

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ДЕТЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ, ВРЕМЕННО НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

В современном российском обществе возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера в рамках осуществления педиатрической работы и работы с семьей в сельской местности.

Ключевые слова: сельское население, дети, особенности личности, группы социального риска.

A.A. KOSAREVA (Angelina nun)

**Yasnaya Polyana Social and Rehabilitation Center for Minors, State Public Social Service Institution of the Republic of Mordovia
A SOCIAL PORTRAIT OF CHILDREN OF RURAL AREAS TEMPORARILY PLACED IN THE SOCIAL REHABILITATION CENTER**

The objective need to address interconnected challenges of medical and social nature is increasing in today's Russian society as part of the child- and family-centred care in rural areas.

Keywords: rural population, children, personality characteristics, social risk groups.

ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

В нашей стране, согласно оценке Росстата, сельское население составляет только треть всего населения. Прирост количества жителей России за последний год составил всего 0,19%. Произошло увеличение численности населения по всем федеральным округам, за исключением Дальневосточного и Приволжского. В Республике Мордовия, которая входит в Приволжский федеральный округ, сохраняется отрицательный прирост именно за счет сельского населения (на 2845 человек в 2016 г.), в то время как городское население республики составляет 62,5%, и наблюдается устойчивый его рост [12]. Очевидно, что именно проблемы сельского населения выступают в приоритете, в том числе из-за комплекса негативных явлений, наблюдающихся в селе в последние два десятилетия. Среди них: безработица, массовая бедность, недоступность образования и медицинской помощи, а также недоступность культурных, торговых, бытовых услуг; социально-психологический стресс, порожденный неуверенностью в завтрашнем дне, изменением образа жизни, трансформацией жизненных ценностей, социального статуса, нравственной деградацией и отсутствием перспектив развития. Все эти факторы разрушают жизненный потенциал российской сельской семьи и ведут ее к деградации. Жители села отличаются меньшей возможностью социального роста, что приводит к образованию «комплекса городского превосходства» [8].

Образ жизни сельских семей в значительной степени определяется специфическими условиями проживания, сложившимися устойчивыми традициями и нормами поведения. В настоящее время все реже встречаются многодетные семьи, ориентированные на труд в своем хозяйстве [8]. Возрастает доля семей, входящих в категорию социального риска. Несмотря на устойчивые культурно-

религиозные воззрения населения Мордовии, происходит распространение алкоголизма, наркомании, табакокурения и других негативных тенденций, так же как и в целом по стране. Необходимо отметить, что роль семьи является определяющей в формировании религиозной потребности личности, ее духовности, нравственных установок. Убедительно доказано, что верующие родители, по сравнению с неверующими, имеют более высокий уровень духовно-нравственных ценностей, в большей степени руководствуются ими в жизненных ситуациях и в своем поведении, их дети в большей степени, чем дети неверующих, чувствуют эмоциональную близость, ориентированы на сотрудничество, оценивают свою семейную ситуацию как благоприятную, не испытывают тревожности, конфликтности, чувства неполноценности и враждебности в сложной ситуации, они более оптимистичны и правдивы [7]. В этой связи укрепление позиций Русской Православной Церкви можно рассматривать как фактор, способствующий оздоровлению и развитию российского общества.

ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА

Некоторые исследователи отмечают, что в сельской местности все чаще возникает тип селянина с саморазрушительным стилем жизни, безответственного и аморального человека, что всегда было большой редкостью для традиционного русского села. Нижегородскими учеными предложен термин «социопатическая семья», подразумевающий наличие в семье одной или нескольких антисоциальных личностей (злоупотребление алкоголем, наркомания, туеядство, криминогенное поведение). С признаками социопатий у родителей ассоциированы психоэмоциональные и поведенческие отклонения у детей [1].

