

**Типовой алгоритм работы по медицинской и социальной  
реабилитации, а также по социальной адаптации детей,  
возвращаемых из зон боевых действий**

Актуальность и важность решения задач, связанных с медицинской и социальной реабилитации, а также по социальной адаптации детей, возвращаемых из зон боевых действий, является бесспорной и неоднократно становилась предметом обсуждения на международном уровне.

Еще в 2017 году Совет Безопасности ООН принял резолюцию № 2427, призывающую к защите детей во время вооруженных конфликтов. Согласно тексту документа, Совет Безопасности призывает «обеспечивать комплексный учет вопросов защиты детей в контексте всех соответствующих мероприятий, осуществляемых в условиях предотвращения конфликтов, в ситуациях конфликтов и в постконфликтных ситуациях».

21 декабря 2017 года Советом Безопасности ООН принята резолюция № 2396, в которой отмечено, что «дети могут быть особенно уязвимы к радикализации, порождающей насилие, и нуждаться в особой социальной поддержке, такой как посттравматическая психологическая помощь» и что «с детьми необходимо обращаться таким образом, чтобы соблюдались их права и уважалось их человеческое достоинство».

29 января 2021 года состоялась виртуальная неформальная встреча членов Совета Безопасности ООН по вопросу репатриации детей из зон вооруженных конфликтов, в ходе которой подчеркнута важность вопросов реинтеграции и реабилитации возвращаемых детей, обязательность обеспечения их прав на семью, на охрану здоровья, на образование. На последнем особенно акцентировал внимание представитель Ирландии, отметивший, что отсутствие образования у таких детей – это не только ущемление их прав, но и угроза обществу в целом.

Типовой алгоритм разработан во исполнение пункта 2 Комплекса мер, направленных на выработку единого подхода к организации в субъектах Российской Федерации мероприятий по медицинской и социальной реабилитации, а также по социальной адаптации детей, возвращаемых из зон боевых действий, утвержденного Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Голиковой Т.А. 2 декабря 2020 года за № 11491п-П12 (далее – Комплекс мер).

Данным пунктом Комплекса мер предусмотрена организация работы как непосредственно с ребенком, так и с принимающей его семьей от момента передачи ребенка опекуну до его совершеннолетия.

Вместе с тем, анализ поступивших из федеральных органов исполнительной власти и субъектов Российской Федерации материалов свидетельствует о необходимости корректировки сроков реализации мероприятий и целевых групп.

Работа по возвращению детей российских граждан из зон боевых действий осуществляется с 2018 года во исполнение указания Президента Российской Федерации от 23 ноября 2018 г. № Пр-2192 и поручений Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2018 г. № ЮБ-П2-8460, от 5 декабря 2018 г. № ДМ-П2-8703.

За истекший период в соответствии с указанными поручениями в Российскую Федерацию возвращено 274 несовершеннолетних, которые в настоящее время проживают в 24 субъектах Российской Федерации. Подавляющее большинство возвращенных детей находятся под опекой (попечительством) у родственников, некоторые возвращены родителям, не выезжавшим за пределы Российской Федерации. Кроме того, есть дети, вернувшиеся иными путями, в том числе вместе со своими матерями.

Анализ представленной информации позволил выделить четыре категории несовершеннолетних:

1 категория – дети, возвращенные во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 23 ноября 2018 г. № Пр-2192 (это дети или

опекаемые (подопечные), или возвращенные родителю, не выезжавшему за пределы РФ);

2 категория – дети, вернувшиеся в Россию со своими матерями;

3 категория – дети-сироты, возвращенные до поручения Президента Пр-2192, в том числе представителями Чеченской Республики;

4 категория – арабские семьи с детьми, проживающие в Российской Федерации.

Данный алгоритм может быть применим к первым трем категориям. При этом необходимо обеспечить индивидуальный подход к каждой семье и каждому ребенку с учетом их состояния, ресурсности и эмоциональной зависимости от внешних факторов.

Относительно четвертой категории необходимо подчеркнуть, что в случае обращения родителей или иных законных представителей за помощью она им оказывается вне рамок данного алгоритма, в установленном законом порядке.

Кроме того, практика свидетельствует о необходимости реализации реабилитационных мероприятий уже на подготовительном этапе, до возвращения детей в Россию.

