**ВСТУПЛЕНИЕ**

Ситуация в мире современного детства тревожна и опасна как для детей, так и для будущего общества.

Нестабильность социально-экономической и политической жизни значительно расширяет спектр социальных, экономических, психосоциальных, педагогических факторов, активно стимулирующих детскую безнадзорность, бездомность, социальное сиротство. Среди них: кризисные явления в семье - нарушение структуры и функций семьи, падение жизненного уровня, ухудшение условий содержания детей, нарастание психосоциальных перегрузок у родителей, жесткое обращение с детьми; резкое снижение уровня социальных гарантий для детей в жизненно важных сферах духовного и физического развития; дистанцирование школы от детей с трудными судьбами; резкий поворот в ценностных ориентациях общества, снятие многих моральных запретов; влияние асоциальных криминальных групп в микросреде.

Социальная дезадаптация в детском возрасте ведет к формированию людей малообразованных, не имеющих навыков трудиться, создавать семью. Жизнь ребенка на улице оборачивается тяжелейшими последствиями для его психического и физического развития. Обследования беспризорных детей показывают, что их физическое и психическое здоровье подорвано.

Существовавшая ранее система социально-профилактической и коррекционной работы в силу своей маломощности, непрофессионализма работников была нацелена на социальный контроль и карательные акции по отношению к детям с девиантным поведением. Возрастающее число детей, которым государственно-общественные структуры не оказали достаточной помощи в их жизнеустройстве, обусловило необходимость переосмысления и реформирования политики в области детства и проведения срочных социальных мероприятий.

В результате сложившейся ситуации актуальным стало создание специализированной системы учреждений для дезадаптированных детей и подростков, оказавшихся в кризисной ситуации. Задачей подобных учреждений является целенаправленная работа по социальной реабилитации несовершеннолетних.

Актуальность данного реферата в том, что численность центров и география их размещения не соответствуют остроте и масштабам проблемы, количеству детей и подростков, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Поэтому потребность в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних не снижается, возрастает их роль в жизнедеятельности детей, защите их законных прав и интересов.

Объектом данной работы является несовершеннолетний в социально-реабилитационном центре.

Предметом работы является социальная реабилитация несовершеннолетних в социально-реабилитационных центрах.

Цель работы - показать эффективность деятельности социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних как субъекта социальной работы. Поставленная цель требует решения следующих задач:

1. Изучить социальный портрет детей, находящихся в социально-реабилитационном центре;
2. Раскрыть особенности социальной реабилитации несовершеннолетних в условиях центра;

Для решения поставленных задач были использованы следующие методы: анализ методической, научно-теоретической литературы и периодической печати, анкетирование, контент-анализ и наблюдение.

1. **СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ.**

Нестабильность социально-экономической и политической жизни значительно расширяет спектр социальных, психологических факторов, активно стимулирующих детскую безнадзорность, бездомность, социальное сиротство.

Безнадзорный ребенок - несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению или содержанию со стороны родителей или его законных представителей. Безнадзорный ребенок, не имеющий места жительства, считается беспризорным. Бездомные дети - наиболее социально незащищенная часть общества. По статистическим данным основная масса бездомных детей (82,5%) находится в возрасте 10-15 лет, причем в основном это мальчики (80%). В возрасте 16-18 лет - 12,5%.[[1]](#footnote-1) По данным социологических исследований в Украине насчитывается 130 тысяч беспризорных детей и подростков.

В психологической литературе подростковый возраст отмечается как кризисный, когда происходит бурное развитие и перестройка организма подростка. Именно в этом возрасте подростки характеризуются особой чувствительностью, беспокойством, раздражительностью, повышается недовольство, душевное и физическое недомогание, которое находит свое проявление в агрессивности, капризах, вялости.[[2]](#footnote-2) Насколько гладко или болезненно пройдет этот период для несовершеннолетнего будет зависеть от среды, в которой проживает ребенок, от информации, получаемой от любых объектов взаимодействия. Учитывая все это, необходимо помнить, что если ребенок этого возраста не испытывал на себе положительного влияния со стороны взрослых, учителей, родителей, близких родственников, не чувствовал психологического комфорта и защищенности в своей родной семье, не имел позитивных интересов и увлечений, то его поведение характеризуется как трудное.

