

ПРАВИТЕЛЬСТВО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ  
НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
Региональный ресурсный центр «Семья и дети»

## **РАБОЧАЯ КНИГА УЧАСТКОВОГО СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА**

**Методические рекомендации по внедрению модели  
социального сопровождения участковыми социальными  
работниками семей с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ**

Новосибирск  
2014

УДК 316.3/.4(075.9)+364(075.9)+376(075.9)

ББК 60.561.5я78+74.3я78

P134

Н а у ч н ы й   р е д а к т о р:

доктор психологических наук, профессор ФГБОУ ВПО «НГПУ»

*О. К. Агавелян*

P134

**Рабочая книга участкового социального работника:** методические рекомендации по внедрению модели социального сопровождения участковыми социальными работниками семей с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ / сост.: Е. Б. Марущак, О. Е. Игнатенко, О. А. Дураченко ; Мин-во соц. развития НСО ; Мин-во образования и науки РФ, Новосиб. гос. пед. ун-т. – Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2014. – 133 с.

ISBN 978-5-00023-326-9

Методические рекомендации разработаны в соответствии с модельной программой социального сопровождения участковыми социальными работниками семей, имеющих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, внедряемой в Новосибирской области.

В книге раскрыты специфические особенности профессиональной деятельности участкового социального работника; представлена типология детей с ОВЗ и формы диагностики и коррекционной работы с такими детьми; представлены особенности социальной работы с семьей, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Большое внимание уделено вопросам общения в деятельности социального работника, решению и предотвращению конфликтов в профессиональной деятельности, а также способам профилактики эмоционального выгорания участкового социального работника.

Методические рекомендации предназначены для участковых социальных работников как субъектов реализации данной программы, непосредственно взаимодействующих с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья, методической помощью.

УДК 316.3/.4(075.9)+364(075.9)+376(075.9)

ББК 60.561.5я78+74.3я78

ISBN 978-5-00023-326-9

© Марущак Е. Б., Игнатенко О. Е.,  
Дураченко О. А., составление, 2014  
© ФГБОУ ВПО «НГПУ», 2014

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение .....</b>	<b>5</b>
 <b>Глава 1. Участковый социальный работник и его профессиональная деятельность .....</b>	<b>6</b>
1.1. Профессиональный статус и этика социального работника ...	6
1.2. Направления деятельности участкового социального работника .....	9
1.3. Организация работы участкового социального работника ...	13
 <b>Глава 2. Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами .....</b>	<b>16</b>
2.1. Типология детей с ограниченными возможностями здоровья.....	16
2.2. Диагностика в деятельности участкового социального работника с детьми с ОВЗ.....	25
2.3. Игровая терапия в деятельности участкового социального работника .....	27
2.4. Сказкотерапия в деятельности участкового социального работника .....	38
 <b>Глава 3. Социальная работа с семьей, имеющей детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов.....</b>	<b>45</b>
3.1. Воспитательный потенциал семьи .....	45
3.2. Диагностика проблем семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья .....	57
3.3. Направления и методы социального сопровождения семьи с ребенком с ОВЗ .....	66

<b>Глава 4. Общение в деятельности участкового социального работника.....</b>	<b>81</b>
4.1. Общая характеристика общения в деятельности социального работника.....	81
4.2. Конфликты и способы их преодоления .....	85
<b>Глава 5. Профилактика эмоционального выгорания в деятельности участкового социального работника ....</b>	<b>92</b>
5.1. Синдром эмоционального выгорания.....	92
5.2. Способы профилактики эмоционального выгорания .....	100
<b>Список литературы для самообразования .....</b>	<b>104</b>
<b>Приложения.....</b>	<b>106</b>

## ВВЕДЕНИЕ

---

С 2012 года в рамках деятельности участковых специалистов внедряется новая форма поддержки семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – социальное сопровождение.

Услуга по социальному сопровождению направлена на:

- оказание социальной помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья;
- социализацию детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, их семей;
- обеспечение непрерывного сопровождения;
- снижение уровня социального сиротства посредством организации деятельности по ранней профилактике инвалидизации детей и раннему выявлению случаев семейного неблагополучия.

Министерством социального развития Новосибирской области разработана и внедряется в практику модельная программа социального сопровождения участковыми социальными работниками семей, имеющих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, целью которой является повышение качества жизни семей, имеющих детей-инвалидов и детей с ОВЗ и проживающих на территории Новосибирской области, в результате повышения реабилитационного, интеграционного и коммуникативного потенциала таких семей, а также качества и уровня доступности предоставляемых им социальных услуг.

Основной акцент в модельной программе делается на своевременное выявление семей, нуждающихся в профессиональной помощи по социальному сопровождению, что позволит с помощью согласованной работы специалистов учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты, общественных организаций и населения муниципального образования усилить профилактический компонент, обеспечить единые подходы в сопровождении семьи.

# **ГЛАВА 1**

## **УЧАСТКОВЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК И ЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

---

### **1.1. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ЭТИКА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА**

Профессия социального работника справедливо считается одной из наиболее сложных. Не каждому удастся постичь ее секреты и стать профессионалом в подлинном смысле этого слова. Проблема профессионализма специалистов социальной сферы волнует как самих социальных работников, так и тех, кто доверяется им и ожидает квалифицированной помощи.

Важно отметить, что любую деятельность, в том числе и деятельность социального работника, обуславливает ее цель. Цель социальной работы – предоставить возможность всем людям полностью развивать свой потенциал, обогащать свою жизнь и предотвращать дисфункции. Социальные работники являются агентами перемен в обществе и в жизни индивидуумов, семей и сообществ, которым они служат.

Основные принципы, на которых строится профессиональная деятельность социального работника:

- профессиональная компетентность;
- ненанесение ущерба испытуемому;
- беспристрастность;
- конфиденциальность;
- позитивно ориентированная активность.

Личность социального работника имеет огромное значение в процессе профессиональной деятельности и реализации социально-значимых гуманистических ценностей. От ценностной ориентированности личности, ее этических убеждений и потребностей зависит не только эффективность деятельности, осуществляемой в рамках

взаимодействия с конкретным клиентом и, следовательно, его благополучие, но и благополучие общества в целом, темпы, качество и направленность социального прогресса.

Социальный работник, планируя свою деятельность, опирается на практические умения. Первичным инструментом социального работника является он сам. Поэтому большую роль в его оценке каких-либо предрассудков или предпочтений, сильных или слабых сторон личности играет самообразование или самосознание.

Настоящий специалист понимает цель деятельности и способен менять способы осуществления деятельности в соответствии с изменяющимися условиями. Важнейшей характеристикой хорошего специалиста является его способность к рефлексии, умение соотнести полученный результат с целью деятельности и понять причины профессиональных затруднений.

Адекватность самооценки и профессиональная объективность необходимы социальному работнику в его повседневной практической деятельности. Профессиональная объективность важна для сохранения психического здоровья социального работника. Эмоциональная же беспристрастность необходима для поддержания собственной независимости и способности эффективно решать профессиональные задачи. Кроме того, профессиональная объективность является, возможно, лучшим противоядием от разочарований работника.

Принятие клиента таким, каков он есть – неперемное условие установления отношений сотрудничества с клиентом. Способность к «принятию» клиента, уважение его прав и толерантность по отношению к нему – это общее требование, объединяющее всех работающих в социальной сфере.

Деятельность социального работника ориентирована на людей из всех слоев общества, представляющих различные национальные и этнические образования, культуры, имеющих какие-либо физические или умственные недостатки, на людей разных полов, сексуальных предпочтений и возрастов.

Социальному работнику необходимо основываться на знании возможностей клиента. Профессиональная специализация социального работника формируется на основе изучения различных специфических потребностей человека: физических, психологических и социальных. Но для определения этих потребностей нужно знать, в какой мере он способен противостоять воздействиям окружающей среды. Социальный работник обязан составить реалистическую картину возможностей своих клиентов, помочь им раскрыть и эффективно использовать свои силы.

