд, воспаление, боль в области гениталий;

- повторяющиеся физические недомогания без видимых оснований: частые боли в животе, постоянная боль в горле, рвота, отказ от пищи или постоянное жевание чего-нибудь, избегание зеркал, повышенная чувствительность к прикосновениям

- беременность, заболевания, передающимися половым путем;

- ребенок скрывает свой секрет (сексуальные отношения со взрослыми или со сверстником) из-за беспомощности и привыкания, а также угрозы со стороны обидчика. Секретные, особые отношения между ребенком и каким-либо взрослым; необоснованные подарки, получаемые ребенком от взрослого.

- стертые личностные границы «Я – это не Я», «Я другая – грязная, испорченная, плохая», «Я- это не мое тело»

- уменьшение степени доверия к другим людям,

- посттравматические реакции: страхи (боязнь конкретного человека или группы людей, боязнь возвращаться домой или, наоборот, оставаться дома в одиночестве, страх перед воображаемыми объектами, ночные кошмары, тревога, депрессия, потеря, чувствительности, судороги, неспособность к заботе (эмпатии), бессонница, пугливость,

- низкий уровень самооценки, неуверенность, ощущение малоценности, которая способствует сохранению и закреплению психологических нарушений, связанных с насилием. Личность с низкой самооценкой переживает чувство вины, стыда, для нее характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности, в том, что "ты хуже всех", вследствие этого ребенку трудно добиться уважения окружающих, успеха, общение его со сверстниками затруднено, возникает отказ от общения и изоляция

- высокая значимость теплых эмоциональных связей, искренних взаимоотношений,

- тихая речь, нарушения речи, трудности концентрации внимания,

- чувства вины, самообвинения, «Если бы ты вел себя хорошо, этого бы не случилось» ,«Мама предупреждала, значит я сама виновата»

- трудности в самостоятельном принятии решений, пассивная позиция
- расстройства эмоциональной регуляции, включая депрессию, ярость, частая смена настроений и другие, а также снижение способности оценивать степень риска, приводящее к саморазрушительному поведению, (злоупотребление алкоголем, токсическими препаратами), неразборчивость в знакомствах, беспорядочные половые связи, самоповреждения, попытки самоубийства (могут выражаться не прямо, а в подверженности несчастным случаям), прогулы в школе, побеги из дома.
- выраженные изменения в поведении, затрудняющие общение (агрессивное, упрямое, деструктивное), а так же, наоборот, пассивное, подчинительное, чрезмерно уступчивое, угодливое.
- возвращение к детской инфантильности (энурез, сосание пальца, безосновательный плач, вспышки необоснованного раздражения) или, наоборот, псевдовзрослое поведение.
- важным показателем служат попытки ребенка рассказать о сексуальном насилии в завуалированной форме (рисунки, реалистические сказки, намеки – «Я знаю одну девочку, она...»).
- ношение закрытой или сексуализированной одежды.
- В сфере мышления:- заторможенность,- проблемы с памятью,- замещение реальности фантазиями,- желание сменить имя,- обращение к себе в третьем лице,- создание воображаемого друга.

**Памятка подросткам
«Общие правила безопасности девушки (юноши)»**

1.Прежде чем куда-то пойти, всегда ставь в известность своих родителей или других взрослых:

- Куда идешь;
- Как будешь добираться;
- Когда вернешься.

2.Говори «НЕТ!»:

- Если кто-то старается дотронуться до тебя так, что ты чувствуешь себя неловко;
- Если кто-то пытается навязать тебе свои правила общения;
- Если тебе предлагают закурить «за компанию» или совершить какой-либо другой поступок – принимай решение самостоятельно.

3.Ты – личность и заслуживаешь того, чтобы чувствовать себя в безопасности.

4.Доверяй своим чувствам и обсуждай со взрослыми проблемы, которые не можешь разрешить самостоятельно.

5.Никогда не поздно попросить о помощи у взрослых. Если взрослых рядом нет, позвони по телефону доверия.

Внимание!