### При изучении личных дел, а также актов обследования жилищно-бытовых условий проживания несовершеннолетних, проведенных специалистами Учебно-реабилитационной центр «Надежда» І-ІІІ ступеней Симферопольского городского совета Автономной Республики Крым, можно придти к выводу, что среда, в которой воспитывалось большинство детей, характеризуется как неадекватная для нормальной социализации и дальнейшего развития личности ребенка.

Несовершеннолетние, находящиеся в центре поступили из разных категорий семей: 28,3% проживает в полных семьях, где ребенка воспитывает родная мать и родной отец, 30,8% детей воспитываются в семьях, где родители имеют повторный брак, т.е. на данное время дети имеют мачеху или отчима; 33% детей - из неполных семей, где воспитанием детей занимается один из родителей.

Таким образом, можно говорить, что безнадзорные дети воспитываются в основном в неполных семьях, где родители имеют повторный брак. Отсутствие одного родителя затрудняет возможность детей знакомиться с различными вариантами социального опыта и влечет за собой односторонний характер их нравственного развития, нарушение устойчивых адаптивных способностей, неумение принимать самостоятельные решения.

70,1% семей находятся без постоянного заработка, т.к. родители в таких семьях являются безработными и не пытаются трудоустроиться. Основными источниками дохода являются получение пособия по безработице (50,5%), пособия на ребенка, в том числе пенсии по инвалидности ребенка, по потере кормильца (34,5%), алименты на ребенка (9%), а также попрошайничество как ребенка, так и самих родителей (6%).

Более 1/ 2 респондентов (60,9%) проживали в семьях, имевших отдельный дом или квартиру; остальные 40% - проживали в коммунальной квартире; снимали жилье - 3,6%. По мнению автора, это является одним из объективных факторов, повлиявшим на формирование у респондентов установки к бродяжничеству. Таким образом, безнадзорность и беспризорность огромного количества детей является следствием лишения или ограничения тех или иных условий, материальных или духовных ресурсов, необходимых для выживания и полноценного развития ребенка.

Достаточно высок процент детей, поступающих в центры и требующих защиты государства по причине асоциального поведения родителей. В большинстве семей (63%) один из родителей злоупотребляет алкоголем, в 14,6% - пьют оба родителя. В семьях, где родители злоупотребляют алкоголем, часто применяются наказания по отношению к детям: как словесные упреки, так и применение физического насилия.

Результаты исследования показывают, что 68% воспитанников при поступлении в центр не имеют навыков самообслуживания, т.е., воспитываясь в семье, они не получили необходимых санитарно-гигиенических и хозяйственно-бытовых навыков.

Таким образом, несовершеннолетние, находящиеся в специализированных учреждениях, имеют печальный опыт проживания в семье, отражающийся на их личности, физическом и умственном развитии.

Для них характерен неполноценный эмоциональный опыт, недоразвитость эмоциональной отзывчивости. У них ослаблено чувство стыда, они равнодушно относятся к переживаниям других людей, проявляют несдержанность. В их поведении часто проявляется грубость, перепады настроения, иногда переходящие в агрессию. 37,1% беспризорных детей имеют завышенный уровень притязаний, переоценивают свои реальные возможности. Такие подростки неадекватно реагируют на замечания, всегда считают себя невинно пострадавшими.

Испытывая постоянную неуверенность, недовольство окружающими, одни из них замыкаются в себе, другие самоутверждаются через демонстрацию физической силы. У 22,5% детей, имеющих опыт беспризорной жизни, снижена самооценка, они неуверенны в себе, подавлены, замкнуты. Сфера общения у этих детей характеризуется постоянной напряженностью. Обращает на себя внимание агрессивность детей в отношении со взрослыми. С одной стороны, они сами немало пострадали от действий взрослых, с другой стороны, у детей складывается потребительское отношение к родителям.

