

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра социальной педагогики и социальной работы

ФУНК ГЛЕБ ЕВГЕНЬЕВИЧ

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Особенности дезадаптации воспитанников социально-реабилитационного центра
для несовершеннолетних

Направление подготовки 39.03.02 Социальная работа
Направленность (профиль) образовательной программы
Реабилитолог в социальной сфере

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой, руководитель
д. пед. наук, профессор Фуряева Т.В.

Руководитель
Хацкевич Т.А.

Дата защиты

Обучающийся

Функ Г.Е.

Оценка

удовлетворительно

Красноярск 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ СОЦИАЛЬНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	6
1.1. Понятие, сущность и виды дезадаптации в психолого-педагогических исследованиях.....	6
1.2 Особенности дезадаптации воспитанников в условиях социально- реабилитационного центра для несовершеннолетних	12
1.3 Анализ технологий социальной реабилитации подростков с дезадаптацией в условиях социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних ..	17
Выводы по 1 главе.....	20
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИССЛЕДОВАНИЮ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ СОЦИАЛЬНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	23
2.1. Диагностика особенностей дезадаптации воспитанников социально- реабилитационного центра для несовершеннолетних	23
2.2 Рекомендации по коррекции социальной дезадаптации у подростков, находящихся в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних	31
Выводы по 2 главе.....	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
Список использованных источников	38

ВВЕДЕНИЕ

В современном обществе проблема дезадаптации несовершеннолетних остается одной из наиболее острых и социальнозначимых, представляя серьезную угрозу как для личностного развития подростков, так и для социальной стабильности общества в целом.

Увеличение числа несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации, рост девиантного поведения среди подростков, возникновение конфликтов с законом и семейная дезинтеграция обуславливают необходимость поиска эффективных механизмов их социальной реабилитации. Особую роль в этом процессе играют социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, деятельность которых направлена на восстановление социальных связей, коррекцию поведения и реинтеграцию подростков в общество.

Подростковый возраст является критическим периодом в формировании личности, именно в это время закладываются основы самооценки, социальных установок и моделей поведения. Дезадаптация в этом возрасте может привести к устойчивым нарушениям социализации, девиантному поведению и трудностям интеграции в общество.

Теоретической основой исследования послужили труды ведущих отечественных ученых в области психологии и социальной работы. В частности, работы Беличевой С.А., посвященные проблемам дезадаптации несовершеннолетних и методам ее профилактики, позволили глубже понять природу этого явления. Исследования Алмазова Б.Н., касающиеся психолого-педагогической коррекции девиантного поведения, дали возможность проанализировать механизмы социальной реабилитации подростков в условиях специализированных учреждений.

Однако специфика дезадаптации воспитанников реабилитационных центров в условиях современных социальных изменений требует дополнительного изучения.

Исходя из актуальности выдвинутой проблемы, нами была выбрана тема исследования: «Особенности дезадаптации воспитанников социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних».

Объект исследования: дезадаптация у несовершеннолетних, находящихся в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних.

Предмет исследования: особенности дезадаптации у несовершеннолетних в условиях социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних.

Цель: теоретически обосновать, выявить и охарактеризовать особенности дезадаптации подростков в условиях социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи:**

1. Проанализировать теоретические подходы, а также раскрыть сущность понятия дезадаптации и выявить основные проявления ее у подростков.
2. Проанализировать факторы, способствующие дезадаптации воспитанников социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних.
3. Провести диагностику особенностей дезадаптации воспитанников социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних
4. Разработать рекомендации по совершенствованию реабилитационных программ по преодолению дезадаптации воспитанников социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних

Гипотеза исследования: дезадаптация воспитанников социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних характеризуется следующими особенностями:

1. в системе ценностей преобладают гедонистические и материальные ценности, низкий уровень учебной и трудовой мотивации;
2. высокий уровень агрессивности (физической, вербальной, косвенной, а также раздражительности), ситуативной и личностной тревожности, эмоциональная лабильность и слабость саморегуляции;

3. устойчивое избегание учебно-трудовой деятельности, агрессивные и конфликтные паттерны взаимодействия со сверстниками и взрослыми, систематическое нарушение социальных норм и режимных требований учреждения, пренебрежение гигиеной и навыками культуры поведения, а также деструктивное или пассивное времяпрепровождение.

Методы исследования, используемые в работе:

1. Теоретические методы: изучение и анализ литературы по теме исследования.

2. Эмпирические методы: наблюдение, интервью, анализ документов, опрос воспитанников социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних.

База экспериментального исследования: КГКУ СО «Центр семьи и детей» г. Красноярск, филиал «Правобережный». В исследовании приняли участие 8 детей в возрасте от 12 до 17 лет.

Практическая значимость исследования заключается в том, что разработанные рекомендации могут быть использованы в деятельности социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних в качестве способа оптимизации реабилитационных программ для повышения эффективности работы с дезадаптированными подростками.

Структура дипломной работы: дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемых источников и двух приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ СОЦИАЛЬНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

1.1. Понятие, сущность и виды дезадаптации в психолого-педагогических исследованиях

Дезадаптация подростков является междисциплинарной проблемой, изучаемой в психологии, педагогике, социологии и социальной работе. В наиболее общем виде дезадаптация понимается как нарушение процесса социализации, при котором индивид теряет способность эффективно взаимодействовать с социальной средой, выполнять принятые нормы и адаптироваться к изменяющимся условиям жизни.

С.А. Беличева определяет дезадаптацию как: "состояние, при котором нарушаются или блокируются механизмы усвоения социальных норм, ценностей и ролей, что приводит к конфликту личности с обществом, деформации поведения и нарушению социального функционирования" [7].

Этот процесс может носить временный (ситуативный) или устойчивый (хронический) характер, а его проявления варьируются от легких форм (школьная неуспеваемость, конфликты со сверстниками) до тяжелых (делинквентное поведение, бродяжничество, аддикции).

Исторически изучение дезадаптации претерпело значительную эволюцию. Если ранние концепции (З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер) акцентировали внимание на биологических и инстинктивных основах дезадаптивного поведения, то к середине XX века на первый план вышли социальные факторы. Так, Э. Эриксон в рамках теории психосоциального развития связывал дезадаптацию с кризисами идентичности, особенно в подростковом возрасте [51].

В современной научных трудах сложились различные подходы к пониманию дезадаптации:

1. Социально-психологический подход (Б.Н. Алмазов, С.А. Беличева), акцентирует внимание на том, что дезадаптация – результат нарушения социализации, дефицита социальных навыков, конфликта с окружением.

2. Клинико-психологический подход (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов), рассматривает социальную дезадаптацию через призму пограничных нервно-психических расстройств и акцентуаций характера.

3. Педагогический подход (А.В. Мудрик, В.Г. Бочарова), связывает социальную дезадаптацию с нарушениями учебной деятельности и школьными трудностями.

4. Социологический подход (Е.В. Змановская, Р.К. Мертон) акцентирует роль макросоциальных факторов (бедность, маргинализация, кризис семьи)

В контексте нашего исследования особый интерес представляет классификация дезадаптации, предложенная С.А. Беличевой: патогенная (обусловленная отклонениями в психическом развитии), психосоциальная (связанная с половозрастными особенностями) и социальная (обусловленная социальными факторами).

В исследованиях Б.Н. Алмазова предложена уровневая модель дезадаптации, представленная в таблице 1.

Таблица 1 - Уровневая модель дезадаптации (по Б.Н. Алмазову)

Уровень	Характеристика	Примеры проявлений
Легкая (ситуативная)	Временные трудности адаптации	Конфликтные ситуации с учителем, эпизодические прогулы
Средняя (парциальная)	Устойчивые нарушения в одной из сфер жизнедеятельности (учебной, семейной)	Систематическая неуспеваемость, побеги из дома
Тяжелая (тотальная)	Глубокое нарушение социальных связей	Бродяжничество, преступность, наркомания

Изучив основные научные подходы, классификацию форм, критериев и уровней дезадаптации, переходим к основным факторам и причинам ее возникновения у подростков, а также примерам проявления.

Изучение факторов дезадаптации подростков требует четкого понимания ее конкретных проявлений, которые являются внешними индикаторами внутренних нарушений процесса социализации. Проявления дезадаптации носят комплексный, полиморфный характер и затрагивают различные сферы жизнедеятельности подростка.

Основываясь на исследованиях С.А. Беличевой [7], Б.Н. Алмазова [3], Е.В. Змановской, А.Е. Личко, можно выделить следующие ключевые группы проявлений дезадаптации: нарушения в учебно-познавательной сфере, такие как стойкая неуспеваемость, включающая в себя систематическое неуспевание программы, отставание по основным предметам, невыполнение учебных требований. Помимо этого выделяется школьная дезадаптация, характеризующаяся регулярными пропусками занятий (прогулами), опозданиями, уходами с уроков, конфликтами с учителями и администрацией школы, отказ от выполнения заданий. Также, немаловажную роль играет снижение познавательной мотивации, включающее в себя потерю интереса к учебе, отсутствие учебных целей, негативное отношение к школе как институту. Еще одной особенностью является нарушения дисциплины на уроках, проявляющееся в демонстративном поведении, срыве уроков, неподчинении требованиям педагогов.

