

**МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение**  
**«Центр защиты прав и интересов детей»**  
**Федеральное государственное бюджетное**  
**образовательное учреждение высшего образования**  
**«Московский государственный психолого-педагогический университет»**  
**Институт проблем инклюзивного образования**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**  
**для образовательных организаций**  
**по определению условий организации**  
**индивидуальной профилактической работы**  
**для обучающихся с девиантным поведением**

**Москва**  
**2018**

**УДК 159.922.76:616.89**

**ББК 88.48**

**M54**

**Вакорина Людмила Юрьевна** – заместитель директора ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», руководитель Федерального центра психолого-медико-педагогической комиссии (г. Москва)

**Васягина Наталья Николаевна** – главный внештатный психолог Министерства общего и профессионального образования Свердловской области, д.псх.н., профессор, заведующая кафедрой психологии образования Института психологии Уральского государственного педагогического университета (г. Екатеринбург)

**Герасименко Юлия Алексеевна** – к.псх.н., доцент кафедры психологии образования Института психологии Уральского государственного педагогического университета (г. Екатеринбург)

**Пестова Ирина Васильевна** – директор Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ладо» (г. Екатеринбург)

**M54** Методические рекомендации для образовательных организаций по определению индивидуальной профилактической работы для обучающихся с девиантным поведением / Л.Ю. Вакорина, Н.Н. Васягина, Ю.А. Герасименко, И.В. Пестова. М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018. 41 с.

**ISBN 978-5-94051-191-5**

*Настоящие методические рекомендации предназначены для образовательных организаций, направлены на совершенствование индивидуальной профилактической работы с обучающимися с девиантным поведением на основе полипрофессионального и межведомственного взаимодействия.*

*Методические рекомендации содержат структурированную информацию, определяющую порядок, логику и акценты индивидуальной профилактической работы посредством адаптации и социализации обучающихся с девиантным поведением в рамках комплексного медико-социально-психологического сопровождения; раскрывают специальные условия получения образования обучающимися с девиантным поведением; содержат педагогический инструментарий, позволяющий индивидуализировать образовательный процесс в соответствии с возрастными и психологическими особенностями обучающихся с девиантным поведением.*

*В рекомендациях также содержатся материалы, освещающие алгоритм, содержание, формы и методы психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с девиантным поведением.*

**ISBN 978-5-94051-191-5**

**УДК 159.922.76:616.89**

**ББК 88.48**

© Министерство просвещения Российской Федерации, 2018.

© ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018.

© ФГБОУ ВО МГППУ, 2018.

# **Содержание**

<b>Введение.....</b>	<b>4</b>
1. Порядок комплексного сопровождения обучающихся с девиантным поведением в условиях образовательной организации .....	7
2. Создание специальных условий получения образования обучающимися с девиантным поведением .....	12
3. Педагогический инструментарий индивидуализации образовательного процесса обучающихся с девиантным поведением .....	19
4. Основные направления коррекционно-развивающей работы по адаптации и социализации обучающихся с девиантным поведением .....	23
5. Содержание, формы и методы работы с семьей, воспитывающей ребенка с девиантным поведением .....	27
<b>Заключение .....</b>	<b>31</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>32</b>
<b>Приложение А. Примерная форма индивидуальной программы профилактики девиантного поведения обучающегося .....</b>	<b>37</b>
<b>Приложение Б. Представление психолого-медицинско-педагогического консилиума (характеристика) на обучающегося для предоставления на ПМПК .....</b>	<b>35</b>

## **Введение**

Современный период исторического развития России характеризуется серьезными экономическими, технологическими и демографическими трансформациями. Рост социальной неопределенности, скорость и фундаментальность социально-экономических изменений, этнокультурная гетерогенность сопряжены сегодня с нарастанием распространения в обществе, и особенно в детской и подростковой среде, различных форм девиантного поведения, таких как рост игровой и интернет-зависимостей, потребление психоактивных веществ, десоциализация, виктимность, агрессия, противоправные и антисоциальные действия, суицидальное поведение, раннее начало половой жизни и проч.

Исследования, проведенные отечественными и зарубежными учеными, свидетельствуют о том, что основной причиной девиантного поведения является неблагоприятное психосоциальное развитие. При этом показателем и условием успешности процесса социализации является адаптация (процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности), а первым признаком нарушения социализации – дезадаптация. При определенных, неблагоприятных стечениях обстоятельств, таких как отчуждение в семье и/или школьном коллективе, систематическая неуспеваемость, психологический дискомфорт и проч., ведущих к психологической дестабилизации, дезориентации, дезадаптации личности в окружающей ее социальной среде, создаются благоприятные условия для закрепления девиантных форм поведения. Поэтому замеченные вовремя отклонения в поведении обучающегося, а также правильно организованная психолого-педагогическая, социальная и медицинская помощь играют решающую роль в предотвращении нарушений, которые приводят к девиациям.

В разрешении проблемы нивелирования отклонений в поведении несовершеннолетних и их профилактике особая роль отводится системе образования. Именно образовательная среда, с точки зрения воспитания, обучения и социализации личности, является специально созданной, выступает важным условием формирования личности школьника, определяет его деятельностную активность по интериоризации жизненного пространства, влияет на развитие ценностных ориентаций, активизирует его мотивационные установки в процессе социализации. Таким образом, идея профилактики девиантного поведения обучающихся априорно включена в смысловое поле системы образования, а следовательно, профилактика девиаций является важной функцией образовательных организаций.

Профилактика девиантного поведения представляет собой процесс помощи несовершеннолетнему в преодолении сложившихся в его поведении стереотипов и образцов поведенческих реакций в ответ на воздействие внешних факторов и

под влиянием индивидуально-личностных и социальных особенностей, а также формирование адаптивных стратегий, обеспечивающих реализацию социально одобряемых форм поведения. Исходя из сложности феноменологии девиантного поведения, множественности вариантов его проявления, профилактическая работа должна носить комплексный характер. Реализация такого подхода открывает широкие возможности для определения путей повышения эффективности индивидуальной профилактики девиантного поведения обучающихся посредством реализации системы психолого-медицинско-педагогических и социальных мер, направленных на предупреждение девиантного поведения обучающегося на разных этапах появления проблем, что позволяет целенаправленно нивелировать факторы, лежащие в основе дезадаптации, рационально организовывать свободное время обучающихся, с опорой на потенциальные возможности вырабатывать и закреплять социально желательные образцы поведения.

Комплексный, системный и деятельностный принципы лежат в основе построения индивидуальной профилактической программы, порядок которой представлен в настоящих методических рекомендациях. Методические рекомендации основаны на положениях Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», предусматривающих: реализацию права каждого человека на образование (статья 5); наделение органов государственной власти субъектов Российской Федерации полномочиями по предоставлению психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации (статья 8); предоставление обучающимся условий для обучения с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в том числе получение социально-педагогической и психологической помощи, обеспечение бесплатной психолого-медицинско-педагогической коррекции (статья 34); оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, в том числе несовершеннолетним обучающимся, признанным в случаях и порядке, которые предусмотрены уголовно-процессуальным законодательством, подозреваемыми, обвиняемыми или подсудимыми по уголовному делу либо являющимся потерпевшими или свидетелями преступления (статья 42).

Методические рекомендации содержат структурированную информацию, определяющую порядок, логику и акценты индивидуальной профилактической работы посредством адаптации и социализации обучающихся с девиантным поведением в рамках комплексного медико-социально-психологического сопровождения; раскрывают специальные условия получения образования обучающимися с девиантным поведением; содержат педагогический инструментарий, позволяющий индивидуализировать образовательный процесс в соответствии с возрастно-психологическими особенностями обучающихся с девиантным пове-

дением. В рекомендациях также содержатся материалы, освещающие алгоритм, содержание, формы и методы психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с девиантным поведением.

Рекомендации предназначены для всех специалистов, работающих в системе образования и смежных областях, разрешающих психолого-педагогические, медико-социальные проблемы, в том числе специалистов психолого-медицинско-педагогических комиссий.

# **1. Порядок комплексного сопровождения обучающихся с девиантным поведением в условиях образовательной организации**

Эффективность комплексного сопровождения обучающихся с девиантным поведением в условиях образовательной организации обеспечивается участием в данной деятельности всех субъектов образования с привлечением соответствующих специалистов, при условии наличия действенного механизма их полипрофессионального и/или межведомственного взаимодействия. Как правило, инициатором обращения к специалистам, осуществляющим комплексное психолого-медицинско-педагогическое сопровождение обучающихся, является классный руководитель (педагог). Обнаружив поведенческие проблемы обучающегося (хроническая неуспешность в учебной деятельности, низкая критичность к собственному поведению и деятельности, недисциплинированность, эмоционально-волевая неустойчивость, бурная реакция на низкие и неудовлетворительные отметки, на конструктивную критику и замечания учителя), он принимает меры педагогического воздействия по их устраниению: создает эмоционально благоприятную атмосферу взаимодействия обучающегося с классом и учителем, адаптирует учебный материал для адекватного восприятия, проводит воспитательную работу с обучающимся, психолого-педагогическую работу с родителями.

При отсутствии результативности данной работы и необходимости дополнительной психологической (или социально-педагогической) помощи педагог привлекает к взаимодействию с обучающимся других специалистов.

Если в образовательной организации штатные специалисты (социальный педагог, психолог) отсутствуют, они могут привлекаться из центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, а также других организаций систем образования, здравоохранения, социальной защиты.

Психолог на основе обследования обучающегося составляет заключение и формулирует рекомендации участникам образовательных отношений, определяет необходимость медицинской помощи ребенку (при наличии психофизиологических проблем здоровья). Социальный педагог и классный руководитель на основе наблюдения, педагогической диагностики и обследования семьи, ресурсных возможностей родителей формулируют рекомендации по оптимизации воспитательного потенциала семьи.

При необходимости комплексной, систематической работы с обучающимся классным руководителем (и/или психологом) инициируется заседание психолого-медицинско-педагогического консилиума.

Психолого-медико-педагогический консилиум (далее – ПМПк) является одной из форм взаимодействия специалистов, объединяющихся для психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся.

Целью ПМПк в контексте работы с обучающимися с дезадаптивным или девиантным поведением является обеспечение диагностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся указанной категории исходя из реальных возможностей организации и в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья обучающихся.

Задачи ПМПк по сопровождению обучающихся с девиантным поведением:

1. Своевременное выявление и ранняя (с первых дней пребывания обучающегося в образовательной организации) диагностика отклонений в поведении и/или состояний декомпенсации.
2. Профилактика физических, интеллектуальных и эмоционально-личностных перегрузок и срывов обучающегося.
3. Выявление резервных возможностей развития обучающегося.
4. Определение характера, продолжительности и эффективности индивидуальной профилактической работы в рамках имеющихся в организации возможностей и за ее пределами.
5. Подготовка и ведение документации, отражающей динамику профилактики девиантного поведения, школьной и учебной дезадаптации.
6. Перспективное планирование профилактической и коррекционно-развивающей работы, оценка ее эффективности.

В состав ПМПк входят: председатель ПМПк, педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, социальный педагог, медицинский работник, педагогические работники образовательной организации, представляющие обучающегося на ПМПк и анализирующие динамику развития обучающегося и усвоения им образовательной программы: воспитатели, учителя-предметники, классный руководитель.

При необходимости в состав ПМПк включаются другие специалисты.

В случае отсутствия специалиста, необходимого для обследования конкретного обучающегося и консультирования педагогов и родителей (законных представителей) по вопросам его развития, адаптации, динамики в обучении, возможно привлечение специалиста соответствующего профиля из иных организаций (прежде всего ППМС-центров в рамках сетевой формы взаимодействия).

В основе порядка взаимодействия специалистов, ведущих комплексное сопровождение обучающихся с девиантным поведением, лежат принципы:

- *принцип межведомственного и полипрофессионального взаимодействия* субъектов системы профилактики девиантного поведения обучающихся определяет порядок формирования отношений между ними посредством

согласования планов мероприятий и действий по их реализации, контроля за их выполнением;

- *принцип распределения сфер ответственности* предполагает конкретных исполнителей и закрепление за ними определенного круга задач, функций в рамках ведомственной компетенции, осуществление которых необходимо для достижения поставленных целей;
- *принцип индивидуального подхода* реализуется путем осуществления профилактики с учетом индивидуальных особенностей конкретного обучающегося, семьи, в значительной степени влияющих на его поведение в разных жизненных ситуациях;
- *принцип законности* предусматривает соблюдение требований действующего законодательства Российской Федерации в работе и с обучающимися, и семьями, воспитывающими ребенка с девиантным поведением.

Для проведения целенаправленных диагностических и профилактических мероприятий в отношении обучающихся требуется получить согласие на осуществление диагностики и профилактики со стороны родителей (законных представителей) ребенка. В случае отказа родителей (законных представителей) ребенка от сотрудничества соответствующая информация передается в органы опеки и попечительства с указанием на возможное нарушение прав обучающегося в семье.

*На основании заключения и рекомендаций ПМПк* составляется программа индивидуальной профилактической работы с обучающимся, в проектировании которой принимают участие все субъекты профилактики. В качестве куратора реализации индивидуальной профилактической программы, как правило, назначается классный руководитель. Программа профилактики утверждается руководителем образовательной организации.

*Индивидуальная программа профилактики* разрабатывается специалистами ПМПк, где педагоги и родители (законные представители) являются полноправными членами команды. Примерная форма индивидуальной программы профилактики представлена в Приложении А.

Индивидуальная программа профилактики определяет специфику содержания работы с обучающимся на основе рекомендаций ПМПк, комплексной диагностики специалистами особенностей личности и поведения обучающегося, ожиданий родителей (законных представителей) – с целью создания условий для максимальной реализации особых образовательных потребностей ребенка с девиантным поведением в процессе обучения и воспитания.

Директор школы несет ответственность за содержание и выполнение индивидуальной профилактической программы.

Председатель ПМПк координирует деятельность всех участников образовательного процесса, анализирует требования федерального государственного

образовательного стандарта, определяет временные границы реализации индивидуальной профилактической программы.

Специалисты ПМПк планируют формы работы по реализации разделов индивидуальной программы: индивидуальные, индивидуально-групповые, групповые; определяют критерии эффективности реализации индивидуальной профилактической программы, описание мониторинга коррекционной работы; проектируют необходимые структурные составляющие индивидуальной профилактической программы, определяют сроки реализации индивидуальной программы; корректируют содержание программы на основе результатов промежуточной диагностики.

Содержание индивидуальной профилактической программы разделено на четыре основных компонента или блока: 1) общие сведения; 2) деятельность классного руководителя; 3) организация профилактической и коррекционно-развивающей работы (зона ответственности специалистов сопровождения, определенных решением ПМПк); 4) социализация.

*Блок 1. Общие сведения.* Включает данные об обучающемся, родителях (законных представителях), рекомендации психолого-медицинско-педагогической комиссии (ПМПК) по созданию специальных условий получения образования обучающимся с девиантным поведением, заключение ПМПк.

*Блок 2. Деятельность педагога* (классного руководителя). В данном разделе педагог описывает содержание индивидуальной профилактической программы с учетом специфики дезадаптации, требований линейности и концентричности, описывает способы и приемы, посредством которых обучающийся будет осваивать содержание образования.

Данный раздел включает педагогический инструментарий, позволяющий адаптировать и модифицировать образовательный процесс в соответствии с индивидуальными особенностями обучающихся с девиантным поведением на основе специализированных методик (подробнее содержание раскрыто в разделе 3 «Педагогический инструментарий индивидуализации образовательного процесса обучающихся с девиантным поведением»).

*Блок 3. Организация профилактической и коррекционно-развивающей работы.* Включает сведения о направлениях профилактической и коррекционно-развивающей работы специалистов сопровождения (педагог-психолог, социальный педагог и проч.), критерии оценки эффективности реализации профилактической работы.

При необходимости к индивидуальной профилактической работе привлекаются организации-партнеры – субъекты профилактики: социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних (с целью коррекции поведения обучающегося и помощи в тяжелой жизненной ситуации), центры социального обслуживания населения (с целью оказания помощи семье обучающегося, содействия в трудоустройстве); комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав

(с целью профилактики рецидивного девиантного поведения обучающихся); органы опеки и попечительства (с целью сопровождения семьи девиантного обучающегося); учреждения здравоохранения (с целью медицинской помощи обучающемуся); центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (осуществляют деятельность на основании статьи 42 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», комплексное сопровождение обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации); иные органы, организации и учреждения, участвующие в процессе оказания помощи обучающимся, которые могут выступать субъектами межведомственного взаимодействия. Методическую помощь специалистам образовательной организации, ведущим профилактическую работу, могут оказывать методические кабинеты при органах управления образованием.

*Блок 4. Социализация.* В данном разделе планируются мероприятия, позволяющие рационально организовывать свободное время обучающихся, выработать и закрепить социально желательные образцы поведения (дополнительное образование, конкурсы, фестивали, ярмарки, экскурсии и др.) (Приложение А).

Контроль за реализацией проводимых профилактических мероприятий осуществляется куратор программы, который не реже одного раза в четверть представляет информацию о ее результативности на заседании ПМПк. Результативность и эффективность оцениваются на основе информации, предоставляемой социальным педагогом, медицинским работником, педагогом-психологом, классным руководителем и (или) иными специалистами членами команды, принимающими участие в реализации индивидуальной программы профилактики. В случае необходимости ПМПк принимается решение об изменении (дополнении) индивидуальной программы профилактических мероприятий с обучающимся.

Важно подчеркнуть, что, если обучающийся с девиантным поведением имеет ограниченные возможности здоровья (либо ПМПк связывает поведенческие нарушения обучающегося с ограниченными возможностями здоровья), такой обучающийся направляется на ПМПК, на основе рекомендаций которой ему определяется вариант адаптированной основной общеобразовательной программы (АОП), учитывающей его особые образовательные потребности. Для направления обучающегося на ПМПК специалисты ПМПк готовят комплексное представление (характеристику) на обучающегося (в соответствии с Приложением Б), которое подписывается руководителем образовательной организации, заверяется печатью образовательной организации, и передают его родителю (законному представителю) для предоставления на ПМПК.

## **2. Создание специальных условий получения образования обучающимися с девиантным поведением**

Одним из важнейших факторов, определяющих эффективность профилактики девиантного поведения, является создание специальных условий получения обучающимися образования. Под специальными условиями для получения образования обучающимися с девиантным поведением понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, использование специальных методов обучения и воспитания, позволяющих нивелировать факторы, лежащие в основе их дезадаптации, рационально организовывать свободное время обучающихся, с опорой на потенциальные возможности вырабатывать и закреплять социально желательные образцы поведения.

Исследования, проведенные отечественными и зарубежными учеными, свидетельствуют о том, что основной причиной девиантного поведения является неблагоприятное психосоциальное развитие и нарушение процесса социализации (процесса накопления обучающимися социального опыта и установок, соответствующих их школьным ролям, продолжающегося на протяжении всей школьной жизни). При этом показателем и условием успешности процесса социализации является адаптация (процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности), а первым признаком нарушения социализации – дезадаптация.