Учитывая все большее распространение алкоголизма у селян, все больше семей оказываются в кризисе и нуж-

даются в социальной, психологической поддержке. В категорию риска попадают и семьи, имеющие неблагоприятные факторы, в большей степени влияющие на воспитание детей и подростков:

- медико-биологические (группа здоровья, наследственные причины, врожденные свойства, нарушения в психическом и физическом развитии, условия рождения ребенка, заболевания матери и ее образ жизни, нарушения внутриутробного развития и т. д.);

- социально-экономические (многодетные и неполные семьи, несовершеннолетние родители, безработные семьи, семьи, ведущие аморальный образ жизни; непригодность к жизни в обществе; бегство, бродяжничество, безделье, воровство, мошенничество, драки, убийства, попытки суицида, агрессивное поведение, употребление спиртных напитков, наркотиков и т. д.);

- психологические (отчуждение от социальной среды, неприятие себя, невротические реакции, нарушения общения с окружающими, эмоциональная неустойчивость, неуспех в деятельности, неуспех в социальной адаптации, трудности общения, взаимодействия со сверстниками и взрослыми и т. д.) [3].

Можно выделить следующие особенности личности подростков группы риска:

- отсутствие ценностей, принятых в обществе (творчество, познание, активная деятельность); убеждение в своей ненужности в обществе, невозможности добиться в жизни чего-либо своими силами, своим умом и талантом, занять достойное положение среди сверстников, достичь материального благополучия;

- проецирование на себя современной жизни собственных родителей, напоминающей гонки на выживание;

- ощущение эмоционального отвержения со стороны родителей и одновременно психологическая автономия;

- повышенный уровень тревожности и агрессивности;

- преобладание ценности красивой, легкой жизни, стремление получать от жизни одни удовольствия;

Образ жизни сельских семей в значительной степени определяется специфическими условиями проживания, сложившимися устойчивыми традициями и нормами поведения. В настоящее время все реже встречаются многодетные семьи, ориентированные на труд в своем хозяйстве

- изменение направленности интересов – свободное времяпрепровождение (в подъезде, на улице, подальше от дома и т. п.), ощущение полной свободы (уход из дома, побеги, путешествия, ситуации переживания риска и т. д.);

- в отношениях со взрослыми характерны отклонения в общении, приводящие к переживанию своей ненужности, утрате собственной ценности и ценности другого человека [9].

Анализ условий жизни таких детей и подростков показывает, что невозможно выделить одну главную причину, послужившую фактором риска. Специалисты чаще

всего фиксируют сочетание многих неблагоприятных условий, которые делают невозможным дальнейшее проживание в семьях, где создается прямая угроза здоровью ребенка и его жизни. У детей возникают значительные отклонения как в поведении, так и в личностном развитии. Им присуща одна характерная черта – нарушение социализации в широком смысле слова. Семейное неблагополучие порождает массу проблем в поведении детей, их развитии, образе жизни и приводит к нарушению ценностных ориентаций. Проживание в асоциальных семьях приводит к снижению у детей эмпатии – способности понимать других и сочувствовать им, а в некоторых случаях к эмоциональной «глухоте». Все это затрудняет в дальнейшем воздействие педагогов и других специалистов на ребенка, приводит к активному сопротивлению с его стороны. Такие дети вырастают в страхе перед жизнью, они отличаются от других прежде всего агрессивностью, неуверенностью в себе. Нередко у детей, выросших в таких условиях, на всю жизнь сохраняется низкая самооценка, они не верят в себя, в свои возможности [9].

ФОРМЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ИЗ СЕМЕЙ ВЫСОКОГО СОЦИАЛЬНОГО РИСКА

Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 годы называет основными проблемами в сфере детства высокий риск бедности при рождении детей, особенно в многодетных и неполных семьях; распространенность семейного неблагополучия, жестокого обращения с детьми и всех форм насилия в отношении детей; низкую эффективность профилактической работы с неблагополучными семьями и детьми, распространенность практики лишения родительских прав и социального сиротства [10].