Помимо нарушений в учебно-познавательной сфере можно выделить: нарушения в сфере социального взаимодействия и коммуникации, включающие в себя конфликтность, проявляющуюся в частых ссорах, драках, вербальная и невербальная агрессия по отношению к сверстникам, учителям, родителям и другим взрослым. Помимо этого необходимо сказать об изоляции и отвержении, проявляющейся в добровольной самоизоляции от коллектива, трудностях в установлении и поддержании дружеских связей, получение статуса "изгоя" или "отвергаемого" в классе или неформальной группе. Немаловажную роль играет и

девиантное общение, характеризующееся склонностью к общению в асоциальных или криминальных группах, разрывом позитивных социальных связей, подчинением нормам девиантной субкультуры. Нарушение социальной перцепции, выраженное в искаженном восприятии намерений других людей (враждебной атрибуции), непонимании социальных ситуаций и неадекватных реакциях на взаимодействие тоже имеет немаловажное значение.

Третьей группой нарушений можно выделить нарушения поведения (девиантное и делинквентное поведение). В данную группу входят такие проявления как: делинквентное поведение, проявляющееся в мелком хулиганстве, воровстве, грабежах, актах вандализма, участии в групповых противоправных действиях, ранней алкоголизации, употреблении психоактивных веществ (ПАВ), аддиктивное поведение характеризующееся уходом от реальности через различные формы зависимости: химические (алкоголь, наркотики, токсикомания), нехимические (игровая, интернет-зависимость, компульсивное поведение), бродяжничество (побеги), то есть систематические уходы из дома или учреждений, жизнь вне семьи и отсутствие постоянного места проживания, а также агрессивное и аутоагрессивное поведение, заключающееся в физической и вербальной агрессии, угрозах, нанесении вреда себе (селфхарм, суицидальные мысли/попытки).

К четвертой группе нарушений можно отнести эмоционально-личностные нарушения. В нее входят: неустойчивость эмоциональных реакций - аффективная лабильность (резкие перепады настроения), вспышки гнева, раздражительность, плаксивость, высокий уровень тревожности (Социальная тревожность, страхи, фобии, напряженность, часто маскируемые агрессией или апатией), низкая самооценка и неуверенность в себе, включающая в себя чувство собственной неполноценности, негативный образ "Я", самобичевание. Нарушение волевой регуляции характеризующееся импульсивностью, неспособностью к волевому усилию для достижения целей, податливостью негативному влиянию, слабостью самоконтроля и кризис идентичности, который проявляется в спутанности ролей,

неопределенности жизненных целей и ценностей, негативной идентичности (принятие асоциальных образцов поведения).

Пятой группой проявлений являются нарушения в семейной сфере: конфликтные отношения с родителями/опекунами выражающиеся в таких проявлениях, как постоянные ссоры, неподчинение, взаимное неприятие, эмоциональная холодность, нарушение детско-родительских границ, то есть ролевая инверсия (ребенок выполняет "взрослые" функции), эмоциональное отвержение со стороны родителей или подростка, а также игнорирование семейных норм и правил - Отказ выполнять домашние обязанности, нарушение установленных в семье запретов.

Важно отметить, что проявления дезадаптации тесно взаимосвязаны и часто образуют устойчивые паттерны поведения (например, школьная неуспеваемость - конфликты с учителями - прогулы - связь с асоциальной группой - делинквентность). Степень выраженности и комплексность проявлений коррелирует с уровнем дезадаптации по Б.Н. Алмазову (ситуативная, парциальная, тотальная). Тотальной дезадаптации обычно соответствуют глубокие нарушения сразу в нескольких сферах (учебной, семейной, коммуникативной) с выраженными девиациями поведения. Конкретные проявления во многом определяются доминирующими факторами дезадаптации (микросоциальными, индивидуально-психологическими, макросоциальными) и акцентуациями характера подростка.

Таким образом, проявления дезадаптации подростков представляют собой комплекс поведенческих, эмоциональных, коммуникативных и когнитивных нарушений, свидетельствующих о сбое в процессе интеграции молодого человека в систему социальных отношений. Эти внешние маркеры являются ключевыми для диагностики, определения уровня дезадаптации и разработки адресных коррекционно-реабилитационных программ.

Анализ научных исследований Б.Н. Алмазова[3] и С.А. Беличевой [7] позволяют рассматривать дезадаптацию как результат сложного взаимодействия

различных групп факторов, образующих многоуровневую систему. В рамках нашего исследования мы выделяем три ключевые группы факторов.

К первой группе можно отнести ряд микросоциальных факторов: семейное неблагополучие (алкоголизм родителей, жестокое обращение), педагогическая запущенность, а также негативное влияние референтной группы на подростка.

Анализ исследований С.А. Беличевой [7] и Б.Н. Алмазова [3] показывает, что семейное неблагополучие является ведущим фактором в 78% случаев дезадаптации. Основными проявлениями являются: дисфункциональные стили воспитания (гипоопека, гиперопека, непоследовательность требований), паттерны асоциального поведения в семье (алкоголизм родителей, домашнее насилие, криминальные модели поведения) и нарушения детско-родительских отношений (несформированность привязанности, конфликт поколений, ролевые инверсии).

Ко второй группе можно отнести индивидуально-психологические факторы: акцентуации характера, низкий уровень саморегуляции, нарушения эмоционально-волевой сферы.

Б.Н. Алмазов [3] в своих исследованиях выделяет следующие психологические детерминанты: личностные особенности (акцентуации характера, низкая саморегуляция, деформация ценностных ориентаций), когнитивные нарушения (дефицит социального интеллекта, нарушения прогностической функции, искаженная социальная перцепция), а также эмоциональные расстройства (повышенная тревожность, аффективная лабильность, депрессивные тенденции).

Третьей группой являются макросоциальные факторы: социально-экономическое неравенство, кризис института семьи, несовершенство системы профилактики.

В своих исследованиях С.А. Беличева [7] подчеркивает возрастающую роль макросоциальных детерминант: социально-экономические факторы (маргинализация населения, бедность и неравенство, ограниченность социальных лифтов), кризис социальных институтов (деформация семейных ценностей, школьная дезадаптация, неэффективность профилактики) и медиафакторы

(пропаганда девиантных моделей поведения, информационная перегрузка, виртуализация общения).

Особое внимание и значение в исследованиях Б.Н. Алмазова уделяется «кризису идентичности» подростков, который в условиях социальной депривации приобретает деструктивные формы.

Таким образом, дезадаптация представляет собой сложный, многофакторный феномен, требующий комплексного подхода к диагностике и коррекции. Теоретические положения, разработанные С.А. Беличевой, В.Н. Алмазовым и другими исследователями, создают научную основу для разработки эффективных программ социальной реабилитации, что будет рассмотрено в практической части данного исследования.

Данный анализ факторов позволяет перейти к рассмотрению особенностей проявления дезадаптации в условиях социально-реабилитационного центра.

1.2 Особенности дезадаптации воспитанников в условиях социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних

Воспитанники социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних представляют собой особую группу риска ввиду того, что их дезадаптация формируется под влиянием уникального комплекса факторов, связанных с их биографией, условиями жизни и психологическими травмами. Основным катализатором формирования дезадаптации выступает семейное неблагополучие. Согласно данным Росстата на 2023 год [55] 80-90 % детей, поступающих в социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних, происходят из семей с алкогольной или наркотической зависимостью, в свою очередь 60 % детей были подвержены физическому, а в некоторых случаях и сексуальному насилию. Данные обстоятельства приводят к глубоким нарушениям привязанности. Дети демонстрируют недоверие к взрослым, испытывают страх эмоциональной близости, а также проявляют холодность при коммуникации. Например, подросток 12 лет, изъятый из семьи, в которой родители страдают

хроническим алкоголизмом, избегает контакта с воспитателем и саботирует групповые занятия, что является типичным для подобных случаев.

Деадаптация обнаруживается в достаточно широком перечне отклонений в поведении подростков: дромомания (бродяжничество), раннее употребление алкогольной, табачной продукции, наркотических веществ, проявление противоправных поступков, нарушение моральных норм общества.

Исходя из этого можно сказать, что деадаптация в своем следствии формирует малообразованных людей, не имеющих трудовых навыков, способности создать семью и быть хорошими родителями. Им довольно легко преодолеть границу моральных и правовых норм. Соответственно, деадаптация проявляется в асоциальных формах поведения и деформации систем внутренней регуляции, ценностных ориентаций и установок, как следствие повышение агрессии.