Успешная адаптация приводит к устойчивой социализации личности, а дезадаптация – к нарушению процесса социализации (см. табл. 1 и 2).

**Таблица 1**

### **Определение условий получения образования обучающимися исходя из причин дезадаптации**

Причины дезадаптации	Специальные условия получения образования
<b>Медико-биологические</b> (группа здоровья, наследственные причины, врожденные заболевания, нарушения в психическом и физическом развитии, провоцирующие девиации: поражения ЦНС, соматические заболевания, наследственные отклонения, неврозы, задержки психического развития и т.д.)	На основании заключения психолого-педагогической комиссии реализуется соответствующий вариант АООП, в содержание индивидуальной профилактической работы, наряду с профилактикой школьной неуспеваемости, включается раздел о профилактике поведенческих нарушений
<b>Педагогические</b> (несоответствие требований, предъявляемых обучающемуся,	Особым условием является организация педагогом образовательного процесса,

Причины дезадаптации	Специальные условия получения образования
<p>результатам его образовательной деятельности, трудности освоения образовательной программы, перегрузка обучающегося, атмосфера нетерпимости взаимодействия обучающегося с педагогом, устойчивая негативная оценка результатов деятельности обучающегося и др.)</p>	<p>использование специальных методов обучения и воспитания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– включение в педагогическую деятельность обучающегося;</li> <li>– учет в образовательном процессе индивидуальных особенностей личностной и познавательной сфер обучающегося: специфики внимания, восприятия, мышления, памяти, речи и т.п.;</li> <li>– сохранение положительной репутации обучающегося; создание ситуации успеха; авансирование личностных достижений;</li> <li>– переключение критики на самокритику, побуждающую обучающегося дать объективную оценку своему поступку, проанализировать причины недовольства поступком окружающими;</li> <li>– оценка не конечного результата, а потенциальных возможностей и ресурса обучающегося</li> </ul>
<p><i>Социальные факторы:</i> обучающийся воспитывается в семье, имеющей трудности функционирования и не способной обеспечивать поддержку, в том числе безработные родители, неблагоприятное семейное воспитание, неблагополучный характер межличностных отношений со сверстниками и взрослыми; неблагополучный эмоционально-психологический климат в школе; частые конфликты в школе, общие неблагоприятные условия социокультурного развития, а также распад семьи, асоциальное поведение родителей; психические заболевания, интоксикация, инвалидность родителей и др.</p>	<p>Условием получения образования является наличие индивидуальной программы профилактики с акцентом на включение специальных методов обучения и воспитания, позволяющих нивелировать факторы, лежащие в основе дезадаптации, формирование референтной группы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– расширение круга социальной психологической поддержки (круг сообщества, техники взаимопомощи);</li> <li>– помочь в формировании альтернативного «проблемному» круга общения, с последующим анализом нового опыта, «плюсов» нормативного поведения;</li> <li>– помочь в организации интересной деятельности, альтернативной девиантному поведению, и поэтапное включение в нее ребенка;</li> <li>– поиск и закрепление авторитетных лиц среди взрослых и сверстников в нормативном поле, анализ и интеграция модели альтернативного (конструктивного, одобряемого) поведения.</li> <li>– контроль за посещением обучающимся учебных занятий, поведением на улице, в общественных местах;</li> </ul>

Причины дезадаптации	Специальные условия получения образования
<i>Социальные факторы (продолжение)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="795 305 1361 438">– организации досуга во внеурочное и каникулярное время; создание условий для самореализации через социально-педагогические проекты</li> </ul>
<p><i>Психологические</i> (конфликтность, низкий социометрический статус в классе, неприятие себя, низкий уровень вербального интеллекта, склонность к уходу от трудных ситуаций, слабость реакций на порицание, аффективная возбудимость, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, неразвитость самосознания, неадекватная самооценка, отсутствие успеха в деятельности, в социальной адаптации, агрессивность, акцентуации и др.). Индивидуально-психологические особенности личности (акцентуации характера, неадекватное проявление самооценки, тревожность, фобии и др.) становятся причинами дезадаптации, проявляющимися в нарушении норм морали и права, в асоциальном поведении, деформации ценностных ориентаций, бродяжничестве, пьянстве, наркомании и др.)</p>	<p>Условием получения образования является наличие индивидуальной программы профилактики с акцентом на включение специальных методов обучения и воспитания, обеспечивающих формирование психологической компетентности обучающегося, развитие его потенциальных возможностей, выработку и закрепление социально желательных образцов поведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="795 792 1393 1080">– укрепление активной жизненной позиции, преодоление страха и тревоги перед действительностью, коррекция асоциальных и формирование позитивных (гуманистических и социально одобряемых) ценностных установок, здорового жизненного стиля и осознанных личностных смыслов;</li> <li data-bbox="795 1107 1393 1279">– формирование развитой концепции самосознания, формирование и поддержка позитивного самоотношения, чувства ценности собственной личности и индивидуальности;</li> <li data-bbox="795 1284 1393 1412">– воспитание ответственного и уважительного отношения к себе, окружающим людям и миру на основе адекватного оценивания и самооценивания;</li> <li data-bbox="795 1416 1393 1633">– совершенствование общих интеллектуальных умений и на их основе – повышение уровня критичности мышления, развитие рефлексивной позиции при выборе эталонов и моделей поведения, примеров для подражания, авторитетов;</li> <li data-bbox="795 1638 1393 1899">– развитие эмоциональной компетентности (системы адекватных представлений о чувствах, эмоциональных состояниях и способах их выражения в приемлемой форме, знаний о способах снятия напряжения, техниках самопомощи для преодоления стресса);</li> <li data-bbox="795 1904 1393 2010">– развитие навыков произвольной регуляции и самоконтроля собственной эмоциональной экспрессии, поведения</li> </ul>

Причины дезадаптации	Специальные условия получения образования
<p><i>Психологические</i> (конфликтность, низкий социометрический статус в классе, неприятие себя, низкий уровень вербального интеллекта, склонность к уходу от трудных ситуаций, слабость реакций на порицание, аффективная возбудимость, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, неразвитость самосознания, неадекватная самооценка, отсутствие успеха в деятельности, в социальной адаптации, агрессивность, акцентуации и др.). Индивидуально-психологические особенности личности (акцентуации характера, неадекватное проявление самооценки, тревожность, фобии и др.) становятся причинами дезадаптации, проявляющимися в нарушении норм морали и права, в асоциальном поведении, деформации ценностных ориентаций, бродяжничестве, пьянстве, наркомании и др.)</p>	<p>и деятельности, формирование высокой устойчивости к внешним травмирующим воздействиям ( frustrационной толерантности) и адекватного типа реагирования на стресс (использование адаптивных копинг-стратегий);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- формирование навыков асsertивного поведения, навыков принятия ответственных решений, умения делать альтернативный позитивный выбор в трудных жизненных ситуациях (знание правил безопасного поведения и приемов избегания и ухода от ситуаций риска, в том числе умение сказать «нет» при внешнем давлении);</li> <li>- развитие и отработка навыков эффективного общения с взрослыми и сверстниками, коррекция деструктивных установок в межличностных отношениях, помочь в освоении культуры общения и принятии социальных норм, правил взаимодействия;</li> <li>- укрепление адаптационного потенциала личности за счет отработки психологических механизмов адаптации к условиям социальной и образовательной среды;</li> <li>- обучение конструктивным способам поведения, разрешения конфликтов и приемлемым формам отстаивания своей позиции</li> </ul>

В связи с этим при определении условий получения обучающимися образования необходимо учитывать причины нарушения адаптационных процессов обучающегося, негативно влияющие на его социализацию, и основные проявления дезадаптации.

**Таблица 2**

**Основные проявления дезадаптации**

Стадии дезадаптации	Формы девиантного поведения
Учебная декомпенсация	<p><u>Изменения в социальной адаптации</u>: неподчинение детей и подростков целесообразным педагогическим требованиям, критика действий взрослых, успешных учеников, некритичность к собственному поведению и действиям, эмоционально-волевая неустойчивость и т.п.</p> <p><u>Отрицательное отношение к учебе</u>: снижение интеллектуальных способностей, ухудшение работоспособности, недисциплинированность в учебной деятельности, бурные реакции на низкие и неудовлетворительные отметки, на конструктивную критику и замечания учителя(ей) и т.п.</p>
Школьная дезадаптация	<p><u>Нарушение социальной адаптации</u>: нарушение правил поведения в школе, демонстративное поведение, раздражительность, склонность к немотивированным конфликтам, агрессии, нетерпимость к критике и т.п.</p> <p><u>Отношение к учебной деятельности</u>: отрицательное, осознанный отказ от выполнения учебных заданий, нарочитая неаккуратность при их выполнении (включая домашние работы), прогулы уроков, срывы учебных занятий, нарушение школьной дисциплины на уроках, демонстрация безразличного или чрезмерно агрессивного отношения к оценкам и замечаниям педагогов, школьным отметкам, стремление интеллектуальную недостаточность (неуспешность в учебной деятельности) компенсировать физическим превосходством, например немотивированной агрессией, и т.п.</p>
Социальная дезадаптация	<p><u>Устойчивые формы дезадаптивного поведения</u>: хулиганство, раннее начало половой жизни, драки, побеги из дома, аутоагgressия, например, шрамирование, вступление в асоциальные сообщества, например группы смерти; неоправданно рискованное поведение (ночные гонки и т.п.) и др.</p> <p><u>Отношение к учебной деятельности</u>: устойчивое отрицательное; <u>интеллектуальная деятельность, требующая волевых усилий</u>, вызывает высокое раздражение или полный отказ от нее; устойчивое отсутствие интереса к школьным занятиям; на уроках такие учащиеся растворяются, отличаются повышенной отвлекаемостью и т.п.</p> <p><u>Формирование зависимостей</u>: употребление алкоголя, проба наркотиков, <u>токсикомания, игра в «собачий кайф»</u> (самоудушение), игровая и интернет-зависимость и др.</p> <p><u>Отношение к себе и окружающим</u> дезадаптивное, неадекватная <u>самооценка (чрезмерно завышенная – заниженная)</u>; эмоционально-волевая незрелость, проявляющаяся в отсутствии стойких привязанностей при высокой общительности; буллинг, троллинг, публичное унижение более слабых сверстников и др. через прямые действия и/ или видеосъемку актов насилия с последующим выкладыванием их в сети Интернет; негативизм; импульсивное и неадекватное поведение и т.п.</p>

Стадии дезадаптации	Формы девиантного поведения
<b>Криминализация поведения и деятельности</b>	<p><u>Укоренение в личности делинквентных форм поведения:</u> бродяжничество, воровство и следование воровским законам, вымогательство, рэкет, шантаж, хакерство, распространение наркотических средств, вхождение в антисоциальные группы или создание таковых с «вербовкой» в криминальные группы несовершеннолетних и др.</p> <p><u>Наличие сформировавшихся зависимостей:</u> алкоголизация, употребление психоактивных веществ, беспорядочные половые связи (половая жизнь) и т.п.</p> <p><u>Особенности учебной деятельности:</u> отсутствие какого-либо интереса к учебе и школьным успехам; деятельность характеризуется импульсивностью, небрежностью, быстрой пресыщаемостью.</p> <p><u>Личностные особенности:</u> незрелые формы самоутверждения (изощренный обман, жестокость, садизм, цинизм и др.); делинквентные ценности (осознанное совершение групповых и индивидуальных преступлений, гордость за свои «криминальные» таланты и достижения)</p>

Таким образом, важнейшим условием получения образования обучающимися с девиантным поведением является реализация индивидуальной профилактической работы посредством адаптации и социализации обучающихся указанной категории в рамках комплексного психолого-педагогического и медико-социального сопровождения. Вместе с тем, проявления девиантного поведения необходимо оценивать в их совокупности и комплексности воздействия факторов, их поддреживающих и провоцирующих. При этом содержание индивидуальной профилактической программы, применение тех или иных специальных методов обучения и воспитания будут варьироваться в зависимости от типа дезадаптации, степени ее выраженности, а также возрастных и психологических особенностей обучающихся.

Учитывая единый механизм формирования дезадаптации, можно обозначить общие позиции, которые имеют отношение к условиям получения образования обучающимися с девиантным поведением:

- организующая помощь на уроке, степень внешнего контроля зависит от выраженности дефицитов регуляции;
- помочь в овладении программным материалом, своевременное восполнение пробелов в знаниях;
- учет в образовательном процессе индивидуальных возможностей, особенностей психофизического развития, личностных и характерологических особенностей и специфики нарушений ребенка;
- учет операциональных характеристик деятельности (температура, продуктивность, работоспособность, истощаемость) при выполнении письменных и проверочных работ;

- контроль эмоционального благополучия;
- многосторонняя поддержка социально приемлемого поведения и соответствующих изменений образа жизни;
- организация деятельности, альтернативной девиантному поведению (общественно полезной, продуктивной, учебной, учебно-профессиональной, творческой и др.);
- занятия в системе дополнительного образования;
- приоритет позитивно ориентированных воздействий над негативно-ориентированными санкциями; и проч.

### **3. Педагогический инструментарий индивидуализации образовательного процесса обучающихся с девиантным поведением**

Реализация рекомендованных для обучающегося с девиантным поведением условий получения образования возможна с помощью применения специализированного педагогического инструментария, позволяющего индивидуализировать образовательный процесс с учетом особых образовательных потребностей обучающегося. При этом особое внимание следует уделить использованию педагогических приемов, направленных на нивелирование трудностей формирования интеллектуальных, коммуникативных, организационных умений и навыков, ценностно-ориентационной и эмоциональной сфер, поскольку они носят всепронизывающий характер и обнаруживаются в той или иной степени на всех стадиях дезадаптации (табл. 3).

**Таблица 3**

#### **Педагогические приемы нивелирования трудностей формирования интеллектуальных, коммуникативных, организационных умений и навыков, ценностно-ориентационной и эмоциональной сфер**

Характер поведенческих нарушений	Педагогические приемы
<i>Интеллектуальные умения и навыки</i>	
Воспринимая учебную информацию, практически не в состоянии действовать самостоятельно. Особые трудности вызывает информация, предъявляемая в письменной (устной) форме. Испытывает значительные затруднения при выделении нового и главного при интеллектуальной обработке информации. Темп интеллектуальной деятельности и ее результативность снижены. Освоение школьной программы значительно затруднено	<ul style="list-style-type: none"><li>– обучающая, организующая и стимулирующая помочь учителя;</li><li>– развитие приемов логического мышления при помощи: пошагового предъявления учебной информации с пошаговым контролем ее усвоения; использования метафор, позволяющих донести основную информацию образным, символическим языком</li></ul>
<i>Организационные умения и навыки</i>	
Затруднены концентрация внимания, осмысление учебной задачи как цели деятельности. Приступает к работе, не имея плана. Уточняющих вопросов не задает, хотя и нуждается в пояснениях. Действует импульсивно, хаотично. Если план работы	<ul style="list-style-type: none"><li>– обучение умению ставить цель деятельности, разрабатывать этапы ее достижения;</li><li>– побуждение обучающегося сравнивать полученный результат с эталоном, находить и исправлять допущенные ошибки, осуществлять самооценку;</li></ul>

<b>Характер поведенческих нарушений</b>	<b>Педагогические приемы</b>
<i><b>Организационные умения и навыки</b></i>	
предложен педагогом, в ходе работы грубо нарушает его, не замечая этого. Завершив задание, часто довольствуется ошибочным результатом. При этом, даже проверяя результат, допущенных ошибок не видит. Не способен обратиться за необходимой помощью, и даже если такая помощь оказана, не умеет ею пользоваться	<ul style="list-style-type: none"> <li>– обучение пользоваться необходимой информацией, помощью;</li> <li>– создание ситуации успеха</li> </ul>
<i><b>Коммуникативные навыки</b></i>	
Не способен самостоятельно донести до окружающих собственные мысли и формулировать ответы на обращенные к нему вопросы, а также самостоятельно формулировать вопросы собеседнику. В ходе дискуссии некорректен, не может аргументированно отстаивать собственную позицию и менять ее, так как не понимает необходимость этого шага. При взаимодействии в группе не подчиняется общему решению группы. Не способен строить общение с учетом статуса собеседника и особенностей ситуации общения	развитие способности аргументированно доказывать свою позицию, видеть общую цель группы и действовать в соответствии с нею, соблюдать субординацию в ходе общения с взрослыми и сверстниками
<i><b>Ценностно-ориентационная сфера</b></i>	
Деформации в ценностно-ориентационной сфере выражаются в значимости таких ценностей, как гедонизм, власть и самостоятельность; отмечается преобладание негативизма, неопределенности и крушение авторитетов. Удовлетворение гипертрофированных досуговых потребностей и интересов. В иерархии ценностей снижается статус духовности, падает значимость ценностей саморазвития, трудовой, образовательной, общественной деятельности, угасает интерес к духовно-эстетической сфере	<ul style="list-style-type: none"> <li>– демонстрация замещающего образца ценностных ориентаций через систему воспитания;</li> <li>– формирование и развитие личностных качеств, необходимых для позитивной жизнедеятельности;</li> <li>– развитие осознания последствий поступков и ответственности за собственное поведение;</li> <li>– развитие способностей обучающихся на основе дополнительного образования с учетом интересов, увлечений;</li> <li>– оказание помощи в профессиональном самоопределении</li> </ul>
<i><b>Эмоциональная сфера</b></i>	
Нарушение эмоциональной сферы проявляется в неустойчивости эмоциональных состояний, низкой фruстрационной толерантности, агрессивности, безответственности по отношению к своим поступкам, импульсивности, аффективности, перепадах настроения от гиперактивности до моторной гиподинамии	<ul style="list-style-type: none"> <li>– совершенствование навыков ответственного самостоятельного поведения;</li> <li>– формирование позитивных отношений в классе;</li> <li>– воспитание положительных качеств личности (толерантности, жизнестойкости и т.д.)</li> </ul>

**Рекомендации по адаптированию учебного материала:**

1. Учет индивидуальных особенностей девиантного обучающегося: скорости восприятия, усвоения, характера мышления и запоминания, специфики речи и т.п.
2. Использование сокращенных заданий, направленных на усвоение ключевых понятий.
3. Четкое разъяснение заданий, часто повторяющееся.
4. Акцентирование внимания на задании (например: «Когда ты прочитаешь эту главу, то сможешь назвать три причины возникновения Гражданской войны»).
5. Предоставление альтернативы объемным письменным заданиям (например: «Напишите несколько небольших сообщений»; «представьте устное сообщение по обозначенной теме»).
6. Использование линейки во время чтения для его облегчения.

**Работа в классе предполагает:**

1. Близость обучающегося к учителю.
2. Возможность представить выполненное задание в малой группе прежде, чем выступить перед всем классом.