## **1. На этапе подготовки к возвращению ребенка**

1.1. Первичная диагностика кандидата в опекуны (попечители) и совместно проживающих с ним лиц с целью:

- определения их готовности к приему в семью ребенка, вернувшегося из зоны военного конфликта;

- определения их эмоционального состояния с учетом психотравмирующей ситуации, в которой они находятся вследствие невозможности возвращения либо утраты близких людей (зачастую – родных детей или братьев (сестер)) и длительностью ожидания возвращения несовершеннолетних;

- определения степени радикализации кандидата в опекуны (попечители) и совместно проживающих с ним лиц, оценка риска негативного воздействия на возвращаемого ребенка (детей).

При наличии нескольких кандидатов в опекуны необходима диагностика каждого и обмен информацией между проводящими данную диагностику структурами (в том числе в разных районах или разных субъектах РФ) для определения оптимального (в интересах несовершеннолетнего) варианта замещающей семьи для возвращаемого ребенка.

1.2. Прохождение кандидатом (кандидатами) в опекуны (попечители) обучения в школе приемного родителя с учетом особенностей эмоционального, психологического, физического состояния кандидата.

1.3. Обязательная психологическая подготовка и последующее сопровождение как кандидатов в опекуны (попечители), так и родителей, к которым возвращаются дети, с учетом результатов первичной диагностики. Для реализации данного мероприятия с соблюдением всех предусмотренных законодательством требований необходима грамотная разъяснительная работа с указанными лицами, направленная на понимание возможных рисков и предлагаемых путей их предотвращения и (в случае возникновения) преодоление.

1.4. Оценка потенциала семьи с точки зрения обеспечения образовательных мероприятий с несовершеннолетним, а также ориентированности родителя (кандидата в опекуны, попечители) на получение ребенком образования, предпочтительные (по его мнению) формы обучения.

1.5. Дополнительное изучение предполагаемого места проживания детей (квартира, дом, наличие мест для отдыха и занятий) с учетом числа возвращаемых детей (может быть по 3-6 детей сразу) и наличия других проживающих на данной площади родственников, в том числе несовершеннолетних.

1.6. Изучение возможного круга общения семьи и детей, в том числе с целью определения:

- возможности передачи им ребенка (детей) в случае нештатной ситуации с опекуном (болезнь, смерть, категорическое неприятие возвращенного ребенка);

- возможности и желания их участия в социализации возвращенного несовершеннолетнего;

- риска их негативного влияния на возвращенного ребенка и ситуацию в замещающей (или кровной) семье ввиду личных жизненных установок и взглядов.

1.7. Заключение с кандидатом (опекуном), а также родителем соглашения о сотрудничестве как в период подготовки материалов, так и после возвращения ребенка из зоны военного конфликта.

1.8. Определение специалиста, который будет закреплен в качестве куратора за семьей, принимающей несовершеннолетнего (несовершеннолетних), возвращенного из зоны военного конфликта. Целесообразно закрепление сотрудника социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних, имеющегося на территории района (или муниципального образования). При отсутствии такого специалиста может быть рассмотрен вопрос о закреплении в качестве куратора, к примеру, педагога-психолога, социального педагога или иного работника образовательной организации (с учетом возраста детей).

При наличии у опекуна (попечителя) нескольких детей куратор назначается один. Он лично контактирует с семьей, получает сведения от всех взаимодействующих структур, ориентирует их при возникновении вопросов, требующих решения, готовит обобщенную информацию о состоянии дел и предоставляет ее ответственному за данное направление деятельности на региональном уровне.

Возможно также создание на региональном уровне межведомственной рабочей группы по координации профилактической работы в отношении прибывших на территорию субъекта Российской Федерации несовершеннолетних. Ее состав и функционал могут быть утверждены, к

примеру, Главой региона или председателем региональной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

## **2. Непосредственно по прибытии ребенка в Российскую Федерацию.**

2.1. Первичная медицинская диагностика несовершеннолетнего в организации здравоохранения, определяемой Минздравом России.

Она должна в обязательном порядке включать психологическое и клиническое обследование каждого ребенка с целью установления уровня его развития, оценки индивидуально-психологических особенностей и мотивационно-смысловой сферы.

Наиболее оптимальным является размещение возвращаемых детей в медицинской организации вместе с родственниками (как это происходило первоначально в Федеральном государственном автономном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации), что позволяет более плотно пообщаться с принимающими детей лицами, провести диагностику межличностных отношений, выявить проблемы и дать рекомендации по их преодолению.