Анализ исследований С.А. Беличевой [7] Б.Н. Алмазова [3] показывает, что деадаптация в условиях социально-реабилитационного центра приобретает особые характеристики, обусловленные институциональной средой. Основными особенностями деадаптации являются :

1. Комплексный характер нарушений (накопленный эффект длительной социальной депривации, институциональная зависимость);
2. Специфические поведенческие проявления (гипертрофированная реакция на ограничение свободы, конфронтация с правилами учреждения, формальное подчинение при внутреннем сопротивлении).
3. Выраженные нарушения социального интеллекта: трудности социального прогнозирования, низкий уровень социальной рефлексии, применение неадекватных поведенческих стратегий;
4. Особенности в эмоциональной сфере: повышенная тревожность, агрессивные поведенческие реакции, эмоциональная лабильность;
5. Нарушения ценностно-нормативной сферы: деформация ценностных ориентаций, несформированность правосознания, искаженные представления о социальных нормах

В своих исследованиях С.А. Беличева [7] выделяет характерные паттерны социального взаимодействия:

В системе «подросток-взрослый»: недостаток доверия к воспитателям, ожидание негативного отношения со стороны сотрудников учреждения, манипулятивное поведение

В системе «подросток-подросток»: жесткая иерархизация отношений, тенденция к образованию замкнутых групп, высокий уровень конфликтности.

Специфика дезадаптации у подростков, находящихся в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних, проявляется на нескольких уровнях.

Эмоционально-личностные нарушения включают в себя резкие перепады настроения, вспышки гнева и плаксивость. По данным НИИ психиатрии на 2022 [55] год 55% подростков, находящихся в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, имеют заниженную самооценку и суицидальные наклонности. Типичным примером может стать девочка 14 лет, пережившая домашнее насилие, которая проявляет апатию, отказывается от еды и постоянно говорит: «Я никому не нужна». Поведенческие девиации выражаются в физической и вербальной агрессии, которая часто становится основным способом решения конфликтов. Каждый четвертый подросток предпринимает попытки побега из учреждения, объясняя это «поиском свободы», а распространенными формами ухода от реальности становятся курение, токсикомания и игровая зависимость (игромания).

Когнитивное искажение у воспитанников включают в себя негативную картину восприятия мира с установками по типу: «Все взрослые – предатели» или «Никому нельзя доверять». Часто подростки оправдывают воровство как «способ выжить», что в свою очередь отражает нарушения моральных суждений. Социальная изоляция усугубляется стигматизацией подростков: часто ярлык «детдомовец» провоцирует отвержение в школьных группах или дворовых компаниях. Дефицит социальных навыков, таких как умение строить долгосрочные и крепкие отношения или способность эффективно разрешать

конфликтные ситуации, снижает шансы подростка на успешную интеграцию в социум.

Возрастная динамика дезадаптации имеет ряд своих особенностей. Например у детей от 7 до 12 лет доминируют школьная неуспеваемость, страхи и непроизвольное мочеиспускание. Например, мальчик возрастом 10 лет, переживший гибель матери, рисует исключительно черным карандашом и отказывается участвовать в активностях (играх, мероприятиях).

В свою очередь подростки в возрасте 13 -17 лет чаще сталкиваются с кризисом идентичности, что становится стимулом для экспериментов с проявлением девиантных форм поведения. Согласно исследованиям фонда «Волонтеры в помощь детям-сиротам» на 2023 год 45% воспитанников, находящихся в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, имеют опыт, в том числе и не однократный, употребления алкоголя, а также многие подростки вступают в уличные группировки, пытаясь обрести чувство принадлежности.

Институциональные риски социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних также вносят свой вклад в формирование дезадаптации подростков. Дефицит индивидуального подхода, когда штатные психологи ограничены формальными отчетами, не позволяет решать глубинные проблемы. Текучесть кадров разрушает установленные хрупкие привязанности, которые начинают формироваться у детей. В свою очередь закрытость учреждений ограничивает их контакты с внешним миром и социумом, что усиливает социальную депривацию. Для яркой иллюстрации данной проблемы можно привести кейс: группа подростков, возрастом от 15 до 16 лет, воспитывающихся в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних более трех лет, демонстрируют «синдром выученной беспомощности», который выражается в следующей внутренней установке: «Зачем мне стараться? Все равно я снова вернусь в приют». Для коррекции данного состояния потребовалось введение системы поощрений и программ наставничества.

Последствия дезадаптации подростка носят долгосрочный характер. Краткосрочные эффекты включают школьную неуспеваемость и конфликты с законом. Но более тревожными для подростков являются долгосрочные последствия дезадаптации. По данным Минтруда на 2023 [57] год 60% выпускников социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних впоследствии не могут поступить в высшие учебные заведения, а около 40% становятся безработными. Исследования Е.В. Змановской за 2020 год [22] показали, что 35% женщин-выпускниц данных учреждений – отказываются от своих детей, что ведет к репродуктивному неблагополучию общества.

Как отмечает С.А. Беличева, у воспитанников учреждений формируется особый тип социального поведения, характеризующийся «институциональным синдромом» - комплексом специфических реакций на условия закрытого учреждения[7].

Важно отметить, что дезадаптация является процессом обратимым.

Таким образом, дезадаптация воспитанников социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних – системное явление, возникающее на стыке семейной травмы, институциональных ограничений и личностных кризисов подростка. Ее комбинированный характер, объединяющий в себе эмоциональные, поведенческие и когнитивные нарушения, требует комплексного подхода к реабилитации. Учет возрастной динамики, индивидуальных особенностей и профилактика институциональных рисков возникновения дезадаптации могут стать основой для программ, направленных на разрыв цикла социального неблагополучия.

1.3 Анализ технологий социальной реабилитации подростков с дезадаптацией в условиях социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних

Социальная реабилитация подростков в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних требует комплексных технологий, направленных на восстановление социальных связей, коррекцию девиантного поведения и формированию навыков адаптации. Данные технологии объединяют психологические, педагогические и социальные методы, учитывающие специфику дезадаптации и условия институционального воспитания.

Технологии реабилитации можно систематизировать по следующим направлениям (Таблица 2).

Таблица 2 - Направления технологий социальной реабилитации

Направление	Цель	Примеры методов
Психологическое	Коррекция эмоциональных и когнитивных нарушений	Арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия, сказкотерапия
Педагогическое	Формирование социальных навыков, учебной мотивации	Социально-ролевые игры, тренинги коммуникации, проектная деятельность
Социальное	Интеграция в общество, профилактика изоляции	Наставничество, волонтерские программы, семейное сопровождение
Современные инновации	Использование цифровых инструментов	VR-терапия, онлайн-курсы, мобильные приложения для самодиагностики

Психологические технологии занимают центральное место в реабилитационном процессе. Арт-терапия, разработанная М.Е. Бурно и А.И. Копытиным[11], позволяет подросткам выражать подавленные эмоции через творчество. Например, в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних г. Казань реализуется проект «Рисунок гнева», где

участники визуализируют свои эмоции на бумаге, а затем анализируют их совместно с психологом. По данным НИИ Психологии на 2022 год [55] данная терапия на 40% снижает уровень агрессии у подростков. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), основанная на работах А. Бека и А. Эллиса, направлена на коррекцию иррациональных убеждений. Так, подросток 15 лет с установкой «Я неудачник. У меня ничего не получается» в ходе сессий учится заменять негативные мысли на позитивные фразы самовнушения (аффирмации). Эффективность КПТ подтверждается исследованиями социально-реабилитационного центра г. Москва. За 2023 год у 60% участников отмечается рост самооценки. Еще одним методом является сказкотерапия Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой [20], где через метафоры и придуманные сюжеты дети прорабатывают свои травмы. Это особенно актуально для младших возрастных групп (7-12 лет), так как позволяет мягко вовлечь их в процесс реабилитации.

Педагогические технологии ориентированы на формирование социальных навыков и учебной мотивации. Социально-ролевые игры, такие как «Ты – работодатель», моделируют различные реальные ситуации (собеседование, решение конфликта), помогая подросткам освоить базовые коммуникативные навыки. По результатам применения данной технологии большинство участников таких игр демонстрируют улучшения в коммуникации. В свою очередь проектная деятельность, например организация экологических акций или культурных мероприятий, способствует сплочению группы и повышению самооценки. Тренинги эмоционального интеллекта, адаптированные из методик Д. Гоулмана [15], учат распознавать эмоции, управлять стрессом и развивать эмпатию. По данным фонда «Дети России» за 2022 год, внедрение данных тренингов снизило количество возникновения конфликтных ситуаций среди подростков на 35%.