В социальной работе, несмотря на наличие определенной классификации стандартных положений, нет абсолютно одинаковых ситуаций и идентичных клиентов. В каждом конкретном случае социальный работник должен учитывать малейшие нюансы дела, чтобы принять оптимальное решение и добиться наивысшего результата.

При оказании помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, имеющим признаки семейного неблагополучия, участковые социальные работники осуществляют социальное сопровождение. Цель социального сопровождения – профилактика ранней инвалидности у детей, оказание помощи семье в реабилитации и воспитании детей в домашних условиях, повышение родительской компетентности.

Социальный работник является связующим звеном между семьей ребенка, имеющего ограниченные возможности здоровья, и субъектами семейной политики (органы государственного управления, трудовые коллективы, общественные, общественно-политические, религиозные организации, профсоюзы, общественные движения). В функции социального работника входят организация юридической, медицинской, психолого-педагогической, материальной и другой помощи, а также стимулирование усилий семьи по приобретению экономической независимости в условиях рыночной экономики. Такая множественность функций предполагает, что участковый социальный работник способен к сочетанию целого ряда профессиональных позиций или ролей – организатор, консультант, диагност, посредник, педагог.



Нравственный кодекс поведения социального работника вытекает из его профессиональной деятельности. Этика социального работника определяется системой ценностей и норм морали, регулирующих его взаимоотношения с другими людьми, государственными и общественными организациями, с обществом в целом. В основе этики социального работника лежат следующие основные принципы и нормы морали:

- гуманизм и безусловное уважение к человеку;
- обостренное чувство профессионального долга;
- обостренное чувство добра и справедливости;
- добросовестность и вежливость, терпимость;
- честность и порядочность.

Этика социального работника отражает основные возможности морального выбора социального работника, создает объективную возможность (необходимость) личности выработать активную жизненную позицию, отношение к существующим в данном обществе и конкретной социальной группе моральным нормам. Он воспринимает или не воспринимает их, что и определяет его нравственное поведение по отношению к другим людям при выполнении различных социальных ролей.

Таким образом, сама этическая деятельность социального работника расширяет возможности нравственного воспитания клиентов социальных служб и выполнение служебных обязанностей самих специалистов и их коллег.

## **1.2. НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА**

Цель социального сопровождения семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья – профилактика ранней инвалидности у детей, оказание помощи семье в реабилитации и воспитании детей в домашних условиях, повышение родительской компетентности.

При этом содержание деятельности разных специалистов зависит, прежде всего, от сущности подхода (модели) к объяснению причин возникновения отклонений в развитии.

*Биологическая модель* – объясняет этиологию отклонений в развитии снижением темпа органического созревания.

*Медицинская модель* – выносит проблемы, трудности и отклонения в развитии в область аномального развития.

*Интеракционистская модель* – подчеркивает значения сбоя и нарушений взаимодействия между личностью и средой для возникновения проблем развития и, в частности, вследствие дефицитности среды, сенсорной и социальной депривации ребенка.

*Педагогическая модель* – усматривает причины отклонений в явлениях социальной и педагогической запущенности ребенка.

*Деятельностная модель* – ставит во главу угла несформированность ведущего типа деятельности и других, типичных для данной возрастной стадии видов деятельности.

Внедряемая в Новосибирской области модельная программа социального сопровождения семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, предполагает решение следующих задач:

- выявление и формирование банка данных о семьях, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями, проживающих в зоне обслуживания и нуждающихся в социальной поддержке (банк данных о детях-инвалидах ведется органами социального обслуживания населения муниципальных образований Новосибирской области);

- повышение родительской компетенции в вопросах воспитания и реабилитации в домашних условиях детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья;

- установление причин социального неблагополучия, определение характера и объемов необходимой социальной помощи и услуг, разработка плана работы с семьей;

- осуществление социального патронажа семей целевой группы;

– предоставление социальных услуг, оказание содействия в получении необходимой помощи и услуг в учреждениях здравоохранения, образования, социального обслуживания населения, органах государственной власти;

– обеспечение межведомственного и межсекторного взаимодействия.

Основными направлениями деятельности службы социального сопровождения являются предоставление семьям с детьми социально-экономических, социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-правовых услуг и социальный патронаж семей с детьми. Рассмотрим содержание деятельности по каждому направлению.

**Социальный патронаж** (информационно-организационные функции) предполагает своевременное выявление семей с детьми и детей, нуждающихся в социальной поддержке, в том числе раннее выявление детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья; определение потребностей семей и ресурсов, которые могут быть использованы для решения проблем семей с детьми. Участковый социальный работник выступает посредником между семьей, с одной стороны, и органами власти, государственными и негосударственными учреждениями, организациями и службами, с другой стороны, в обмене информацией, необходимой для полноценного сопровождения семьи.

**Социально-бытовые услуги** включают в себя разработку и корректировку индивидуального плана сопровождения семьи; содействие в получении направления в стационарные учреждения социального обслуживания, организации обучения детей в школе, летнего отдыха детей, налаживании быта детей с учетом их физического и психического состояния, сопровождение детей вне дома; предоставление во временное пользование реабилитационного и игрового оборудования для организации реабилитации детей в домашних условиях.

**Социально-медицинские услуги:** обучение родственников детей-инвалидов и детей с ограниченными умственными и физическими возможностями практическим навыкам общего ухода за ними; оказание помощи в получении предусмотренных законодательством РФ социально-медицинских услуг и лекарственных препаратов.

**Социально-психологические услуги:** психодиагностика и обследование личности детей, членов семьи; психологическая поддержка, консультирование и коррекция; содействие в получении психологической реабилитации; привлечение к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения.

**Социально-педагогические услуги:** обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, самоконтролю, навыкам общения и другим формам общественной жизнедеятельности; оказание педагогической помощи родителям в воспитании, обучении и профессиональной подготовке детей с учетом специфики их психического и физического состояния; организация досуга детей с родителями.

**Социально-экономические услуги:** содействие в оказании материальной помощи, решении вопросов самообеспечения, трудоустройства, выбора профессии, повышения квалификации, осуществлении мер социальной поддержки семьям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Социально-правовые услуги:** консультирование по социально-правовым вопросам и вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание в государственной и негосударственной системах социальных служб.

В приложении 1 приведено содержание деятельности по каждому направлению с указанием примерной продолжительности и периодичности оказания услуги.

### **1.3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА**

Социальное сопровождение предоставляется семьям, имеющим детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья и проживающим на территории Новосибирской области.

Социальная услуга «Социальное сопровождение семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья» включает в себя три последовательных этапа.

#### **Подготовительный этап:**

- информирование учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, населения о деятельности участковых социальных работников, обеспечивающих сопровождение семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья (направление информационных писем в органы и учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних; размещение информации в учреждениях; информирование через средства массовой информации и др.);
- выстраивание партнерских отношений с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;
- выявление детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья:
  - получение сведений от специалистов участковой социальной службы, выездной мобильной бригады, службы сопровождения замещающих семей информации о семьях, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья;
  - получение сведений от иных органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;

- получение сведений от органов местного самоуправления, общественных объединений и населения;
- обращение семьи;
- знакомство с семьей (визитирование, встреча в учреждении), первичное выявление запроса семьи;
- принятие решения о включении семьи в сопровождение;
- заключение соглашения о сотрудничестве.

#### **Реализация услуги:**

- сбор полной информации о семье, составление акта обследования материально-бытовых условий и семейного положения, формирование личного дела, при необходимости (для более полной информации о семье) – подготовка межведомственных запросов (пенсионный фонд, отдел пособий и социальных выплат, в органы и учреждения здравоохранения и образования);
- диагностика личности, анализ ситуации, выбор форм и методов работы;
- составление индивидуального плана сопровождения семьи;
- выполнение индивидуального плана сопровождения (предоставление социальных услуг детям и их семьям);
- промежуточная оценка реализации плана семьи (анализ ситуации в семье, состояния ребенка, проведение диагностики, тестирования, анкетирования), корректировка плана;
- проведение супервизии.

Вся информация по семье отражается в личном деле семьи, формах учета услуг, а также в банке данных семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

#### **Завершающий этап:**

- мониторинг ситуации – дальнейшее сопровождение семьи после нормализации внутрисемейной обстановки (перевод на сопровождение специалистами отделения реабилитации инвалидов, консультирование по телефону);
- снятие семьи с обслуживания.