Если тебе предлагают что-то:

➤ Сначала подумай. Хочешь ли ты этого, соответствует ли то, что тебе предлагают, твоим интересам, убеждениям.

- Оцени последствия этого действия.
- Оцени последствия своего отказа.
- Определись со своим решением.
- Отстаивай свое решение.

Для некоторых людей согласиться легче, чем отказать, особенно если другой человек настойчив. Сказать «Да» может означать сделать хуже себе, а сказать «Нет» - сделать хуже другим. Если человек говорит «Нет», он может почувствовать себя виноватым и одиноким.

Умей сказать «Нет!»

Чтобы сказать «Нет», нужно следовать простым правилам:

- 1.Выслушать просьбу спокойно и доброжелательно.
- 2.Попросить разъяснения, если что-то неясно.
- 3.Остаться спокойным, принять решение и сказать «Нет».
- 4.Объяснить, почему ты говоришь «Нет».
- 5.Если настаивают, повторить «Нет» спокойно, но твердо и без объяснений.

Почему бывает трудно сказать «Нет»:

1.Человек не уверен в себе, например, находится в малознакомой компании, над ним подшучивают, ловят «на слабо», или ему кто-то нравится, и он стремится показать себя «в лучшем свете».

2.Самоконтроль человека снижен, например, в состоянии болезни (даже простуды), потому что устал, не выспался или находится под действием алкоголя или других психоактивных веществ.

В состоянии сниженного самоконтроля важно быть в безопасности. Если ты сам не можешь обеспечить себе безопасность, будь рядом с тем, кто не теряет самоконтроль и может помочь тебе отстоять себя, твои интересы и здоровье (родители, друзья, взрослые).

3. Человек оказался в компании, где все ведут себя рискованно, и, отстаивая себя и свое здоровье, он становится «белой вороной».

Если твердо сказать «Нет» не получается, можно предпринять какой-то из «обходных маневров»:

- Попробуй найти «союзника» - возможно, не все в компании хотят делать то, что предлагают тебе. Это позволит снизить давление на тебя.
- Скажи помогающую фразу: «Как-нибудь в другой раз».
- Попытайся сменить тему, предложив какое-то другое занятие.
- Объясни, что не принуждаешь никого из них что-либо делать, и поэтому они так же не должны приставать к тебе.
- Опиши какие-нибудь негативные последствия рискованного поведения («заболеем», «поймают» и т.п.)
- Уйди и не участвуй в нежелательном действии.
- В следующий раз обходи стороной эту компанию.

Правила безопасного поведения:

Прежде чем предпринять что-либо, оцени для себя степень риска попадания в неприятную или опасную историю. Постарайся заранее снизить риск. Например, если приходится возвращаться поздно, то лучше идти длинным путем по освещенным улицам, чем коротким – по темным подворотням.

Ты в опасности, если общаешься с людьми, которые:

- Завидуют тебе, не позволяют заводить других друзей, следят за тобой;
- Угрожают, носят оружие, внушают опасение своими неожиданными реакциями;
- Учиняют разбои, нападения, быстро выходят из себя;
- Зависимы от алкоголя, наркотиков, предлагают или заставляют тебя употреблять их тоже...

Если тебя волнуют эти и другие вопросы по поводу принуждения и угроз в твой адрес, и ты хотел бы обсудить это, то поговори об этом со взрослыми, с другом или позвони по телефону доверия.

Способность сказать «Нет» повышает твою ценность в глазах других людей. Однако эта способность так же важна, как и способность сказать «Да». Важно верно оценивать риски конкретной ситуации, и уметь отстаивать свои интересы. Обычно, если люди уверены в общении, им несложно отстаивать свое мнение и свои интересы.

Правила конструктивного общения:

- Будь хорошим слушателем: поощряй других говорить о самих себе.
- Используй правило «трех плюсов»: улыбка, комплимент, имя собеседника.
- Говори о том, что интересует собеседника.
- Помни: люди склонны слушать другого только после того, как выслушали их.
- Помни: лучший собеседник не тот, кто умеет хорошо говорить, а тот, кто умеет хорошо слушать.
- Никогда не выноси суждения о человеке в целом лишь на основании подмеченных проявлений тела.
- Обращай внимание на так называемые «мелочи» в общении!