Социальные технологии направлены на интеграцию воспитанников в общество и профилактику изоляции. Семейное сопровождение актуально для тех случаев, когда семья признана «условно благополучной». Совместные тренинги и терапия по методу Б. Хеллингера, по данным МГППУ за 2021 год, позволяют 25% семей восстановить контакт с ребенком. Однако постинтернатное

сопровождение, включающее в себя помощь в трудоустройстве и обеспечении жильем, остается наиболее слабым звеном. По данным Минтруда [57] только 30% выпускников данных учреждений получают системную поддержку.

Инновационные технологии открывают новые возможности для реабилитации. Например, VR-терапия, применяемая для симуляции социальных ситуаций (публичные выступления, собеседования) помогает значительно снизить тревожность. Исследования НИИ цифровой психологии за 2023 год показали, что 65% подростков после курса VR-терапии легче адаптируются к реальным взаимодействиям.

Несмотря на потенциал технологий, при их внедрении специалисты сталкиваются с рядом проблем. Ресурсные ограничения, включая нехватку финансирования и квалифицированных кадров, приводят к использованию устаревшего оборудования и формальному проведению тренингов. Подростки часто сопротивляются участию в программах из-за недоверия к взрослым, а бюрократические барьеры замедляют внедрение инновационных решений.

Для оптимизации процесса реабилитации необходимо ряд рекомендаций:

1. Необходимо создание междисциплинарных команд (психолог – социальный педагог – IT-специалист) для персонализированного подхода.
2. Необходимо тесное партнерство с различными НКО и высшими учебными заведениями для привлечения волонтеров и ресурсов.
3. Необходимо установить акцент на доказательных практиках, таких как КПТ или арт-терапия, чья эффективность подтверждена исследованиями.

Примером успешной реализации может стать: для группы подростков с делинквентным поведением (кражи, побеги из учреждения) была разработана программа, сочетающая в себе КПТ и проект «Школа юного предпринимателя». Результат: 80% участников прекратили противоправные действия, а 30% выпускников поступили в колледжи.

Таким образом, эффективная социальная реабилитация в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних возможно при комбинировании классических и инновационных методов работы с подростками.

Ключевыми условиями являются индивидуализация программ, межведомственное взаимодействие, и пост-реабилитационное сопровождение. Однако для масштабирования успешных практик необходимо преодолеть ресурсные и организационные барьеры, сделав акцент на обучении специалистов и внедрении технологий с доказанной эффективностью.

Выводы по 1 главе

Дезадаптация подростков, находящихся в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, представляет собой сложный, многоуровневый феномен, формирующийся под воздействием биологических, психологических и социальных факторов. Ее основу составляют семейное неблагополучие, которое включает в себя алкоголизм, насилие и бедность, что в свою очередь приводит к глубоким нарушениям привязанности и эмоциональной депривации. Данные травмы усугубляются институциональными рисками, такими как ролевая депривация, стигматизация и закрытость системы, что усиливает изоляцию подростков и недоверие к социуму. Психологические последствия, включая посттравматическое стрессовое расстройство и депрессию, формируют копинг-стратегии, такие как агрессивное поведение, самоповреждение или уход в виртуальную реальность.

Специфика дезадаптации проявляется в комбинированных формах нарушений. У младших воспитанников (7-12 лет) доминируют страхи, школьная неуспеваемость и соматические реакции (например, непроизвольное мочеиспускание), в то время как подростки 13-17 лет сталкиваются с кризисом идентичности, что в свою очередь подталкивает их проявлению девиантного поведения – от употребления психоактивных веществ (ПАВ) до участия в преступных группировках.

Анализ технологий реабилитации показал, что эффективная коррекция возможна при интеграции психологических, педагогических и социальных методов. Психологические подходы, такие как арт-терапия снижают уровень

агрессии на 40%, а когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) способствует росту самооценки у 60% подростков. Педагогические практики, включая социально-ролевые игры и тренинги эмоционального интеллекта, улучшают коммуникативные навыки у 70% воспитанников и сокращают конфликты на 35%. В свою очередь семейное сопровождение позволяет 25% семей восстановить детско-родительские отношения. Инновационные программы, такие как VR-терапия и мобильные приложения, демонстрируют высокий потенциал: 65% подростков после VR-тренингов легче адаптируются к реальным социальным ситуациям.

Однако внедрение этих технологий сталкивается с серьезными барьерами. Ресурсные ограничения – нехватка финансирования, устаревшая материальная база, дефицит квалифицированных кадров – приводят к формальному выполнению программ. Институциональные проблемы, включающие бюрократизацию и сопротивление изменениям, замедляют внедрение инноваций. Подростки, пережившие предательство со стороны взрослых, часто отказываются от сотрудничества, что в конечном итоге требует дополнительных усилий по установлению доверия.

Для преодоления этих вызовов необходима системная оптимизация реабилитационного процесса. Во-первых, ключевым условием является внедрение междисциплинарного подхода, объединяющего работу психолога, социального педагога и IT-специалиста. Это позволит разрабатывать персонализированные программы, учитывающие как эмоциональные травмы, так и потребности в социализации у подростков.

Во-вторых, важно ориентироваться на доказательства практики – методы с подтвержденной эффективностью, такие как КПТ или арт-терапия.

В-третьих, критически необходимо усилить пост-реабилитационное сопровождение, обеспечив выпускникам помощь в трудоустройстве, получении жилья и психологическую поддержку. Партнерство с НКО и бизнесом может стать ресурсом для привлечения финансирования и опытных наставников, а обучение высококвалифицированных кадров – повысит компетенции

сотрудников социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних в работе с инновационными инструментами.

Дезадаптация подростков в социально-реабилитационных учреждениях для несовершеннолетних – вызов, требующий не только коррекции после травмирующего опыта, но и профилактики системных рисков. Успех реабилитации зависит от сочетания классических методов, инновационных технологий и межведомственного взаимодействия. Реализация предложенных мер позволит не только помочь конкретным подросткам преодолеть кризис, но и поспособствует разрыву порочного круга социального неблагополучия, открыть им путь к полноценной интеграции в социум.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИССЛЕДОВАНИЮ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ СОЦИАЛЬНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

2.1. Диагностика особенностей дезадаптации воспитанников социально- реабилитационного центра для несовершеннолетних

Для подтверждения гипотезы нами было проведено эмпирическое исследование.

Цель данного исследования заключается в выявлении особенностей дезадаптации подростков, находящихся в социально-реабилитационном центре для не совершеннолетних, через системное наблюдение за их поведением, учебной деятельностью, социальными взаимодействиями и эмоционально-волевой сферой.

Работа проводилась на базе КГКУ СО «Центр семьи и детей» г. Красноярск, филиал «Правобережный».

В исследовании приняло участие 8 человек, являющихся подопечными Учреждения, в возрасте от 12 до 17 лет, из которых 4 человек мальчики и 4 - девочки. Средний срок пребывания в центре 1,5-2 месяца.

На первом этапе эмпирического исследования нами было изучено актуальное состояние проблемы дезадаптации воспитанников социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних.

Опираясь на исследования С.А. Беличевой, были выделены следующие компоненты дезадаптации.

Таблица 3 - Компоненты дезадаптации подростков

Компоненты социальной дезадаптации	Содержание компонента	Методика выявления
Ценностно-мотивационный	- Наличие или отсутствие гибкости в соблюдении норм и умение адаптироваться к окружающей обстановке - Наличие или отсутствие просоциальных ценностей и проявления гуманизма - Внутренние мотивационные установки и стремления	Незаконченные предложения, ценностные ориентации (М. Рокич)

	- Наличие мотивированного отношения к учебной/рабочей деятельности - Наличие или отсутствие устойчивых и глубоких интересов, направленных на созидание и саморазвитие	
Эмоционально-волевые	- Частота проявления агрессивного, истерического поведения и проявления суицидальных мыслей. - Степень тревожности и раздражительности у воспитанников - Способность к саморегуляции и управлению эмоциями - Способ решения возникающих проблем	Опросник Басса-Дарки
Поведенческая	- Отношение к учебной и трудовой деятельности - Способ времяпрепровождения - Реакция на педагогическое воздействие - Проявление жестокости по отношению к другим - Способность следить за своим внешним видом и наличие культурных навыков общественного поведения - Употребление алкогольной и табачной продукции, а также ПАВ - Употребление в речи нецензурных выражений	Карта наблюдений, анализ личных дел и характеристик

Исходя из представленных в Таблице 3 компонентов, можно выделить три ключевых аспекта диагностики: ценностно-мотивационный, эмоционально-волевой и поведенческий, каждый из которых имеет свои специфические проявления и методы выявления

Для диагностики ценностно-мотивационной сферы были использованы:

1. Проективная методика «Незаконченные предложения», которая выявляет: скрытые мотивационные конфликты, отношение к нормам и правилам, когнитивные искажения в восприятии социальной реальности

2. Методика «Ценностные ориентации» (М. Рокич) для выявления: доминирующих ценностных установок, степени сформированности просоциальных ценностей, наличие антисоциальных ориентаций

Для диагностики эмоционально-волевой сферы был использован опросник Басса-Дарки, который оценивает: уровень агрессивности, враждебные установки и формы агрессивного поведения; помимо этого была использована шкала Спилберга-Ханина, измеряющая: уровень ситуативной тревожности, личностную тревожность, эмоциональную лабильность.