Подключение к работе с ребенком и его законным представителем на данном этапе специалистов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского».

Срок пребывания в организации – не менее недели.

Дети прибывают с различными видами травм и заболеваний (психологические, физические, психоэмоциональные), в связи с чем в рамках первичной диагностики нужно продумывать как будет продолжено лечение в местах их постоянного проживания, понять способность опекунов (попечителей) в восстановлении (лечении) детей, имеющиеся ресурсы региона, потребность в помощи со стороны других регионов или федеральных учреждений и т.д. Данные вопросы целесообразно прорабатывать непосредственно с органами управления здравоохранением того субъекта

Российской Федерации, куда планируется выезд ребенка на постоянное место жительства.

2.2. Направление медицинской организацией, осуществляющей первичное размещение детей, рекомендаций врачей и психологов в органы управления здравоохранением по местам постоянного проживания детей, а также выдача документов родителям (иным законным представителям) несовершеннолетних с разъяснением дальнейшего алгоритма их действий.

2.3. Информирование отделом по обеспечению деятельности Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка лица, закрепленного в субъекте Российской Федерации ответственным за организацию работы с возвращаемыми детьми их семьями, о возвращении несовершеннолетнего и его убытии вместе с законным представителем к месту постоянного проживания, для обеспечения комплексного сопровождения семьи и ребенка.

### **3. После прибытия несовершеннолетнего и его законного представителя к месту постоянного проживания**

3.1. Организовать посещение семьи, проведение ознакомительной беседы куратора с несовершеннолетним (несовершеннолетними) и законным представителем, ознакомление с имеющимися у них документами и рекомендациями, разъяснение первоначальных действий, которые необходимо осуществить законному представителю в целях соблюдения требований законодательства и максимального обеспечения интересов ребенка.

Одновременно куратором даются подробные разъяснения законному представителю об имеющихся у него правах на получение социальных выплат, на организацию устройства детей в образовательные организации. Он также информируется об органах и организациях для возможного обращения за помощью в решении различных вопросов, связанных с реабилитацией (медицинской, социальной и т.д.) возвращенных детей, их контактных данных и порядке предоставления соответствующих видов помощи и (или) услуг.

3.2. Органам управления здравоохранением по месту проживания семьи с ребенком с учетом полученных рекомендаций (п. 2.2) составить план сопровождения несовершеннолетнего, при необходимости получения дополнительной информации (рекомендаций) обратиться в организацию здравоохранения, проводившую первоначальную диагностику и лечение, разработать карту (план) медицинской реабилитации несовершеннолетнего с привлечением профильных специалистов.

В данном случае многое зависит от наличия необходимых специалистов и медицинского оборудования, медикаментов в тех муниципальных образованиях, куда возвращаются дети, и чем дальше от райцентра, тем больше может быть проблем, особенно при труднодоступности местности.

Решение данных проблем, контроль выполнения рекомендаций, при необходимости – дополнительное обследование и лечение – это задачи региональных органов управления здравоохранением.

Кроме того, в соответствии с имеющимися нормативными правовыми актами, регламентирующими отношения в данной сфере, в план в обязательном порядке включаются ежегодное проведение диспансеризации с посещением таких специалистов, как детский врач-психиатр и клинический психолог. Необходимо также предоставить возможность внеплановых консультаций у данных специалистов при наличии потребности (по запросу самого ребенка, его законного представителя, работников органов опеки и попечительства, образовательных организаций и сотрудников правоохранительных органов).

Медико-психологическая реабилитация должна включать в себя 3 последовательно осуществляемых этапа:

1. Этап психодиагностических мероприятий, включающий три ключевых направления:

а) индивидуальная психодиагностика — осуществляется детским врачом-психиатром, детским врачом-психотерапевтом, клиническим психологом; мишенью индивидуальной психодиагностики являются психические расстройства, прежде всего, связанные с хронической психотравмирующей



ситуацией (ПТСР, тревожные, фобические, панические расстройства, психогенно обусловленные задержки развития и др.), а также иные патологические состояния, включая личностную патологию;

б) микросоциальная психодиагностика — осуществляется детским врачом-психотерапевтом, клиническим психологом; мишенью микросоциальной психодиагностики являются проблемы интеграции репатриированного ребенка в семью и микросоциальную среду, включая детские коллективы, в том числе — в рамках специально организованных летних реабилитационных лагерей (на базе детских лагерей, санаториев), расположенных в субъектах Российской Федерации;

в) реабилитационная психодиагностика — осуществляется детским врачом-психотерапевтом, клиническим психологом; мишень реабилитационной психодиагностики - поиск личностных ресурсов для реабилитации и последующего гармоничного развития самого ребенка, членов его семьи и микрогруппы.