Методика определения степени риска совершения суицида.

Предлагаемая методика призвана способствовать психологам, социологам, врачам в установлении степени риска совершения суицида людьми, оказавшимися в тяжелых жизненных ситуациях. Вместе с тем, ее могут использовать педагоги, работники социальных и правоохранительных органов для подтверждения своих выводов о людях, которые по своим поведенческим и другим признакам находятся в условиях жизненного кризиса или в пресуицидальном состоянии.

Основу методики составляет специальная карта, в которую включен 31 фактор риска суицида. Наличие и степень выраженности каждого из этих факторов необходимо установить у обследуемого индивида. Сбор необходимой информации осуществляется традиционными методами, которые широко используются психологами: наблюдение, индивидуальные беседы, изучение и анализ документов. Лучше узнать человека помогает обобщение мнений о нем знакомых с ним людей, сопоставление результатов наблюдений и выводов, сделанных из бесед с его окружением.

Квалифицированную помощь в более глубоком изучении человека могут оказать медицинские работники. Проводя амбулаторные приемы, постоянно общаясь с пациентами, врач имеет возможность систематически наблюдать за их поведением, определять психологические особенности и выявлять причины тех или иных отклонений в поведении. Многие нужные сведения можно получить из общения с родителями, близкими и друзьями, одноклассниками и сослуживцами потенциального суицидента.

Достоверность методики повышается с расширением источников информации и способов изучения личности.

На основании материала, предшествующего изучению личности исследуемого, а также по результатам свободной беседы с ним необходимо отметить наличие выраженности у него перечисленных в карте факторов. При этом напротив каждого фактора следует поставить его условный «вес» в соответствии с таблицей. Так, например, при наличии факторов 8, 9, 11—31 напротив них ставится «вес» +1; если они слабо выражены, то +0,5; если не выявлены — 0; если фактор отсутствует — ставится —0,5. «Вес» факторов 5—7 оценивается баллами от -0,5 до +2, а факторов 1-4, 10 от -0,5 до +3.

Нулем оцениваются также характеристики факторов 7—10 у лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год). Затем вычисляется алгебраическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная величина меньше, чем 8,8 — риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется от 8,8 до 15,4, то имеется риск совершения суицидальной попытки. В том случае, когда сумма «весов» превышает 15,4, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен риск ее повтора. При наличии цифр, превышающих критические значения риска суицида, необходимо немедленно обратиться к врачам и провести клинико-психологическое обследование индивида. Для правильного определения степени риска суицида необходимо точно соблюдать все указанные условия. Результаты изучения целесообразно записывать в рабочую тетрадь, блокнот по определенной системе. Важно систематически накапливать факты и анализировать их, придать этой работе целенаправленный характер. При самой хорошей организации не рассчитывайте на быстрый успех. Несомненно одно: хорошее знание человека позволит

сразу распознать неладное в его поведении, найти приемлемые формы душевного контакта, оказать профилактическое воздействие и помощь.

КАРТА РИСКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ

Изучаемые факторы:

I. Данные анамнеза

1. Возраст первой суицидальной попытки — до 18 лет. 2. Ранее имела место суицидальная попытка. 3. Суицидальные попытки у родственников. 4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет). 5. Недостаток тепла в семье в детстве или юношестве. 6. Полная или частичная безнадзорность в детстве. 7. Начало половой жизни — 16 лет и ранее. 8. Ведущее место в системе ценностей принадлежит любовным отношениям. 9. Производственная сфера не играет важной роли в системе ценностей. 10. В анамнезе имел место развод.

II. Актуальная конфликтная ситуация

11. Ситуация неопределенности, ожидания. 12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений. 13. Продолжительный служебный конфликт. 14. Подобный конфликт имел место ранее. 15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни. 16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации. 17. Чувство обиды, жалости к себе. 18. Чувство усталости, бессилия. 19. Высказывания с угрозой суицида.