Трансформация института семьи в Российской Федерации сопровождается высоким уровнем социального неблагополучия в семьях, что сопряжено с пьянством и алкоголизмом, наркозависимостью, деградацией семейных и социальных ценностей, социальным сиротством. Для многодетных и неполных семей характерны максимальные риски бедности. Недостаточно удовлетворен спрос на доступные товары и услуги для детей [10]. Согласно этой стратегии, в Российской Федерации должны приниматься меры, направленные на формирование у семьи и детей потребности в здоровом образе жизни, всеобщую раннюю профилактику заболеваемости, внедрение здоровьесберегающих технологий во все сферы жизни ребенка, предоставление квалифицированной медицинской помощи в любых ситуациях. Необходимы технологии помощи, ориентированные на развитие внутренних ресурсов семьи, удовлетворение потребностей ребенка и реализуемые при поддержке государства. Необходимо шире внедрять эффективные технологии социальной и медицинской работы, предполагающие опору на собственную активность людей, предоставление им возможности участвовать в решении своих проблем, наряду со специалистами, поиск нестандартных экономических решений.

Особое внимание предлагается уделять уязвимым категориям детей, относящимся к группам социального риска. Необходимо разрабатывать и внедрять формы работы с такими детьми, позволяющие преодолевать их социальную изоляцию и способствующие полноценной интеграции в общество [10]. В этой связи приобретает актуальность медико-социальная помощь населению. Она рассматривается в настоящее время как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и на сохранение и укрепление здоровья уязвимым категориям детей. Медико-социальная работа предполагает системные медико-социальные воздействия на более ранних этапах развития болезни и социальной дезадаптации, являющихся потенциальными причинами тяжелых осложнений, инвалидности и летального исхода [2].

Имея много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом, медико-социальная работа предусматривает тесное взаимодействие специалистов по социальной работе с медицинским персоналом и четкое разграничение ответственности.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает потребности в области здравоохранения как совокупность слагаемых множества комплексных факторов, отражающих не только медицинские аспекты охраны здоровья. Также рассматривает непосредственно связанные с ними социально-экономические проблемы: образ жизни и привычки, сопряженные с риском для здоровья; проблемы эмоционального характера и родственные им; сексуальное и репродуктивное здоровье; биологические и медицинские проблемы. При этом характер нужд в области здравоохранения определяется возможностями не только индивидуума, но и его непосредственного окружения, общества в целом [2].

Рассматривая историю медико-социальной помощи в нашей стране, стоит отметить, что ранее советское общество активно боролось с социально опасными явлениями, такими как пьянство, наркомания, тунеядство. Но вопрос медико-социального сопровождения неблагополучных семей, раннего их выявления всерьез не рассматривался. Детей, находящихся в социально опасном положении, просто изымали из семьи и помещали в учреждения интернатного типа. Они воспитывались согласно нормам общественной морали того времени. Приоритетной формой воспитания при социалистической форме государства в России являлось общественное воспитание. При этом семья рассматривалась как отживший свое институт, не имеющий существенного значения для формирования личности ребенка [4]. В настоящее время появились новые формы работы с социально неблагополучными семьями на профилактическом этапе, такие как медико-социальный патронаж, психолого-медико-педагогический консилиум.

Медико-социальный патронаж является одной из эффективных форм помощи социально-кризисным семьям. Это вид деятельности медицинских, социальных

и общественных организаций, осуществляемый с целью удовлетворения потребностей в медико-социальной помощи отдельных лиц, семей, групп населения. Медико-социальный патронаж нацелен на решение вопросов социальной защиты населения при решении проблем медико-социального характера, на обеспечение доступности помощи всех групп населения, на осуществление непрерывности наблюдения за здоровьем соответствующего контингента лиц, а также на организацию помощи в медико-социальной адаптации [11]. Задачами медико-социального патронажа являются:

- оценка условий жизни семьи;
- выявление медико-социальных проблем;
- установление связи между семьями с детьми из группы социального риска с медицинскими учреждениями, учреждениями социальной защиты, отделением Российского общества Красного Креста, благотворительными организациями, фондами и т.д.;
- контроль за выполнением программ реабилитации;
- повышение уровня санитарно-гигиенических и правовых знаний объектов медико-социального патронажа;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей и родителей из неблагополучных семей;
- первичная и вторичная профилактика заболеваний;
- формирование установки на здоровый образ жизни.