Медицинское обследование детей в центре показывает, что все они имеют соматические заболевания, которые у большинства носят хронический характер. По результатам исследований, несовершеннолетние, находящиеся в центре, имеют следующие заболевания: 31% - неврологическая патология, 24% - заболевания опорно-двигательного аппарата, 23% - состоят на "Д" учете у фтизиатра (тубинфицированы), 26% - лор заболевания, 10% - офтальмологические заболевания, 34% - различные дерматологии. Это говорит о низкой медицинской активности родителей несовершеннолетних. Некоторые дети по несколько лет не были на приеме у врача, а поскольку они не посещали и детские дошкольные учреждения, то были полностью лишены медицинского наблюдения.

Особенностью подростков, находящихся в центре, является пристрастие к табакокурению. Около 80% воспитанников имеют опыт курения, что приводит к такому заболеванию, как острый трахит (33%).

Специалистами отмечено, что безнадзорные и беспризорные дети имеют большие проблемы в интеллектуальном, психическом и нравственном развитии.

Психические нарушения различной степени тяжести встречаются у большинства детей. У 40% воспитанников центров наблюдается задержка психического развития. Ее характеризуют следующие симптомы: снижение познавательной активности, неумение выделять существенные признаки, конкретность мышления, недостаточная способность к обобщению, неразвитость абстрактно-логического мышления, скудный запас знаний. Дошкольники и младшие школьники отстают в речевом развитии (60%). Они имеют крайне ограниченный запас слов, т.к. фразовая речь сформировалась у них лишь к 4-5 годам.[[3]](#footnote-3)

У воспитанников искажены или сужены представления об окружающем мире, интеллектуальные представления бедны, не развиты учебные умения и навыки, многие подростки полуграмотны, что является следствием непосещения ими в течение длительного времени общеобразовательных учреждений.

Из всего выше указанного можно составить обобщающий портрет ребенка, нуждающегося в социальной реабилитации. В основном это дети 11-16 лет, воспитывающиеся в неполных семьях и в семьях, где родитель вступил в повторный брак. Образ жизни их родителей в большинстве случаев характеризуется как антисоциальное : родители злоупотребляют алкоголем. В результате у таких детей искажено нравственное сознание, ограничен круг потребностей, а интересы носят в основном примитивный характер. От своих благополучных сверстников они отличаются дисгармоничностью интеллектуальной сферы, неразвитостью произвольных форм поведения, повышенной конфликтностью, агрессивностью, низким уровнем саморегуляции и самостоятельности, отрицательной волевой направленностью.

## 2. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ

Социальная работа с подростками "группы риска" как деятельность, направленная на оказание индивидуальной поддержки несовершеннолетним, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в современных методах ориентирует нуждающихся в помощи на собственную активность по ее разрешению и помогает им в этом. Поддержка и помощь детям и подросткам "группы риска", основную массу которых составляют беспризорные, реализация их интересов и разрешение их проблем эффективно осуществляется социально-реабилитационными учреждениями.[[4]](#footnote-4)

В отличие от детских интернатных учреждений, детских домов, характерным для социально-реабилитационных центров является то, что они призваны играть роль механизма быстрого реагирования на сложившуюся ситуацию, т.к. часто речь идет об оказании ребенку экстренной помощи, а это предполагает работу по принципу "открытых дверей", когда ребенок сам может обратиться в учреждение и его беспрепятственно туда помещают, не требуя каких-либо документов, официальных направлений. Реабилитационная работа ведется после помещения ребенка в реабилитационное учреждение.

Организация реабилитационного процесса в социально-реабилитационном центре осуществляется комплексно. Комплексный подход реабилитации основывается на ряде принципов: выявление и экспертная оценка реабилитационного потенциала каждого ребенка; выделение приоритетного направления реабилитации; дифференцированный подход к организации и реализации реабилитационных мероприятий; последовательность реабилитационного воздействия; преемственность методов реабилитации при комплексном воздействии.