**Условия предъявления и выполнения задания:**

1. Поэтапное разъяснение заданий.
2. Последовательное выполнение заданий.
3. Демонстрация уже выполненного задания (например, решенная математическая задача).
4. Предоставление дополнительного времени для завершения задания.
5. Предоставление дополнительного времени для сдачи домашнего задания.
6. Обеспечение общего представления о долгосрочных заданиях, для того чтобы обучающиеся знали, что от них требуется при выполнении этого задания.
7. Ориентирование на поэтапное выполнение длительных по времени заданий, с ежедневной проверкой и частым оцениванием.

**Оценка результата обучающихся:**

1. Обеспечение обратной связи по каждому заданию.
2. Использование индивидуальной шкалы оценок в соответствии с успехами и затраченными усилиями.
3. Ежедневная оценка с целью выведения четвертной отметки.
4. Оценка работы на уроке обучающегося, который плохо справляется с тестовыми заданиями.
5. Акцентирование внимания на хороших оценках.
6. Разрешение переделать задание, с которым обучающийся не справился.

**Работа с тестами:**

1. Обучение работе с тестовыми заданиями (например, распределение времени на выполнение каждой секции теста).
2. Разрешение обучающимся выбрать и выполнить индивидуальный проект в качестве альтернативы тесту.

3. Сообщения о достижениях обучающихся вместо оценки.
4. Разрешение выполнить тест дома или с использованием учебников.

**Математический материал:**

1. Использование малого количества заданий для получения оценки.
2. Предоставление возможности пользоваться справочной информацией.
3. Обеспечение каждого обучающегося визуальным числовым рядом.
4. Поэтапное представление проблемных заданий.
5. Использование визуальных пособий (картинок, графиков).

**В отношении поведения обучающихся:**

1. Распределение обучающихся по парам для выполнения проектов, для того чтобы один из учеников мог подать пример другому.
2. Обозначение школьных правил, которым обучающиеся должны следовать.
3. Использование поощрений для учащихся, которые выполняют правила (например, похвалить забывчивого обучающегося за то, что он принес в класс карандаши).
4. Сведение к минимуму наказаний за невыполнение правил; ориентирование более на позитивное, чем негативное.
5. Разработка кодовой системы (слова), которая дает обучающемуся понять, что его поведение является недопустимым на данный момент.
6. Игнорирование незначительных поведенческих нарушений.
7. Разработка мер вмешательства в случае недопустимого поведения, которое является непреднамеренным.

## **4. Основные направления коррекционно-развивающей работы по адаптации и социализации обучающихся с девиантным поведением**

Содержание коррекционно-развивающей работы по адаптации и социализации обучающихся с девиантным поведением, как правило, определяет педагог-психолог и/или социальный педагог. Обобщенную схему реализации данного направления в профилактической работе работы можно представить следующим образом: устранение факторов риска девиантного поведения – развитие личностных ресурсов – создание развивающей социальной среды. Рассмотрим каждое из направлений подробнее.

*Первое направление коррекционно-развивающей работы* предполагает устранение факторов риска девиантного поведения, эту работу реализует педагог-психолог.

*Индивидуально-психологические особенности личности* как фактор риска представляют собой акцентуации характера, неадекватное проявление самооценки, тревожность, агрессивность, склонность к уходу от трудных ситуаций, слабость реакций на порицание, аффективную возбудимость, импульсивность, эмоциональную неустойчивость, неразвитость самосознания, низкий уровень рефлексии, страхи и др.

Психологическая коррекция в этом случае направлена на изменение поведения, трансформацию идей и ценностей, формирование конструктивных межличностных отношений, коррекцию Я-концепции, самооценки, тревожности/страхов/эмоциональной неустойчивости;

Педагог-психолог проводит коммуникативные тренинги, занятия по саморазвитию, тренинги, направленные на борьбу с негативными установками, фобиями, комплексами, нестабильной самооценкой, коррекцию агрессивного поведения.

В индивидуальной коррекционно-профилактической работе психолог использует техники развития резистентности (устойчивости) к негативному социальному влиянию; формирует установки на положительное поведение; проводит упражнения на выработку асsertивных навыков, формирование жизненных навыков.

*Нарушение социально-коммуникативной сферы* как фактор риска представляет собой конфликты с взрослыми, сверстниками, низкий социометрический статус в классе, неприятие себя, низкий уровень верbalного интеллекта, отсутствие успеха в деятельности, в социальной адаптации. В этом случае требуется психолого-педагогическая работа по:

- формированию/развитию произвольной регуляции, функций программирования, контроля и самоконтроля;

- развитию самостоятельности и ответственности за свои поступки, уверенности в себе, рефлексии; развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии ( занятия по изменению пассивной стратегии избегания на активные жизненные стратегии);
- формированию/развитию и коррекции коммуникативных навыков и способов продуктивного взаимодействия (помощь в выстраивании отношений со сверстниками);
- активному обучению социально важным навыкам эффективного общения (в формальной и неформальной обстановке);
- расширению позитивного опыта в сфере межличностных отношений.

Если у обучающегося сложились негативные отношения с одним или обоими родителями, если тенденции развития позитивности самооценки и Я-концепции не находят поддержки в оценках родителей или если обучающийся не ощущает родительской поддержки и опеки, то вероятность девиантного поведения существенно возрастает, ухудшаются отношения обучающегося со сверстниками, проявляется агрессивность по отношению к собственным родителям. В данном случае необходима психолого-педагогическая работа с семьей, которая отражена в следующем пункте.

*Вторым направлением коррекционно-развивающей работы является развитие личностных ресурсов,* – предполагает формирование у обучающегося определенных личностных качеств – ресурсов. Ресурс – это то, что помогает противостоять трудной ситуации и эффективно разрешать ее, например в области социальной компетентности. Приобретение обучающимся положительного статуса во взаимоотношениях со сверстниками и педагогом способно значительно снизить вероятность проявления отклоняющегося поведения.

Личностный ресурс девиантного обучающегося может включать положительные черты характера, способности, социально одобряемые увлечения.

В этой связи особое внимание уделяется развитию такой психологической компетенции, как эмоциональная устойчивость к стрессам, повышению уровня фruстрационной толерантности, эмоционального интеллекта; обучению способам выражения негативных эмоциональных состояний в социально приемлемой форме; развитию навыков произвольной регуляции поведения и эмоциональной экспрессии; формированию/развитию произвольной регуляции, функций программирования, контроля и самоконтроля; развитию самостоятельности и ответственности за свои поступки и проч.).

Названные компетенции дают возможность обучающемуся противостоять негативному влиянию среды, проявить себя в спорте, позволяют эффективно развивать способность к совладающему поведению, саморегуляции и самоконтролю. Организаторские и лидерские способности обучающегося предусматривают высокий социометрический статус в коллективе сверстников, а педагогу

это дает возможность наделять обучающегося значимой для него ответственностью и включать его в социально одобряемую деятельность, управлять группой сверстников. Интерес к одной или нескольким предметным областям изучаемых программ позволяет повысить мотивацию и развивать профессиональное самоопределение. Эффективны психологические занятия по сублимации девиантного поведения в социально приемлемую и контролируемую активность: спортивные соревнования, литературные (танцевальные, музыкальные и др.) баттлы и т.п.

Важным профилактическим средством девиантного поведения являются физическая культура и спорт, досуговая и трудовая деятельность. Эффективен профилактический подход с целевой установкой на утверждение альтернативной девиантному поведению деятельности.

При реализации коррекционно-развивающей работы продуктивны следующие психолого-педагогические технологии и методы работы с обучающимися:

- сказкотерапия: групповое сочинение историй, драматизация сказок, анализ сказок;
- арт-терапия: аппликация, лепка из глины, свободное и тематическое рисование, конструирование из бумаги и картона, а также активно набирающие популярность антистресс-раскраски;
- визуализация: рисование в воображении себя идеального и реального;
- психогимнастика: этюды на выражение различных эмоций;
- игровые методы: сюжетно-ролевые и подвижные игры;
- моделирование и анализ проблемных ситуаций;
- этические беседы;
- «скилл-терапия» (развитие саморегуляции и навыков самоконтроля);
- «шнейпинг» (поэтапное моделирование сложного поведения, которое не было ранее свойственно обучающемуся);
- «гиперкоррекция» (сущность метода в том, чтобы обучающийся вначале восстановил разрушенный им порядок вещей, принес извинение в связи со своим девиантным поведением, а затем принял на себя дополнительные обязанности по сохранению социально приемлемого поведения);
- метод реконструкции характера обучающегося (переоценка отрицательных качеств, нетерпимое отношение к ним);
- методы перестройки мотивационной сферы и самосознания: а) объективное переосмысление своих достоинств и недостатков; б) переориентировка самосознания; в) переубеждение; г) прогнозирование отрицательного поведения;
- восстановление здорового образа жизни, при котором отрицательные качества, вредные привычки и отрицательные потребности оказываются неприемлемыми;
- разъяснение существующего законодательства Российской Федерации, прав и обязанностей обучающихся.

*Третье направление коррекционно-развивающей работы – создание развивающей социальной среды – реализует, как правило, социальный педагог.*

В качестве развивающей социальной среды могут выступить поддерживающая семья или творческая студия, сообщества в социальных сетях, которые предполагают определенные условия для самореализации, что позволит снизить вероятность проявления энергии в негативных формах активности (девиации). Социальный педагог создает развивающую социальную среду за счет включения обучающегося в социально значимую, одобряемую и важную для него деятельность, например в волонтерскую, в исторические реконструкции, в молодежные отряды, предлагаемые Российским движением школьников, Юнармией. При этом важно соблюдать принципы личной ответственности за круг своих обязанностей в деятельности, контроля за ее осуществлением, общественной оценки ее результатов.

Одной из сфер самореализации школьников может стать досуговое пространство. Важно на основе интересов и склонностей обучающихся вовлекать их в творческие кружки, секции, как на базе школы, так и в городских учреждениях дополнительного образования, при этом осуществлять контроль посещения. Эффективно включение в продуктивно-творческую, спортивную и художественную деятельность, которая, например, предполагает съемку видеоклипов, видеоблогов, квест- чтение, робототехнику, граффити, скалолазание, фехтование, катание на роллерсерфе, сегвее, прыжание на джампере, скейтборд, лонгборд, роликовые лыжи и т.п. Здесь обучающийся имеет возможность приобрести позитивный опыт разрешения сложных ситуаций, а также реализовать ведущие потребности подросткового возраста (социальное признание, самоутверждение и самореализация). Неудовлетворение этих потребностей расценивается как фактор риска формирования отклоняющихся форм поведения.

В результате вовлечения обучающегося с девиантным поведением в кружковую деятельность происходит его социализация, а также формируются личностно-нравственные качества, развиваются творческие способности, коммуникативные навыки, происходит приобщение к культурным ценностям.

## **5. Содержание, формы и методы работы с семьей, воспитывающей ребенка с девиантным поведением**

Необходимый элемент взаимодействия образовательной организации с семьей в реализации индивидуальной профилактической работы – это заключение договоров с родителями и оформление паспорта семьи, воспитывающей обучающегося с девиантным поведением.

*Первый, предварительный этап* включает в себя: первичное знакомство с семьей; установление контакта с родителями; проведение социальной и психолого-педагогической диагностики (оценка социальной ситуации в семье, определение проблем, их причин и ресурса семьи); заключение договора с семьей на реализацию индивидуальной программы профилактики девиантного поведения.

*Второй, основной этап* предполагает разработку плана взаимодействия с семьей:

1. Определяются штатные и привлеченные специалисты, а также члены семьи, которые примут участие в индивидуальной профилактике девиантного поведения обучающегося.
2. Определяется необходимая помощь семье (медицинская, социально-экономическая, психолого-педагогическая, правовая), которая будет в наибольшей степени способствовать разрешению проблем семьи.
3. Формы реализации программы.

Во взаимодействии с семьей девиантных обучающихся существуют различные пути и средства педагогического воздействия на родителей, на семейный микроклимат, на воспитательный потенциал, на характер внутрисемейных отношений. Эти воздействия могут иметь как прямой, непосредственный, так и косвенный, опосредованный характер.

Прямой путь коррекционного воздействия на семейное общение, на его содержательную сторону возможен при взаимопонимании родителей и учителей, при обоюдном осознании проблем и вопросов, которые возникают при воспитании ребенка. Если же между семьей и школой отсутствует взаимопонимание, то в таких условиях приемлем опосредованный, косвенный путь коррекционно-педагогического воздействия на семью обучающегося с девиантным поведением.

Косвенное воздействие на характер взаимоотношений в педагогически несостоятельных или педагогически пассивных семьях предполагает наличие двух взаимосвязанных процессов, которые используются в коррекционном воздействии. С одной стороны, учитываются и используются чувство родительской любви, сохранившееся чувство долга в воспитании ребенка, желание родителей, чтобы их ребенок был не хуже, чем другие. С другой стороны, если родители

понимают, что ребенок – полноправный участник семейных взаимоотношений и их влияние на него адекватно его влиянию на них, то воздействие на семью осуществляется опосредованно – через ребенка.

*При наличии негативного воздействия родителей на самооценку обучающегося* педагог ведет просветительскую деятельность с родителями, которые вместе с обучающимися включаются в активные формы социального научения (например, тренинговую работу), с целью гармонизации системы семейных отношений и повышения адекватной самооценки подростка.

*При констатации негативных установок родителей в отношении обучающегося* необходимо включать родителей в индивидуальную консультативную работу с психологом, менять негативные установки посредством организации и проведения совместных мероприятий для родителей и подростков: конкурсов, культурно-массовых мероприятий, общественно полезных форм деятельности и т.п., – все это позволит родителям увидеть своих детей с другой стороны, заметить положительные качества, сформировать новые конструктивно-положительные механизмы взаимодействия с ними. Именно совместная деятельность позволит родителям понять, что подростковая агрессия чаще всего является защитной реакцией на травмирующую ситуацию, и если устраниить или снизить источник угрозы, а следовательно, восстановить кредит доверия подростка к окружающему миру, то уровень его агрессивности значительно снизится.

*При наличии у родителей ошибок воспитания проводится психологическая работа по стимулированию развития способности к саморефлексии, самоанализу, самокоррекции и саморазвитию у родителей* – через организацию индивидуального консультирования с родителями важно выявить и проанализировать их деструктивные воспоминания о собственном детстве и сложном взрослении, о причинах возникновения и закрепления агрессивных форм поведения, что создаст условия для осознания проблем своих детей-подростков в настоящем и создаст благоприятные условия для того, чтобы справиться с ними.

*При уклонении от родительских функций* психолог проводит индивидуальную работу с родителями, анализирует родительские чувства и отношение к обучающемуся, семье, выполнению родительских обязанностей, понимание своей роли и модели поведения в семье и т.п. Так, например, осознание родителем, что он подавляет в себя негативные переживания из-за того, что ребенок не оправдывает его ожиданий, что является демонстрацией его скрытой враждебности к ребенку, позволит проанализировать эту проблему и может значительно улучшить отношения в семье. Выяснение причин отвержения ребенка послужит изменению отношения родителей к нему.

В зависимости от типа семьи используются различные формы и методы работы. Педагогически несостоятельные семьи, имеющие малосодержательный, непоследовательный характер семейного общения, относительно низкий общий и нравственно-культурный уровень, обычно малокомпетентны в вопросах вос-

питания, но у них есть желание получить знания в этой области. Такие семьи в целях коррекции характера и содержания общения готовы взаимодействовать со специалистами. Но они с трудом применяют педагогические рекомендации в конкретных жизненных условиях. Для таких семей приемлемой формой является педагогическая консультация, которую для них в определенные дни проводят учитель, педагог-психолог. В данном случае важно ликвидировать барьер недоверия, разрушить убеждение родителей, что их незнания будут неправильно поняты и использованы учителями против них и их детей.

Если семья обладает лишь некоторыми элементами неблагополучия, то можно включить родителей в систему консультации по вопросам организации семейного общения, с целью изменить стиль семейных отношений.

Педагогически пассивные семьи не участвуют в воспитании детей в силу ряда объективных причин. Однако нравственный микроклимат семьи, стиль отношений и характер общения оказывают воздействие на обучающегося. В работе с этими семьями необходимо корректировать характер семейных отношений.

Если с семьями, педагогически пассивными в силу объективных причин (большая занятость, частое отсутствие родителей и др.), возможно конструктивное разрешение проблемы с помощью усилий школы, то в работе с семьями, педагогически пассивными, в силу субъективных причин имеющими конфликтные отношения с детьми и устранившимися от их воспитания, требуются усилия не только школы, но и других социальных институтов (комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП), опеки и попечительства).

Характерной чертой стиля отношений в этих семьях является разрыв взаимоотношений родителей и детей. Общение носит деструктивный характер, его направленность, ценностные ориентации смещены в отрицательную сторону. В данной ситуации семья оказывает на обучающегося негативное влияние, но это влияние чаще ситуативно.

Наиболее приемлемым в работе с такими семьями является объединение педагогических усилий под руководством совета профилактики, который имеет целью помочь оценить семейную атмосферу, ее влияние на детей, подвести родителей к осознанию своих ошибок и, главное, пробудить желание изменить уклад семейных отношений.

Сложнее разрешаются проблемы коррекции семейного общения с семьями антипедагогического типа. Если в предыдущих типах семей проявляются лишь некоторые элементы антипедагогической направленности в общении, то семьи третьего типа чаще всего «закрытая система», скрывающая под маской мнимого благополучия антипедагогическое содержание. Предвзятое отношение к педагогическим рекомендациям или их отрицание требуют использования усилий специалистов других ведомств (КДНиЗП, опеки и попечительства).

Таким образом, результативность профилактической работы с семьями подростков с девиантным поведением зависит от сочетания прямого и опосредован-

ного воздействия на семью. Если первый путь осуществляется школой и общественностью и направлен на совершенствование общекультурного и педагогического уровня родителей через систему педагогического просвещения, вовлечение родителей в общественно значимую деятельность, то опосредованный путь воздействия осуществляется через подростков, через организацию совместной деятельности и общения детей и взрослых в семье, в школе, по месту жительства.

## **Заключение**

Актуальность проблемы девиантного поведения среди обучающихся и масштабы ее распространения обуславливают актуальность определения условий осуществления организации в образовательных организациях индивидуальной профилактической работы для обучающихся с девиантным поведением. Ресурсы образовательной организации позволяют осуществлять профессиональную деятельность по оказанию психолого-педагогической, социальной и медицинской помощи обучающимся, в том числе создавать условия для адаптации и социализации обучающихся с девиантным поведением.

Важнейшими принципами эффективности профилактической и коррекционной работы выступают комплексность воздействия на ребенка, исключение методов и приемов психологического давления как средства разрешения проблем, приоритет совместно выработанных норм взаимоотношений: доброжелательности, уважения, взаимопонимания, поддержки, активной заинтересованности и вовлеченности несовершеннолетних в процесс коррекции и дальнейшей ресоциализации.

Эффективно решить задачу индивидуальной профилактики девиантного поведения обучающихся в условиях образовательной организации можно благодаря системной и комплексной работе специалистов сопровождения, использующих ряд последовательно реализуемых технологий и методов активной деятельности обучающихся. Это позволяет выработать у обучающихся социально одобряемые формы поведения, развить самостоятельность, активность, сформировать нравственные ценности, духовные потребности в социально-культурной деятельности и культурно-бытовой сфере.