Механизм работы участковой социальной службы при организации социального сопровождения семьи приведен в приложении 2.

Индивидуальный план сопровождения семьи разрабатывается с учетом положений профессионального стандарта услуги социального сопровождения семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья и пилотным стандартом социального обслуживания Новосибирской области «Социальное сопровождение семей, имеющих детей-инвалидов и детей с ограниченными умственными или физическими возможностями». При составлении индивидуального плана сопровождения семьи участковый социальный работник учитывает потребности ребенка и семьи, выявленные в ходе предварительных бесед и экспресс-диагностики, результатов диагностики ребенка и семьи другими специалистами.

## ГЛАВА 2

# СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

---

### 2.1. ТИПОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В соответствии с нормативными документами, **ребенок с ограниченными умственными или физическими возможностями** – это лицо моложе 18 лет, имеющее отклонения от норм жизнедеятельности вследствие нарушения здоровья, характеризующиеся ограничением способности осуществлять ориентацию, обучение, самообслуживание, передвижение, общение, трудовую деятельность. Это дети с психическими и (или) физическими недостатками, ограничивающими жизнедеятельность детей и подтвержденными в установленном порядке.

Физический недостаток – стойкое нарушение развития и (или) функционирования органа (органов), требующее длительной социальной, медицинской и коррекционно-педагогической поддержки.

Психический недостаток – временный или постоянный недостаток в развитии и (или) функционировании психики человека, включая: последствия сенсорных нарушений; нарушения речи; нарушения эмоционально-волевой сферы; последствия повреждения мозга; нарушения умственного развития, в том числе умственную отсталость; задержку психического развития и связанные с этим специфические трудности в обучении.

Процесс развития зависит от действия двух групп факторов: биологические (наследственность) и социальные (среда). Развитие психики и формирование личности ребенка, усваивающего социальный опыт, происходят не автоматически, а путем активного взаимодействия со средой, в процессе обучения и воспитания.



Л. С. Выготский выдвинул идею о системном строении дефекта. Это позволило ему выделить в аномальном развитии две группы симптомов – первичные нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни, и вторичные, возникающие опосредованно в процессе социального развития аномального ребенка. Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения. Например, частичная или полная слепота, тотальное заболевание центральной нервной системы или частичная ее функциональная недостаточность и т. п. Вторичный дефект, по мнению Л. С. Выготского, является основным объектом психологического изучения и социально-психолого-педагогической коррекции при аномальном развитии. Возникновение вторичных дефектов в значительной степени обусловлено действием следующих факторов (Л. С. Выготский): время возникновения и степень выраженности первичного дефекта.

*Время возникновения первичного дефекта.* Тот дефект, который возник в раннем детстве, когда еще не сформировалась вся система функций, вызывает наибольшую тяжесть вторичных отклонений. Например, при раннем поражении зрения, интеллекта и даже слуха у детей наблюдается отставание развития моторной сферы. Это проявляется в позднем развитии ходьбы, в недоразвитии мелкой моторики. Или у детей с врожденной глухотой наблюдается недоразвитие или отсутствие речи. То есть нарушение хода психического развития ребенка имеет более тяжелый характер при раннем возникновении дефекта, чем при более позднем.

*Степень выраженности первичного дефекта.* Различаются два основных вида дефекта. Первый из них – частный, обусловленный дефицитностью отдельных функций познания (гнозиса), праксиса (движений), речи. Второй – общий, связанный с нарушением регуляторных систем. Глубина поражения или степень выраженности первичного дефекта определяет разные условия аномального развития. Чем глубже первичный дефект, тем больше страдают другие функции.

Движущей силой развития являются противоречия. В основе возникающих у ребенка внутренних противоречий лежит конфликт между личностью и окружающей средой, нарушение равновесия между ребенком и взрослыми, между ребенком и сверстниками и т. п. Стремление к разрешению этих конфликтов и становится источником развития. В числе наиболее часто встречающихся противоречий у детей и подростков с отклонениями в развитии могут быть расхождения между потребностями в общении и трудностями в их реализации, в неадекватном желании иметь друга, подругу, участвовать в играх с нормальными сверстниками, учиться не в специальной, а обычной школе и многие другие. Надо иметь в виду, что названные и другие противоречия, возникающие у детей, имеющих жизненные ограничения, могут протекать более болезненно и остро, чем у «нормальных» детей, причем многие из них не могут их разрешить самостоятельно, им нужна помощь взрослых. Например, если ребенок страдает нарушением функций опорно-двигательного аппарата и обучается по этой причине на дому, ему, чтобы удовлетворить потребность в общении, надо помочь найти товарища, организовывать встречи со сверстниками и т. п.

При успешном разрешении внутренних противоречий, возникающих у детей с ограничениями жизнедеятельности, личность ребенка развивается без осложнений, в случае же неудач конфликты ребенка с окружающей средой усугубляются.

Говоря об ограниченных возможностях здоровья, нельзя не рассмотреть саму категорию «здоровье». Так, по данным ВОЗ, здоровье – это отсутствие болезней, физических дефектов, а также полное физическое, душевное и социальное благополучие. Для здоровья характерны:

- структурная и функциональная сохранность систем органов человека;
- индивидуальная приспособляемость к физической и социальной среде;
- сохранность привычного самочувствия.

У детей с ограниченными возможностями здоровья первичный дефект представляет собой как раз нарушение здоровья физического. Задача социального сопровождения – не допустить или минимизировать возникновение вторичного дефекта, создать условия, способствующие формированию функциональной сохранности систем организма, адаптации, абилитации и реабилитации ребенка. Другими словами, способствовать сохранению и приумножению психического и психологического здоровья.

Психическое здоровье предполагает сохранность психических процессов и механизмов, зависит как от соматических заболеваний и дефектов физического развития, так и от влияния социальной среды, причем социальные воздействия выступают в качестве основного психотравмирующего фактора. Понятие «психологическое здоровье» трактуется шире и относится к личности в целом, предполагает здоровье психическое, основу которого составляет полноценное психическое развитие ребенка на всех этапах детства.

Самым существенным критерием душевного (психического, психологического) здоровья, по мнению словацкого психолога Л. Пожар, является интеграция личности в социальную среду и ее динамическое равновесие с ней. Душевное здоровье, как он считает, значительно шире этих рамок и должно гармонично проявляться в трех областях<sup>1</sup>: в отношении к себе, к другим людям и к жизни.

1. *Отношение к себе.* Душевно здоровый человек доволен собой. У него адекватные представления как о своих собственных возможностях и способностях, так и о своих ограничениях. Он старается использовать свои способности в максимальной мере конструктивным способом. Душевно здоровый человек понимает, что у каждого есть определенные, очень сильные, иногда иррациональные чувства, но не позволит, чтобы эти чувства им овладели. Он полностью осо-

---

<sup>1</sup> Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2003.

знает, что жизнь приносит не только успехи, но и разочарования, неудачи и принимает их как само собой разумеющееся.

2. *Отношение к другим людям.* Душевно здоровый человек чувствует себя в присутствии людей комфортно, испытывает к ним доверие. Разумеется, он не испытывает эти чувства абсолютно ко всем людям, но душевно здоровый человек должен доверять и любить хотя бы одного человека, о котором он знает (или убежден), что и тот любит его и доверяет ему. Душевно здоровый человек не проявляет агрессию в общении с другими людьми и способен постоять за себя, как правило, любит свою семью и отличается разумной уверенностью в собственном социальном и экономическом положении.

3. *Отношение к жизни.* Душевно здоровый человек способен выполнять требования, которые предъявляет ему жизнь, по возможности он сам формирует свое окружение, но если это необходимо, то способен приспособиться к окружающим. Он планирует свою жизнь, причем ставит перед собой реальные цели.

Группа детей с ограниченными возможностями здоровья крайне неоднородна, в нее входят дети с разными нарушениями развития, выраженность которых может быть различна. Диапазон различий в развитии детей с ОВЗ чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы.