Итогом этапа психодиагностических мероприятий для каждого ребенка должны являться:

а) индивидуальная комплексная медико-психологическая коррекция;

б) индивидуальная клиническая стратегия психофармакологического лечения (если оно представляется необходимым);

в) клинико-психопатологический и клинико-психологический «портрет» ребенка в контексте его микросоциального окружения, индивидуальный план личной, семейной, групповой психотерапевтической работы и психокоррекции.

Этап психодиагностических мероприятий также по необходимости может включать консультации иных специалистов (врачей различных специальностей, коррекционных педагогов, логопедов-дефектологов).

2. Этап лечебно-реабилитационных мероприятий также включает три ключевых направления:

а) психофармакологическая терапия (при необходимости) — осуществляется детским врачом-психиатром, корректируется в ходе

регулярных, не реже 1 раза в месяц, динамических осмотров, в случае необходимости может осуществляться в режиме стационара (дневного стационара);

б) психотерапевтическая работа — осуществляется врачом-психотерапевтом в режиме индивидуальных терапевтических сессий и в режиме работы семейных групп, групп детско-родительских отношений, групповой поведенческой терапии с детьми и с родителями;

в) психокоррекционная психолого-педагогическая работа - осуществляется клиническим психологом, коррекционным педагогом, педагогом-дефектологом, логопедом, специалистами в области терапии творчеством и т.д.

Итогами этапа лечебно-реабилитационных мероприятий должны являться:

а) редукция психопатологической симптоматики;

б) формирование устойчивых гармоничных отношений с родителями или заменяющими их взрослыми;

в) формирование гармоничных отношений в семье и в детском коллективе.

Реализация этапа лечебно-реабилитационных мероприятий возможна на базе многопрофильных реабилитационных центров (например, неврологических), а также (в сочетании с общеоздоровительными, обучающими, спортивными и воспитательными мероприятиями) на базе детских лагерей отдыха.

3. Этап мероприятий по ресоциализации включает два основных направления, одно из которых находится в сфере медицинской деятельности. Речь идет о мероприятиях, направленных на формирование перспективной позитивной личной истории (история персонального будущего), которые осуществляются врачом-психотерапевтом в рамках профильных ресоциализационных психотерапевтических групп на отдаленных этапах реабилитационной программы. Они должны быть неразрывно связаны с

проводимой педагогами, деятелями культуры, воспитателями, спортивными тренерами и др. специалистами, волонтерами деятельностью, направленной на воспитание, адаптацию к культурной среде, интеграцию в общественные институты.

Результаты, полученные в ходе реализации всех 3-х этапов, должны быть отражены в индивидуальной карте реабилитации и развития ребенка.

### 3.3. Органам, осуществляющим управление в сфере образования:

- обеспечить проведение мероприятий по определению уровня образования, потенциала ребенка и семьи;
- в случае достижения несовершеннолетним школьного возраста проработать вопросы организации обучения и возможных его форм. При значительном отставании ребенка от сверстников необходимо разработать программу индивидуального (по возможности, ускоренного) обучения с использованием такой формы, как обучение на дому (с выходом педагогов по месту проживания обучающегося) или индивидуальные занятия с педагогами в образовательной организации;
- проработать вопросы вовлечения несовершеннолетнего в занятия в системе дополнительного образования;
- обеспечить предоставление психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи несовершеннолетним с участием специалистов центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, а также психолого-педагогическое сопровождение в образовательной организации (в отношении обучающихся).
- обратить особое внимание на попытки законных представителей дать детям исключительно религиозное образование. Исключить факты оформления детей в организации данного вида, особенно с интернатным пребыванием.

3.4. Куратору, исходя из интересов несовершеннолетнего, совместно с органами и учреждениями спорта и культуры проработать вопрос его вовлечения в проводимые мероприятия в целях обеспечения полезной занятости, интеллектуального и физического развития ребенка, адаптацию к

культурной среде, интеграцию в общественные институты. Данные меры должны осуществляться по индивидуальным программам по месту жительства детей.