Реабилитационная работа с ребенком в учреждении строится по следующим основным этапам: подготовительный- это сбор информации: знакомство с ребенком, с семьей, социальным окружением и условиями среды, обследование и социальная диагностика физического и психического состояния; организационный - анализ информации, выявление возможностей, дифференциация проблем и нужд, разработка программы индивидуальной работы ; практический - реализация индивидуальной программы, непосредственно реабилитационная деятельность.

На подготовительном этапе специалисты собирают как можно больше информации о ребенке, о социальной ситуации, о семье, родственниках и т.д. Полученная информация фиксируется, для того чтобы в дальнейшем ее можно было проработать. На этом этапе с каждым воспитанником составляется карта социальных связей, в которой ребенок указывает всех людей, играющих ту или иную роль в его жизни. Благодаря этой карте специалисты имеют возможность, с учетом интересов и желания ребенка, определить план мероприятий для составления индивидуальной программы реабилитации.

Модель организации психолого-педагогической работы в учреждении строится по принципу психолого-педагогического сопровождения. Одна из форм сопровождения ребенка - социально-реабилитационный консилиум (МПСПК). Консилиум позволяет объединить усилия специалистов по социальной работе, педагогов, психологов, медиков и всех других субъектов реабилитационного процесса, заинтересованных в успешном обучении и полноценном развитии детей и подростков, наметить целостную программу индивидуального сопровождения и адекватно распределить обязанности и ответственность за ее реализацию. Консилиумы - это организационный этап реабилитационной деятельности. Первый консилиум проходит через 10-14 дней после поступления ребенка в учреждение. Основным документом для работы консилиума является "Индивидуальная программа работы с воспитанником учреждения", куда заносятся результаты обследования ребенка специалистами.

Индивидуальная программа социальной реабилитации создается на основе всестороннего изучения ребенка сотрудниками центра: медиками, воспитателями, учителями, социальными педагогами, специалистами по социальной работе и др. В программе реабилитации отражается обобщенная информация о подростке, содержащая следующие сведения: состояние физического и психического здоровья, наличие санитарно-гигиенических и хозяйственно-бытовых навыков; степень общеобразовательной подготовки; степень отношений подростка к взрослым, сверстникам, самому себе, познанию, труду, игре и т.д.[[5]](#footnote-5)

Цель работы специалистов по социальной карте реабилитации - это привитие ребенку общественно-полезных норм и ценностей, улучшение его физического и психического здоровья, укрепление внутреннего потенциала.

Состояние детей и подростков, оказавшихся в ситуации безнадзорности и беспризорности, постоянно ухудшается, в связи с чем большое внимание уделяется медицинской реабилитации. Основные компоненты медицинской реабилитации - это оздоровительная работа с использованием традиционных и нетрадиционных методов медицины; проведением глубокой диагностической работы по выявлению причин психических и соматических нарушений здоровья ребенка, организация стационарного лечения, формирование здорового образа жизни.

Широко используется в оздоровлении несовершеннолетних фитотерапия (витаминный, успокаивающий и тонизирующий сборы) и витаминотерапия. По медицинским показаниям разрабатывается индивидуальная программа для занятий в тренажерном зале. " Внимание к состоянию здоровья детей создает благоприятную почву для изменений отношений с окружающими: уменьшается раздражительность, реже проявляется агрессивность".[[6]](#footnote-6)

Важнейшим направлением деятельности центра является социально-реабилитационная, т.е. организация эффективного сопровождения в ходе развития ребенка, работа с микросредой, в которой постоянно проживает ребенок, оказание помощи в интеллектуальном и личностном развитии, снятие психологических барьеров, страхов и т.д. В связи с этим реализуется программа по восстановлению социальной нормативности ("От я до Я"), программа по восстановлению толерантного сознания ("Жить в мире с собой и другими"), программа по профилактике психического здоровья ("Счастливый подросток") и др.

Специальной формой обучения общению являются социально-психологические тренинги, которые помогают адаптации детей к жизни в условиях СРЦН и вне его.[[7]](#footnote-7) Тренинги облегчают процесс овладения подростками знаниями, умениями и навыками эффективного социального поведения, создают возможности для более полного самопознания и самоопределения.