Выступая составными взаимосвязанными компонентами единого, целостного учебно-воспитательного процесса, комплексное медико-социально-психологово-педагогическое сопровождение и грамотно выстроенная профилактика девиаций способны обеспечить снижение растущего уровня отклоняющегося поведения и подготовить почву для дальнейшего сокращения и предотвращения влияния негативных факторов внешнего и внутреннего характера на всех субъектов образовательной среды.

Настоящие методические рекомендации не исчерпываются представленным содержанием. В перспективе обозначены пути совершенствования индивидуальной профилактической работы с обучающимися на разных возрастных этапах с учетом психологических, физиологических и иных индивидуальных особенностей ребенка.

## **Список литературы**

1. *Афанасенкова Е.Л.* Организация системы мониторинга образовательной среды как необходимое условие психолого-педагогической профилактики и коррекции поведения учащихся группы риска / Е.Л. Афанасенкова // Инновационная деятельность в образовании: сборник материалов научно-практической конференции (г. Нижний Новгород, 30 октября 2017 г.). Н.Новгород: НГПУ им. К. Минина, 2017. С. 23–27.
2. *Беличева С.А.* Превентивная психология в подготовке социальных педагогов и психосоциальных работников: учебное пособие / С.А. Беличева. СПб.: Питер, 2012. 336 с.
3. *Васягина Н.Н.* Эффективность организации психолого-педагогического сопровождения учащихся с ОВЗ в инклюзивном пространстве средней общеобразовательной школы / Н.Н. Васягина, Д.В. Капитонова // Актуальные проблемы психологии личности: сборник научных трудов. Вып. 14. Екатеринбург: [б.и.], 2017. С. 70–75.
4. *Делибалт В.В., Дегтярев А.В.* Вариативные модели деятельности психолого-медицинско-педагогических комиссий в контексте работы с несовершеннолетними с девиантным поведением / В.В. Делибалт, А.В. Дегтярев // Итоги и перспективы реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы: сборник материалов конференции / под ред. З.Ф. Драгункиной, В.В. Рубцова, Г.В. Семьи, А.С. Дубовик, А.А. Шведовской. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. С. 117–118.
5. *Долгова А.И.* Криминология: учебник. Гриф МО РФ / А.И. Долгова. М.: Норма, 2014. 1008 с.
6. *Змановская Е.В., Рыбников В.Ю.* Девиантное поведение личности и группы : учебное пособие / Е.В. Змановская, В.Ю. Рыбников. СПб.: Питер, 2010. 352 с.
7. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В.А. Гурьева [и др.]; под ред. В.А. Гурьевой. М.: Изд-во МИА, 2007. 483 с.
8. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых в уголовном процессе: руководство для врачей / Е.В. Макушкин [и др.]. М.; СПб.: Нестор-История, 2014. 124 с.
9. *Кудрявцев И.А.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: научно-практическое руководство / И.А. Кудрявцев. М.: Изд-во Московского ун-та, 1999. 497 с.
10. *Лапина Л.А., Машкова М.А.* Методические аспекты профилактики преступности несовершеннолетних в организациях среднего профессионального образования / Л.А. Лапина, М.А. Машкова // Научное сообщество студентов: междисциплинарные исследования: сборник статей по материалам

- международной студенческой научно-практической конференции. № 11 (22). URL: [https://sibac.info/archive/meghdis/11\(22\).pdf](https://sibac.info/archive/meghdis/11(22).pdf)
11. *Лишин О.В., Лишина А.К.* Норма и патология личностного развития (основы профилактики и коррекции): монография / О.В. Лишин, А.К. Лишина. М.: АПКиППРО, 2009. 316 с.
  12. Методические материалы по признакам девиаций, действиям специалистов системы образования в ситуациях социальных рисков и профилактике девиантного поведения обучающихся. М.: МГППУ, 2018.
  13. Методические рекомендации по организации обследования детей с тяжелыми и легкими поведенческими нарушениями и созданию для них специальных образовательных условий / С.В. Алексина [и др.]. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. 116 с.
  14. Методическое пособие по практическому использованию модели механизма «субъектной» социализации в целом и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении / под ред. академика РАН М.К. Горшкова. М.: Институт социологии РАН, 2015. 215 с.
  15. *Мирзаханова Е.С.* Процесс социализации обучающихся с девиантным поведением в образовательных учреждениях / Е.С. Мирзаханова // Педагогика: традиции и инновации: материалы III Международной научной конференции (г. Челябинск, апрель 2013 г.). Челябинск: Два комсомольца, 2013. С. 12–14. URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/69/3726/>
  16. Организация деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в условиях реализации ФГОС для детей с ОВЗ: методические рекомендации / под общ. ред. Е.Н. Кутеповой, М.М. Семаго. М.: МГППУ, 2017. 108 с.
  17. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования / под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. М.: АРКТИ, 2014. 368 с.
  18. Письмо Минобрнауки России от 28 апреля 2016 г. № АК-923/07 «Онаправлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями по вопросам совершенствования индивидуальной профилактической работы с обучающимися с девиантным поведением»).
  19. *Семаго М.М., Семаго Н.Я.* Типология отклоняющегося поведения. Модель анализа и ее использование в практической деятельности / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. М.: Генезис, 2011. 400 с.
  20. *Сороков М.Л.* Система межведомственного взаимодействия в профилактике девиантного поведения: учебно-методическое пособие / М.Л. Сороков. Томск: Изд-во ТГПУ, 2017. 132 с.
  21. *Тупикина Л.В.* Деятельностный подход к организации взаимодействия с обучающимися девиантного поведения в современном образовании / Л.В. Тупикина // Молодой ученый. 2016. № 7 (111). С. 240–243. URL: <https://moluch.ru/archive/111/28133>

22. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
23. Целиковский С.Б., Сальникова Е.С. Правовое воспитание в формировании правового сознания несовершеннолетних / С.Б. Целиковский, Е.С. Сальникова // Universum: психология и образование: электронный научный журнал. 2015. № 11–12 (20). URL: <http://7universum.com/ru/psy/archive/item/2825>

*Приложение А*

**Примерная форма индивидуальной программы  
профилактики девиантного поведения обучающегося\***

**БЛОК 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

<b>Ф.И.О.</b>	<b>Дата рождения</b>	<b>Класс</b>
<b>Ф.И.О. родителей (законных представителей)</b>	<b>Возраст</b>	<b>Образование</b>
<b>Ф.И.О. педагогов</b>		
Классный руководитель		
Педагог-психолог		
Социальный педагог		
Иные специалисты		
<b>Рекомендации ПМПК</b>		
<b>Рекомендации специалистов сопровождения</b>		
Педагог-психолог		
Социальный педагог		
Медицинский работник (при необходимости)		
Иные специалисты (при необходимости)		

**БЛОК 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КЛАССНОГО РУКОВОДИТЕЛЯ**

<b>Цель и задачи профи-лактики</b>	<b>Специальные условия получения образования</b>	<b>Педагогические технологии, методы, приемы профилактики</b>	<b>Необходимые специальные технические средства, дидактические материалы</b>	<b>Примерные сроки достижения результатов</b>	<b>Средства мониторинга достижений обучающегося (индивидуальная шкала оценок в соответствии с успехами и затраченными усилиями) (динамика индивидуальных достижений обучающегося)</b>
1					
2					
3					

### БЛОК 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ

Необходимый специалист	Направления профилактической и коррекционно-развивающей работы	Сведения о программах	Режим и форма организации занятий	Методы мониторинга и динамика результатов
Педагог-психолог				
Социальный педагог				
Иные специалисты (при необходимости)				

### БЛОК 4. СОЦИАЛИЗАЦИЯ

Ф.И.О. специалиста	Мероприятие	Дата проведения	Направления работы	Критерий достижения	Оценивание достижения
<i>Дополнительное образование</i>					
<i>Фестивали, праздники, конкурсы</i>					
<i>Экскурсии</i>					

- \* Форму индивидуальной программы образовательная организация может корректировать: размер и количество строк (колонок) варьируется в зависимости от объема вносимой информации.
- Периодичность заполнения и объем данных для разделов определяются по усмотрению образовательной организации.
- Образовательная организация может вносить дополнительные разделы.

## **Приложение Б**

### **Представление психолого-медицинско-педагогического консилиума (характеристика) на обучающегося для предоставления на ПМПК**

(ФИО, дата рождения, класс)

#### *Общие сведения:*

- дата поступления в образовательную организацию;
- программа обучения (полное наименование);
- форма получения образования и форма обучения: класс: обычный, инклюзивный, отдельный; заочная – с применением дистанционных форм обучения, очно-заочная, заочная; на дому; в форме семейного образования, в форме самообразования;
- факты, способные повлиять на поведение и успеваемость обучающегося (в образовательной организации): переход из одной образовательной организации в другую образовательную организацию (причины), перевод в состав другого класса, замена учителя начальных классов (однократная, повторная), межличностные конфликты в среде сверстников; конфликт семьи с образовательной организацией, обучение на основе индивидуального учебного плана, надомное обучение, повторное обучение, наличие частых, хронических заболеваний или пропусков учебных занятий и др.;
- состав семьи (перечислить, с кем проживает ребенок, – родственные отношения и количество детей/взрослых);
- трудности, переживаемые в семье (материальные, хроническая психотравматизация, особо отмечается наличие жестокого отношения к ребенку, факт проживания совместно с ребенком родственников с асоциальным или антисоциальным поведением, психическими расстройствами – в том числе братья/сестры с нарушениями развития, а также переезд в другие социокультурные условия менее чем 3 года назад, плохое владение русским языком одного или нескольких членов семьи, низкий уровень образования членов семьи, больше всего занимающихся с ребенком).

#### *Информация об условиях и результатах образования обучающегося в образовательной организации*

1. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития ребенка на момент поступления в образовательную организацию: качественно в соотношении с возрастными нормами развития (значительно отставало, отставало, неравномерно отставало, частично опережало).
2. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития ребенка на момент подготовки характеристики: качественно в соотношении с возрастными нормами развития (значительно отстает, отстает, неравномерно отстает, частично опережает)\*.

3. Динамика (показатели) познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития (по каждой из перечисленных линий): крайне незначительная, незначительная, неравномерная, достаточная.
4. Динамика освоения программного материала:
  - программа, по которой обучается ребенок (авторы или название ОП/ АОП\*\*);
  - соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям программы: достижение образовательных результатов в соответствии с годом обучения в отдельных образовательных областях (фактически отсутствует, крайне незначительна, невысокая, неравномерная).
5. Особенности, влияющие на результативность обучения: *мотивация к обучению* (фактически не проявляется, недостаточная, нестабильная), *сенситивность в отношениях с педагогами* в учебной деятельности (на критику обижается, дает аффективную вспышку протеста, прекращает деятельность, фактически не реагирует, другое), качество деятельности при этом (ухудшается, остается без изменений, снижается), *эмоциональная напряженность* при необходимости публичного ответа, контрольной работы и проч. (высокая, неравномерная, нестабильная, не выявляется), *истощаемость* (высокая, с очевидным снижением качества деятельности и пр., умеренная, незначительная) и др.
6. Отношение семьи к трудностям ребенка (от игнорирования до готовности к сотрудничеству), наличие других родственников или близких людей, пытающихся оказать поддержку, факты дополнительных (оплачиваемых родителями) занятий с ребенком (занятия с логопедом, дефектологом, психологом, репетиторство).
7. Получаемая коррекционно-развивающая, психолого-педагогическая помощь (конкретизировать) (занятия с логопедом, дефектологом, психологом, учителем начальных классов – указать длительность, т.е. когда начались/ закончились занятия); регулярность посещения этих занятий, выполнение домашних заданий этих специалистов.
8. Характеристики взросления:
  - хобби, увлечения, интересы (перечислить, отразить их значимость для обучающегося, ситуативность или постоянство пристрастий, возможно, наличие травмирующих переживаний – например, запретили родители, исключили из секции, перестал заниматься из-за нехватки средств и т.п.);
  - характер занятости во внеучебное время (имеет ли круг обязанностей, как относится к их выполнению);
  - отношение к учебе (наличие предпочтаемых предметов, любимых учителей);
  - отношение к педагогическим воздействиям (описать воздействия и реакцию на них);

- характер общения со сверстниками, одноклассниками (отвергаемый или оттесненный, изолированный по собственному желанию, неформальный лидер);
- значимость общения со сверстниками в системе ценностей обучающегося (приоритетная, второстепенная);
- значимость виртуального общения в системе ценностей обучающегося (сколько времени, по его собственному мнению, проводит в социальных сетях);
- способность критически оценивать поступки свои и окружающих, в том числе антиобщественные проявления (не сформирована, сформирована недостаточно, сформирована «на словах»);
- самосознание (самооценка);
- принадлежность к молодежной субкультуре;
- особенности психосексуального развития;
- религиозные убеждения (не актуализирует, навязывает другим);
- отношения с семьей (описание известных педагогам фактов: кого слушается, к кому привязан, либо эмоциональная связь с семьей ухудшена/утрачена);
- жизненные планы и профессиональные намерения.

*Поведенческие девиации:*

- совершенные в прошлом или текущие правонарушения;
- наличие самовольных уходов из дома, бродяжничество;
- проявления агрессии (физической и/или вербальной) по отношению к другим (либо к животным), склонность к насилию;
- оппозиционные установки (спорит, отказывается) либо негативизм (делает наоборот);
- отношение к курению, алкоголю, наркотикам, другим психоактивным веществам (пробы, регулярное употребление, интерес, стремление, зависимость);
- сквернословие;
- проявления злости и/или ненависти к окружающим (конкретизировать);
- отношение к компьютерным играм (равнодушен, интерес, зависимость);
- повышенная внушаемость (влияние авторитетов, дисфункциональных групп сверстников, подверженность влиянию моды, средств массовой информации и проч.);
- дезадаптивные черты личности (конкретизировать).

*Информация о проведении индивидуальной профилактической работы (конкретизировать).*

*Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения образовательного маршрута, создания условий для коррекции нарушений разви-*

*тия и социальной адаптации и/или условий проведения индивидуальной профилактической работы.*

Дата составления документа.

Подпись председателя ПМПк. Печать образовательной организации.

- \* Приложением к характеристику является табель успеваемости, заверенный подписью руководителя образовательной организации (уполномоченного лица), печатью образовательной организации.  
Характеристика заверяется подписью руководителя образовательной организации (уполномоченного лица), печатью образовательной организации.  
Характеристика может быть дополнена исходя из индивидуальных особенностей обучающегося.  
В отсутствие в образовательной организации ПМПк характеристика готовится педагогом или специалистом психолого-педагогического профиля, в динамике наблюдающим ребенка (воспитатель/учитель начальных классов/классный руководитель/тьютор/педагог-психолог).
- \*\* Для обучающегося по АОП – указать коррекционно-развивающие курсы, динамику в коррекции нарушений.

**Научное издание**

**Вакорина Людмила Юрьевна  
Васягина Наталия Николаевна  
Герасименко Юлия Алексеевна  
Пестова Ирина Васильевна**

**Методические рекомендации  
для образовательных организаций по определению условий  
организации индивидуальной профилактической работы  
для обучающихся с девиантным поведением**

Подписано в печать: 15.12.2018.  
Формат: 60\*90<sub>8</sub>. Бумага офсетная.  
Гарнитура Times. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 1,9. Усл.-изд. л. 2,5.  
Тираж экз.

**Отпечатано в типографии**

<http://mgppu.ru>  
<http://inclusive-edu.ru>

**ISBN 978-5-94051-191-5**

**МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение**  
**«Центр защиты прав и интересов детей»**  
**Федеральное государственное бюджетное**  
**образовательное учреждение высшего образования**  
**«Московский государственный психолого-педагогический университет»**  
**Институт проблем инклюзивного образования**

**Обследование детей с социальной депривацией  
(воспитывающихся в семьях опекунов  
(попечителей), приемных семьях,  
организациях для детей-сирот и детей,  
оставшихся без попечения родителей)**

*Методические рекомендации для специалистов  
психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК)*

**Москва**  
**2018**

**УДК 159.922.76:616.89**

**ББК 88.48**

**O25**

**Вакорина Людмила Юрьевна**

*педагог-психолог, руководитель федерального центра психолого-медико-педагогической комиссии ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»*

**Семаго Михаил Михайлович**

*кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник Института проблем инклюзивного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»*

**Юдилевич Алексей Яковлевич**

*дефектолог-консультант Отделения социально-психологической адаптации лечебно-диагностического медицинского центра «САКАРА» (город Орел), специальный психолог ЧУСО для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей «Детская деревня – SOS Лаврово» (Орловская область), консультант АНО «Институт социального проектирования в поддержку семьи и детства» (город Санкт-Петербург), заслуженный учитель Российской Федерации*

**O25** Обследование детей с социальной депривацией (воспитывающихся в семьях опекунов (попечителей), приемных семьях, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей): методические рекомендации для специалистов психолого-медицинско-педагогических комиссий (ПМПК) / М.М. Семаго, А.Я. Юдилевич. М. : ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018. 42 с.

**ISBN 978-5-94051-189-2**

*В методических рекомендациях изложена процедура обследования детей с социальной депривацией (воспитывающихся в семьях опекунов (попечителей), организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также в приемных семьях), представлен рекомендуемый для специалистов психолого-медицинско-педагогических комиссий инструментарий, в том числе педагогический.*

*Рассмотрены вопросы психолого-педагогического сопровождения приемной семьи в условиях психолого-педагогических и медико-социальных центров.*

*Адресованы специалистам психолого-медицинско-педагогических комиссий.*

**ISBN 978-5-94051-189-2**

**УДК 159.922.76:616.89**

**ББК 88.48**

© Вакорина Л.Ю., 2018.

© Семаго М.М., 2018.

© Юдилевич А.Я., 2018.

© ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018.