III. Характеристика личности

20. Эмоциональная неустойчивость. 21. Импульсивность. 22. Эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов. 23. Доверчивость. 24. Эмоциональная вязкость, неподвижность. 25. Болезненное самолюбие. 26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений. 27. Напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности). 28. Настойчивость. 29. Решительность. 30. Бескомпромиссность. 31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

«Вес» факторов риска суицида в зависимости от его наличия, выраженности и значимости

Характеристика наличия фаторов	Номера факторов		
	8; 9; 11-31	5-7	1-4; 10
Отсутствует(фактор)	-0,5	-0,5	-0,5
Слабо выражен	+0,5	+1,0	+1,5
Присутствует	+1,0	+2,0	+3,0
Наличие не выявлено	0	0	0

Опросник суицидального риска

Проблема диагностики суицидального риска (вероятности совершения человеком попытки к самоубийству) выходит за пределы задач медицинской психологии и психиатрии, так как в наше время общего повышенного уровня психической напряженности населения с проблемами суицидальных намерений может столкнуться психолог, работающий в любой отрасли практической психологии. Очевидно, доступный и экономичный инструмент приближенной экспресс-диагностики суицидального риска нужен и семейному консультанту, и психологу-воспитателю, работающему с трудными подростками, и психологу, занятому вопросами адаптации к деятельности в экстремальных условиях и реабилитации после психотравматического стресса, и психологам, обеспечивающим мониторинг и психологическую поддержку руководителям, призванным постоянно решать тяжелейшие и ответственные проблемы, связанные с судьбами людей.

Цель измерения суицидального риска — в своевременном выявлении уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства путем направления клиента в центры оказания профессиональной медико-психологической помощи. Как и в случае диагностики острых психических заболеваний, **диагностика суицидального риска** предпринимается для того, чтобы вовремя определить уровень курабельности клиента обычными немедицинскими средствами психологической помощи, которыми располагает психолог, не являющийся врачом, профессиональным психиатром.

В том случае, если в ходе работы с клиентом (обычно на самых первых шагах знакомства) складывается впечатление о том, что у него настолько ослаблены ресурсы психологической адаптации к своей жизненной ситуации, что под вопрос ставится смысл его существования, вполне оправданно рекомендовать клиенту выполнить особую методику на суицидальный риск.

В чем **смысл создания отдельного краткого опросника суицидального риска (ОСР)**? Действительно, если исходить из того, что любой клиент всегда может выполнить полную методику ММРІ из 566 пунктов, включающую в себя в качестве одной из сотен дополнительных шкал шкалу суицидального риска, то кажется, что в самостоятельной методике особой надобности нет. Но, по-видимому, как показывает опыт практического психологического консультирования, как раз в наиболее острых ситуациях клиент может быть настолько депрессивен, настолько может быть повышена его психическая истощаемость и выражена апатия к любым воздействиям, не имеющим отношения к волнующей его проблеме, что предъявление громоздкой методики с массой вопросов может исказить реальную картину.

Конечно, в рамках такой тонкой и сложной проблемы, как проблема момента зарождения подозрений о серьезной деструктивной депрессии, просто нет и не может быть стопроцентных рецептов, однозначно предписывающих специалисту-практику, когда и в каких условиях может или, наоборот, не может применяться та или иная методика. В этом вопросе всегда последнее слово оказывается за специалистом, имеющим возможность непосредственно наблюдать за клиентом. И если такой специалист считает, что приемлемо проведение ММРІ, дающей, безусловно, гораздо больше информации о клиенте, то это будет вполне оправданным решением. ОСР предназначен для того, чтобы

не конкурировать, а дополнять ММРІ применительно к проблемам практической суицидологии.

По сравнению с другими одношкальными методиками, так или иначе измеряющими уровень эмоциональной дезадаптации (опросники тревожности, нейротизма и др.), в ОСР имеет место попытка качественной квалификации симптоматики — выявления индивидуального стиля и содержания суицидальных намерений данного человека.