В реабилитационной работе с несовершеннолетними используется игровая терапия. Она основывается на доверии к ребенку, к его безграничным возможностям , вере в его самостоятельность. Применение игровой терапии в процессе реабилитации позволяет ребенку наиболее полно выразить и исследовать свое собственное "Я" (чувства, мысли, переживания и поступки), т.к. игра- естественное для ребенка средство коммуникации.[[8]](#footnote-8)

Составляющим элементом коррекционно-реабилитационной работы является создание условий для организации досуга детей. Реабилитационный процесс должен включать использование различных форм арттерапии (домашний театр; музыкальное, танцевальное, изобразительное творчество; флористика и т.д.). При этом воспитанники самостоятельно выбирают вид досуговой деятельности.

Серьезное внимание в реабилитации несовершеннолетних уделяется развитию навыков культуры поведения. Специалисты центров корректируют взаимодействие детей в совместной деятельности, прививают им навыки культуры принятия пищи, приучают к выполнению правил поведения в общественных местах.

Одним из приоритетных направлений является педагогическая реабилитация, включающая в себя создание и соблюдение особого режима обучения; формирование положительной мотивации и активизации познавательной деятельности; организацию индивидуального подхода в учебно-воспитательном процессе на основе индивидуальных программ развития, раннюю профориентацию подростка; помощь в устройстве на работу; организацию педагогического образования родителей или лиц, их заменяющих. Специалистами реабилитационных центров для несовершеннолетних уделяется большое внимание изучению причин школьной дезадаптации поступивших детей, т.к. каждый из них имеет трудности в обучении и отставании по нескольким классам. Обучение подростков в таких случаях организовано на строго индивидуальной основе и осуществляется в различных вариантах: в образовательной школе или классах компенсирующего обучения, если способности подростка к познавательной деятельности деформированы.

Во многих случаях реабилитировать подростка - значит снять у него страх перед школой, восстановить и укрепить общие навыки, способность к волевому усилию, придать ему уверенность в своих силах и на этой основе пробудить у него желание быть учеником. Полученные навыки для части подростков могут стать основой в дальнейшей профессиональной деятельности, повысить уровень их социально-бытовой адаптации, расширить возможности их трудоустройства, что является основой в определении активности и самостоятельности в дальнейшей жизни

Основополагающим моментом реабилитационной работы в центре является создание новой среды обитания, отличной от той, в которой до сих пор был ребенок. Это достигается не богатой обстановкой, а созданием удобств, чтобы ребенок мог чувствовать себя комфортно, не стесненно и получил бы возможность удовлетворять свои интересы.

Большую роль в социальной реабилитации воспитанников центра играет включение их в трудовую деятельность с целью не только самообеспечения, но и формирования качеств личности, необходимых для их подготовки к самостоятельной жизни.

Систематическое участие ребенка в труде вместе с воспитателями и воспитанниками должно давать ему опыт участия в позитивно-преобразующей деятельности, налаживании взаимоотношений в коллективе, формировании навыков трудового общения и отношений товарищеской взаимопомощи и ответственности.[[9]](#footnote-9) Общественно-полезная деятельность может быть организована как в стенах социально-реабилитационного центра (организация хозяйственно-бытовой работы и досуга воспитанников), так и вне его (в микрорайоне).

С целью формирования интереса к труду, привития навыков и создания условий для творческой деятельности воспитанники центров вовлекаются в работу кружков и творческих мастерских.

В социально-реабилитационных центрах накоплен опыт трудоустройства воспитанников во время каникул (уборка урожая, работа в коммунальном хозяйстве, детских больницах). Это дает подросткам возможность заработать деньги на личные расходы собственным трудом, и таким образом, с одной стороны, реально представить себе цену труда, с другой, - решить некоторые из своих проблем самостоятельно, не вступая в конфликт с обществом.