# **Содержание**

<b>Введение.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Нормативно-правовые аспекты, основные научные подходы, логика, содержание и порядок проведения процедуры обследования детей с социальной депривацией и рабочий инструментарий.....</b>	<b>6</b>
1.2 Основные научные подходы к изучению депривационного синдрома и последствий воздействия депривации и тяжелых психотравмирующих факторов на развитие детей и подростков .....	8
1.3 Рекомендуемый порядок и инструментарий обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК.....	14
1.3.1 <i>Сроки и основные причины             представления детей-сирот и детей,             оставшихся без попечения родителей, на ПМПК.....</i>	14
1.3.3 <i>Принципы обследования детей-сирот и детей,             оставшихся без попечения родителей, на ПМПК.....</i>	17
1.3.4 <i>Порядок обследования детей-сирот и детей,             оставшихся без попечения родителей, на ПМПК.....</i>	21
1.3.5 <i>Пример заключений специалистов             ПМПК и определения специальных образовательных             условий с использованием педагогического инструментария .....</i>	22
<b>2. Диагностический инструментарий     для обследования детей-сирот и детей,     оставшихся без попечения родителей.....</b>	<b>25</b>
<b>3. Принципы, содержание, алгоритм,     формы и методы психолого-педагогического     сопровождения семей, принявших на воспитание     детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей .....</b>	<b>26</b>
3.1 Принципы и содержание психолого- медицинско-педагогического сопровождения семей .....	27

3.2 Алгоритм разработки рекомендаций ПМПК (в рамках ее компетенции) по организации сопровождения ребенка и его приемной семьи специалистами ППМС-центров и ПМПк образовательных организаций .....	28
<b>Заключение .....</b>	<b>30</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>32</b>

*Привязанность и утрата находятся в сердце всей  
работы по защите прав детей-сирот  
Вера Фальберг (V. Fahlberg, 1981)*

## **Введение**

Настоящие методические рекомендации разработаны для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) (руководителей ПМПК, педагогов-психологов, учителей-дефектологов (олигофренопедагогов, сурдо- и тифлопедагогов), учителей-логопедов, социальных педагогов), обеспечивающих организацию и проведение обследования детей, развивающихся (или ранее длительно развивавшихся) в условиях полной или частичной материнской (социальной, психологической) депривации (воспитывающихся в семьях опекунов (попечителей), приемных семьях, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) (*далее – приемная семья, организация для детей-сирот, дети-сироты, ребенок*).

В этом пособии представлены рекомендации по организации обследования данной категории детей, примерный диагностический инструментарий, обязательный для комплексного обследования на ПМПК, позволяющий учитывать особенности детей с социальной депривацией и избежать диагностических ошибок и возникновения трудностей при их обследовании. Это обеспечит оптимальные условия для разработки и определения соответствующего образовательного маршрута и позволит сформулировать рекомендации ПМПК педагогам и специалистам образовательных организаций, законным представителям для организации обучения, воспитания, развития и социальной адаптации в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка.

Настоящие методические рекомендации также содержат материалы, освещающие принципы, алгоритм, содержание, формы и методы психолого-педагогического сопровождения приемной семьи в условиях центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (ППМС-центров).

# **1. Нормативно-правовые аспекты, основные научные подходы, логика, содержание и порядок проведения процедуры обследования детей с социальной депривацией и рабочий инструментарий**

О необходимости реализации особых подходов при обследовании на ПМПК детей-сирот, а также в ситуации разработки комиссиями рекомендаций по организации обучения, воспитания, специальной коррекционно-развивающей работы с ними неоднократно высказывались многие ученые, практики и СМИ [Ж-л «Русский репортер», 2018; 8], а также общественные организации [РОО «Право ребенка»; 22]. В связи с этим выделим вопрос о понимании сути такого рода работы, определим ключевые понятия проблемы обследования детей с социальной депривацией и их юридические дефиниции.

## **1.1 Ключевые понятия проблемы обследования детей с социальной депривацией и их юридические дефиниции**

Согласно ст. 1 Федерального закона «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ (ред. от 07.03.2018)):

- дети-сироты – это лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель;
- дети, оставшиеся без попечения родителей, – это лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного родителя или обоих родителей в связи с лишением их родительских прав, ограничением их в родительских правах, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), объявлением их умершими, установлением судом факта утраты лицом попечения родителей, отбыванием родителями наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, нахождением в местах содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, уклонением родителей от воспитания своих детей или от защиты их прав и интересов, отказом родителей взять своих детей из образовательных организаций, медицинских организаций, организаций, оказывающих социальные услуги, а также в случае, если единственный родитель или оба родителя неизвестны, в иных случаях признания детей оставшимися без попечения родителей в установленном законом порядке.

Нормативно-правовое регулирование правового статуса детей-сирот, в части обеспечения их прав на доступное качественное образование и наилучшие

условия личностного развития и социальной адаптации, предусматривают следующие нормативно-правовые акты:

- Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г.; вступила в силу для СССР 15 сентября 1990 г.). Ст. 20 (ч. 1);
- Конституция Российской Федерации (с учетом поправок, внесенных законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ). Ст. 43;
- Семейный кодекс Российской Федерации (СК РФ) (ред. от 03.08.2018) // СЗ РФ. 1996. № 1. Ст. 16;
- Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) (ГК РФ) (ред. от 03.08.2018) // СЗ РФ. 1994. № 32. Ст. 3301;
- Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» // СЗ РФ. 1996. № 52. Ст. 5880;
- Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ (ред. от 31.12.2017) «Об опеке и попечительстве» // СЗ РФ. 2008. № 17. Ст. 1755;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 г. № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» (вместе с «Положением о деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей») // СЗ РФ. 2014. № 22. Ст. 2887; и др.

Опека – форма устройства малолетних граждан (не достигших возраста четырнадцати лет несовершеннолетних граждан) и признанных судом недееспособными граждан, при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (опекуны) являются законными представителями подопечных и совершают от их имени и в их интересах все юридически значимые действия.

Попечительство – форма устройства несовершеннолетних граждан в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет и граждан, ограниченных судом в дееспособности, при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (попечители) обязаны оказывать несовершеннолетним подопечным содействие в осуществлении их прав и исполнении обязанностей, охранять несовершеннолетних подопечных от злоупотреблений со стороны третьих лиц, а также давать согласие совершеннолетним подопечным на совершение ими действий в соответствии со ст. 30 Гражданского кодекса Российской Федерации (ст. 2 Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»).

Опека и попечительство над несовершеннолетними устанавливаются также в целях их воспитания. Соответствующие этому права и обязанности опекунов и попечителей определяются семейным законодательством (ГК РФ, ст. 31).

Приемная семья – опека или попечительство над ребенком или детьми, которые осуществляются по договору о приемной семье, заключаемому между органом опеки и попечительства и приемными родителями или приемным родителем, на срок, указанный в этом договоре (СК РФ, ст. 152).

Определив ключевые понятия проблемы обследования детей с социальной депривацией и их юридические дефиниции, нам необходимо выделить основные научные подходы к изучению депривационного синдрома, пониманию последствий воздействия разных факторов на развитие ребенка, отнесенного к этой категории.

## **1.2 Основные научные подходы к изучению**

### **депривационного синдрома и последствий воздействия депривации и тяжелых психотравмирующих факторов на развитие детей и подростков**

Особенности психологического, физического, социального развития детей-сирот явились предметом многочисленных исследований в России и за рубежом. Вопросы психического развития, психологического здоровья рассматриваются в трудах психологов Дж. Боулби [3], Й. Лангмайера и З. Матейчека [14], М.И. Лисиной [15], А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых [27], Р.Ж. Мухамедрахимова [20], В.Н. Ослон [26] и мн. др.

Проблемы соматического и психического здоровья детей-сирот освещаются в работах врачей М. Раттера [39], Д. Джонсона [38], В.Е. Кагана, В.М. Башиной [2], М.О. Проселковой, Г.В. Козловской [11; 12; 13] и др.

Классическое определение феномена психической депривации приводится в работе Й. Лангмайера и З. Матейчека «Психическая депривация в детском возрасте (1984): *Психическая депривация является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени* [14, с. 19].

Основные механизмы формирования психики детей, находившихся в условиях полной либо частичной материнской (социальной, социально-психологической) депривации, с позиций большинства современных исследователей, рассматриваются в контексте их связи с особенностями (дефицитами и искажениями) формирования привязанности к матери (лицу, постоянно осуществляющему заботу и уход за ребенком).

Психоаналитик и психиатр Джон Боулби дает следующее определение привязанности: *Привязанность (attachment) – это инстинктивное поведение ребенка, а также любая форма поведения, результатом которой является приобретение или сохранение близости с «объектом привязанности», которым обычно является человек, оказывающий помощь* [3, с. 94].

Современный исследователь феномена привязанности канадский психолог Гордон Ньюфелд, развивая представления Дж. Боулби и его последователей, показывает, что по мере роста и развития ребенка привязанность не уменьшается, но трансформируется за счет углубления, нахождения новых способов ощущать себя рядом, для того чтобы в меньшей степени зависеть от физического присутствия/отсутствия объекта привязанности [23].

Депривация (как полная, так и частичная), хроническое пренебрежение нуждами ребенка и отсутствие должной заботы, жестокое обращение, потери (смерть и уход близких), разрушение привязанностей с последующими перемещениями в детском возрасте, по мнению В.В. Ковалева [10], В.С. Мухиной [21], Н.В. Вострокнутова [5], В. Фальберг (V. Fahlberg) [37] и др., являются серьезными психотравмирующими ситуациями патогенного характера для ребенка (подростка) [34].

В.В. Ковалев [10] одним из первых в отечественной психиатрии, наряду с прочими психотравмирующими ситуациями, стал выделять депривационный фактор. Приведем его классификацию психических травм:

1. шоковые психические травмы (нападение животного, появление чужого, удар грома);
2. психотравмирующие ситуации, относительно кратковременные, но психологически очень значимые для ребенка (утрата или болезнь одного из родителей, ссора со сверстниками и т.п.);
3. хронически действующие психотравмирующие ситуации, затрагивающие основные ориентации ребенка (семейные конфликты, противоречивое и despотическое воспитание, неуспеваемость и т.п.);
4. факторы эмоциональной депривации (хронический недостаток ухода, заботы, ласки и т.п.) [10, с. 1389].
5. Последствия хронической психической травмы, психической депривации в детском возрасте всегда неблагоприятны для дальнейшего развития.

Так, психотравмирующие воздействия в раннем возрасте могут впоследствии привести к стойким расстройствам физического и психического здоровья с чертами первазивности, как, в частности, при депривационном, или психогенном, пардаутизме, описанном в исследованиях психиатров Г.В. Козловской и М.О. Проселковой [11], В.М. Башиной [2], А.С. Тиганова [33] и др., у детей 3–4 лет, лишенных матери, длительно воспитывающихся в дисфункциональной семье или в детском доме.

Такого рода расстройство наиболее оформленно проявляется к первому физиологическому кризисному периоду (2,5–4 года) в изменении общения, недостаточности коммуникативных функций, нарушении становления речи, моторных навыков и к тому же сочетается с определенными нарушениями социализации, т.е. по сути охватывает нарушения всех функциональных сфер организма (первазивность) [2, с. 50–51].

Поведение многих детей, находящихся в организациях для детей-сирот, в целом может напоминать таковое при расстройствах аутистического спектра (PAC), однако в отличие от них, дети с психогенным аутизмом при активной стимуляции, своевременном помещении в приемные семьи оказываются способными к обучению, подражанию, коммуникации. У них, как правило, впоследствии не обнаруживается патологического негативизма, стереотипности и парадоксальности реакций [33].

При хроническом отсутствии матери (или лица, постоянно осуществляющего уход и заботу) у этих детей, естественно, не формируется система (диада) «мать-дитя», даже если в организации, где они воспитываются, создаются условия пребывания, «приближенные к семейным». Эмоциональная сфера таких детей недоразвита. У них возможно развитие депрессивных состояний с плаксивостью, соматическими жалобами, сенестоалгиями (тягостными психогенными внутренними ощущениями, не имеющими органической природы), адинамией и астенией, которые создают дополнительную основу для измененного эмоционального реагирования.

Такого рода парааутистические расстройства обычно приводят к вторичной задержке умственного развития, ухудшению состояния при наличии органически обусловленных расстройств (при тотальных и парциальных нарушениях когнитивной сферы, речевых, двигательных или сенсорных расстройствах).

В исследованиях Л.Ю. Александровой [1] показано, что к 2-летнему возрасту у большинства детей, воспитывавшихся в условиях полной материнской депривации, отмечались устойчивые проявления речевого негативизма (нежелание повторить слово по настойчивой просьбе взрослого), затруднения в освоении антиципирующего аспекта речи. Большинство детей имели в активном словаре лишь несколько слов, однако среди них ямбически организованные слова отсутствовали. Имелся значительный разрыв между пассивным и активным словарем. К двум с половиной годам дети только начинали пользоваться фразовой речью, для них была характерна шаблонность использования ритмических моделей предложений. Манифестируя трудности освоения лексико-грамматических и прагматических средств языка. Среди речевой продукции детей преобладали звукоподражания и слова крайне искаженной слогоритмической структуры. Понимание речи было значительно затруднено и жестко зависело от речевой ситуации и степени «знакомости» речи говорящего взрослого. Одна и та же речевая конструкция не понималась или понималась неточно или правильно в зависимости от того, была ли она произнесена «чужим» взрослым в непривычной ситуации, «чужим» взрослым в привычной ситуации, близким (знакомым) взрослым в непривычной ситуации или близким взрослым в привычной ситуации.

К трем годам отставание темпов речевого развития было значительным. Отмечались: снижение стремления к речевому подражанию близкому взрослому; задержка потребности сообщить о своих нуждах с помощью словесных знаков;

трудности освоения лексико-грамматических и прагматических средств языка. Было выявлено отсутствие или недостаточность ямбически организованных двусложных слов (преобладали хореически организованные двусложные слова). Отмечалось запаздывание фразовой речи, задержка овладения различными ритмическими моделями предложений, задержка практического усвоения системы падежей [1, с. 15, 16].

По мере взросления ребенка-сироты (даже в условиях организации для детей-сирот) пардаутистический синдром, задержки в речевом развитии, как правило, претерпевают частичное обратное развитие. С запозданием и своеобразием формируется речь, расширяются способности к общению, реже возникают депрессивные состояния. Но вместе с тем все более отчетливо проступают особенности личности, эмоциональная незрелость, затруднения в установлении межличностных связей (как с взрослыми, так и со сверстниками), недостаточная способность к сопереживанию (эмпатии) и сниженная мотивация к труду (часто с рентными установками). Вместе с проявлениями задержки умственного развития пограничного уровня это формирует своеобразный дефицитарный тип личности [33].

В связи с этим можно также говорить о явлениях психосоциально обусловленной асинхронии развития ребенка, развивавшегося в условиях психической депривации и/или пренебрежения, жестокого обращения.

Задержки и искажению, как правило, в большей степени подвергаются те сферы психики, сензитивный период развития которых приходится на неблагоприятные периоды жизни ребенка. Это приводит к резкой диспропорции и асинхронии в формировании сфер психики, становление которых в норме происходит относительно равномерно (с явлениями физиологически обусловленной гетерохронии).

К примеру, здоровый 9-летний ребенок из семьи физически, социально, интеллектуально, эмоционально соответствует уровню так называемого условного (статистического) социально-психологического возрастного норматива (СПН), характерного для 9-го года развития. Если представить важнейшие сферы и критерии его физического, психического, социокультурального развития в виде лепестковой диаграммы, то в идеале каждая из лепестковых шкал будет соответствовать 9-летнему условно-возрастному уровню и форма диаграммы будет приближаться к геометрически правильному многоугольнику.

У детей с неблагополучным развитием в условиях депривации негативный жизненный опыт приводит к тому, что в некоторых сферах их развитие соответствует возрасту, в других – опережает, а в третьих – значительно отстает от нормы либо искажается, т.е. из целостного и относительно равномерного становится «мозаичным», асинхронным.

Если обозначить соответствие каждого из исследуемых критериев развития ребенка условному показателю «возраст развития», то в графическом

представлении структура развития ребенка-сироты может выглядеть следующим образом (см. рисунок).



*Рис. Диаграмма социально обусловленной асинхронии развития ребенка 9 лет с синдромом психической депривации*

На диаграмме обозначены парциальные задержки по многим важнейшим критериям развития. При внимательном анализе (это обозначено пунктиром и стрелками) обычно заметны черты амбивалентности: сочетания парциальных акселерации и ретардации в структуре отдельных способностей. К примеру, при явном дефиците самообслуживания, бытовых умений, навыков делового и игрового взаимодействия с ровесниками и близкими взрослыми у такого ребенка могут быть патологически гипертрофированы (с элементами искажения) способности к социальной адаптации и выживанию в любых условиях при наличии не свойственных возрасту способов коммуникации с взрослыми и детьми (обмана, манипуляций, воровства, психологического давления и т.п.). Наряду с чертами искажений (амбивалентности) и дезинтегративности в развитии у таких детей часто могут наблюдаться признаки дисгармонии по экстра- либо интрапунитивному типу.

#### *Образовательная депривация детей-сирот*

Воспитываясь в дисфункциональных семьях, дети часто не имеют возможности получить доступное образование и необходимую коррекционную помощь в раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте. Пренебрегающие их интересами родители не учат их совместной игре, не развивают предметную деятельность, не формируют бытовые умения, не прививают любовь к книгам, изобразительному творчеству, музыке и т.п.

Явления образовательной депривации (значительное несоответствие когнитивных возможностей актуальному образовательному уровню) могут наблюдаться и у детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот. Механизм формирования образовательной депривации определяется двумя группами факторов: внешними (связанными с неблагоприятной социально-образовательной ситуацией развития) и внутренними (связанными с особенностями формирования мотивационно-потребностной сферы, своеобразием иерархии мотивов). В иерархии человеческих потребностей (см. работы А. Маслоу [18] и ряда других авторов) потребность в получении образования не может стать актуальной, пока не будут на необходимом и достаточном уровне реализованы «ниже расположенные в пирамиде» – физиологически и витально значимые потребности: достаточное питание (отсутствие голода, жажды и т.п.), безопасность (минимальный комфорт, постоянство условий жизни), социальные связи (общение, привязанность, забота, любовь, внимание других, совместная деятельность и др.).

Другими словами, голодный ребенок с патологически сформированной привязанностью, растущий в условиях хронической социальной депривации, при недостатке индивидуального внимания и любви, не чувствующий себя в безопасности, очевидно не может испытывать и адекватно реализовать потребности в образовании.

Сформированная в условиях ранней депривации, нестабильности и небезопасности ближайшего психосоциального окружения дефицитарность познавательной мотивации и активности детей-сирот (при первично сохранным интеллекте) часто определяет все дальнейшие проблемы в их обучении.

Ведущими этиологическими факторами, определяющими особую уязвимость детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, являются:

- наследственные (генетические и хромосомные) заболевания, наличие и тяжесть которых у детей часто побуждает родителей к отказу, оставлению их в лечебных организациях, организациях для детей-инвалидов;
- экзогенно-органические факторы – внутриутробные инфекционные заболевания матерей, недостаточно полноценное питание в период беременности, связанное с особенностями социального статуса, невысоким достатком, курение, употребление психоактивных веществ, алкоголя (к примеру, систематическое употребление алкоголя матерью в период беременности обуславливает у детей развитие тяжелого расстройства – фетального алкогольного синдрома, ФАС), психологические переживания (также провоцирующие злоупотребление алкоголем). Так, по данным ВОЗ и ряда российских исследователей [16], у детей раннего возраста, воспитывающихся в организациях для детей-сирот, частота встречаемости ФАС статистически значимо выше, чем у их сверстников, находящихся в родных семьях;
- интегративное влияние неблагоприятных социально-психологических факторов (психическая и образовательная депривация, безнадзорность, хрони-

ческое пренебрежение нуждами, жестокое отношение, горе, потери, перемещения и др.) [6].