Первоначально ОСР планировался как специализированный опросник, направленный не только на выявление интегрального показателя, но и на измерение профиля по девяти субшкалам. Однако в ходе эмпирической валидации и отбора пунктов авторам пока еще не удалось сделать достаточно наполненными отдельные субшкалы. На сегодняшний день они содержат слишком мало валидных пунктов для того, чтобы пользоваться ими как количественными индикаторами.

Вместе с тем, уместно раскрыть содержание субшкальных диагностических концептов с тем, чтобы прояснить концепцию ОСР в целом.

1. Демонстративность (Д). Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оценка с внешних позиций, порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда «диалог с миром» может зайти слишком далеко. К этой субшкале относятся пункты № 12, 14, 20, 22, 27 опросника.

2. Аффективность (А). Доминирование эмоций над эмоциональным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно, эмоционально. Крайний вариант — блокада интеллекта. Пункты № 1, 10, 20, 23, 28, 29.

3. Уникальность (У). Восприятие себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явление исключительное, не похожее на другие и, следовательно, подразумевающее исключительные варианты выхода, в частности суицид. Данная шкала тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт. Пункты № 1, 12, 14, 22, 27.

4. Несостоятельность (Н). Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенное" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельности. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внутреннего монолога — «Я плох». Пункты № 2, 3, 6, 7, 17.

5. Социальный пессимизм (СП). Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружением. СП тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. Экстрапунитивность определяется по формуле внутреннего монолога «Вы все недостойны меня». Пункты № 5, 11, 13, 15, 17, 22, 25.

6. Слом культурных барьеров (СКБ). Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. Крайний вариант — инверсия ценности жизни и смерти. При отсутствии выраженных пиков по другим шкалам это может свидетельствовать только об «эстетизации смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти — доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самостоятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования». Пункты № 8, 9, 18.

7. Максимализм (М). Инфантильный максимализм ценностных установок. Максимализация ценностей значимости малейшей потери с одновременной минимализацией ценностей значимости

имеющихся достижений. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта из какой-то одной сферы. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах. Пункты № 4, 16.

8. Временная перспектива (ВП). Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы, глобального страха неудач и поражений в будущем. Пункты № 2, 3, 12, 24, 25, 27.

9. Антисуицидальный фактор (АФ). Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снижает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы. Пункты № 19, 21.

Данная методика применяется в том случае, когда психолог на основе предшествующего исследования выявил высокую вероятность суицидального поведения. Тестированию должна предшествовать беседа, в ходе которой психолог должен проявить максимум внимания и сочувствия.

Баллы подсчитываются отдельно по каждому фактору. Ответу «да» соответствует 1 балл. Количество утверждений по каждому из факторов принимается за 100. Количество баллов переводится в проценты. По процентному соотношению определяется индивидуальный стиль суицидальной динамики.

Текст опросника

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Работать Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью более, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя ставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.

22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.

23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.

24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.

25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.

26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.

27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили Вы.

28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете мысли об этом выкинуть из головы.

29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Значимые для родителей признаки ранней алкоголизации и наркотизации детей

1. Ребенок в семье отстраняется от родителей, часто и надолго исчезает из дома или же запирается в своей комнате. Расспросы, даже самые деликатные, вызывают у него вспышку гнева.

2. У него меняется круг общения, прежние друзья исчезают, новые предпочитают как можно меньше контактировать с Вами, почти ничего не сообщают о себе.

3. Ваш «семейный» дом постепенно превращается в «штаб-квартиру» - часто звонит телефон, Ваш ребенок в присутствии посторонних не разговаривает открыто, а использует намеки, жаргон, условные «коды».

4. Меняется характер ребенка. Его не интересует то, что раньше имело значение: семья, учеба, увлечения. Появляется раздражительность, вспыльчивость, капризность, эгоизм, лживость.

5. Его состояние немотивированно меняется: он то полон энергии, весел, шутит, то становится пассивен, вял, иногда угрюм, плаксив.

6. У ребенка появляются финансовые проблемы. Он часто просит у Вас деньги, но объяснить, на что они ему нужны, не может, или объяснения малоубедительны. Из дома постепенно исчезают деньги и вещи. Сначала это может быть незаметно, пропажи в семье объясняются случайностью (потеряли, забыли куда положили). Потом уже исчезновение (видеотехники, например) трудно скрыть.