Большая работа проводится специалистами социально-реабилитационного центра по воссозданию социального статуса ребенка и его семьи: оказывается помощь в оформлении документов, получении пособий, установлении личности воспитанника, поиску его родственников. В необходимых случаях при помощи специалистов центра проводится работа по лишению родителей или лиц, их заменяющих, прав на ребенка, оформление воспитанников на дальнейшее проживание в опекунской семье или в другом специализированном или интернатном учреждении постоянного проживания.

Наилучшим вариантом работы специалистов центра является возвращение ребенка в родную семью, но это возможно лишь когда в семье создан приемлемый психологический климат и когда родителями осознано понимание ценности ребенка.

Организация профилактической и коррекционной работы центра с семьей базируется на важных для ее успеха принципах. Принцип своевременности предусматривает раннее выявление семейного неблагополучия, что помогает избежать крайней меры - лишения родительских прав. Принцип гуманизма предполагает активный поиск мер, направленных на эффективное содействие семье в ее оздоровлении. Принцип индивидуального подхода - учет характеристик семьи в выборе средств профилактической и коррекционной работы. Принцип стимулирования семьи к самопомощи предусматривает активизацию ее собственных внутренних ресурсов для изменения образа жизни.

После возвращения детей из центра в семью с учетом результатов консилиума определяется один из видов социального патронажа: экстренный (2 раза в неделю), срочный (1 раз в неделю), обычный (1 раз в месяц), контрольный (1 раз в 3-6 месяцев).

Перспективной формой семейного воспитания детей, лишенных родительского попечения становится семейно-воспитательная группа.[[10]](#footnote-10) Она представляет собой специфическую форму социального обслуживания детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Специфика состоит в том, что функции социальной службы выполняет реальная семья, в которую переводят воспитанника центра.

Таким образом, реабилитационная работа строится, исходя из личности ребенка, находящегося в центре, и направлена на создание условий, способствующих вовлечению детей и подростков в нормальный жизненный процесс, выводу ребенка из тяжелой жизненной ситуации, восстановлению нарушенных связей с семьей, решению дальнейшего жизнеустройства несовершеннолетнего. Социально-реабилитационный центр призван решать наиболее важные задачи по устранению последствий семейной дезадаптации еще на начальном этапе до перехода в крайние формы. Необходимо использовать комплексный подход к процессу социализации ребенка к нормальным условиям жизни.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Обострение кризисных явлений в экономике, нарастание социальной напряженности приводит к формированию негативных процессов во всех слоях жизни общества. Социальное неблагополучие проявляется в распаде семейных и родственных связей, безнадзорности, бродяжничестве детей.

Изучение социального портрета несовершеннолетнего показывает, что практически все дети, находящиеся с социально-реабилитационном центр , имеют различные психические расстройства, физически ослаблены, часто хронически больны, недоверчивы, замкнуты в себе. В основном это дети, воспитывающиеся в неполных семьях или семьях, имеющих повторный брак. Анализ социально-экономических и психолого- педагогических условий воспитания показывает, что статус семьи, жилищные условия, образование родителей, материальный достаток, в основном ниже среднего. Образ жизни родителей в большинстве характеризуется антисоциальным: родители злоупотребляют алкоголем, возникают частые конфликты.

Особенности детского контингента определяют содержание деятельности социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних по их социализации, основной проблемой которой является восстановление широкого спектра отношений подростков с окружающим миром и прежде всего семьей. Эта деятельность осуществляется совместными усилиями специалистов разных служб, создаваемых внутри центра.

Комплексный подход в социальной реабилитации детей основывается на принципах:

* выявление и экспертная оценка реабилитационного потенциала каждого ребенка из контингента особых детей;
* выявление приоритетного направления реабилитации;
* дифференцированный подход к организации и реализации реабилитационных мероприятий;
* последовательность реабилитационного воздействия.

Основными направлениями деятельности социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних являются: психолого-педагогическая коррекция поведения, снятие стресса после перенесенного насилия или жестокого обращения; привитие возрастных социально-бытовых навыков; компенсация задержек в образовании; медико-социальная реабилитация, трудовая реабилитация.