Более подробно об особенностях развития детей, воспитывающихся в различных формах долговременной опеки и организациях для детей-сирот, можно узнать из научной литературы, представленной в конце этого текста.

Рассмотрев сущность основных научных подходов к изучению депривационного синдрома, выделив последствия воздействия разных факторов на развитие ребенка, отнесенного к изучаемой категории, мы обеспечили тот контекст, который позволяет не только понимать суть проблемы, но и перейти к конкретным рекомендациям.

### **1.3 Рекомендуемый порядок и инструментарий обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК**

#### *1.3.1 Сроки и основные причины представления детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК*

ПМПК обследуют детей-сирот как в плановом порядке, так и по обращениям (заявкам) законных представителей.

Плановые обследования, как правило, проводятся:

1. при переводе детей из медицинской организации (Дом ребенка) в образовательные организации для детей-сирот либо в организации для детей-сирот, оказывающие социальные услуги, по достижении 4–5-летнего возраста;
2. при поступлении детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот, в школу (по достижении 7-летнего возраста);
3. при переходе детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот, с этапа начального общего образования на этап основного общего образования (в 5-й класс);
4. при переводе детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот, завершивших обучение по ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), а также вариантам адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) 1.3, 2.3, 3.3, 4.3, 6.3, 8.3, в профессиональные образовательные организации.

В других случаях дети-сироты обследуются на ПМПК по мере необходимости – по заявкам законных представителей (организаций для детей-сирот, организаций социального обслуживания населения, приемных родителей, а также в соответствии с направлениями учреждений МСЭ).

Для обследования на ПМПК могут направляться дети-сироты – воспитанники стационарных организаций (отделений) социального обслуживания для детей-инвалидов для определения образовательных возможностей (в случаях, если обнаруживается положительная динамика в их развитии и появляются перспек-

тивы изменения образовательного маршрута), а также при установлении инвалидности (переосвидетельствованиях) по направлениям учреждений МСЭ.

В ряде случаев для психолого-медицинско-педагогического обследования на ПМПК представляются дети-сироты при передаче в приемные семьи по заявкам органов опеки и попечительства.

Особенно сложными для разрешения, как показывает опыт, бывают случаи, когда необходимо обследовать на ПМПК подростков из неблагополучных семей, переданных органами опеки и попечительства в приемные семьи или организации для детей-сирот, с запросом по установлению статуса ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и определению необходимости обучения по АООП, создания особых образовательных условий. Часто оказывается, что при первично сохранном интеллекте уровень академической подготовки, сформированность ключевых образовательных компетенций таких детей крайне низки (вследствие образовательной депривации). У них часто наблюдаются серьезные расстройства поведения, эмоциональной сферы (как последствия посттравматического стрессового расстройства, вызванного изъятием из семьи, смертью или тяжелой болезнью родственников, длительным пренебрежением и/или жестоким обращением, сексуальным насилием, хронической безнадзорностью, недоеданием и т.п.). Многие из таких детей по возрасту должны обучаться в 7–9-х классах, т.е. уже на этапе завершения основного общего образования и подготовки к прохождению ОГЭ. ПМПК должна в таких случаях рекомендовать систему эффективного комплексного сопровождения трудного подростка, в которую входят психокоррекционные, медицинские, социальные и педагогические мероприятия. Однако явный дефицит времени на восполнение образовательных дефицитов (перед ПМПК уже практически взрослый человек!), наличие стойких сформировавшихся особенностей эмоционально-волевой и потребностной сфер, психологических установок и поведенческих стереотипов подростка часто существенно затрудняют реализацию таких программ помощи.

### *1.3.2 Обзор причин появления диагностических ошибок и возникновения вероятных трудностей при обследовании детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК*

Разработанные и внедряемые в настоящее время алгоритмы комиссионного обследования детей на ПМПК, основанные на реализации принципов междисциплинарного подхода, ролевой и содержательной распределенности деятельности каждого из специалистов комиссии [24; 25], являются оптимальными и достаточно надежными в диагностической работе как с детьми из обычных (кровных) семей, так и с детьми, воспитывающимися в приемных семьях и организациях для детей-сирот.

В рамках профессионального подхода каждого из специалистов ПМПК (психолога, дефектолога, логопеда, социального педагога, врача) существует и чаще всего реализуется возможность анализа важнейших сфер развития ребенка:

регуляторно-волевой, когнитивной, аффективно-эмоциональной. Система критериальной оценки сформированности основных показателей развития ребенка на ПМПК [24; 25; 29] позволяет оперативно реализовать всестороннее, «объемное» видение и понимание его проблем, проектирование оптимальных путей оказания помощи и организации сопровождения.

Однако при недостаточно гибком и адаптивном использовании протоколов (алгоритмов, последовательностей) психолого-медицинско-педагогического изучения на ПМПК детей-сирот, детей, переживших глубокую психологическую травму (в связи с полной или частичной психической депривацией, потерей, перемещением, длительным пренебрежением и/или жестоким обращением), возникает ряд рисков, недостаточный учет которых может привести к недостаточно точной и правильной квалификации структуры отклоняющегося развития и, соответственно, принятию ошибочных решений по созданию условий, необходимых для получения ребенком доступного и качественного образования.

Перечислим некоторые риски.

1. Если ребенок (подросток) менее одного года назад перенес состояние острого горя (в связи с утратой близких, изъятием из семьи, перемещением и т.п.), то у него высока вероятность наличия хронического посттравматического стрессового расстройства с перепадами (снижением) настроения, психосоматическими проблемами (по типу сенестоалгий), эмоциональной нестабильности, которые могут в значительной мере снижать когнитивную продуктивность, познавательную активность, мотивацию достижений. Существует риск гипердиагностики отклоняющегося развития.
2. У детей раннего, дошкольного, младшего школьного возраста с патологически сформировавшимися типами небезопасной привязанности (амбивалентный, избегающий, пассивный, дезориентированный) формируются малоэффективные паттерны исследовательского и коммуникативного поведения по отношению к незнакомым людям: активно-амбивалентное (недифференцированное, цепляющееся, с элементами формальности), пассивное, избегающее (страх, тревога), агрессивное (вызов). Это может существенно влиять на эффективность коммуникации, маскировать реальные познавательные возможности, имеющиеся знания и умения.
3. Обстановка комиссионного обследования (когда с ребенком пытаются взаимодействовать несколько специалистов, каждый из которых стремится задавать свои вопросы) может представиться небезопасной и пугающей, напомнить ребенку травмирующие ситуации изъятия его из семьи, допроса в полиции, в судебном заседании, комиссии по делам несовершеннолетних и т.п. В таком случае могут возникать сильные аффективные реакции (даже у подростков) с временным мутизмом, аутизацией, психосоматическими и иными реакциями, типичными для посттравматического стрессового расстройства. В таких случаях также возможна гипердиагностика.

4. Часто наблюдающиеся у детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот, сенсорно-дезинтегративные расстройства (измененная кожная, температурная и болевая чувствительность, нарушения проприорецепции, гравитационная неуверенность, измененная чувствительность к запахам, низкая избирательность внимания, слухового и зрительного восприятия) в условиях комиссионного обследования при большом стечении людей (небычно одетых, громко разговаривающих, обменивающихся замечаниями, пользующихся сильно пахнущими духами (одеколоном), прикасающихся (из наилучших побуждений) к голове, рукам, спине ребенка), при необходимости длительно сидеть спокойно (что часто требует повышенного контроля и ведет к перенапряжению мышц спины и воротниковой зоны) могут привести к сенсорной перегрузке и выраженному снижению продуктивности. В таких случаях также возможна неправильная диагностика.
5. Избирательность в общении и негативизм, сочетающиеся с низким психическим тонусом, часто свойственные детям-сиротам, могут приводить к трудностям в установлении контакта, отказам от общения, негативизму с намеренными ложными ответами на вопросы и нарочито неправильным выполнением заданий. Таким детям требуется достаточно много времени, для того чтобы вступить в полноценный продуктивный контакт с исследователем. В условиях ограниченности времени комиссионного обследования это также не способствует адекватной диагностике.

Серьезным (в данном случае уже профессионально-методическим) риском является недостаточно высокая компетентность и осведомленность членов ПМПК о психологии детей-сирот (детей с депривационным синдромом, посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), последствиями длительного жестокого обращения, пренебрежения и т.п.), отсутствие у специалистов опыта непосредственной работы с такими детьми.

Здесь же необходимо упомянуть важность наличия определенного баланса личностных особенностей специалистов ПМПК, ответственных за принятие решений (оптимальное соотношение высокой ответственности, способности к эмпатии и стрессоустойчивости, самообладания).

#### *1.3.3 Принципы обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК*

Наиболее эффективным в работе ПМПК с детьми-сиротами является описываемый и разрабатываемый в работах ряда исследователей [26] экологодинамический подход. Эффективность этого подхода обосновывается такими его важными характеристиками, как экологическая и темпоральная (динамическая) ориентации.

Важность экологической ориентации обусловлена тем, что на формирование личности ребенка-сироты, на ее прошлое, настоящее и последующее развитие

оказывали, оказывают и будут оказывать влияние различные факторы жизненной среды (ее экологической системы): от непосредственного, ближайшего окружения (история жизни и деградации кровной семьи, воспитания ребенка в этой семье, изъятия его из родной, а впоследствии и из приемной семьи и т.п.) до более широкого социального контекста (история его институционализаций, перемещений из организации в организацию, пребывания в одной или нескольких приемных семьях, обучения в дошкольных и школьных образовательных организациях, прохождение обследований на ПМПК и т.п.), и даже исторического контекста (истории и культурально-религиозных, иных особенностей кровной семьи, институций, и приемных семей, в которых находился и воспитывался ребенок).

Необходимость темпоральной (динамической) организации системы диагностических мероприятий и дальнейшего сопровождения обосновывается наличием асинхронии (диспропорциональности) развития, в той или иной степени присущей каждому ребенку с депривационным синдромом. Во время первичной (или даже нескольких последующих) диагностических сессий ПМПК часто не имеет ни временной, ни методической возможностей достаточно точно определить структуру отклоняющегося развития ребенка-сироты, надежно предсказать возможную динамику его дальнейшего развития (в силу ряда психогенных причин она чаще всего имеет волнообразный характер), рекомендовать адекватные стабильные образовательные условия. Только в ходе динамического наблюдения, по мере накопления сведений о ребенке, особенностях его личности, психосоматическом статусе, стрессоустойчивости и адаптационных возможностях, можно в определенной мере приблизиться к адекватной квалификации дизонто-генеза и определению оптимальных образовательных условий. В этот же период возможно простроить систему сопровождения – консультирования приемных родителей, педагогов, специалистов, осуществляющих специальную психологическую поддержку и психокоррекцию и др.

Ниже выделены основные принципы эколого-динамического подхода в обследовании и сопровождении ребенка-сироты на ПМПК.

1. Принцип компетентности, подразумевающий глубокие знания и понимание членами ПМПК психофизиологических особенностей детей с синдромом ранней материнской депривации, опытом длительного жестокого обращения (пренебрежения), с последствиями посттравматического стрессового расстройства. Опыт показывает, что наилучшие результаты при обучении специалистов (психологов, дефектологов, педагогов, врачей, управленцев) дают активные методы повышения квалификации (с элементами тренинга) по типу известной программы PRIDE\*, предназначеннной для приемных родителей

---

Аббревиатуру PRIDE можно расшифровать как «возможности родителей для получения информации, развития и образования». Авторы программы, основываясь на анализе многолетнего опыта функционирования замещающих семей, пришли к выводу, что процесс подготовки и поддержки новых приемных семей и сохранения существующих –

и усыновителей, а также специалистов, работающих с детьми, оставшимися без попечения родителей. Серьезный опыт внедрения этой программы для обучения специалистов (в том числе и ПМПК) накоплен в Мурманской области (являющейся для этого проекта «пилотной»), а также других территориях Северо-Запада России: Ленинградской, Архангельской областях, Республике Карелии, Санкт-Петербурге.

2. Принцип системности, подразумевающий рассмотрение проблем ребенка с разных сторон, «объемно», понимая каждую отдельную трудность в развитии ребенка (к примеру, несформированность когнитивной сферы, речевые нарушения, недостаточность или отсутствие копинг-стратегий, недостаточное развитие регуляторной и коммуникативной сфер и т.п.) как свойство одного из элементов, определяющееся его местом в сложной иерархической структуре своеобразного мультифакторного дизонтогенеза.
  3. Принцип экологичности и безопасности как по отношению к самому ребенку, так и в отношении его ближайшего социального окружения (сущность этого принципа кратко формулируется: «Не навреди!»).
  4. Принцип адаптивности и вариативности процедуры обследования, в рамках которого члены ПМПК могут оперативно варьировать порядок диагностической работы, менять членов комиссии, которые непосредственно взаимодействуют с ребенком, привлекать для непосредственной работы (игр, тестирования) людей, которых ребенок знает и с которыми хорошо контактирует (действуя опосредованно через них), гибко использовать средства звуко- и видеозаписи, зеркало Гезелла (специально обработанное стекло, которое выглядит как зеркало с одной стороны и как затемненное стекло с другой) и т.п.
- Важно использовать адаптивный (как стандартный, так и игровой) принцип предъявления инструкции, предложенный нейропсихологом И.Ф. Марковской [17, с. 26]. Так, инструкция к заданию может предлагаться ребенку в нескольких вариантах: сначала в стандартной (как требуется в авторской версии методики), а затем, если качество работы ребенка неудовлетворительно или он не может понять инструкцию, – в игровой форме. По мнению автора, это обеспечивает не только эмоциональную стимуляцию, но и включение дополнительно речевого и смыслового опосредования действий. Результаты выполнения задания в этом случае, как правило, улучшаются, балльные оценки повышаются. Этот результат вносится в протокол исследования. Таким образом, эффективность помощи и, что особенно существенно, виды ее становятся важными данными для оценки потенциальных возможностей ребенка.

---

это две стороны одной медали: если существующие семьи будут получать надлежащую поддержку и успешно работать, то их опыт воодушевит остальных. Поэтому особенно важно иметь специалистов (в том числе и ПМПК, ППМС-центров, образовательных организаций), подготовленных к работе в одной команде с приемными родителями.

5. Принцип сбора и учета мнений и информации, полученной от лиц, непосредственно осуществляющих уход за ребенком (специалистов и персонала организации, приемных родителей, иных людей).
6. Принцип динамического изменения основной диагностической гипотезы (принцип Байеса).

Принцип основывается на правиле (теореме) Байеса, названном так в честь математика и священника XVIII века Томаса Байеса, – объективном методе подсчета обоснованности предположений (гипотез, заявлений, предложений) на основе имеющихся доказательств (наблюдений, данных, информации).

Упрощенно правило Байеса в отношении диагностической гипотезы на ПМПК можно трактовать следующим образом:

Изначальная диагностическая гипотеза + новые данные = новая, уточненная диагностическая гипотеза.

Все этапы работы с ребенком-сиротой на ПМПК должны быть взаимосвязаны и подвергаться корректировке в зависимости от результатов предыдущего этапа и новых полученных данных [29, с. 67].

7. Принцип пролонгированности наблюдений. Реализация данного принципа подразумевает организацию длительного (в зависимости от сложности случая) наблюдения за динамикой развития ребенка и успешностью его вхождения в приемную семью (воспитательную группу организации для детей-сирот) с этапной диагностикой и возможностью коррекции образовательных условий. По сути, системная работа с каждым ребенком-сиротой (воспитывается ли он в приемной семье или организации для детей-сирот) должна организовываться в форме проекта с поставленными стратегическими и промежуточными целями, задачами, системой этапных диагностических и иных мероприятий, установленными критериями запланированных изменений, которые могут произойти при условии выполнения запланированных мероприятий. Для полноценной реализации данного принципа оптимально, когда ПМПК является структурным подразделением ППМС-центра, в котором налажена подготовка приемных родителей (функционируют Школа приемных родителей – ШПР, Служба сопровождения приемных семей), имеется подготовленная команда специалистов по работе с детьми-сиротами, приемными родителями.

При работе с детьми-сиротами с тяжелыми (множественными) расстройствами развития, воспитывающимися в стационарных организациях (отделениях) социального обслуживания для детей-инвалидов, договор о динамическом наблюдении и комплексном сопровождении заключается с этой организацией; продолжительность и содержание сопровождения определяется с учетом особенностей каждого конкретного случая.

### *1.3.4 Порядок обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ПМПК*

В соответствии с принципами эколого-динамического подхода предлагается следующий порядок обследования и сопровождения детей-сирот на ПМПК.

- A. Как правило, нецелесообразно обследовать на ПМПК детей-сирот, которые не прошли минимальный (0,5 года) период адаптации в новых условиях (были возвращены из кровной семьи в организацию для детей-сирот вследствие отказа; переведены из организации для детей-сирот в приемную семью; переведены из одной организации для детей-сирот в другую и т.п.). В ряде случаев процесс адаптации затягивается или искажается. Психиатры квалифицируют такие состояния кодами F43.2 (Расстройство приспособительных реакций), F43.8 (Другие реакции на тяжелый стресс) или Z61.0 (Потеря в детстве любимых родственников), Z61.1 (Отлучение ребенка от дома).
- B. При первичном обследовании на ПМПК ребенка дошкольного возраста, воспитывающегося в организации для детей-сирот, обязательно присутствие лица (педагога, психолога, санитарки, няни и т.п.), с которым у ребенка сложились отношения привязанности и доверия. В ряде случаев специалист, проводящий диагностику, может действовать опосредованно, через это лицо.
- C. При подготовке к заседанию ПМПК в организации для детей-сирот целесообразно дать задания специалистам ПМПк (консилиума) организации для детей-сирот по подготовке видеоматериалов с образцами речи детей, эпизодами их самостоятельной и групповой игр, учебной деятельности, деятельности по самообслуживанию и т.п. Если ребенок воспитывается в приемной семье, следует договориться с приемными родителями о проведении видеосъемок речевой, игровой и элементов бытовой активности ребенка (с использованием смартфонов и планшетных компьютеров).
- D. При подготовке к заседанию ПМПК следует согласовать с ПМПк организации для детей-сирот содержание, объем и сроки скрининговых исследований, которые должны проводиться заранее для оценки характера и качества психологической адаптации ребенка в организации, уточнения состояния и динамики его когнитивной, регуляторной и аффективно-эмоциональной сфер.
- E. Целесообразно выделить для обследования ребенка достаточный объем времени. До начала обследования ребенку (особенно дошкольнику) необходимо дать достаточное время на адаптацию к новой обстановке, новым людям. Как правило, не следует настойчиво навязывать ему контакт, задавать вопросы, трогать (гладить по голове), громко разговаривать, обсуждая его поведение с другими специалистами или приемными родителями. Правильно сначала наладить игровое взаимодействие (хорошо для этого подходит игра с маленьким резиновым мячиком диаметром 4–6 см, который исследователь предлагает ребенку, но в последний момент шутливо, ловко прячет.

Несколько раз (2–3 раза) мяч «ускользает» от ребенка, но в очередной раз он может схватить его, «отняв» у взрослого).