Такая неоднородность возможных нарушений развития приводит к множеству классификаций нарушений развития. В психологии широко распространена классификация В. В. Лебединского, который выделил шесть **типов аномального развития**:

1. *Недоразвитие*, под которым понимается общее стойкое отставание в развитии всех функций вследствие раннего органического поражения мозга (прежде всего – коры больших полушарий). Поражение может иметь наследственную природу (эндогенную) или быть результатом внешних (экзогенных) факторов, действующих во внутриутробный, природовой периоды или в раннем детстве. Наиболее

характерным примером недоразвития является самая распространенная форма умственной отсталости – олигофрения.

2. *Задержанное развитие* – замедление темпа всего психического развития, возникающее чаще всего в результате слабо выраженных органических поражений коры головного мозга (обычно частного, парциального характера) или длительных и тяжелых соматических заболеваний.

3. *Поврежденное психическое развитие*, представленное органической деменцией – нарушением психического развития в конце раннего возраста или уже после трех лет вследствие массивных травм мозга, нейроинфекций, наследственных дегенеративных заболеваний. Во многих случаях органическая деменция имеет прогрессирующий характер.

4. *Дефицитарное психическое развитие*. Наиболее ярко его представляют нарушения психического развития при недостаточности анализаторных систем – зрения, слуха и мышечно-кинестетической системы (т. е. опорно-двигательного аппарата).

5. *Искаженное психическое развитие* – разные варианты сложных сочетаний общего недоразвития, задержанного, ускоренного и поврежденного развития. Причинами искаженного развития являются некоторые процессуальные наследственные заболевания, например шизофрения, врожденная недостаточность обменных процессов. Ранний детский аутизм – наиболее яркий пример этого типа нарушенного психического развития.

6. *Дисгармоническое психическое развитие*, связанное с нарушением формирования эмоционально-волевой сферы. К нему относятся психопатии, нарушения эмоционально-волевой сферы и случаи патологического развития личности вследствие крайне неблагоприятных условий воспитания.

Среди представителей каждого типа нарушенного развития наблюдаются значительные индивидуально-групповые различия, которые зависят от причин нарушения, периода действия и интенсивности фактора, вызвавшего нарушение.

В специальной педагогике более распространена другая **типология детей с ограниченными возможностями здоровья**, основанная на специфике образовательных потребностей ребенка:

1) *глухие (неслышащие) дети* – это дети с полным выпадением слуха, который не может быть ими самостоятельно использован для накопления речевого запаса. Врожденная или ранняя потеря слуха приводит к отсутствию речи (немота) либо ее грубому недоразвитию;

2) *позднооглохшие дети* – это дети с потерей слуха, но относительно сохранной речью ввиду сравнительно позднего возникновения глухоты;

3) *слабослышащие дети* имеют частичную слуховую недостаточность, затрудняющую речевое развитие, но сохраняющую возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора;

4) *слепые (незрячие) дети* – дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (максимальной остротой зрения 0,04);

5) *слабовидящие дети* с остротой зрения на лучше видящем глазу при использовании очков от 0,05 до 0,4. Главное отличие слепых детей от слабовидящих в том, что зрение для последних остается основным средством восприятия;

6) *дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата*. У детей с церебральными параличами часто отмечается недостаточность целого ряда нервно-психических функций, в значительной мере связанная с поражением двигательной сферы;

7) *дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы*. Основной особенностью таких детей является нарушение или задержка в развитии высших социализированных форм поведения, предполагающих взаимодействие с другим человеком, учет его мыслей, чувств, поведенческих реакций;

8) *дети с нарушением интеллекта* имеют нарушения познавательной деятельности, а также изменения психики в целом, которые

возникли в результате поражения центральной нервной системы, в том числе головного мозга;

9) *дети с задержкой психического развития (труднообучаемые)* – дети с нарушением нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своем развитии от принятых психологических норм для данного возраста;

10) *дети с тяжелыми нарушениями речи* – это особая категория детей с отклонениями в развитии, у которых сохранен слух, первично не нарушен интеллект, но есть значительные речевые дефекты, влияющие на становление психики;

11) *дети со сложными недостатками развития* – наличие двух или более выраженных первичных нарушений у одного ребенка. Недостатки развития, входящие в состав сложного дефекта, связаны с повреждением разных систем организма. Это могут быть выраженные нарушения зрения и ДЦП; глухота и ДЦП; разные виды одновременного нарушения зрения и слуха, которые принято относить к слепоглухоте; слепота и системное нарушение речи и т. д.

В рамках социальной работы принята еще одна типология. К детям с ограниченными возможностями относятся дети, которые:

- *имеют диагностированное отставание в развитии (по шкале KID и CDI-R)*. Данные шкалы предназначены для диагностики развития детей от 2 мес. до 42 мес. и основаны на сопоставлении наблюдений родителей за поведением ребенка со статистически обоснованными нормами и предназначены для раннего выявления детей с задержкой развития, выработки рекомендаций для помощи детям (процедур раннего вмешательства) и отслеживания соответствующей динамики. Осуществляется оценка 5 областей – когнитивная, движения, язык, самообслуживание, социальная;

- *имеют медицинские диагнозы (стойкие нарушения здоровья)*, с высокой вероятностью приводящие к отставанию в развитии;

- *относятся к биологической группе риска* (недоношенные и маловесные – рожденные с массой тела менее 1500 грамм);

- имеют установленную 3-ю или 4-ю группы здоровья;
- имеют серьезные изменения в поведении.

Дети с отклонениями в развитии оказываются лишены доступных их здоровым сверстникам каналов получения информации: скованные в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия дети не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта, остающегося вне сферы досягаемости. Они также лишены возможности предметно-практической деятельности, ограничены в игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций.

Среди эмоциональных состояний, испытываемых ребенком с ограниченными возможностями здоровья дошкольного и младшего школьного возраста, и его психологических особенностей Д. И. Кича выделяет<sup>2</sup>:

- страдание от острого дефицита общения, прежде всего с близкими и со сверстниками;
- сложность принятия изменяющегося под воздействием заболевания или калечащего тело лечения образа «физического Я» (ребенок полнеет, лысеет, быстро растет), следствием чего может быть отказ от приема лекарств;
- переживание ощущения собственной социальной заброшенности, незащищенности, общественного пренебрежения.

А. И. Ташева<sup>3</sup> отмечает, что у детей с ограниченными возможностями здоровья дошкольного и младшего школьного возраста доминируют различные страхи (они зачастую имеют парадоксальный характер: это страхи, которые отражают актуальное состояние ребенка и лишь возможное в будущем его состояние):

---

<sup>2</sup> Кича Д. И. Окунева Г. Ю. Медико-социальные потребности семей, воспитывающих детей-инвалидов // Мед. помощь. – 1994. – № 3. – С. 8–11.

<sup>3</sup> Ташева А. И. Концепция психологической помощи семьям с детьми-инвалидами // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – М., 1998. – № 3. – С. 17–30.



- страх предстоящей операции;
- страх возможного рецидива болезни;
- страх одиночества, но ребенок может одновременно опасаться и предстоящих встреч со значимыми для него людьми;
- страх смерти, испытываемый с 4–5 лет; так, семилетний Коля говорит: «Я вижу, что вокруг умирают дети, и я знаю, что я тоже очень даже могу умереть. Я умереть боюсь и умирать тоже. Я, наверное, внушил себе, что умру, но я часто об этом думаю».

Как отмечают отечественные исследователи, практически всем тяжело больным детям свойственны признаки педагогической запущенности, нервности и т. д.

## **2.2. ДИАГНОСТИКА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА С ДЕТЬМИ С ОВЗ**

Одним из основных принципов диагностики нарушенного развития является комплексный подход, который включает всестороннее обследование, оценку особенностей развития ребенка с ОВЗ всеми специалистами и охватывает познавательную деятельность, поведение, эмоции, волю, состояние зрения, слуха, двигательной сферы, соматическое состояние, неврологический статус.