Таким образом, в своей деятельности социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних ориентирован на проведение с несовершеннолетними всесторонних реабилитационных мероприятий и на организацию работы по жизнеустройству детей. Он решает важные задачи по сокращению числа дезадаптированных подростков, помогает устранить причины появления дезадаптации еще на начальном уровне, до разрыва связи ребенка с семьей. Социально-реабилитационный центр целостно решает проблему коррекционно-реабилитационной работы, ориентируя ее как на ребенка, оказавшегося в трудной жизненной ситуации, так и на его семью. Реабилитационные мероприятия побуждают подростков к развитию активности, самостоятельности, ответственности, признавая за ребенком право на свободную оценку различных аспектов социальной жизни, на основе приобщения личности ребенка к труду, досуговой деятельности.

Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних, являясь неотъемлемой частью реабилитационного пространства, должен решать проблемы детской безнадзорности и беспризорности не только своими усилиями, но и в тесной взаимосвязи и активном сотрудничестве всех учреждений, занимающихся проблемами несовершеннолетних.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

* 1. Бреев Б.Д., Скляров В.Ф., Новикова М.А. Социальный портрет современного беспризорника // Первые итоги. 1997. С.90.
  2. Кон И.С. Психология ранней юности. М., 1989. С. 79.
  3. Назукина Л.И. Комплексная реабилитация детей и подростков социального риска// Работник социальной службы. 2002. № 3. С.40.
  4. Блохина С.И., Козлова В.П., Старишнова А.Л. К вопросу об организации детских реабилитационных центров в России Российский журнал социальной работы. 1996. № 1. С.53.
  5. Ротовская И.Б., Четвергова Л.П. Методика индивидуальных программ социальной реабилитации несовершеннолетних в условиях социально-реабилитационного центра// Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2000. № 1. С.22.
  6. Ляпина В.Г. Центр нужный всем //Работник социальной службы. 2001. № 1. С. 72.
  7. Марасанов В.Д. Социально-психологический тренинг. М ., 2000. С. 12.
  8. Барсукова Т.В. Применение игровой терапии в процессе реабилитации беспризорных детей.// Беспризорник. 2003. № 3.С. 48.
  9. Блынская Л. Социальная реабилитация детей и подростков в трудовой деятельности// Социальная педагогика. 2003. № 1. С. 82.
  10. Ярославцева Н.В. Система мер по оптимальному жизнеустройству детей// Работник социальной службы. 2003. № 2. С. 26.

1. Бреев Б.Д., Скляров В.Ф., Новикова М.А. Социальный портрет современного беспризорника // Первые итоги. 1997. С.90. [↑](#footnote-ref-1)
2. Кон И.С. Психология ранней юности. М., 1989. С. 79. [↑](#footnote-ref-2)
3. Назукина Л.И. Комплексная реабилитация детей и подростков социального риска// Работник социальной службы. 2002. № 3. С.40. [↑](#footnote-ref-3)
4. Блохина С.И., Козлова В.П., Старишнова А.Л. К вопросу об организации детских реабилитационных центров в России Российский журнал социальной работы. 1996. № 1. С.53. [↑](#footnote-ref-4)
5. Ротовская И.Б., Четвергова Л.П. Методика индивидуальных программ социальной реабилитации несовершеннолетних в условиях социально-реабилитационного центра// Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2000. № 1. С.22. [↑](#footnote-ref-5)
6. Ляпина В.Г. Центр нужный всем //Работник социальной службы. 2001. № 1. С. 72. [↑](#footnote-ref-6)
7. Марасанов В.Д. Социально-психологический тренинг. М ., 2000. С. 12. [↑](#footnote-ref-7)
8. Барсукова Т.В. Применение игровой терапии в процессе реабилитации беспризорных детей.// Беспризорник. 2003. № 3.С. 48. [↑](#footnote-ref-8)
9. Блынская Л. Социальная реабилитация детей и подростков в трудовой деятельности// Социальная педагогика. 2003. № 1. С. 82. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ярославцева Н.В. Система мер по оптимальному жизнеустройству детей// Работник социальной службы. 2003. № 2. С. 26. [↑](#footnote-ref-10)