Семейное неблагополучие порождает массу проблем в поведении детей, их развитии, образе жизни и приводит к нарушению ценностных ориентаций. Проживание в асоциальных семьях приводит к снижению у детей эмпатии – способности понимать других и сочувствовать им, а в некоторых случаях к эмоциональной «глухоте»

Неблагополучным семьям, которые находятся в этом состоянии длительное время, крайне необходима такая медико-социальная помощь специалистов, так как представители этих семей не могут не только самостоятельно решать свои проблемы и справиться с психологическими нагрузками, но и зачастую выразить или просто осознать их силу вследствие социальной изоляции, замкнутости, ослабления связей с социумом; отсутствия ресурсов (материальных, духовных, профессиональных) для личного и социального роста; стремительного вхождения или реальной угрозы попадания их в группу риска (алкоголизм, наркомания родителей) [11].

Поэтому в большинстве случаев медицинской и социальной службам приходится вмешиваться и корректировать ситуацию без запроса самой семьи. Весьма целесообразно организовывать службу медико-социального патронажа в амбулаторно-поликлиническом педиатрическом звене, так как именно учреждения здравоохранения зачастую становятся передовым рубежом при выявлении и работе с семьями, находящимися в социально опасном положении. Согласно определению, изложенному в российском законодательстве, это семья, имеющая

детей, находящихся в социально опасном положении, а также семья, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними [16]. В таких семьях медико-социальный патронаж необходимо проводить по диагностическому (ознакомление с ситуацией в семье, изучение факторов риска) и контрольному (оценка состояния семьи в динамике, контроль за ходом реабилитационных мероприятий) направлениям [11].

Другой современной формой оказания медико-социальной помощи неблагополучным семьям является психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПк) образовательного учреждения, учрежденный приказом Министерства образования в 2000 году. Согласно тексту документа, задачами ПМПк образовательного учреждения являются:

- выявление и ранняя (с первых дней пребывания ребенка в образовательном учреждении) диагностика отклонений в развитии и/или состояний декомпенсации;
- профилактика физических, интеллектуальных и эмоционально-личностных перегрузок и срывов;
- выявление резервных возможностей развития;
- определение характера, продолжительности и эффективности специальной (коррекционной) помощи в рамках, имеющихся в данном образовательном учреждении возможностей;
- подготовка и ведение документации, отражающей актуальное развитие ребенка, динамику его состояния, уровень школьной успешности [14].

На заседании ПМПк ведущий специалист, а также все специалисты, участвовавшие в обследовании и/или коррекционной работе с ребенком, представляют заключения на ребенка и рекомендации. Коллегиальное заключение ПМПк содержит обобщенную характеристику структуры психофизического развития ребенка (без указания диагноза) и программу специальной (коррекционной) помощи, обобщающую рекомендации специалистов. Ведущий специалист отслеживает динамику развития ребенка и эффективность оказываемой ему помощи и выходит с инициативой повторных обсуждений на ПМПк [14]. В случаях несвоевременного выявления и неоказания эффективной профилактической помощи семьям с детьми на ранних этапах основными мерами по защите прав ребенка становятся ограничение и лишение родительских прав. Ребенка в таком случае помещают в одно из социальных учреждений.

УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Виды учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, различаются в зависимости от назначения (образовательные, воспитательные, смешанные и т. д.), возраста ребенка и состояния его здоровья. Они могут быть государственными (их подавляющее большинство) и негосударственными.

К учреждениям, в которых содержатся и воспитываются дети, оставшиеся без попечения родителей, относятся: дом ребенка, детский дом, детский дом-школа, школа-интернат, санаторный детский дом, специальная (коррекционный) детский дом, специальная (коррекционная) школа-интернат, социальный приют, детский дом-интернат, социально-реабилитационный центр. Последнее учреждение из этого списка выполняет функции координатора по направлению детей в соответствующие учреждения на постоянное пребывание [15]. Социально-реабилитационный центр относится к специализированным учреждениям для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации. Стационарное социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней помощи несовершеннолетним, нуждающимся в социальной реабилитации, путем создания наиболее адекватных их возрасту и состоянию здоровья социально-бытовых условий жизнедеятельности, проведения реабилитационных мероприятий медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечения ухода и медицинской помощи, организации их отдыха и досуга, а также организации социального патронажа [13]. Основной целью деятельности таких учреждений является оказание экстренной социальной помощи детям из неблагополучных семей. Учреждения реабилитации обеспечивают временное проживание несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; оказывают социальную, психологическую и иную помощь несовершеннолетним и их родителям, содействуют возвращению несовершеннолетних в семьи, а также содействуют органам опеки и попечительства в устройстве несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей.