Выделяют следующие качественные показатели, характеризующие эмоциональную сферу и поведение ребенка:

- особенности контакта ребенка;
- эмоциональная реакция на ситуацию обследования;
- реакция на одобрение;
- реакция на неудачи;
- эмоциональное состояние во время выполнения заданий;
- эмоциональная подвижность;
- особенности общения;
- реакция на результат.

Качественные показатели, характеризующие деятельность ребенка:

- наличие и стойкость интереса к заданию;
- понимание инструкции;
- самостоятельность выполнения задания;
- характер деятельности (целенаправленность и активность);
- темп и динамика деятельности, особенности регуляции деятельности;
- работоспособность;
- организация помощи.

Качественные показатели, характеризующие познавательную сферу и моторную функцию ребенка:

- внимание, восприятие, память, мышление, речь;
- мелкая моторика, крупная моторика.

В качестве основного метода диагностики участковым социальным работником развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья выступает метод наблюдения.

В процессе психолого-педагогического наблюдения за детьми с отклонениями в развитии учитываются следующие параметры их коммуникативно-поведенческой, эмоционально-волевой и личностной сфер:

- стремление ребенка к контакту со взрослыми членами семьи (родителями, прародителями, опекунами);
- стремление ребенка к контакту с братьями и сестрами;
- стремление ребенка к контакту со сверстниками;
- стремление ребенка к контакту с чужими лицами (учителем, воспитателем и др.);
- характер взаимодействия (доброжелательность, негативизм, инициативность в осуществлении контакта);
- преимущественная форма контакта (вербальная, тактильная, зрительная, опосредствованная);
- ситуации, вызывающие коммуникативные трудности у ребенка;

- наличие паралингвистических средств общения: жестов, мимики, поз и др.;
- особенности и характер поведенческих проявлений (оптимизма, тревожности, застенчивости, агрессивности, истеричности, отгороженности и замкнутости);
- особенности выражения глаз и лица (тревожность, страх, радость, агрессия, отстраненность);
- особенности преобладающего эмоционального фона (оптимистический, нейтрально-деловой, тревожный, депрессивный, неуверенный, мрачный и др.);
- характер и содержание высказываний (оптимистичные, неуверенные, агрессивные и мрачные);
- наличие переживания дефекта и формы его проявления (депрессия, тревожность, агрессия и др.).<sup>4</sup>

В качестве вспомогательного средства диагностики социальный работник может воспользоваться и психодиагностическими методиками, описанными, например, в работе Н. Я. Семаго «Теория и практика психического развития ребенка».<sup>5</sup> Следует помнить, однако, что психологическое заключение может составить только психолог. Результаты полученной диагностики с применением психодиагностических методик для социального работника – это материал для анализа и обращения за помощью к специалистам.

### **2.3. ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА**

Игровая терапия – один из благодатнейших методов психологической коррекции в работе с детьми. Для взрослого слово «игра»

---

<sup>4</sup> Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие. – М.: Просвещение, 2008.

<sup>5</sup> Семаго Н. Я., Семаго М. М. Теория и практика психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб.: Речь, 2005.

имеет оттенок несерьезности, отдыха. Не случайно в речи это находит отражение в таких выражениях, как «перестаньте играть», «это вам не игра», «хватит играть – займись делом». Для ребенка игра – это гораздо больше, это способ жизни. По мнению И. С. Кона, она является механизмом самоорганизации и самообучения психики ребенка.<sup>6</sup> Именно в ней осуществляются мощные процессы «само»: самоодушевления, самопроверки, самоопределения, самовыражения и, что особенно важно, самореабилитации.

По определению Г. Л. Лэндрета, игровая терапия – это «динамическая система отношений между ребенком и терапевтом, обученным процедурам игровой терапии, который обеспечивает ребенка игровым материалом и облегчает построение безопасных отношений для того, чтобы ребенок мог более полно выразить и исследовать собственное Я (чувства, мысли, переживания и поступки) с помощью игры – естественного для ребенка способа коммуникации»<sup>7</sup>. Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева добавляет, что игротерапия представляет собой процесс совместного с ребенком проживания и осмысления какой-либо жизненно важной ситуации, поданной в игровой форме. Это процесс сотворчества, содействия, сопереживания между ребенком и взрослым.<sup>8</sup>

Спектр показаний к применению игровой терапии в работе с детьми очень широк – социальный инфантилизм, замкнутость, необщительность, фобические реакции, сверхконформность и сверхпоплушание, нарушения поведения и вредные привычки, неадекватная полоролевая идентификация, агрессивность в поведении. Ее применяют как средство улучшения эмоционального состояния детей после развода родителей, подвергающихся насилию и брошенных детей; снижения страхов, стресса и тревожности у госпитализированных де-

---

<sup>6</sup> Кон И. С. Как построить свое «Я» / под ред. В. П. Зинченко. – М.: Педагогика, 1991.

<sup>7</sup> Лэндрет Г. Игровая терапия: искусство отношений. – М., 1994.

<sup>8</sup> Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Игры в сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2006.

тей; отставания в речевом развитии; для интеллектуального и эмоционального развития умственно отсталых детей; при лечении заикания; облегчении состояния при психосоматических заболеваниях (бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, дискинезии желчевыводящих путей и др.); для улучшения «Я-концепции», снижения тревоги при расставании с близкими.

В качестве основных психологических механизмов коррекционного воздействия игры А. А. Осипова выделяет следующие<sup>9</sup>:

1) моделирование системы социальных отношений в наглядно-действенной форме в особых игровых условиях, следование им ребенком и ориентировка в этих отношениях;

2) изменение позиции ребенка в направлении преодоления познавательного и личностного эгоцентризма и последовательной децентрации, благодаря чему происходит осознание собственного «Я» в игре и возрастает мера социальной компетентности и способности к разрешению проблемных ситуаций;

3) организация поэтапной отработки в игре новых, более адекватных способов ориентировки ребенка в проблемных ситуациях, их интериоризация и усвоение;

4) организация ориентации ребенка на выделение переживаемых им эмоциональных состояний и обеспечение их осознания благодаря вербализации и соответственно осознанию смысла проблемной ситуации, формирование ее новых значений;

5) формирование способности ребенка к произвольной регуляции деятельности на основе подчинения поведения системе правил, регулирующих соответствие роли.

От взрослого, ведущего игровые занятия, требуется:

- создание атмосферы принятия ребенка;
- эмоциональное сопереживание ребенку;
- отражение и словесное выражение его чувств и переживаний в максимально точной и понятной ребенку форме;

---

<sup>9</sup> Осипова А. А. Общая психокоррекция. – М.: Сфера, 2002.

– обеспечение в процессе игровых занятий условий, актуализирующих ощущение ребенком чувства собственного достоинства и самоуважения.

Основная задача в работе с «особыми» детьми – развитие практического интеллекта и навыков самостоятельности. Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева выделяет следующие виды игр:

- игры, направленные на коррекцию и развитие сенсорно-перцептивной сферы (ощущения и восприятие);
- игры, направленные на коррекцию и развитие психомоторной сферы (мимики, моторики рук, общей координации движений);
- игры, направленные на развитие эмоционально-волевой сферы;
- игры, направленные на развитие произвольного внимания и памяти;
- игры, направленные на развитие коммуникативных навыков (навыки общения).<sup>10</sup>

Следует отметить, что каждая из игр, развивая личность ребенка, содействует его адаптации в обществе. В рамках игры ребенок с ОВЗ способен овладеть определенным умением, например, пользоваться плитой, самостоятельно одеваться, отвечать на телефонные звонки, самостоятельно ходить за хлебом, вызывать врача, накрывать на стол, мыть посуду, выносить мусорное ведро и пр. Чтобы отработать эти навыки, необходимо «включить» все психические процессы: сенсорно-перцептивные, психомоторные, эмоционально-волевые, познавательные и пр.

В качестве игрового материала могут выступать не только игрушки – кукольное семейство, кукольный домик, домашние и дикие животные, машины, солдатики, ружья, резиновый нож и т. д., – но и хорошо знакомые в быту предметы: пуговицы, крышки, скрепки, спички, ложки, тарелки и т. п.

---

<sup>10</sup> Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Игры в сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2006.