Чаще всего после такой вводной игры дети начинают хорошо взаимодействовать с исследователем. В ходе обследования (если ребенок устает) ему дается игровой перерыв (в ходе которого члены ПМПК наблюдают за особенностями игры, отмечают предпочтаемые игрушки или занятия, отмечают характер спонтанной деятельности, коммуникации с взрослыми и т.п.).

- F. Опытный исследователь ПМПК может гибко варьировать место и процедуру обследования ребенка. Возможны варианты проведения части (или всей) диагностической процедуры не за столом, а на ковре, в игровом уголке, наедине с ребенком в отдельном небольшом помещении с минимумом игрушек и отвлекающих внимание предметов (при наличии зеркала Гезелла или видеоаппаратуры) и т.п. Дополнительные возможности для более тщательного и корректного анализа поведения и деятельности ребенка во время диагностической процедуры дает видеосъемка. Однако для ее проведения необходимо дополнительное согласие приемных родителей или иных лиц, осуществляющих опеку над ребенком.
- G. Если в ходе первичной диагностической сессии ПМПК по ряду вышеназванных причин не удается достоверно оценить соотношение вкладов церебрально-органических и социально-средовых (депривационных) факторов в общую картину отклоняющегося развития, целесообразно использование квалификации *Группа риска по... (наименование типа отклоняющегося развития)*.

#### *1.3.5 Пример заключений специалистов ПМПК и определения специальных образовательных условий с использованием педагогического инструментария*

Случай: Андрей К., возраст 5 лет. В приемной семье находится в течение полугода.

*История развития:* Ребенок из приемной семьи (срок нахождения в приемной семье чуть более 0,5 года, идет период адаптации). До четырех лет воспитывался в кровной (родной) семье; родители систематически злоупотребляли алкоголем, часто оставляли мальчика без присмотра. Однажды они 2 дня не возвращались домой, Андрей громко плакал от голода и страха, и соседи вызвали полицию. Мальчик был направлен в Дом ребенка, где воспитывался в течение 0,5 лет. В настоящее время специалистами дошкольной образовательной организации отмечаются проблемы в поведении и выраженные трудности усвоения программы. Инициаторы обращения – приемная семья (есть намерение в дальнейшем получить инвалидность) и ПМПк ДОО.

*Заключение психолога:* Смешанный вариант парциального недоразвития. Психогенно обусловленная асинхрония (диспропорциональность) развития у ребенка с синдромом психической депривации. Недостаточная сформированность

коммуникативной и регуляторной сфер со снижением мотивации и искажением психического тонуса.

*Группа риска по тотальному недоразвитию психических функций с нарушениями поведения (легкое недоразвитие).*

*Направления деятельности психолога:* Психокоррекционная работа (индивидуальная, групповая) по адаптации в условиях ДОО: развитие навыков коммуникации, развитие произвольной регуляции, формирование продуктивного сотрудничества с взрослыми и детьми, игротерапия (снижение страхов, тревожности, формирование игровой деятельности и игровых интересов). Консультирование приемных родителей, воспитателей. Динамическое изучение познавательных возможностей ребенка (наблюдение, этапная диагностика наглядно-образного мышления, внимания, памяти, обучаемости). Экспертная (с использованием тестов-опросников) диагностика особенностей эмоционально-волевой сферы в динамике (например, вопросник А.М. Казьмина для оценки эмоциональных проблем у ребенка и др.; см. Приложение). Использование принципов прикладного анализа поведения (функционального анализа поведения) при коррекции неприемлемых его форм в ДОО, консультирование приемных родителей по формированию поведения ребенка дома.

*Заключение дефектолога:* Познавательная деятельность не соответствует возрасту.

*Направления деятельности дефектолога:* Формирование/развитие учебного поведения с использованием поведенческих методов; развитие продуктивности взаимодействия с взрослым, формирование сенсорных эталонов, развитие предметно-практической, конструктивной деятельности. Лонгитюдное изучение обучаемости (ЗБР) ребенка в игровых и учебных ситуациях при различных видах и уровнях мотивации. Консультирование приемных родителей по развитию бытовых умений, формированию навыков самостоятельной и совместной игр, игры с правилами, адекватной игровой и бытовой коммуникации.

*Заключение логопеда:* Системное недоразвитие речи психогенно обусловленные особенности речи, языка и коммуникации у ребенка с последствиями психической депривации.

*Направления деятельности логопеда:* Развитие и коррекция всех компонентов речи. Консультирование приемных родителей по развитию лексического запаса, грамматического строя речи, вербальной и невербальной коммуникации.

*Направления деятельности социального педагога:* Консультирование приемной семьи по вопросам соблюдения законных прав и интересов воспитанника (при необходимости – по вопросам взаимодействия с органами опеки, МСЭ, административными органами и т.п.).

*Возможные диагнозы по МКБ-10:*

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения: F81.x(?) F80.x; риск: F70.8(?).

F94.2 (F94.8) – Нарушения привязанности.

Класс XIX. Последствия воздействия внешних причин: T74.0 – Синдром жестокого обращения. Психологическая травма вследствие оставления без внимания или заброшенности.

Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения: Z61 – Проблемы, связанные с неблагоприятными жизненными событиями в детстве.

*Специальные образовательные условия:*

- обучение по АООП для детей дошкольного возраста с задержкой психического развития/с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей до... (срок следующего обследования на ПМПК);
- очная форма;
- режим – полный/неполный день;
- использование учебных и дидактических материалов в соответствии с программой. Использование методов поведенческой терапии, направленной игротерапии;
- возможно сопровождение в период адаптации ассистентом (помощником);
- индивидуальные/групповые занятия: с педагогом-психологом, учителем-дефектологом, логопедом. Консультирование приемных родителей психологом, дефектологом, логопедом, социальным педагогом;
- срок этапного обследования на ПМПК – через... мес.;
- дополнительные условия: наблюдение психиатра, детского невролога.

## **2. Диагностический инструментарий для обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей**

Для обследования детей-сирот на ПМПК используются те же диагностические методики, что и для обследования всех детей того же возраста. Реестры рекомендуемых диагностических методик представлены в сети Интернет (Приложение).

Для осуществления экспресс-оценки эмоционального состояния, особенностей настроения детей старшего дошкольного или младшего школьного возраста на ПМПК можно рекомендовать методику «Экспресс-цветодиагностика эмоциональных состояний ребенка» (разработанную на основе методики Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинда [36] кандидатом психологических наук А.Н. Рябинкиной [7]). Методика, алгоритм ее использования и оценки приведены в Приложении.

Также в Приложении представлен реестр скрининговых методов исследования для непосредственной и опосредованной оценок различных критериев психического развития детей-сирот разного возраста, динамического наблюдения за их поведением, эмоциональным состоянием, привязанностью, отношением к приемным родителям (воспитателям) и т.п.

При невозможности оценить тестовыми методиками уровень развития ребенка на ПМПК (выраженные нарушения развития, сенсорные нарушения, РАС и т.п.) оценка производится в результате наблюдения за ребенком, анализа медицинской документации и родительских опросников.

### **3. Принципы, содержание, алгоритм, формы и методы психолого- педагогического сопровождения семей, принявших на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей**

Необходимо отметить, что специалисты психолого-медицинско-педагогических комиссий не осуществляют работу по непосредственному психолого-медицинскому педагогическому сопровождению ребенка, его приемной семьи. Процесс сопровождения может осуществляться опосредованно через соответствующие службы или специалистов ППМС-центров, образовательных и иных организаций. Поэтому следует еще раз подчеркнуть, что оптимальным вариантом является деятельность ПМПК в качестве структурного подразделения соответствующего ППМС-центра либо совместное функционирование специалистов этих организаций в рамках специально прописанных договоров.

После первичного обследования ребенка на ПМПК разрабатываются рекомендации по организации его дальнейшего обучения, воспитания, социализации, коррекции отклоняющегося развития. Эти рекомендации служат основой для разработки соответствующих разделов комплексной программы сопровождения приемной семьи, которая реализуется в Службе сопровождения приемных семей, ППМС-центре, образовательной организации. Рекомендации вносятся в протокол ПМПК и заключение ПМПК, а секретарь ПМПК, по согласованию с приемной семьей, получившей на руки заключение ПМПК, направляет информацию в соответствующую службу (ППМС-центра, образовательной организации (ОО) и т.п.).

Если ребенок воспитывается в организации для детей-сирот, программа его сопровождения разрабатывается специалистами ПМПК организации с учетом рекомендаций ПМПК. Содержание, интенсивность и продолжительность программ индивидуального сопровождения зависят от каждого конкретного случая.

Если ребенок воспитывается в приемной семье, программа сопровождения может разрабатываться и реализоваться в ППМС-центре, Службе сопровождения приемных семей, ПМПК образовательной организации.

Начинается программа сопровождения, как правило, после поступления ребенка в приемную семью (организацию для детей-сирот), первого обследования на ПМПК и заканчивается при его переходе на этап основного (среднего) профессионального образования. При необходимости такая программа может быть пролонгирована.

### **3.1 Принципы и содержание психолого-медицинско-педагогического сопровождения семей**

Основные принципы сопровождения приемной семьи целесообразно формулировать в рамках эколого-динамического подхода [26; 4]:

- принцип соответствия форм, содержания, интенсивности и направленности диагностического процесса на ПМПК и психолого-медицинско-педагогического сопровождения ребенка, его приемной семьи, педагогов (осуществляемого специалистами соответствующего ППМС-центра или ОО) изменяющимся потребностям и возможностям как самого ребенка, так и его приемной семьи и/или педагогов образовательной организации.

Для реализации данного принципа необходимо совместно с членами ПМПк образовательной организации, специалистами ППМС-центра, приемными родителями скоординировать этапы проведения диагностических заседаний, содержание наблюдений и лонгитюдных исследований, проводимых с ребенком, а также уровни сопровождения ПМПК (плановый, реабилитационный, экстренный и т.п.);

- принцип опережающей помощи с опорой на превентивные меры, с акцентом на своевременную диагностику и профилактику кризисных состояний и нарушений в адаптации, обучении и социализации ребенка и его приемной семьи.

Реализация этого принципа делает необходимым постоянное взаимодействие специалистов ПМПК, ППМС-центра и ПМПк соответствующих образовательных организаций (организаций для детей-сирот), приемных родителей при наблюдении за динамикой адаптации, обучения, поведения, социализации ребенка. Целесообразно с участием специалистов ПМПК организовать разработку и использование системы тестовых индикаторов психологического состояния ребенка с целью своевременного включения в работу с ребенком и семьей специалистов ППМС-центра, медицинских, социальных и иных служб в случаях декомпенсации психологического состояния, для предупреждения кризисов, срывов и «откатов» в развитии, профилактики отказов от ребенка. Кроме того, необходимо включение в систему методической работы ПМПК с педагогами и психологами ППМС-центров, образовательных и иных организаций обучающих модулей по психологии детей-сирот;

- принцип субъектности, согласно которому приемная семья и участники социальной сети ребенка (кровные родственники, педагоги, специалисты ПМПК и ППМС-центров, воспитатели, иные значимые взрослые) рассматриваются как активные субъекты, ответственные за эффективность замещающей семейной заботы. Организационной основой участия в социальной сети является договор о взаимодействии между ее участниками;
- принцип профессионализации деятельности по сопровождению, который подразумевает необходимость создания условий для непрерывного профес-

- ционального усовершенствования членов ПМПК, ППМС-центра, ПМПк образовательной организации в области психологии детей-сирот, психологии приемной семьи, расширения области их компетентности;
- принцип мультидисциплинарности в осуществлении сопровождения приемной семьи, т.е. участие в деятельности по сопровождению полипрофессиональной команды специалистов, придерживающихся единой концепции, понимающей сопровождение как совместную деятельность.

### **3.2 Алгоритм разработки рекомендаций ПМПК (в рамках ее компетенции) по организации сопровождения ребенка и его приемной семьи специалистами ППМС-центров и ПМПк образовательных организаций**

1. Первичная диагностика ребенка на ПМПК.

Формирование первичной диагностической гипотезы, при необходимости – определение риска наличия у ребенка более выраженной формы отклоняющегося развития.

Разработка и согласование с приемной семьей индивидуального образовательного маршрута (в соответствии с первичной диагностической гипотезой).

Определение вида адаптированной общеобразовательной программы (АОП). Определение и согласование с приемными родителями необходимых основных и дополнительных образовательных условий. Определение целей, задач и сроков дальнейших диагностических мероприятий. Согласование с приемной семьей необходимых видов, форм, методов и сроков оказания помощи в воспитании, обучении и социализации приемного ребенка.

2. Разработка и запись в протокол ПМПК (а также в заключение ПМПК) рекомендаций для ППМС-центра (ПМПк ОО) по разработке программы сопровождения приемной семьи (в части, где должны и могут быть задействованы возможности специалистов ПМПК).
3. Опосредованное (через специалистов ППМС-центра, ПМПк ОО) отслеживание хода реализации индивидуального образовательного маршрута, эффективности реализации коррекционной помощи.
4. Этапная динамическая диагностика. При необходимости смена диагностической гипотезы, корректировка вида АООП, образовательных условий. Направление скорректированных рекомендаций для внесения в программу сопровождения соответствующей организации.
5. Методическая работа со специалистами ППМС-центра, образовательной организации и (опосредованно) с приемной семьей. Этапное повышение квалификации специалистов ПМПК.
6. Оценка результатов определенного этапа сопровождения (совместно со специалистами ППМС-центра, ПМПк образовательной организации), при

необходимости – разработка рекомендаций по пролонгации договора о сопровождении и коррекции его содержания.

Таким образом, ПМПК лишь опосредованно участвует в процессе сопровождения детей-сирот и приемных семей, направляя свои рекомендации по его организации и содержанию (в рамках компетенции ПМПК) в соответствующие службы ППМС-центров, образовательных организаций и т.п. Роль специалистов ПМПК в обеспечении результативности работы по сопровождению детей-сирот, приемных семей весьма важна. От полноты и качества рекомендаций ПМПК на прямую зависят образование, социализация и в конечном счете качество жизни детей-сирот и приемных семей.

Успешности работы по сопровождению можно ожидать лишь там, где имеется комплекс помощи (необходимое количество высокопрофессиональных специалистов, служб, организаций, функционирующих как единая команда) и созданы оптимальные условия для ее оказания. Многолетний опыт доказал высокую эффективность работы ПМПК и служб сопровождения приемных семей в составе ППМС-центров.

## **Заключение**

Развитие ребенка (подростка) в условиях хронического пренебрежения его нуждами, отсутствия необходимой заботы, жестокого обращения, разрушения привязанностей и последующих перемещений в детском возрасте – все это патогенные, психотравмирующие ситуации, которые могут явиться серьезным депривационным фактором, приводящим к стойким расстройствам физического и психического здоровья с чертами первазивности, сходными по своей феноменологии с аутистическими. Это позволяет говорить о явлениях психосоциально обусловленной асинхронии развития ребенка, ведущих к образовательной и социальной депривации. Указанный факт имеет огромное значение для оценки возможностей ребенка полноценно осваивать образовательную программу, для его существования в образовательной среде в целом. В общем, все это накладывает на специалистов психолого-медицинско-педагогических комиссий определенную ответственность за адекватную оценку возможностей ребенка по освоению той или иной образовательной программы, а также определение адекватных его состоянию и возможностям специальных условий получения образования. Так же важной является минимизация ошибок в деятельности ПМПК, связанных с подобной психосоциальной ситуацией.

В связи с вышеозначенным, всю деятельность ПМПК необходимо организовать достаточно специфическим образом, начиная с самого порядка представления ребенка на ПМПК, используемого инструментария, условий его обследования (в том числе временных) и заканчивая специфической логистикой мониторинга образовательных и социальных условий существования ребенка, включая необходимость пролонгированного методического сопровождения приемной семьи.

Вся деятельность ПМПК должна быть организована на принципах эколого-динамического подхода, важными характеристиками которого являются экологическая и темпоральная ориентации, позволяющие минимизировать ошибки квалификации состояния ребенка и оптимизировать необходимые образовательные условия.

Завершая обсуждение выделенной проблемы, уместно обратиться к высказыванию норвежского психолога доктора Хеннинга Рюе: «Сегодня мы уверены, что можно в значительной степени влиять на развитие детей в раннем детском возрасте и раннем школьном возрасте. Развитие детей не определяется раз или навсегда определенными ранними впечатлениями. Основу модели развития образуют, прежде всего, долговременные впечатления. Это относится как к социальной, эмоциональной, так и умственной сфере развития. Средства по представлению детям наилучших возможностей для роста и развития должны, пре-

жде всего, направляясь на поддержку семьи как среды роста и приобретения опыта» (Рюе Х. Когда ты и я вместе: пособие для родителей. СПб.: Ин-т раннего вмешательства, 1999. 93 с.).

## **Список литературы**

1. Александрова Л.Ю. Речевые затруднения детей младенческого и раннего возраста в условиях материнской депривации различной степени выраженности / Л.Ю. Александрова // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. Раздел «Психология». 2010. С. 7–16 // КиберЛенинка. <https://cyberleninka.ru/article/n/rechevye-zatrudneniya-detey-mladencheskogo-i-rannego-vozrasta-v-usloviyah-materinskoy-deprivatsii-razlichnoy-stepeni-vyrazhennosti>
2. Башина В.М. Аутизм в детстве / В.М. Башина. М.: Медицина, 1999. 103 с.
3. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Дж. Боулби. М.: Академический проект, 2004. 232 с.
4. Веракса А.Н., Леонов С.В. Экологический подход У. Бронfenбrenнера в спортивной психологии / А.Н. Веракса, С.В. Леонов // Вестник Московского университета. Сер. 14: Психология. 2009. № 4. С. 78–84.
5. Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О. Формирование расстройств личности у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных / Н.В. Вострокнутов, Л.О. Пережогин // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2008. № 1. С. 25–41.
6. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Полиграф сервис, 1998. 329 с.
7. Диагностика развивающего эффекта использования здоровьесберегающей деятельности технологий усвоения / под ред. Н.Ф. Талызиной; Министерство образования РФ (Федеральная целевая программа «Дети Чернобыля»). М.: ЗАО МТО ХОЛДИНГ, 2003. 236 с.
8. Дятликович В. В интеллекте отказать / В. Дятликович // Русский репортер. № 18 (457). URL: [http://expert.ru/russian\\_reporter/2018/18/v-intellekte-otkazat/](http://expert.ru/russian_reporter/2018/18/v-intellekte-otkazat/)
9. Забрамная С.Д., Исаева Т.Н. Знаете ли вы нас?: методические рекомендации / С.Д. Забрамная, Т.Н. Исаева. М.: В. Секачев, 2012 87 с.
10. Ковалев В.В. Ситуационные реакции, проявляющиеся в нарушениях поведения, как форма психогенных (реактивных) расстройств у детей и подростков / В.В. Ковалев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1979. № 10. С. 1386–1391.
11. Козловская Г.В., Проселкова М.О. Особенности психических нарушений у детей-сирот раннего возраста / Г.В. Козловская, М.О. Проселкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1995. № 5. С. 52–56.
12. Козловская Г.В. Жестокое обращение с детьми раннего возраста и формирование психического дизонтогенеза / Г.В. Козловская, И.А. Марголина, М.О. Проселкова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2001. № 1. С. 52–55.