Диагностика поведенческих поведений осуществлялась с помощью наблюдения за: характером взаимодействий со сверстниками, реакцией на педагогические воздействия, соблюдением режимных моментов. Помимо этого был проведен анализ личных дел и характеристик исследуемых.

Исследование проводилось в три этапа:

1. Подготовительный этап (2 недели): формирование выборки, разработка диагностического инструментария, подготовка бланков протоколов
2. Основной этап (4 недели): индивидуальная диагностика, групповые обследования, наблюдение в естественных условиях
3. Заключительный этап (2 недели): обработка полученных данных, статистический анализ, интерпретация результатов

Результаты исследования:

1. Ценностно-мотивационный компонент (по данным проективных методик):

В ходе исследования ценностных ориентаций (методика М. Рокича) и проективной методики «Незаконченные предложения» были выявлены следующие особенности:

Искажение социальных норм: У 5 воспитанников (62,5%) наблюдалось отрицание общепринятых правил, склонность к оправданию асоциального поведения. Например, в ответах преобладали суждения типа: «Правила нужны, чтобы их нарушать», «Если меня обижают, я отомщу».

Просоциальные ценности: Лишь у 2 подростков (25%) отмечались ориентации на семью, образование, саморазвитие. У остальных доминировали гедонистические и материальные ценности (деньги, развлечения, власть).

Мотивация к деятельности: У 6 человек (75%) выявлено отсутствие устойчивой учебной или трудовой мотивации. В незаконченных предложениях преобладали фразы: «Учеба – это... бесполезно», «Работать нужно... только если заставят».

Интересы и саморазвитие: У большинства (5 чел.) интересы носили поверхностный характер (компьютерные игры, социальные сети), тогда как у 3 человек прослеживалась тяга к творчеству и спорту.

2. Эмоционально-волевой компонент:

Результаты диагностики эмоционально-волевого компонента, полученные с помощью Опросника Басса-Дарки и Шкалы ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, показали следующие ярко выраженные проявления:

Высокий уровень агрессивности: У подавляющего большинства подростков выявлены значительные трудности в сфере управления агрессией (Таблица 4). Особенно выражены показатели раздражительности (высокий уровень у 62,5%, т.е. 5 чел.) и косвенной агрессии (высокий уровень у 50%, т.е. 4 чел.). Физическая агрессия на высоком уровне зафиксирована у 37,5% (3 чел.). Это свидетельствует о преобладании реакций гнева, вспыльчивости, склонности к непрямому выражению враждебности (сплетни, злобные шутки, неконструктивная критика) и, у значительной части, готовности к открытому физическому конфликту.

Высокая тревожность (по Спилбергеру-Ханину): Диагностика выявила преобладание высокого уровня ситуативной тревожности (реакция на текущие обстоятельства центра) у 5 подростков (62,5%). Личностная тревожность (устойчивая черта личности) была повышена у 4 человек (50%). Это указывает на хроническое состояние эмоционального напряжения, беспокойства, ожидания негативных событий и трудности адаптации к требованиям среды реабилитационного центра.

Эмоциональная лабильность и слабость саморегуляции: Наблюдения в ходе диагностики и естественных ситуациях подтвердили данные опросников. У 6 воспитанников (75%) наблюдалась выраженная эмоциональная неустойчивость –

быстрые, часто неадекватные по силе смены настроения (от раздражительности к апатии, от плача к агрессии). Способность к саморегуляции (управление своими эмоциями и импульсами) была оценена как низкая у 5 человек (62,5%). В конфликтных ситуациях преобладали импульсивные, деструктивные или избегающие стратегии поведения.

Преобладание деструктивных копинг-стратегий: Анализ ответов и наблюдений показал, что в качестве способа решения проблем у большинства подростков (6 чел., 75%) доминируют агрессивные реакции (вербальная или физическая агрессия), избегание (уход от проблемы, отказ от деятельности) или проекция вины на окружающих. Конструктивные стратегии (поиск решения, компромисс, обращение за помощью) наблюдались эпизодически и в основном у тех же 2-3 подростков, которые показали лучшие результаты по ценностно-мотивационному компоненту.

Таблица 4 – Диагностика воспитанников (по методике Басса-Дарки)

Показатель	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Физическая агрессия	3 чел (37,5%)	4 чел (50%)	1 чел (12,5%)
Косвенная агрессия	4 чел (50%)	3 чел (37,5%)	1 чел (12,5%)
Раздражение	5 чел (62,5%)	2 чел (25%)	1 чел (12,5%)

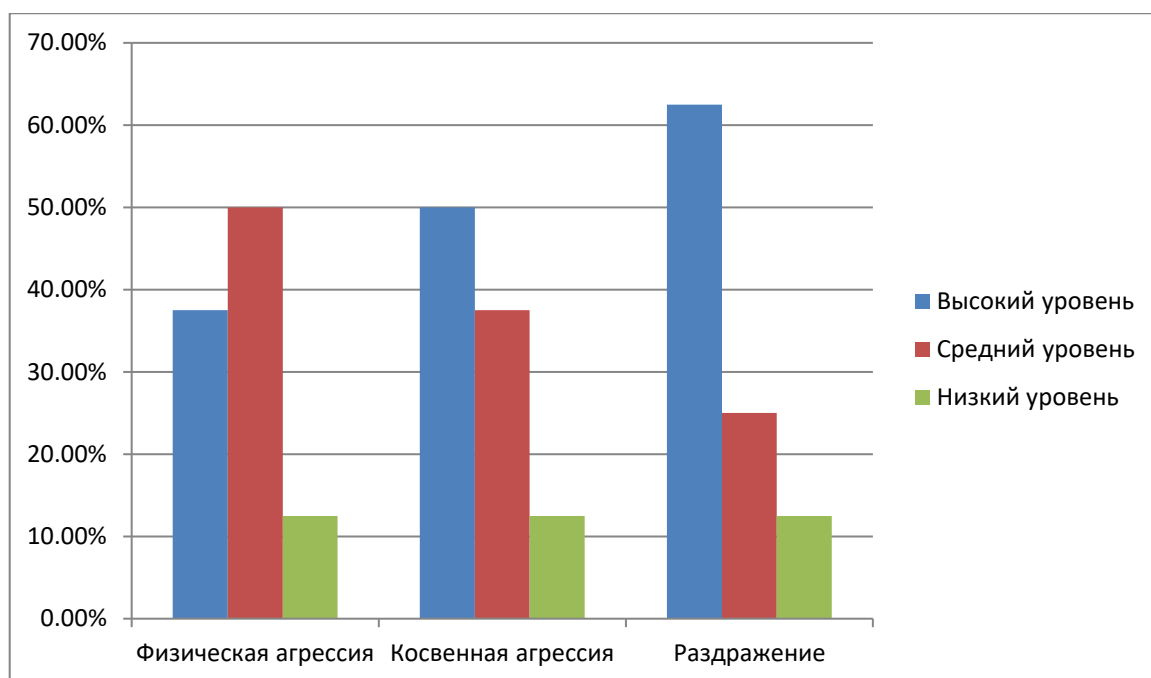


Рисунок 1 - Соотношение показателей уровня агрессии у несовершеннолетних, находящихся в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних

3. Поведенческий компонент:

В ходе изучения поведенческого компонента дезадаптации, осуществлявшегося методом систематического наблюдения в естественных условиях (учебные занятия, трудовая деятельность, свободное время, режимные моменты, взаимодействия) и анализа документов (личные дела, характеристики из школ, отчеты воспитателей), были получены следующие систематизированные результаты, отражающие ключевые аспекты дезадаптивного поведения:

В рамках учебно-трудовой деятельности прослеживаются следующие особенности: избегающее поведение, которое проявляется у подавляющего большинства подростков (5 человек (62,5%)) наблюдалась устойчивая тенденция к уклонению от учебных занятий и трудовых поручений. Проявлялось это в откровенных отказах, "забывчивости", симуляции недомогания, длительных отлучках в туалет, демонстративном бездействии или минимальном участии. Неустойчивая мотивация: лишь у 3 воспитанников (37,5%) отмечался ситуационный интерес к деятельности. Их вовлеченность и старательность напрямую зависели от внешних факторов (личная заинтересованность в теме,

присутствие конкретного значимого взрослого, немедленное поощрение) и быстро угасали при возникновении малейших трудностей или необходимости прилагать систематические усилия. Качество деятельности: у большинства (6 чел.) наблюдались значительные трудности в организации собственной деятельности, доведении начатого до конца, сосредоточении внимания. Результаты труда часто были неудовлетворительными по качеству и объему.