Важное место среди игровых материалов занимает вода, песок, глина. Такой неструктурированный материал может превратиться по желанию ребенка во что угодно: поверхность луны, зыбучие пески, пляж, чистящее вещество. Возможности их применения безграничны.

Особое значение придается кубикам. Кубики могут быть домами, их можно швырять, ставить друг на друга, разбрасывать. Все это позволяет ребенку почувствовать, что значит созидать или разрушать. Как в случае с водой и песком, ребенок может испытывать чувства удовлетворения, поскольку не существует правильного способа игры с кубиками.

Приведем в качестве примера несколько игр с «подручными» материалами, предложенных Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой в работе «Игры в сказкотерапии».<sup>11</sup>

#### • Рыбалка (игра с пуговицами)

Заполните просторную коробку (например, из-под обуви) пуговицами. Желательно, чтобы пуговиц было много. Скажите ребенку: «Мы с тобой рыбаки. Отправляемся на рыбалку в “пуговичное море”. Наши руки помогут нам выловить рыбку – пуговичку. Опустите руки в “пуговичное море” и вылови “рыбку”».

*(Пусть ребенок возьмет любую пуговицу).*

– Какую рыбку ты выловил: большую или маленькую; гладкую или шершавую; круглую или квадратную?

– Какого цвета твоя рыбка?

– Она легкая или тяжелая?

– Теплая или холодная?

А теперь я выловлю рыбку. Возьми мою рыбку в руки. Какая она? Правда, она... (маленькая, гладкая, скользкая, прохладная, легкая)...

Теперь положим наш улов в ведерко. Закроем глаза. Опустите руки в ведерко и найди свою рыбку. Почему ты уверен, что это твоя рыбка?»

---

<sup>11</sup> Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Игры в сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2006.

*Комментарий.* Игра способствует развитию сенсомоторной и познавательной сфер. Усложняя игру, можно добавлять в «ведерко» больше «рыбы».

### • Пуговичное лото

Возьмите две красочно иллюстрированные книги. Найдите самые красивые картинки. Одну книгу отдайте ребенку, другую возьмите себе. Пересыпьте пуговицы в полотняный мешочек. Скажите ребенку: «Будем играть в лото. У каждого из нас есть картина. Я буду доставать из мешочка пуговицы. Ты будешь называть их цвет и искать цвет пуговицы в своей картине. Если ты нашел в картине этот цвет, то ты получаешь пуговицу и кладешь ее на картину – в то место, которое того же цвета, что и пуговица.

Потом ты достаешь пуговицу, я называю ее цвет и ищу его в своей картине. Если я правильно назвала и нашла этот цвет, ты мне даешь пуговицу, и я кладу ее в нужное место. Победит тот, кто закроет все цвета картины пуговицами».

*Комментарий.* Особенностью этой игры является то, что она содержит инструкцию и правила. Также в игре может быть победитель и проигравший. Таким образом, мы формируем у ребенка адекватное отношение к своей и чужой победе, учим переживать поражение. Так, через систему игр, мы переходим от «мануального» интеллекта к «социальному».

### • Бабушкина пуговица (цикл «Семейные истории»)

Попросите у родителей ребенка пуговицу, которая когда-то была на одежде бабушки.

Дайте ребенку подержать ее в руках и скажите: «Эта пуговица была на кофте твоей бабушки. Давай с тобой подумаем, что она “видела”».

*Комментарий.* Игра может носить и другое название, если вы возьмете в руки пуговицу, принадлежащую другим членам семьи. Придумывая рассказы, можно познакомить ребенка с различными социальными ситуациями и научить вести себя в них, опираясь



на опыт кого-то из родственников. В эту игру (игры данной тематики) можно пригласить родителей или других родственников ребенка.

- **Режим дня**

Пуговицы можно использовать для символизации режимных моментов. Это важно для развития самостоятельности и способности доводить дела до конца. Необходимо подобрать 9 комплектов пуговиц, в отверстия которых пройдет толстая «цыганская» игла: 10 маленьких белых; 10 больших белых; 10 средних желтых; 10 средних зеленых; 10 средних коричневых; 10 средних фиолетовых (или сиреневых); 10 больших синих; 10 больших красных; 10 больших черных.

Из двух школьных ластика и двух «цыганских» игл приготовьте устройства для нанизывания пуговиц (по принципу тех, на которые в магазинах раньше накалывали чеки). Далее мы будем называть их «держателями». Договоритесь с ребенком о значении пуговиц:

- маленькие белые – символ чистоты, обозначают гигиенические процедуры;
- большие белые – символ чистоты в доме, обозначают домашние дела (уборка, стирка, мытье посуды и пр.);
- желтые пуговицы – символ солнца и энергии, обозначают завтрак;
- зеленые пуговицы – символ покоя и гармонии, обозначают обед;
- коричневые пуговицы – символ физического здоровья, обозначают послеобеденный и ночной сон;
- фиолетовые пуговицы – символ сумерек, обозначают ужин;
- синие пуговицы – символ чувств и эмоций, обозначают разнообразные социальные контакты;
- красные пуговицы – символ активности, обозначают добрые дела и поступки (выдаются как вознаграждение);
- черные пуговицы – обозначают плохо сделанные дела или отказ от выполнения задания.

Накануне вы планируете с ребенком следующий день. Проговариваете режимные моменты, обозначаете их пуговицей и последовательно выкладываете перед собой сверху вниз. Причем, верхняя пуговица символизирует дела на начало дня. Например, подъем, как проявление активности и хорошего дела, можно обозначить красной пуговицей. Далее – зарядка (тоже красная пуговица). Умывание (малая белая пуговица). Накрывание на стол (большая белая пуговица). Завтрак (желтая пуговица) и т. д. Завершает «пуговичную цепочку режима дня» сон (коричневая пуговица). Затем, совместно с ребенком, вы нанизываете пуговицы на «держатель» так, чтобы внизу оказалась пуговица, символизирующая «отбой», а сверху – символизирующая подъем красная пуговица. Таким образом, вы получаете символический распорядок дня, учите ребенка последовательности действий в течение дня, формируете навык планирования своего времени.

Пригласите в эту игру родителей или других членов семьи ребенка, которые в первые дни занятий, пока у ребенка не сформирован навык осознания своих действий и их последовательности, будет выдавать ему за выполненное действие (предусмотренное режимом) соответствующую пуговицу. Вместе с ребенком ее необходимо нанизать на свободный «держатель». Вечером подводятся итоги дня. Ребенок сравнивает заполненные держатели, соотносит запланированные дела с реально выполненными. Если какие-то дела не были реализованы, необходимо совместно проанализировать причины произошедшего.

Терпеливо работая по этой системе, можно постепенно добиться самостоятельности ребенка в планировании завтрашнего дня, научить его выполнять запланированное и оценивать свои действия.

- **История одной спички (игра со спичками)**

Несмотря на то, что «спички детям не игрушка», в умелых и ловких руках они являются прекрасным тренажером для пальцев, зрения, концентрации внимания, кратковременной памяти и творчества.

Положите на стол пять спичек. Скажите: «Выбери ту спичку, которая тебе больше всего нравится. Подержи ее в руках. Познакомься с ней: ощуитай, понюхай, рассмотри. Сможешь ли ты ее узнать среди других?»

А теперь давай с тобой подумаем, откуда пришла к нам эта спичка. Правильно, из коробка. А откуда пришел к нам коробок? Правильно, из сумки. Как он появился в моей сумке? Да, я его купила в магазине. А как он попал в магазин? Оказывается, с фабрики. Фабрика называется... (прочитайте название фабрики на коробке). А знаешь ли ты, из чего на фабрике делают спички? Из дерева. Оказывается, наша спичка раньше была деревом. Дерево росло... как думаешь, где? Как ты думаешь, как дерево стало спичкой? Наверное, его спилили лесорубы с помощью специального инструмента – пилы. У спиленного дерева специальным инструментом – топором обрубали ветки. И получилось бревно. Дальше бревно привезли на фабрику. Как ты думаешь, на чем везли бревно? На специальной машине. На фабрике с помощью станков, которые обрабатывают дерево, бревно превратили в маленькие палочки. Затем маленькие палочки окунули в специальный состав, который мы называем серой. Сера застыла на палочке, и получилась спичечная головка. Так маленькая палочка превратилась в спичку.