13. Козловская Г.В., Проселкова М.О. Парааутизм – психогенная форма аутизма / Г.В. Козловская, М.О. Проселкова // Развитие личности. 2004. № 3. С. 83–93.
14. Лангмайер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте: пер. с чеш. / Й. Лангмайер, З. Матейчек. Прага: Авиценум, 1984. 335 с.
15. Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина. СПб.: Питер, 2009. 320 с.
16. Малахова Ж.Л. Клинико-патогенетические основы фетального алкогольного синдрома у детей раннего возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ж.Л. Малахова. Екатеринбург, 2012. 42 с.
17. Марковская И.Ф. Задержка психического развития: клинико-нейропсихологическая диагностика / И.Ф. Марковская. М.: Изд-во научного объединения «Компенс-центр», 1993. 186 с.
18. Маслоу А.Х. Мотивация и личность / А.Х. Маслоу. 3-е изд. СПб.: Питер, 2016. 400 с.
19. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева; СПб.: ВОЗ, 1994. 302 с.
20. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. М.: Речь, 2003. 288 с.
21. Мухина В.С. Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа / В.С. Мухина // Вопросы психологии. 1989. № 1. С. 32–39.
22. Необходимо коренное реформирование ПМПК: письмо министру образования и науки России / РОО «Право ребенка». URL: <http://right-child.ru/63-23082013.html>
23. Ньюфелд Г. Ключи к благополучию детей и подростков: почему дети должны расти в семьях, которые, в свою очередь, должны получать поддержку общества и государства. Выступление в Европарламенте, Брюссель 2012 г. / Г. Ньюфелд. М.: Ресурс, 2015. 32 с.
24. Организация деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в условиях реализации ФГОС для детей с ОВЗ: методические рекомендации / под общ. ред. Е.Н. Кутеповой, М.М. Семаго. М.: МГППУ, 2017. 108 с.
25. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования / под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. М.: АРКТИ, 2014. 368 с.
26. Ослон В.Н. Психологическое сопровождение замещающей семьи в рамках эколого-динамического подхода / В.Н. Ослон // Российский научный журнал. 2011. № 6. С. 161–167.
27. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. 2-е изд. СПб.: Питер, 2005. 400 с.

28. Сабельникова Н.В. Привязанность, самоотношение и мотивация достижения в юношеском возрасте / Н.В. Сабельникова, Д.В. Каширский, Л.П. Щербинина // Ползуновский вестник. 2006. № 3. С. 206–212.
29. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. М.: АРКТИ, 2000. 208 с.
30. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго; под общ. ред. М.М. Семаго. М.: Генезис, 2011. 400 с. (Серия: Учебник XXI века).
31. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Диагностический комплект психолога: методическое руководство / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. 5-е изд., доп. и перераб. М.: Изд-во АПКиПРО РФ, 2016. 140 с.
32. Сирота Н.А. Копинг-поведение и профилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н.А. Сирота // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 1. С. 63–74.
33. Тиганов А.С. Патология психического развития. Парааутистические расстройства / А.С. Тиганов // Официальный сайт ФГБНУ НЦПЗ. URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/36/chapter/27>
34. Уласень Т.В., Бобров А.Е. Детская депривация и формирование аномалий психического развития: состояние проблемы / Т.В. Уласень, А.Е. Бобров // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2016. Т. 15. № 4. С. 150–164.
35. Шведовская А.А., Загвоздкина Т.Ю. Социально-экономический статус семьи и психическое развитие ребенка: зарубежный опыт исследования / А.А. Шведовская, Т.Ю. Загвоздкина // Психологическая наука и образование. 2013. № 1. С. 65–76.
36. Эткинд А.М. Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных неврозами / А.М. Эткинд // Социально-психологические исследования в психоневрологии / ред. Е.Ф. Бажин. Т. 93. Ленинград: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1980. С. 110–114.
37. Fahlberg, V.I. Attachment and Separation / V.I. Fahlberg. London: BAAF, 1981. 238 p.
38. Johnson, D.E. Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in international adoptees from Romania and the Russian Federation / D.E. Johnson // Effects of Early Adversity on Neurobehavioral Development (ed. C. Nelson). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2001. P. 113–162.
39. Rutter, M.L. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation / M.L. Rutter, J.M. Kreppner, T.G. O'Connor // British Journal of Psychiatry. 2001. No. 179. P. 97–103.

## **Приложение**

### **Диагностические методики для обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей**

#### **1.1 Экспресс-цветодиагностика эмоциональных состояний ребенка на ПМПК**

Методика разработана Е.Ф. Бажиным и А.М. Эткиндом (1985) на основе метода цветовых выборов М. Люшера (1948), исследования которого заложили прочную основу применения цвета в практике психологической диагностики. Предлагаемый вариант использования методики разработан и апробирован в условиях проведения обследования детей на ПМПК кандидатом психологических наук А.Н. Рябинкиной [6, 34].

Цветодиагностика эмоциональных состояний может применяться с 3–4-летнего возраста с целью изучения динамических особенностей личностных и групповых эмоциональных состояний, психологического климата группы, самочувствия личности в группе, для оценки воздействия различных ситуаций на ребенка, а также для выяснения влияния на эмоциональное самочувствие учащегося (воспитанника) действий разных педагогов.

Теоретической основой данной методики является представление о том, что отношение к тем или иным людям, событиям, объектам или явлениям отражается в цветовых ассоциациях к ним. То есть каждый цвет спектра является условным знаком определенного настроения:

*красный – восторженное;  
оранжевый – радостное, теплое;  
желтый – светлое, приятное;  
зеленый – спокойное, уравновешенное;  
синий – неудовлетворительное, грустное;  
фиолетовый – тревожное, напряженное;  
черный – полный упадок, уныние;  
белый – символизирует ответ типа: «трудно сказать».*

Основным методическим инструментом цветодиагностики является лист настроений, рабочая часть которого демонстрирует их цветовой диапазон.

Ребенкудается бланк и 8 цветных карандашей, близких по цветам к эталонам М. Люшера: 1 – синий; 2 – зеленый; 3 – красно-оранжевый; 4 – желтый; 5 – фиолетовый; 6 – коричневый; 7 – черный; 0 – серый (жесткий простой карандаш НВ).

**Инструкция:**

*На листочек перед тобой написаны слова: мама, учительница, класс и другие. Каждое слово может быть связано для тебя с каким-то цветом, как-то окрашено. Попробуй придумать, с каким именно цветом связано для тебя каждое слово, и закрась прямоугольничек около слова этим цветом. Долго не задумывайся! Рисуй!*

Стимульный материал:

ЗАРИСУЙ КАЖДЫЙ ПРЯМОУГОЛЬНИЧЕК ПОДХОДЯЩИМ ЦВЕТОМ:

МОЯ МАМА':

МОЯ УЧИТЕЛЬНИЦА'':

МОЙ ДРУГ:

МОЙ КЛАСС''':

Я САМ:

КАКИМ Я ХОЧУ СТАТЬ:

МОЕ НАСТРОЕНИЕ ДОМА'''':

МОЕ НАСТРОЕНИЕ В ШКОЛЕ:

МОЕ НАСТРОЕНИЕ СЕЙЧАС:

\*; \*\*; \*\*\*; \*\*\*\* – возможны замены на «ВОСПИТАТЕЛЬ», «ГРУППА», «В МОЕЙ СПАЛЬНЕ» и т.п.

Интерпретация результатов производится в двух вариантах. Первичная оценка – по представленности и соотношению цветов. Выделяются общие цветовые «синдромы», дающие картину настроений во всех ситуациях, и зональные (тематические) цветовые синдромы. По своему содержанию «синдромы» могут оцениваться следующим образом:

*позитивно-стимулирующие (цвета верхней части спектра);*

*умеренные, стабилизирующие (цвета средней части спектра);*

*негативные, астенические (нижняя часть спектра);*

*напряженные (представлены противоположные по значению цвета);*

*«ковровые» (пестрота цветов, отсутствие единства в настроениях).*

Более глубокий анализ – вторичная обработка цветоматрицы – требует квантификации полученных данных: числового преобразования оценок. Оценка символизирует интенсивность выраженности эмоциональных состояний:

Красный	+3 балла
Оранжевый	+2 балла
Желтый	+1 балл
Зеленый	0 баллов
Синий	-1 балл
Фиолетовый	-2 балла
Черный	-3 балла
Белый (серый)	0 баллов

Таким образом, каждый цвет в цветоматрице можно заменить числовыми данными.

Анализ полученных данных производится следующим образом:

Исследуется вертикальный столбец в цветоматрице. Он символизирует эмоциональное состояние в данный момент времени. Условный его показатель «A» высчитывается по вертикальному столбцу в матрице по формуле:

$$A = (\Sigma(+)) - \Sigma(-)),$$

где  $\Sigma(+)$  – сумма всех положительных баллов,  
 $\Sigma(-)$  – сумма всех отрицательных баллов.

Данный показатель служит определенным критерием эмоционального состояния ребенка. По нему исследователь может в определенной степени судить об общем эмоциональном благополучии ребенка и его самочувствии в разных ситуациях, с разными людьми, которое отражается в хорошем настроении («A» со знаком «+»), либо, наоборот, в каких-то ситуациях со знаками эмоционального дискомфорта, которое выражается в неудовлетворительном, тревожном настроении («A» со знаком «-»).

Применение методики на ПМПК выполняет оценочную функцию. Следует оценивать ее результат совместно с данными других методик, непосредственно наблюдения за поведением ребенка, данных опросников приемных родителей, учителей, воспитателей [6, с. 78–80].

## 1.2 Рекомендуемые пакеты диагностических методик

Согласно Федеральному закону от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об образовании в Российской Федерации» психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) – единственная организация, выявляющая детей с ОВЗ и рекомендующая специальные условия для получения ими образования в любой образовательной организации Российской Федерации.

В 2015 году в Институте проблем инклюзивного образования МГППУ разработаны реестры рекомендуемых диагностических методик для обследования детей от 0 до 18 лет.

Реестры опубликованы в сети Интернет на официальном сайте института по адресу: <http://www.inclusive-edu.ru/materialy-proekta-1-pmpk/reestry-diagnosticheskikh-metodik/>

В них содержится перечисление и краткое описание исчерпывающего количества надежных и валидных диагностических методик, предназначенных для качественно-количественного изучения структуры отклоняющегося развития и индивидуальных особенностей психики детей (в том числе и детей-сирот) в возрасте от 0 до 18 лет на ПМПК.

## 1.3 Скрининговые методы

При необходимости длительного динамического наблюдения за развитием, а также для уточнения квалификации и структуры дизонтогенеза детей, воспитывающихся в организациях для детей-сирот и приемных семьях, часто возникает необходимость в использовании дополнительных диагностических средств (включая методы экспертной оценки развития). Для этого полезно использовать скрининговые методы.

Скрининговые методы оценки развития в раннем и дошкольном возрасте часто обеспечивают возможность раннего выявления нарушений развития и отслеживания его динамики при реализации коррекционной работы. Как правило, использование такого рода методик предполагает участие квалифицированного медицинского и психолого-педагогического персонала организаций, где воспитываются дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, а также родителей из приемных семей.

Скрининговые методики, рекомендуемые для работы с детьми-сиротами:

KID® (Чистович, Рейтер, Шапиро, 2000) является русской версией KID Scale (Reuter & Wozniak, 1996) – стандартизованной шкалы, имеющей форму вопросника для лиц, осуществляющих уход за ребенком. Может использоваться педагогическим персоналом организаций, приемными родителями (разработан специализированный компьютерный вариант обработки).

Источник:

Чистович И., Рейтер Ж., Шапиро Я. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID. 2-е изд. СПб. : Институт раннего вмешательства, 2000. 64 с.

RCDI-2000® (Шапиро, Чистович, 2000) – русская версия шкалы Child Development Inventory (CDI) (Ireton, 1992). Как и KID®, это стандартизованная шкала-вопросник для родителей (персонала организаций для детей-сирот, приемных родителей). При неоднократном тестировании (через каждые 4–5 мес.) графически демонстрирует динамику развития основных психических функций (*социализация, самообслуживание, крупные движения, тонкие движения, развитие речи, понимание языка*) ребенка относительно репрезентативной выборки сверстников. Результаты выдаются в форме условного психологического возраста и процентильных шкал (разработан специализированный компьютерный вариант обработки).

Источник:

Шапиро Я., Чистович И. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. СПб.: Институт раннего вмешательства, 2000. 62 с.

Опросник «Шкала эмоционального неблагополучия и атипичного поведения» предназначен для оценки эмоционального благополучия детей в возрасте от 16 до 91 месяца (1,5 года – 7,5 лет), воспитывающихся в организациях для детей-сирот. Полная шкала состоит из 5 субшкал (*неконтактность, тревога, депрессия, дезадаптивное поведение, гиперактивность/расторможенность*). Разработан в МГППУ (Москва). Предназначен для экспертной оценки персоналом организаций (психолог, педагог), приемными родителями (с помощью психолога ПМПК).

Источник:

Казьмин А.М., Коновко Н.А., Сальникова О.Г., Тупицина Е.К., Федина Е.В. Шкала эмоционального неблагополучия и атипичного поведения дошкольников //

Клиническая и специальная психология. 2014. № 3. URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Kazmin\\_et\\_al\\_1.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Kazmin_et_al_1.shtml)

Опросник Т. Ахенбаха. Методика адаптирована на русскоязычных выборках в НМЦ «ДАР» им. Л.С. Выготского и Центре исследования ребенка Йельского университета (Нью-Хейвен, США). «Лист наблюдений» (Check-list) Т. Ахенбаха включает 112 утверждений. Взрослый, оценивающий поведение ребенка (подростка), а также он сам (при достаточном интеллектуальном развитии) отмечают против каждого пункта цифры 0, 1 или 2 (т.е. высказывание совершенно не соответствует, в некоторой степени соответствует или полностью соответствует реальности). Опросник, как правило, заполняет психолог, имеющий возможность либо наблюдать за ребенком длительное время, либо опросить не только его самого, но и взрослых (учителей, врачей, приемных родителей). Шкалы опросника: I. Первичные: 1) закрытость (замкнутость); 2) социальная дезадаптация; 3) тревожность; 4) соматические проблемы; 5) проблемы мышления; 6) проблемы внимания и гиперактивность (СДВГ); 7) делинквентное поведение; 8) агрессия. II. Производные: внутренние симптомы (интернализация), внешние симптомы (экстернализация), общий показатель проблем.

Источники:

Корнилова Т.В., Григоренко Е.Л., Смирнов С.Д. Факторы социального и психологического неблагополучия подростков в показателях методик стандартизованного интервью и листов наблюдения // Вопросы психологии. 2001. № 1. С. 107–122.

Корнилова Т.В., Григоренко Е.Л., Смирнов С.Д. Подростки группы риска. СПб.: Питер, 2005. 336 с.

Экспериментальная психология: практикум / под ред. С.Д. Смирнова и Т.В. Корниловой. М.: Аспект Пресс, 2002. 383 с.

Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста (The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT-RF); Robins, Fein, and Barton, 1999). Тест заполняют родители (персонал организаций, приемные родители под руководством специалиста ПМПК).

Источник:

Морозов С.А. (сост.) Выявление риска развития расстройств аутистического спектра в условиях первичного звена здравоохранения у детей раннего возраста: пособие для врачей / под ред. д.м.н. А.А. Портновой. Воронеж: Департамент здравоохранения Воронежской области, 2014. 52 с.

Рейтинговая шкала аутизма у детей CARS.

Данная оценочная шкала заполняется на ПМПК психиатром или клиническим (специальным) психологом, прошедшим специальное обучение, в ходе наблюдения за поведением ребенка во время обследования.

**Источник:**

Schopler, E., Reichler, R.J., De Vellis, R.F., and Daly, K. (1980) Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) // J. Autism Dev. Disord. Vol. 10, No. 1, P. 91–103 (Перевод и адаптация: Т.Ю. Морозова, С.В. Довбня, 2011). URL: <http://www.fireflykids.org/storage/resource.library.docs/RUS.resource.library/RUS.Autism/sd.tm.02.11.cars.rus.pdf>

Тест ШКОДА (Шкала количественной оценки детского аутизма), разработан к.м.н. А.Ф. Шапошниковой (МНИИП).

Оценочная шкала детского аутизма, во многом аналогичная CARS (дополненная и расширенная). Может использоваться психиатром ПМПК или клиническим психологом.

**Источники:**

Шапошникова А.Ф. Методика обследования детей 6–12 лет при помощи шкалы количественной оценки детского аутизма // Психическое здоровье. 2013. № 5. С. 7–11.

Шапошникова А.Ф. Результаты пилотажного обследования детей при помощи шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) // Психическое здоровье. 2012. № 8. С. 44–48.

Скрининг, направленный на выявление детей с подозрением на снижение слуха: младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст. Г.А. Тавартиладзе и Н.Д. Шматко.

Может использоваться медицинским и педагогическим персоналом организаций для детей-сирот, специалистом (сурдопедагогом) ПМПК.

**Источник:**

Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей первого года жизни / сост. Г.А. Тавартиладзе, Н.Д. Шматко. М.: Полиграф сервис, 2001. 43 с.

В ситуации определенных организационных моделей ПМПК могут быть использованы следующие методики оценки развития ребенка (используются при более углубленном обследовании):

Оценка уровня психомоторного развития ребенка. Методика разработана Л.Т. Журбой, Е.М. Мастьюковой. Проведение оценки требует участия в ПМПК врача.

**Источник:**

Журба Л.Т., Мастьюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981. 273 с.

Тест «ГНОМ» (График нервно-психического обследования младенцев). Разработан д.м.н., профессором Г.В. Козловской и соавторами. Может использоваться педиатром (неврологом, психиатром) ПМПК или клиническим (специальным) психологом. Может также использоваться педиатром организации, где воспитывается ребенок (разработан специализированный компьютерный вариант обработки).

**Источник:**

Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Способ «Гном» определения уровня психического развития детей раннего возраста. М.: ООО «Асенкур», 2007. 100 с.

Научное издание

**Вакорина Людмила Юрьевна  
Семаго Михаил Михайлович  
Юдилевич Алексей Яковлевич**

**Обследование детей с социальной депривацией  
(воспитывающихся в семьях опекунов (попечителей),  
приемных семьях, организациях для детей-сирот и детей,  
оставшихся без попечения родителей)**

***Методические рекомендации для специалистов  
психолого-медицинско-педагогических комиссий (ПМПК)***

Подписано в печать: 15.12.2018.  
Формат: 60\*90/.<sub>8</sub> Бумага офсетная.  
Гарнитура Times. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 2,1. Усл.-изд. л. 2,6.  
Тираж экз.

Отпечатано в

**ISBN 978-5-94051-189-2**