В рамках социального взаимодействия были следующие проявления: агрессивные паттерны общения: половина выборки (4 подростка (50%)) систематически демонстрировали агрессию в коммуникации со сверстниками и взрослыми. Это проявлялось в вербальной агрессии (оскорбления, угрозы, грубость), физических столкновениях (толчки, драки), невербальных проявлениях (угрожающие позы, агрессивные жесты) и косвенной агрессии (распространение сплетен, провокации). Коммуникативные дефициты: у 3 подростков (37,5%) были ярко выражены трудности в установлении и поддержании конструктивных контактов. Они проявляли замкнутость, неловкость, стеснительность или, наоборот, назойливость, неумение слушать, соблюдать дистанцию, адекватно реагировать на социальные сигналы. Часто это приводило к изоляции или конфликтам. Конфликтность: взаимодействия со сверстниками у 6 человек (75%) характеризовались высокой конфликтностью на почве борьбы статус, нарушения личных границ.

В рамках соблюдения социальных норм и правил: режимные нарушения, то есть нарушения установленного распорядка дня (опоздания, самовольные отлучки, отказ от обязательных мероприятий, нарушение тишины) носили систематический характер у 4 подростков (50%). Асоциальные поведенческие проявления, включающие в себя: употребление нецензурной лексики, которое отмечалось у 3 воспитанников (37,5%) как привычная форма общения, часто без осознания ее недопустимости в определенных ситуациях. Употребление табачной продукции (курение) было зафиксировано у 2 подростков (25%), что подтверждалось как наблюдениями, так и записями в личных делах. Пренебрежение гигиеной и опрятностью: у 4 человек (50%) наблюдалось

устойчивое нежелание следить за чистотой одежды, обуви, тела. Отсутствие культурных навыков: у большинства (5 чел.) отмечались трудности в соблюдении элементарных правил вежливости (неумение благодарить, извиняться), поведения за столом, в общественных местах центра.

По данным наблюдений и личных дел: у 6 подростков (75%) досуг носил деструктивный или пассивный характер: бесцельное блуждание по территории, провокационные разговоры. Лишь 2 человека (25%) эпизодически проявляли интерес к позитивным видам деятельности в центре (кружки, спорт, чтение), но и он был неустойчив.

Рассмотрим индивидуальные случаи. Так например у 14 летней Ксении выражены ценностные деформации, присутствует высокая ситуативная агрессия и частые нарушения дисциплины. Исходя из этого можно сделать вывод, что у нее – глубокая социальная дезадаптация. В свою очередь у 13 летнего Артема наблюдаются умеренные когнитивные искажения, присутствует повышенная тревожность и эпизодически возникают поведенческие проблемы, что, в свою очередь, говорит нам о частичной дезадаптации.

Диагностическая работа в СРЦ строится на следующих принципах:

- Комплексность (сочетание различных методов)
- Динамичность (проведение повторных срезов)
- Индивидуализация (учет личностных особенностей)
- Практическая направленность (связь с коррекционной работой)

Для коррекции выявленных проблем в учреждении реализуется ряд программ:

1. Программа «Социальная адаптация» – направлена на формирование навыков общения, саморегуляции, трудовой мотивации.
2. Психокоррекционные тренинги – снижение агрессии, тревожности, развитие эмпатии.
3. Профориентационные занятия – помощь в выборе будущей профессии.
4. Семейное консультирование – восстановление детско-родительских отношений.

5. Арт-терапия и спорт – развитие позитивных интересов.

Исходя из полученных данных, можно сделать ряд выводов.

Во-первых, у 6 из 8 воспитанников выявлены признаки частичной дезадаптации.

Во-вторых у большинства подростков искаженные социальные нормы, низкая учебная мотивация и преобладание материальных ценностей. Помимо этого прослеживается высокий уровень агрессии, тревожности, а также слабые способности к саморегуляции.

В-третьих несмотря на наличие программ в Учреждении присутствует необходимость в их расширении.

2.2 Рекомендации по коррекции социальной дезадаптации у подростков, находящихся в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних

На основе данных проведенной диагностики и наблюдений разработаны рекомендации, направленные на преодоление выявленных особенностей дезадаптации подростков, находящихся в Учреждении.

Рекомендации дифференцируются по степени дезадаптации и выявленным проблемным зонам.

Так для воспитанников с высокой степенью дезадаптации необходимо:

1. Психолого-педагогическое сопровождение: внедрение индивидуальных образовательных маршрутов с акцентом на ликвидацию пробелов в знаниях. Например, для воспитанницы №5 (16 лет) – базовый курс грамотности с использованием адаптированных методических материалов. Помимо этого необходимо проводить ежедневные занятия по методике «Шаг за шагом», направленной на поэтапное восстановление учебной мотивации.

2. Социальная изоляция от девиантного окружения: ограничение контактов с криминальными группами посредством организации альтернативного досуга

(посещение спортивных секций, работа в творческих мастерских). Также рекомендуется привлекать наставников из числа волонтеров НКО для формирования просоциальных связей.

3. Экстренная психологическая помощь: проведение когнитивно-поведенческой терапии для коррекции мыслей суицидального характера. Организация сессий арт-терапии (2 раза в неделю) для снижения агрессии и тревожности.

В свою очередь для воспитанников со средней степенью дезадаптации необходимо:

1. Групповая коррекция: организация тренингов коммуникативных навыков по программе «Диалог» (организация ролевых игр, упражнение «Мосты доверия»), проведение занятий по саморегуляции: техника «Стоп-сигнал» для контроля импульсивности, ведение дневника эмоций.

2. Педагогическая поддержка: введение системы поощрений – баллы за активность на занятиях, которые можно будет обменивать на участие в желаемых мероприятиях.

Что касается воспитанников с легкой степенью дезадаптации, то для профилактики рецидивов необходимо: закрепить наставника куратора из числа успешных сотрудников НКО, а также организовать вовлечение в волонтерскую деятельность (организацию мероприятий, помощь в приюте для животных) для укрепления социальной ответственности.

Отдельно стоит затронуть работу с семейным окружением подростков:

Так для семей, сохранивших контакт с ребенком необходимо организовать: проведение семейных консультаций по программе «Диалог поколений», тренинги по эффективному общению (техника разрешения конфликтов, «Я-высказывания»), совместные сессии с психологом для обсуждения правил взаимодействия (например, использование гаджетов, режим дня).

В свою очередь для семей с разрывом связей необходимо: создание «социальной семьи», закрепление за ребенком педагога-куратора, выполняющего

роль значимого взрослого, организация переписки с «социальными братьями/сестрами» из числа студентов профильных университетов.

Помимо работы с воспитанниками и их семьями необходимо принять ряд организационных мер:

1. Внедрение интерактивных образовательных методик: использовать геймификацию процесса социальной адаптации посредством организации квестов по учебным предметам («Математический детектив», «Литературное расследование»), а также использования различных мобильных приложений-тренажеров для закрепления учебного материала (например приложения «Грамотей! Викторина орфографии»).

2. Организация социальной интеграции посредством профориентации: реализация программы «Мой выбор», тестирование по методике «Карта интересов» (автор Е.А. Климов), организация экскурсий на предприятия и мастер-классы от представителей различных профессий (повар, дизайнер, программист).

Для проведения мониторинга эффективности коррекции следует использовать повторную диагностику по карте наблюдений каждые 3 месяца, а также использовать анкеты для воспитанников с такими вопросами, как: «Оцени свое настроение», «Что изменилось за этот месяц». Критерием успешности проведенной коррекции можно считать снижение среднего балла на 1 пункт за 6 месяцев, а также увеличение доли воспитанников с легкой степенью дезадаптации на 20% в год.

В таблице 5 приведен пример плана реабилитации для воспитанницы № 7

Таблица 5 - Примерный план реабилитации для воспитанницы №7

Этап	Срок	Мероприятия	Ожидаемый результат
Адаптационный	1-4 недели	Арт-терапия (2 раза в неделю), участие в театральном кружке	Снижение тревожности, улучшение коммуникативных навыков

Стабилизационный	5-8 недель	Индивидуальные занятия с педагогом, проведение тренинга «Уверенность в себе»	Повышение учебной мотивации
------------------	------------	--	-----------------------------

Продолжение таблицы 5

Закрепляющий	9-12 недель	Волонтерство в библиотеке, организация совместной сессии с матерью и психологом	Формирование просоциальных установок
--------------	-------------	---	--------------------------------------

Предложенные выше рекомендации базируются на системном подходе С.А. Беличевой и включают в себя: дифференциацию мер в зависимости от степени и структуры дезадаптации, комплексный подход, т.е. применение педагогических, психологических и социальных методов, а также профилактика рецидивов через средовую поддержку и вовлечение в просоциальные активности.