3.5. Органам опеки и попечительства обеспечить контроль деятельности опекунов (попечителей) в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» (в течение первого года – ежеквартально, далее – не реже одного раза в 6 месяцев).

Оперативное реагирование в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения опекуном (попечителем) его обязанностей, при необходимости – решение вопроса об отмене опеки в установленном законом порядке с одновременным информированием куратора семьи.

3.6. Одной из возможных форм содействия социальной адаптации детей, возвращенных из зон боевых действий, и принявшей его семьи является наставничество или тьюторство.

Наставничество (тьюторство) основывается на личностном взаимодействии и совместной деятельности взрослого и ребенка и заключается в создании условий для развития собственных возможностей подопечного с учётом его субъектного отношения к цели, результатам и траектории своего развития.

Наставник помогает ребенку сформировать поведенческие паттерны, освоить на практике формы и методы социального взаимодействия, становится для подопечного, своего рода, социальным образцом.

Наставник:

- регулярно общается с ребенком как друг или старший наставник;
- выявляет личностные проблемы и индивидуальные интересы ребенка в различных сферах жизнедеятельности (включая языковые, средовые, познавательные, в сфере образования и т.д.);
- помогает подопечному в преодолении конкретных личностных проблем, личностного развития, профессиональной ориентации и профессионального самоопределения;

- демонстрирует, как использовать полученные знания в практической жизни.

- является для ребенка образцом в различных сферах жизнедеятельности;

- мотивирует подопечного на самостоятельный поиск и проектирование собственного «пути» или очередного «шага» своей социализации.

Данные технологии предусматривают закрепление за несовершеннолетними общественных воспитателей из числа заслуженных тренеров, деятелей культуры, искусства, лидеров молодежных и общественных организаций, граждан, заслуживших уважение в обществе, для формирования законопослушного поведения, повышения правосознания подростков.

При этом для детей младшего школьного возраста целесообразно определить наставника из числа социальных педагогов, психологов или учителей образовательного учреждения. Для детей среднего и старшего школьного возраста – из числа преподавателей кружков, клубов, тренеров спортивных секций.

Для реализации технологий наставничества в отношении возвращаемых детей целесообразно помимо общей подготовки обеспечить методическое сопровождение и супервизию непосредственно наставников (тьюторов), учитывающую особенности данной категории детей.

3.7. Куратор семьи с учетом полученных от субъектов профилактики сведений и предложений формирует план работы по социальной адаптации и реабилитации несовершеннолетнего и направляет его копию ответственному за данное направление на региональном уровне в течение первых 10 суток с момента прибытия ребенка к месту постоянного проживания с одновременным информированием о реализованных за этот период первоначальных мероприятиях.

В дальнейшем контрольные сроки:

1 месяц с момента прибытия ребенка;

ежеквартально до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, – в течение первого года;

второй и последующие годы – 1 раз в полгода до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

При возникновении осложнений или иной нештатной ситуации информация передается куратором незамедлительно, в том числе посредством телефонной связи.

3.8. В наиболее сложных случаях и в целях обеспечения межведомственного взаимодействия при оказании помощи несовершеннолетнему и (или) семье, в которой он проживает, возможно информирование о сложившейся ситуации муниципальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (далее – КДНиЗП) для рассмотрения вопроса о принятии предусмотренных законодательством мер, утверждения в установленном порядке плана индивидуальной профилактической работы и поручений субъектам профилактики по организации помощи семье и ребенку с предоставлением отчетов о проделанной работе в КДНиЗП, при наличии оснований – привлечения законного представителя к установленной законом ответственности.

3.9. Кроме того, учитывая особенности мест пребывания и условий воспитания данных детей, целесообразно подключить к работе с ними и их окружением специалистов профильных подразделений органов внутренних дел.

Итогом реализации всего комплекса реабилитационных мероприятий должны стать:

- а) ликвидация психопатологических последствий перенесенных острых и хронических психотравмирующих воздействий;
- б) формирование гармоничных отношений в семье и микросоциальной группе, обеспечивающих устойчивое нормативное психосоциальное развитие;
- в) интеграция в социальную и культурную среду российского общества с формированием позитивных установок на будущее.