Видишь, оказывается у спички, которую ты держишь в своих руках, есть интересная история жизни».

Рассказ «История одной спички» можно сопровождать рисунками, наглядно демонстрирующими последовательность процесса превращения дерева в спичку. Так вы создадите рисуночную версию «истории одной спички» по типу комикса.

Однако, играя со спичками, следует убирать коробок, чтобы не вызвать соблазна зажечь спички. Наверное, не стоит учить наших детей пользованию спичками, ведь чтобы разжечь газовую плиту, существуют пьезозажигалки.

Остановимся еще на одном варианте игр – **игры с песком**. Игра с песком – это естественная и доступная для каждого ребенка форма

деятельности. Ребенок, тем более с особыми потребностями в развитии, часто словами не может выразить свои переживания, страхи, и тут ему на помощь приходят игры с песком. Податливость песка будит желание создать из него миниатюрную картину мира. Человек выступает в песочнице как созидатель – один жизненный сюжет меняется другой, следуя законам бытия: все приходит и все уходит, нет ничего такого, что было бы непоправимо разрушено, просто старое превращается в нечто иное, новое. При многократном переживании этого ощущения человек достигает состояния душевного равновесия.

Большое значение имеет использование игр с песком в работе с детьми с ОВЗ как средства коррекции нарушений моторного развития, в частности, моторики рук (у детей с ДЦП, умственной отсталостью, комплексными нарушениями). Нельзя использовать игры с песком при наличии у детей противопоказаний – кожных заболеваний, порезов на руках, аллергии на пыль от песка.

Классическая песочная терапия предполагает использование специального оборудования (деревянный короб с песком), однако в теплое время года песок является достаточно доступным материалом для игр и в городе, и в сельской местности. Важно найти место с максимально чистым песком, чтобы соблюсти гигиенические требования. Кроме песка, используются фигурки животных, людей, сказочных героев, машинки, самолетики, домики, деревья и т. п., высота которых не более 7–8 сантиметров.

Работа по коррекции ручной моторики у дошкольников с ограниченными возможностями здоровья включает следующие направления<sup>12</sup>:

1) развитие ручной моторики: движений рук, хватательных действий, движений кистей рук, мышечных усилий, дифференцирован-

---

<sup>12</sup> Кобзарь Л. В. Возможности использования игр с песком в развитии детей с ограниченными возможностями здоровья // Игра и игрушки в истории и культуре, развитии и образовании: материалы международной научно-практической конференции (1–2 апреля 2012 года). – Пенза; Витебск; М.: Научно-издательский центр «Социосфера», 2012. – С. 29–31.

ных движений пальцев рук, зрительно-моторной координации, согласованности действий обеих рук, подражательных и ритмичных движений рук;

2) формирование предметно-практических и игровых действий;

3) развитие познавательной деятельности, интереса и активности в деятельности, навыков взаимодействия со взрослым и другими детьми.

Нет необходимости выкладывать перед ребенком все игрушки, можно начать с небольшого количества, постепенно расширяя диапазон возможных игр и правил. В процессе выполнения игровых действий необходимо одновременно стимулировать несколько движений, не дожидаясь совершенствования предыдущих. Развитие движений и действий осуществляется сначала каждой рукой отдельно, затем двумя руками одновременно.

Количество игр-упражнений зависит от индивидуальных возможностей ребенка. В среднем планируется 2–4 упражнения для обучения и столько же для закрепления умений. Повторяемость каждого упражнения 3–6 раз. Содержание занятий песочной терапии планируется по нарастающей степени сложности соответственно возможностям детей.

С детьми раннего возраста нужно начинать с самых простых игр с песком.

– Знакомство с песком. Песок сухой и мокрый. Что можно с ним делать?

– Пересыпать сухой песок из одной емкости в другую.

– Рисовать палочкой или пальчиком на сухом и мокром песке.

– Делать горки, сгребая песок ладошками, в направлении друг к другу.

– Перетирать сухой песок между ладошками.

#### • Прятки

Можно в песочнице спрятать формочку или игрушку и попросить ребенка найти их, очертив место поиска.

- **Дорожки на песке**

Набрать в горсть сухого песка и медленно его высыпать, создавая разные формы, например, дорожки (к домику зайчика, медведя).

С возрастом игры можно усложнять, делая больший акцент на словесном проговаривании телесных ощущений и эмоциональных состояний.

- **Песочный дождик**

Данная игра способствует регуляции мышечного напряжения, расслаблению. Ребенок медленно, а затем быстро сыплет песок из своего кулачка в песочницу, на ладонь взрослого, на свою ладонь. Ребенок закрывает глаза и кладет на песок ладонь с расставленными пальчиками, взрослый сыплет песок на какой-либо палец (называя его), а ребенок по возможности повторяет. Затем они меняются (ребенок сыплет песок на пальцы взрослого и по возможности вместе проговаривают названия пальчиков).

- **Упражнение «Мы создаем мир»**

Цель: развитие и расширение представлений ребенка об окружающем его мире живой и неживой природы, о рукотворном мире человека. Взрослый показывает способы построения в песочнице живых и неживых сообществ – город, деревня, лес, река, озеро, остров, а затем в игровой форме побуждает ребенка строить самостоятельно и по инструкции разнообразные природные и рукотворные сообщества. Тема построений может соответствовать теме занятий.

## **2.4. СКАЗКОТЕРАПИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА**

Традиционная для российских сказок присказка: «Сказка – ложь, да в ней намек, добрым молодцам – урок», – раскрывает сущность сказки как средства коррекции и развития ребенка. В образной, метафорической форме здесь преподаются нормы и правила социального взаимодействия, способы поведения в разных ситуациях. Вовремя рассказанная сказка для ребенка значит столько же, сколько психоло-

гическая консультация для взрослого. Отличие только в том, что от ребенка не требуют вслух делать выводы и анализировать, что с ним происходит: работа идет на внутреннем, подсознательном уровне.

Дети с ограниченными возможностями здоровья имеют определенные особенности восприятия и воспроизведения художественного произведения, не готовы к освоению учебного материала на уровне нормально развивающихся детей. Тем не менее, такие дети очень чутко воспринимают эмоциональный фон и замысел сказки, характер и взаимоотношения героев, образы добра и зла в сюжете сказки. И задачи коррекции развития личности ребенка с ОВЗ могут быть решены при помощи работы со сказкой.

Р. М. Ткач в своей книге «Сказкотерапия детских проблем»<sup>13</sup> структурирует сказки по отдельно взятым детским проблемам:

а) для детей, которые испытывают страхи темноты, страх перед медицинским кабинетом и другие страхи;

б) для гиперактивных детей;

в) для агрессивных детей;

г) для детей, страдающих расстройством поведения с физическими проявлениями: проблемы с едой; проблемы с мочевым пузырем и т. д.;

д) для детей, которые столкнулись с проблемами семейных отношений (развод родителей, появления нового члена семьи, когда дети считают, что в другой семье им будет лучше);

е) для детей в случае потерь значимых людей или любимых животных.

Можно выделить несколько направлений, актуальных в реабилитационной работе с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья с помощью сказкотерапии:

– психокоррекция эмоционально-волевых нарушений;

– преодоление чувства страха и неуверенности посредством сочинения сказочных сюжетов и их проигрывания;

---

<sup>13</sup> Ткач Р. М. Сказкотерапия детских проблем. – СПб.: Речь, 2008.

- обретение свободного опыта общения через ролевое действие сказочного героя у детей-инвалидов с трудностями общения;
- формирование творческого потенциала ребенка-инвалида через сказки.

Выделяют несколько видов сказок для работы с детьми с ОВЗ.

- *Художественные сказки* – все литературное наследие наших предков, то, что мы собственно и привыкли называть сказками, мифами, легендами и пр. Художественные сказки могут быть народными и авторскими. Они содержат опыт, мировоззрение, систему ценностей как отдельного автора, так и этноса в целом.