Реализация данных мер требует не только координации усилий специалистов Учреждения, но и привлечение внешних ресурсов (волонтеры, НКО), а также регулярного мониторинга динамики. Это позволит не только снизить уровень дезадаптации, но и создать условия для успешной социализации воспитанников в долгосрочной перспективе.

Выводы по 2 главе

Проведенное исследование дезадаптации воспитанников социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних, основанное на концепции С.А. Беличевой, позволило выявить ключевые закономерности и разработать адресные меры коррекции. Эксперимент проводился на базе КГКУ СО «Центр семьи и детей» филиал «Правобережный».

В ходе исследования был получен ряд результатов:

В ценностно-мотивационной сфере преобладают деформированные социальные установки (у 62,5% обследованных), низкий уровень просоциальной ориентации и слабая учебно-трудовая мотивация. Это выражается в отрицательном отношении к общественным нормам, преобладании гедонистических и материальных ценностей, отсутствии устойчивых профессиональных и жизненных ориентиров.

В свою очередь в эмоционально-волевой сфере отмечаются повышенные показатели агрессивности (физическая агрессия у 37,5%, вербальная - у 62,5% подростков), высокий уровень тревожности (у 75% воспитанников) и слаборазвитые навыки саморегуляции. Данные характеристики существенно затрудняют процесс социальной адаптации.

В поведенческой сфере зафиксированы систематические нарушения дисциплины (у 50% воспитанников), избегание учебной деятельности (62,5%), трудности в построении конструктивных межличностных отношений.

Анализ индивидуальных случаев (на примере Ксении, 14 лет и Артема, 13 лет) подтвердил существование различных степеней и форм проявления дезадаптации - от глубокой до частичной, что требует дифференцированного подхода в коррекционной работе.

Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что у подростков центра в большей мере выражена частичная дезадаптация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В дипломной работе были проанализированы подходы С.А. Беличевой, Б.Н. Алмазова и других исследователей, согласно которым дезадаптация понимается как нарушение социализации, приводящее к конфликту личности с обществом, деформации поведения и ценностно-нормативных ориентаций. В качестве ключевых факторов дезадаптации выявлены:

1. Микросоциальные (семейное неблагополучие, педагогическая запущенность),
2. Индивидуально-психологические (эмоционально-волевые нарушения, слабая саморегуляция),
3. Макросоциальные (социально-экономическое неравенство, кризис институтов).

Нами было проведено исследование воспитанников социально-реабилитационного центра (на базе КГКУ СО «Центр семьи и детей»), в ходе которого были выявлены следующие особенности дезадаптации:

1. Ценностно-мотивационная сфера: искажение социальных норм (62,5%), доминирование гедонистических ценностей, низкая учебно-трудовая мотивация (75%).
2. Эмоционально-волевая сфера: высокий уровень агрессии (физическая — 37,5%, вербальная — 62,5%), тревожность (75%), слабость саморегуляции.
3. Поведенческая сфера: систематическое избегание учебной деятельности (62,5%), нарушения дисциплины (50%), деструктивные формы досуга. У 75% воспитанников диагностирована частичная социальная дезадаптация (средняя степень по Б.Н. Алмазову).

Рекомендации по коррекции включают:

1. Дифференцированный подход:

Для тяжёлой степени: экстренная психологическая помощь (КПТ, арт-терапия), социальная изоляция от девиантного окружения.

Для средней степени: групповые тренинги коммуникации («Диалог»), техники саморегуляции.

Для лёгкой степени: наставничество, вовлечение в волонтерскую деятельность.

2. Работа с семьями: консультации по программе «Диалог поколений», восстановление детско-родительских связей.

3. Организационные меры:

- Внедрение цифровых инструментов (геймификация обучения, VR-терапия).
- Профориентация («Мой выбор», экскурсии на предприятия).
- Мониторинг эффективности (повторная диагностика каждые 3 месяца).

Реализация предложенных мер позволит оптимизировать реабилитационные программы, снизить уровень дезадаптации и обеспечить устойчивую интеграцию подростков в социум.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

В начало переместить все что выделено зеленым

1. Абрамова, Г.С. Возрастная психология. — М.: Академия, 2010. — 624 с.
2. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1993. — 400 с.
3. Алмазов, Б. Н. Психолого-педагогические основы социальной дезадаптации подростков / Б. Н. Алмазов. — Москва: Изд-во МПСИ, 2006. — 312 с.
4. Асмолов, А.Г. Психология личности. — М.: Смысл, 2001. — 416 с.
5. Бандура, А. Теория социального научения. — СПб.: Евразия, 2000. — 320 с.
6. Бассин, Ф.В. Проблема бессознательного. — М.: Медицина, 1968. — 468 с.
7. Беличева, С.А. Основы превентивной психологии. — М.: Социальное здоровье России, 1993. — 224 с.
8. Берн, Э. Игры, в которые играют люди. — М.: Эксмо, 2020. — 576 с.
9. Божович, Л.И. Личность и её формирование в детском возрасте. — М.: Просвещение, 1968. — 464 с.
10. Бреслав, Г.М. Психология эмоций. — М.: Смысл, 2004. — 544 с.
11. Бурно М.Е. Практическое руководство по арт-терапии. — М.: Когито-Центр, 2020. — 180 с.
12. Василькова, Ю.В. Социальная педагогика. — М.: КноРус, 2019. — 240 с.
13. Выготский, Л.С. Психология развития человека. — М.: Смысл, 2005. — 1136 с.
14. Гиппенрейтер, Ю.Б. Общаться с ребёнком. Как? — М.: АСТ, 2008. — 304 с.
15. Гоулман, Д. Эмоциональный интеллект. — М.: АСТ, 2009. — 478 с.
16. Дольто, Ф. На стороне подростка. — М.: Рама Паблишинг, 2017. — 448 с.
17. Дубровина, И.В. Психология. — М.: Академия, 2007. — 464 с.

18. Егоров, А.Ю. Девиантное поведение у подростков. — СПб.: Речь, 2010. — 368 с.
19. Зайцев, С.В. Профилактика агрессивности у подростков. — М.: Генезис, 2006. — 112 с.
20. Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д. Практикум по сказкотерапии. — СПб.: Речь, 2005. — 176 с.
21. Змановская, Е.В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения. — М.: Академия, 2020. — 288 с.
22. Змановская Е.В. «Долгосрочные последствия социальной дезадаптации выпускников детских домов» // Вопросы психологии. — 2020. — № 5. — С. 78–92.
23. Кащенко, В.П. Педагогическая коррекция. — М.: Академия, 2000. — 304 с.
24. Кеттелл, Р.Б. Тест интеллекта и личностных черт (CPQ). — М.: Когито-Центр, 2002. — 48 с.
25. Клейберг, Ю.А. Социальная психология девиантного поведения. — М.: Сфера, 2004. — 192 с.
26. Кон, И.С. Психология ранней юности. — М.: Просвещение, 1989. — 255 с.
27. Короленко, Ц.П. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический проект, 2000. — 460 с.
28. Крайг, Г. Психология развития. — СПб.: Питер, 2007. — 992 с.
29. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М.: Смысл, 2005. — 352 с.
30. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с.
31. Маслоу, А. Мотивация и личность. — СПб.: Питер, 2019. — 400 с.
32. Мертон, Р. Социальная теория и социальная структура. — М.: АСТ, 2006. — 873 с.
33. Мухина, В.С. Возрастная психология. — М.: Академия, 2006. — 608 с.

34. Мудрик, А.В. Социальная педагогика. — М.: Академия, 2001. — 200 с.
35. Олиференко, Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска. — М.: Академия, 2008. — 256 с.
36. Петровский, А.В. Психология. — М.: Академия, 2002. — 512 с.
37. Платонова, Н.М. Насилие в семье. — СПб.: Речь, 2004. — 152 с.
38. Роджерс, К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М.: Прогресс, 1994. — 480 с.
39. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. — СПб.: Питер, 2002. — 720 с.
40. Семенюк, Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков. — М.: МПСИ, 2003. — 96 с.
41. Слободчиков, В.И. Психология развития человека. — М.: Школьная пресса, 2000. — 416 с.
42. Смирнова, Е.О. Детская психология. — М.: Владос, 2003. — 368 с.
43. Фельдштейн, Д.И. Психология взросления. — М.: МПСИ, 1999. — 672 с.
44. Фопель, К. Как научить детей сотрудничать. — М.: Генезис, 2006. — 160 с.
45. Фрейд, З. Введение в психоанализ. — СПб.: Азбука, 2017. — 480 с.
46. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности. — М.: АСТ, 2007. — 672 с.
47. Фурманов, И.А. Психология девиантного поведения. — М.: ТетраСистемс, 2021. — 320 с.
48. Хеллингер, Б. Порядки любви. — М.: Институт консультирования, 2003. — 320 с.
49. Холмогорова, А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия. — М.: Психотерапия, 2022. — 256 с.
50. Эльконин, Д.Б. Детская психология. — М.: Академия, 2004. — 384 с.
51. Эриксон, Э. Детство и общество. — СПб.: Летний сад, 2000. — 416 с.
52. Закон РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24.06.1999 № 120-ФЗ (ред. от 30.12.2023).