7. Иногда Вы наблюдаете, необычное состояние Вашего ребенка: оно может быть похоже на опьянение, но без запаха алкоголя. Может быть нарушена координация движений, речь, появляется нелепый смех, зрачки расширены или сужены. Конкретные признаки опьянения зависят от вида вещества.

Для большей убедительности в начале первых проб с наркотиками можно использовать так называемые «стрип-тесты», которые продаются в аптеках и представляют собой полоски, типа лакмусовой бумаги. Их надо погрузить с исследуемую мочу, результат проявится через 5 минут в виде изменения окраски. Одни тесты рассчитаны на один вид наркотика, другие выявляют пять видов. Чувствительность метода достаточно высока: наркотик выявляется даже спустя три дня после прекращения его приема.

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Уважаемые родители!

Здоровье ребенка — самое большое счастье для родителей. Но, к сожалению, все больше и больше подростков начинают употреблять табак, алкоголь и наркотики (далее ПАВ - психоактивные вещества).

Данные мониторинга и социологические опросы свидетельствуют о высокой степени пораженности общеобразовательных школ наркоманией, о низком качестве организации профилактической работы. По статистике основной возраст первого знакомства с наркотическими средствами приходится на 11—14 лет (41%) и 15—17 лет (51%): в основном это курение марихуаны и гашиша, употребление ингалянтов, потребление алкоголя вместе с медикаментами.

Причины:

-любопытство (благодаря известному высказыванию не очень умных людей: «Все надо попробовать!»):

-желание быть похожим на «крутого парня», на старшего авторитетного товарища, часто личный пример родителей и т. д.;

-желание быть «плохим» в ответ на постоянное давление со стороны родителей: «Делай так, будь хорошим». Это может быть и способом привлечения внимания:

-безделье, отсутствие каких-либо занятий либо обязанностей, в результате — эксперименты от скуки.

ЗАДУМАЙТЕСЬ!

-ухаженный, вовремя накормленный, заботливо одетый ребенок может быть внутренне одиноким, психологически безнадзорным, поскольку до его настроения, переживаний, интересов никому нет дела.

-мы так боимся, чтобы наши дети не наделали ошибок в жизни, что не замечаем, что, по сути дела, не даем им жить. Мы попираем и нарушаем их права, данные им от рождения, а потом удивляемся их инфантильности, несамостоятельности, тому, что страх жизни преобладает в них над страхом смерти.

-ограничиваемый в своей активности ребенок не приобретает собственного жизненного опыта; не убеждается лично в том, какие действия разумны, а какие — нет; что можно делать, а чего следует избегать.

Как при любой болезни, при соблюдении определенных профилактических мер можно уберечь ребенка от потребления табака, алкоголя и наркотиков. Конечно, не все представленные ниже способы легко воплощаются, но в совокупности они дают реальный положительный результат.

НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛ. ПРЕДОТВРАТИТЬ ПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ ВАШИМ РЕБЕНКОМ:

1. Общайтесь друг с другом

Общение — основная человеческая потребность, особенно для родителей и детей. Отсутствие общения с вами заставляет его обращаться к другим людям, которые могли бы с ним поговорить. Но кто они и что посоветуют Вашему ребенку? Помните об этом, старайтесь быть инициатором откровенного, открытого общения со своим ребенком

2. Выслушивайте друг друга

Умение слушать — основа эффективного общения, но делать это не так легко, как может показаться со стороны.

Умение слушать означает:

- быть внимательным к ребенку;
- выслушивать его точку зрения;
- уделять внимание взглядам и чувствам ребенка;

не надо настаивать, чтобы ребенок выслушивал и принимал ваши представления о чем-либо. Важно знать, чем именно занят ваш ребенок. Иногда внешнее отсутствие каких-либо не желательных действий скрывает за собой вредное занятие. Например, подросток ведет себя тихо, не грубит, не пропускает уроков. Ну, а чем он занимается? Ведь употребляющие наркотические вещества и являются "тихими" в отличие от тех, кто употребляет алкоголь. Следите за тем, каким тоном вы отвечаете на вопросы ребенка. Ваш тон "говорит" не менее ясно, чем ваши слова. Он не должен быть насмешливым или снисходительным.