За 2016 г. социальную реабилитацию в специализированных учреждениях Республики Мордовия прошли 576 несовершеннолетних. Выбыли из учреждений – 378 несовершеннолетних, из них возвращены родителям – 302, направлены в интернатные учреждения – 50, оформлена опека на 24 ребенка, 2 ребенка переданы в приемные семьи [6].

Медико-социальная работа предполагает системные медико-социальные воздействия на более ранних этапах развития болезни и социальной дезадаптации, являющихся потенциальными причинами тяжелых осложнений, инвалидности и летального исхода

Из приведенных статистических данных хорошо видна направленность работы персонала учреждений на возвращение детей в семьи после проведения социальной реабилитации. Многие дети повторно попадают в социальные учреждения из-за того, что негативная ситуация в семье ребенка не изменилась. О роли семейного воспитания очень много сказано исследователями разных времен. Является признанным факт, что семья – единственная естественная среда, в которой ребенок может вырасти полноценной личностью. Семья является

первым коллективом, который дает человеку представления о жизненных целях и ценностях. Получая первые практические навыки общения, ребенок применяет их во взаимоотношениях с другими людьми, усваивает нормы поведения в различных ситуациях. Огромное значение для ребенка имеет морально-психологический аспект отказа от него родителями, и прежде всего матери, так называемая материнская депривация. В основе этого феномена лежит полное или частичное отсутствие у ребенка привязанности ко взрослому, подрыв доверия ко взрослому миру [5].

Важную роль в формировании материнских чувств у беременных женщин играют телесные и эмоциональные ощущения, возникающие в процессе вынашивания будущего ребенка. При вынашивании нежелательной беременности образ младенца, как правило, не интегрируется и психологически отторгается. На формирование детско-материнской привязанности влияют и отношения между супругами. Родители, которые несчастливы в браке к моменту рождения ребенка, как правило, мало чувствительны к его потребностям, имеют неверное представление о роли взрослых в воспитании детей, не способны устанавливать со своими детьми тесные эмоциональные отношения. Эти родители гораздо чаще, чем те, кто счастлив в браке, считают, что их дети обладают «трудным характером» [5].

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

В учреждения интернатного типа, социально-реабилитационные центры ребенок может попасть вследствие лишения родительских прав родителей, изъятия ребенка из семьи до судебного решения о лишении родительских прав, отказа родителей от воспитания ребенка, на время болезни родителей, на время тюремного заключения или смерти одного или двух родителей, тяжелого материального положения семьи, если родители не справляются с воспитанием ребенка или работают вахтовым методом, а также если ребенок сам выразил желание жить отдельно от родителей. Индивидуальный подход к проблеме семьи и комплексность реабилитационных мероприятий играют основную роль в работе персонала с детьми из семей социального риска.

В Республике Мордовия, где преобладает сельское население, на сегодняшний день функционирует 4 специализированных учреждения для несовершеннолетних из семей высокого социального риска. Учреждения обеспечивают временное проживание, оказывают социальную, психологическую, медицинскую помощь в ликвидации трудной жизненной ситуации, содействуют возвращению детей в семьи.

В нашей работе мы изучили ситуацию в семьях детей сельской местности, проходящих социальную реабилитацию в одном из специализированных центров Zubovo-Полянского района, рассчитанного на 65 мест. Методом

конструирования социального портрета с помощью анкетирования – одного из наиболее распространенных приемов анализа различных социальных общностей – изучено социально-экономическое положение семьи. Изучен ее состав, количество и возраст детей, наличие вредных привычек у родителей, обеспеченность семьи жильем и другие факторы, влияющие на жизнедеятельность каждого члена семьи (табл.).