53. Министерство труда и социальной защиты РФ. Статистика по социальной реабилитации несовершеннолетних [Электронный ресурс]. — URL: <https://rosmintrud.ru> (дата обращения: 10.05.2025).

54. НИИ психиатрии. Исследование эмоциональных нарушений у подростков в социальных учреждениях [Электронный ресурс]. — 2022. — URL: <https://niipz.ru> (дата обращения: 12.05.2024).

55. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 гг. [Утв. Указом Президента РФ № 761 от 01.06.2012].

56. Данные Минтруда России [Электронный ресурс]. — URL: <https://rosmintrud.ru> (дата обращения: 15.05.2025).

57. Отчёт фонда «Волонтёры в помощь детям-сиротам» [Электронный ресурс]. — 2023. — URL: <https://otkazniki.ru> (дата обращения: 10.05.2024).

58. Программа VR-терапии СРЦН г. Казань [Электронный ресурс]. — 2023. — URL: <https://kazansrcn.ru> (дата обращения: 10.05.2024).

Таблица проявлений дезадаптации у подростков.

Проявления социальной дезадаптации	Дезадаптация	Частичная дезадаптация	Адаптация
Ценностно-мотивационный	- Бредовые идеи, выраженная дезорганизация мышления, искаженное восприятие реальности - Полное отрицание или непонимание норм, неспособность к эмпатии - Антисоциальные ценности, оправдание насилия, криминала - Полное отсутствие интереса к учебе/работе - Интересы поверхностные, неустойчивые, развлекательного характера	- Временные когнитивные искажения, склонность к негативным интерпретациям - Частичное понимание, но с ошибками (например, не распознает сарказм) - Конформность, зависимость от чужого влияния	- Гибкость в соблюдении норм, умение адаптироваться - Осознанные просоциальные ценности, гуманизм - Внутренняя мотивация, стремление к развитию
Эмоционально-волевые	- Частые истерики, агрессия, суицидальные мысли - Деструктивные способы аутоагрессии, побеги из учреждения	- Эпизодическая тревожность, раздражительность - Неустойчивое эмоциональное состояние, склонность к апатии - Трудности в управлении эмоциями - Мотивация только при внешнем давлении - Пассивное избегание проблем	- Устойчивость, самоконтроль, позитивный настрой - Способность к саморегуляции - Позитивный эмоциональный фон - Конструктивное решение трудностей

Поведенческая	- Негативное и циничное отношение к труду. - Негативное отношение к обучению, к урокам не готовится, систематически пропускает занятия - Пустое времяпрепровождение - Резко и грубо не принимает любые формы педагогического воздействия, замечания, порицания - Бравирует своим негативным отношением к нормам коллективной жизни и к общественному мнению в группе, равнодушно относится к общественному осуждению. - Открыто не принимает нормы морали, права, одобряет отношение к циничным антиобщественным поступкам, в большей степени ориентируется на антиобщественные нормы и ценности и в соответствии с ними оценивает поступки окружающих - Проявляет жестокость по отношению к товарищам, младшим и слабым, а также животным - Неряшливость, запущенность одежды, прически, отсутствие культурных навыков	- Готовится к занятиям нерегулярно, только под контролем взрослого - Интересы и полезные занятия формируются только под влиянием других - Избирательно относится к педагогическим воздействиям в зависимости от характера взаимоотношений с учителями. - Конформное поведение в группе, но безучастен к интересам группы - Равнодушно и безразлично относится к нарушениям норм общественной морали, права, «нейтральность» ценностно-нормативных представлений. - способен совершать жестокие поступки «за компанию» и под влиянием других, равнодушен и невнимателен по отношению к товарищам и одноклассникам. Сопереживает только родным и близким - Безразличие к внешности, отсутствие эстетического	- Увлечен в процесс обучения, добросовестно выполняет задания - Имеет глубокие интересы, разносторонне развивается, самостоятельно закрепляет знания умения и навыки - Чутко реагирует на замечания учителей, болезненно переживает порицания, старается не повторять осуждаемых действий и поступков. - Сохраняет товарищеские отношения с большей сачтью группы, дорожит общественным мнением, имеет развитое чувство справедливости, товарищества, взаимовыручки и взаимопомощи - Способен различать «плохие» и «хорошие» поступки и поведение, осуждать и одобрять их. Активно не принимает антиобщественные проявления, стремится с ними бороться - Сопереживает по отношению к близким и родным, проявляет
---------------	---	---	--

	общественного поведения. - Злоупотребляет алкоголем либо регулярно употребляет наркотические и психо-активные вещества. - Имеет закрепившуюся привычку курения. - Постоянно сквернословит, употребляет нецензурные выражений в общественных местах	начала в отношении к своему внешнему виду и манере поведения. - Эпизодически употребляет алкоголь или токсические вещества, не понимает вреда, который приносит употребление данных веществ. - Воздерживается от курения, благодаря запретам воспитателя учреждения - Эпизодически проявляет сквернословие «по слуху»	эмпатию, способен сопереживать не только к близким но и окружающим - Аккуратный и подтянутый внешний вид, высокая культура поведения - Осознанно оказывается от употребления алкогольных и токсических веществ, проявляет активную позицию в борьбе с алкоголизацией и наркоманией - Осознает вред от курения, самостоятельно отказывается от него. Активно не принимает курение в отношении себя и своих товарищей. - Активно стремится очистить речь от сквернословия. Имеет высокую культуру речи, богатый лингвистический запас
--	--	---	--

Приложение Б

Карта наблюдения за воспитанниками.

Данная карта предназначена для систематизации наблюдений за воспитанниками социально-реабилитационного центра. Она позволяет фиксировать проявления социальной дезадаптации на трех уровнях: социальном, педагогическом и психологическом.

Общие данные

ФИО ребенка _____

Возраст _____

Дата поступления в центр _____

Краткая социальная история _____

1. Педагогический уровень

(педагогическая запущенность)

Параметры наблюдения	Проявления	Оценка (1-5 баллов)	Примечания
Учебная мотивация	Заинтересованность к занятиям, участие в образовательных активностях		
Академические навыки	Уровень знаний по базовым предметам, навыки чтения, письма, счета		
Познавательная активность	Задаёт вопросы, стремится к новым знаниям, проявляет		

		любопытность		
Дисциплина на занятиях		Соблюдение правил, концентрация внимания, отсутствие нарушений		

2. Социальный уровень

(социальная запущенность)

Параметры наблюдения	Проявления	Оценка (1-5 баллов)	Примечания
Взаимодействие со сверстниками	Конфликты, изоляция, лидерство, способность к сотрудничеству		
Отношение к правилам центра	Соблюдение режима, реакция на замечания, склонность к нарушению норм		
Ценностные ориентации	Высказывания о семье, будущем, моральных нормах; наличие асоциальных установок		
Социальные связи	Контакты с семьей, друзьями; вовлеченность в криминальные/девиантные группы		

3. Психологический уровень (психологическая деформация)

Параметры наблюдения	Проявления	Оценка (1-5 баллов)	Примечания
Эмоциональное состояние	Тревожность, агрессия, апатия, резкие перепады настроения		
Самооценка	Адекватность, склонность к самоуничтожению или гипертрофированном самовосхвалении		
Поведенческие реакции	Импульсивность, склонность к побегам, вранью, провокациям		
Навыки саморегуляции	Способность контролировать эмоции, планировать действия, принимать решения		

Шкала оценки:

- **1-2 балла** – выраженные нарушения;
- **3 балла** – частичные трудности;
- **4-5 баллов** – норма/положительная динамика.

Дополнительные комментарии

- Ситуации, провоцирующие дезадаптацию (конфликты, отказ от деятельности и т.д.)
- Реакция на коррекционные меры (изменения в поведении после бесед, терапии, занятий)
- Рекомендации (направления работы, методы коррекции)

Итоговая характеристика уровня дезадаптации (по результатам наблюдений)

- **Легкая степень:** эпизодические нарушения, сохранена базовая адаптация.
- **Средняя степень:** устойчивые трудности, частичная изоляция, снижение мотивации.
- **Тяжелая степень:** системные девиации, разрыв социальных связей, агрессия/апатия.

Дата заполнения _____

Педагог-наблюдатель _____

Примечания по использованию карты:

1. Наблюдение проводится в естественных условиях (занятия, досуг, быт) в течение 2-4 недель.
2. Данные дополняются результатами тестирования и бесед для комплексного анализа.
3. Карта служит основой для индивидуальной программы реабилитации.

\