Поощряя ребенка, поддерживайте разговор, демонстрируйте вашу заинтересованность в том, что он вам рассказывает. Например, спросите: "А что было дальше?" или "Расскажи мне об этом..." или «Что ты об этом думаешь?»

3. Ставьте себя на его место

Подростку часто кажется, что его проблемы никто и никогда не переживал. Было бы неплохо показать, что вы осознаете, насколько ему сложно. Договоритесь, что он может обратиться к вам в любой момент, когда ему это действительно необходимо. Главное, чтобы ребенок чувствовал, что

вам всегда интересно, что с ним происходит. Если Вам удастся стать своему ребенку другом, вы будете самым счастливым родителем!

4. Проводите время вместе

Очень важно, когда родители умеют вместе заниматься спортом, музыкой, рисованием или иным способом устраивать с ребенком совместный досуг или вашу совместную деятельность. *Это* необязательно должно быть нечто особенное. Пусть это будет поход в кино, на стадион, на рыбалку, за грибами или просто совместный просмотр телевизионных передач. Для ребенка важно иметь интересы, которые будут самым действенным средством защиты от табака, алкоголя и наркотиков. Поддерживая его увлечения, вы делаете очень важный шаг в предупреждении от их употребления.

5. Дружите с его друзьями

Очень часто ребенок впервые пробует ПАВ в кругу друзей. Порой друзья оказывают огромное влияние на **ПОСТУПКИ** вашего ребенка. Он может испытывать очень сильное давление со стороны друзей и поддаваться чувству единения с толпой. Именно от окружения во многом зависит поведение детей, их отношение к старшим, к своим обязанностям, к школе и так далее. Кроме того: в этом возрасте весьма велика тяга к разного рода экспериментам. Дети пробуют курить, пить. У многих в будущем это может стать привычкой.

Поэтому важно в этот период — постараться принять участие в организации досуга друзей своего ребенка, то есть их тоже привлечь к занятиям спортом либо творчеством, даже путем внесения денежной платы за таких ребят, если они из неблагополучных семей. Таким образом, вы окажете помощь не только другим детям, но в первую очередь --- своему ребенку.

6. Помните, что ваш ребенок уникален

Любой ребенок хочет чувствовать себя значимым, особенным и нужным. Вы можете помочь своему ребенку развить положительные качества и в дальнейшем опираться на них. Когда ребенок чувствует, что достиг чего-то, и вы радуетесь его достижениям, повышается уровень его самооценки. И это, в свою очередь, заставляет ребенка заниматься более полезными и важными делами, чем употребление наркотиков. Представьте, что будет с вами, если 37 раз в сутки к вам будут обращаться в повелительном тоне, 42 раза — в увещательном, 50 — в обвинительном?...

Цифры не преувеличены: таковы они в среднем у родителей, дети которых имеют наибольшие шансы стать невротиками и психопатами.

Ребенку нужен отдых от приказаний, распоряжений, уговоров, похвал, порицаний. Нужен отдых, от каких бы то ни было воздействий и обращений!

Нужно время от времени распоряжаться собой полностью — т. е. нужна своя доля свободы. Без неё — задохнется дух.

7. Подавайте пример

Алкоголь, табак и медицинские препараты используются многими людьми. Конечно, употребление любого из вышеуказанных веществ закономерно, но здесь очень важен родительский пример. Родительское пристрастие к алкоголю и декларируемый запрет на него для детей дает повод обвинить вас в неискренности, в "двойной морали". Помните, что ваше употребление, так называемых, "разрешенных" психоактивных веществ открывает дверь детям и для "запрещенных". Несовершенные, мы не можем вырастить совершенных Детей - не можем, не можем, не бывает этого — и с вами не будет, если вы стремитесь к идеалу в ребенке, а не в себе!