Таблица. Социальный портрет родителей по результатам анкетирования

Критерии		Мать, %	Отец, %
Образование	Общее среднее	65,2	53,3
	Среднеспециальное	27,3	13,3
Работа	Низкоквалифицированная	35,4	58,3
	Безработный(ая)	41,6	8,3
Вредные привычки	Пристрастие к алкоголю	30,6	16,7
	Табакокурение	30,2	57,2

Вопросы анкеты были разделены на несколько блоков: сведения о ребенке, о социальном статусе и типе семьи, сведения о родителях, в том числе вредных привычках в семье, степень благоустройства жилья.

Было проанализировано 60 анкет детей в возрасте от 3 до 16 лет. Учитывались данные личных дел воспитанников, отчеты социальных работников, акты обследования жилья. Дети дошкольного возраста составили 25%, дети младшего школьного возраста – 42%, старшего школьного возраста – 33%. Преобладали девочки – 55%. Самая распространенная причина, по которой дети оказались в реабилитационном центре, – тяжелое материальное положение семьи (43%). 75% детей поступили по направлению комиссии по делам несовершеннолетних. Большинство семей многодетные – 53,3%, полные – 55%, брак родителей зарегистрирован только в 70%. Семьи, относящиеся к категории вынужденно бедных, – 11,7%, асоциальных – 42%.

Проживает в собственном доме – 72% семей, в собственной квартире – 13,3%, в бараке – 6,7%. Отдельно живут 70% семей, с родственниками – 23,5%. Жилье полностью благоустроено у 35% семей, частично благоустроено – у 60%.

Данных об употреблении наркотических веществ в семьях не получено. Дети, находящиеся в реабилитационном центре, вредных привычек не имеют, пробовали курить 11,7% подростков.

Частые ссоры и конфликты в семье отмечают 40% детей, изредка (1 раз в месяц) – 25%. Во время семейных ссор наличие случаев избиений отмечается у 33,3% семей.

Дети социально-реабилитационного центра проходят срок реабилитации в течение года (90%). Работа с детьми и их родителями направлена на решение проблем и кон-

фликтов в семье. В результате ежегодно более 70% воспитанников возвращаются обратно в семью.

ВЫВОД

В структуре детей, находящихся в социально опасном положении, преобладают школьники из многодетных полных семей, относящихся к категории асоциальных. Несмотря на то что самая распространенная причина по изъятию детей из семьи – тяжелое материальное положение, только 11,7% относятся к категории вынужденно бедных. Очевидно, такие родители не способны самостоятельно решать материальные затруднения, проявлять инициативу в поисках дополнительного заработка и видят решение проблемы в помещении ребенка в социальное учреждение.

Большинство семей сельской местности обеспечено относительно благоустроенным жильем. Обращает на себя внимание низкий уровень образования родителей, которые не имеют постоянного места работы, но злоупотребляют алкоголем, что является одной из причин частых конфликтов в семье.

Очевидно, что вектор социально-медицинской работы с детьми из группы социального риска в сельской местности необходимо направить на работу с родителями, решение конфликтов, мотивацию на отказ от вредных привычек и перспективу решения материально-бытовых затруднений. Часто изъятие детей из семьи является хорошим стимулом для родителей на пути к решению собственных проблем.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.



ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю. Организация медико-социальной помощи детскому населению. *Мать и дитя*, 1992: 2-3, 6-8. / Albitsky VYu. Organization of health and social care to children. *Mat i Ditya*, 1992: 2-3, 6-8.
2. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи: Записки детского психиатра. М., Просвещение. 1988. 208 с. /Buyanov MI. A child from a troubled family: Notes of a child psychiatrist. M., Education. 1988. 208 p.
3. Анафьянова Т.В. Состояние и возможности развития службы медико-социальной работы с семьей в системе здравоохранения. Научный электронный архив. URL: <http://econf.rae.ru/article/8196>. /Anafyanova TV. Status and prospects for family-centered health and social services in the healthcare system. Scientific electronic archive. URL: <http://econf.rae.ru/article/8196>.
4. Бареева Е.Б. Деадаптация детей и национальная безопасность России. М., 2004: 18-24. /Bareeva EB. Disadaptation of children and national security of Russia. M., 2004: 18-24.
5. Велиханова Н.Ф. Психолого-педагогическая реабилитация социально-дезадаптированных детей и младших подростков в условиях школы-интерната: автореф. дис. . канд. пед. наук. Коломна, 2000. 21 с. /Velikhanova NF. Psychological and pedagogical rehabilitation of socially-maladjusted children and younger adolescents in the boarding school: extended abstract of PhD (pedagogics) dissertation. Kolomna, 2000. 21 p.
6. Ершова Т.И., Микиртумов Б.Е. Формирование биосоциальной системы «мать-дитя» и ее функционирование в раннем детстве. *Обзор психиатр. и мед. психол.*, 1995, 1: 55-63. /Ershova TI, Mikirtumov BE. Formation and functioning of mother-child biosocial system in early childhood. *Obzrenie Psihiatr, i Med. Psihol*, 1995, 1: 55-63.
7. <http://e-mordovia.ru/erz/otkrytye-dannye/statisticheskaya-informatsiya/>
8. Кузнецова И.А. Духовно-нравственные ценности православия как фактор семейного воспитания детей: Автореф. дис. канд. психол. наук. СПб., 2007. /Kuznetsova IA. Spiritual and moral values of Orthodoxy as a factor of family upbringing of children: extended abstract of PhD (psychology) dissertation. SPb., 2007.
9. Куликова Т.И. Социально-психологические проблемы современной сельской семьи. Социокультурные и психологические проблемы современной семьи: актуальные вопросы сопровождения и поддержки. Материалы международной научно-практической конференции Тула, 21–22 октября 2015. /Kulikova TI. Socio-psychological problems of a modern rural family. Sociocultural and psychological problems of a modern family: current issues of management and support. Materials of the international research and practice conference, Tula, October 21-22, 2015.
10. Лысянченко А.В., Мишагина О.М. Психолого-педагогическая коррекция межличностных отношений подростков «группы риска». *Международный студенческий научный вестник*, 2016, 5-2: 260-261. /Lysyanchenko AV, Mishagina OM. Psychological and pedagogical correction of interpersonal relations of teenagers «at risk». *Mezhdunarodnyy Studenchesky Nauchny Vestnik*, 2016, 5-2: 260-261.
11. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы. / National Children's Strategy for 2012–2017.
12. Орел В.И., Смирнова В.И., Картоева Р.А. Медико-социальный патронаж в условиях амбулаторно-поликлинического звена. *Российский педиатрический журнал*, 2013, 6: 22-24. /Orel VI, Smirnova VI, Kartoyeva RA. Medico-social patronage in out-patient-polyclinic settings. *Rossiyskiy Pediatricheskij Zhurnal*, 2013, 6: 22-24.
13. Оценка численности постоянного населения на 1 января 2017 года и в среднем за 2016 год. Федеральная служба государственной статистики. /Resident population estimate as of January 1, 2017 and on average for 2016. Federal Service of State Statistics. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/
14. Порядок предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания поставщиками социальных услуг, являющимися специализированными учреждениями для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, в Республике Мордовия от 24 ноября 2014 г. № 563. Общие положения п.2. / Procedures for the provision of social services in the institutional form of social services by social services providers, which are specialized institutions for minors in need of social rehabilitation, in the Republic of Moravia of Nov. 24, 2014 No. 563. General provisions p.2.
15. Приказ МО РФ от 27.03.2000 № 27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПК) образовательного учреждения». / Order of the Ministry of Defense of the Russian Federation No. 27/901-6 «On the psychological and medical pedagogical team meeting (PMPTM) of the educational institution» of March 27, 2000
16. Федеральный закон от 21 декабря 1996 года №159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей». / Federal Law No. 159-FZ «On additional guarantees for the social support of orphans and children left without parental care» of December 21, 1996
17. Федеральный закон от 24 июня 1999 г. №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». /Federal Law 120-FZ «On the fundamentals of the juvenile delinquency, child neglect and homelessness prevention system» of June 24, 1999.
18. Федеральный закон от 24.06 1999г. №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» п.1 ст.5. /Federal law 120-FZ «On the fundamentals of the juvenile delinquency, child neglect and homelessness prevention system» p.1 art.5. of June 24, 1999.