- *Дидактические сказки* создают положительную мотивацию к учебному процессу. Данная категория сказок призвана передавать в доступной метафорической форме дидактический материал, а также учебные задания и инструкции. Преимущество дидактических сказок еще и в том, что ребенок на бессознательно-символическом уровне может находить выход из тревожащих его ситуаций.

- *Психокоррекционные сказки*. В них метафорически отражаются эмоциональные и поведенческие затруднения, трудности во взаимоотношениях, тревоги, обиды, страхи и пр. Герой психокоррекционной сказки оказывается перед лицом ситуации, похожей на реальную проблему пациента. Взрослый описывает мысли и чувства, которые овладевают героем, фактически вербализируя эмоциональное состояние пациента. Далее герой психокоррекционной сказки ищет способы выхода из проблемной ситуации. Таким образом, психокоррекционные сказки расширяют спектр моделей поведения и подсказывают альтернативы решения сложных ситуаций.

- *Медитативные сказки* – это сказки, способствующие процессу погружения, медитации. Для медитативных сказок важно отсутствие явного конфликта и отрицательных героев. Ведь задача этих сказок – снятие напряжения, невротических симптомов. В тексте медитативной сказки могут присутствовать образы всех 5 модальностей восприятия: зрительной, слуховой, обонятельной, вкусовой, тактиль-



ной (кожной). Медитативные сказки рассказываются под специальную музыку, способствующую расслаблению.

Социальный работник может сам создавать психокоррекционные сказки для ребенка, при этом, по мнению Р. М. Ткач<sup>14</sup>, необходимо придерживаться определенных правил:

1) сказка должна быть в чем-то идентичной проблеме ребенка, но ни в коем случае не иметь с ней прямого сходства;

2) сказка должна предлагать замещающий опыт, используя который ребенок может сделать новый выбор при решении своей проблемы, либо в этом должен помочь психолог;

3) сказочный сюжет должен разворачиваться в определенной последовательности:

*Жили-были...* Начало сказки, встреча с ее героями. Для детей 3–4 лет рекомендуют делать главными героями сказок игрушки, маленьких человечков и животных. Начиная с 5 лет – фей, волшебников, принцесс, принцев, солдат и пр. Примерно с 5–6 лет ребенок предпочитает волшебные сказки. В подростковом возрасте могут быть интересны сказки-притчи и бытовые сказки.

*И вдруг однажды...* Герой сталкивается с какой-то проблемой, совпадающей с проблемой ребенка.

*Кульминация.* Герои сказки справляются с трудностями.

*Развязка.* Развязка терапевтической сказки должна быть позитивной.

*Мораль сказки.* Герои сказки извлекают уроки из своих действий. Их жизнь радикально изменяется.

Психокоррекционную сказку можно просто прочитать ребенку, не обсуждая. Таким образом, мы дадим ему возможность побыть наедине с самим собой и подумать. Если ребенок захочет, то можно обсудить с ним сказку, проиграть ее с помощью кукол, рисунков, песочницы и миниатюрных фигурок.

Алгоритм создания психокоррекционной сказки:

---

<sup>14</sup> Ткач Р. М. Сказкотерапия детских проблем. – СПб.: Речь, 2008.

1. Подобрать героя, близкого ребенку по полу, возрасту, характеру.

2. Описать жизнь героя в сказочной стране так, чтобы ребенок нашел сходство со своей жизнью.

3. Поместить героя в проблемную ситуацию, похожую на реальную ситуацию ребенка, и приписать герою все переживания ребенка.

4. Поиск героем сказки выхода из создавшегося положения. Для этого необходимо начинать усугублять ситуацию, приводить ее к логическому концу, что также подталкивает героя к изменениям. Герой может встречать существ, оказавшихся в таком же положении, и смотреть, как они выходят из ситуации; он встречает «фигуру психотерапевта» – мудрого наставника, объясняющего ему смысл происходящего и т. д. Задача терапевта – через сказочные события показать герою ситуацию с разных сторон, предложить ему альтернативные модели поведения, помочь найти позитивный смысл в происходящем.

5. Осознание героем сказки своего неправильного поведения и становление на путь изменений.

Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой и ее сотрудниками описаны разные формы и приемы работы со сказкой, с которыми можно познакомиться, например, в работе «Практикум по сказкотерапии».<sup>15</sup> Кратко опишем их.

1. *Анализ сказок.* Цель – осознание, интерпретация того, что стоит за каждой сказочной ситуацией, конструкцией сюжета, поведением героев.

Например, для анализа выбирается известная сказка. При этом ребенку предлагается ответить на ряд вопросов: «Как вы думаете, о чем эта сказка?»; «Кто из героев больше всего понравился и почему?»; «Почему герой совершил те или иные поступки?»; «Что произошло бы с героями, если они не совершили бы тех поступков,

---

<sup>15</sup> Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2000.

которые описаны в сказке?», «Что было бы, если бы в сказке были одни хорошие или плохие герои?», а также другие вопросы.

Данная форма работы применяется для детей в возрасте от 5 лет, подростков и взрослых.

*2. Рассказывание сказок.* Прием помогает проработать такие моменты, как развитие фантазии, воображения, способности к децентрации. Процедура состоит в следующем: ребенку или группе детей предлагается рассказать сказку от первого или от третьего лица. Можно предложить ребенку рассказать сказку от имени других действующих лиц, участвующих или не участвующих в сказке. Например, как сказку о Колобке рассказала бы лиса, Баба Яга или Василиса Премудрая. «Давайте попробуем рассказать историю Колобка глазами Бабы Яги, лисы, Василисы Премудрой или пенька, на котором сидел Колобок».

*3. Переписывание сказок.* Переписывание и дописывание авторских и народных сказок имеет смысл тогда, когда ребенку или подростку чем-то не нравится сюжет, некоторый поворот событий, ситуаций, конец сказки и т. д. Это – важный диагностический материал. Переписывая сказку, дописывая свой конец или вставляя необходимых ему персонажей, клиент сам выбирает наиболее соответствующий его внутреннему состоянию поворот и находит тот вариант разрешения ситуаций, который позволяет освободиться ему от внутреннего напряжения – в этом заключается психокоррекционный смысл переписывания сказки.

*4. Постановка сказок с помощью кукол.* Работая с куклой, ребенок видит, что каждое его действие немедленно отражается на поведении куклы. Это помогает ему самостоятельно корректировать свои движения и делать поведение куклы максимально выразительным. Работа с куклами позволяет совершенствовать и проявлять через куклу те эмоции, которые обычно ребенок по каким-то причинам не может себе позволить проявить.

*5. Сочинение сказок.* В каждой волшебной сказке есть определенные закономерности развития сюжета. Главный герой

появляется в доме (в семье), растет, при определенных обстоятельствах покидает дом, отправляясь в путешествия. Во время странствий он приобретает и теряет друзей, преодолевает препятствия, борется и побеждает зло и возвращается домой, достигнув цели. Таким образом, в сказках дается не просто жизнеописание героя, а в образной форме рассказывается об основных этапах становления и развития личности.

События сказки вызывают у человека эмоции, герои и их отношения между собой проецируются на обыденную жизнь, ситуация кажется похожей и узнаваемой. Сказка напоминает о важных социальных и моральных нормах жизни в отношениях между людьми, о том, что такое хорошо и что такое плохо. Она дает возможность проявить значимые эмоции, выявить внутренние конфликты и затруднения. Во время прослушивания страшных сказок или сказок «со страшными» эпизодами ребенок учится разряжать свои страхи, его эмоциональный мир становится гибким и насыщенным.

Кроме этого, сказку можно использовать как контекст игры ребенка. Игры по сказкам используются для закрепления усвоения содержания сказок, для развития памяти, внимания, мышления и развития речи у детей с ОВЗ. Приведем несколько игровых приемов работы со сказкой.

- **Что сначала – что потом**

Используются иллюстрации из сказки, повторяющие последовательность сюжета. Эти картинки нужно перепутать и предложить ребенку восстановить последовательность сюжета, расставив картинки по порядку. Либо, убрав одну из них, предлагаем рассказать, какого эпизода в сказке не хватает. В этой игре развивается сообразительность, быстрота реакции, память.

- **Собери картинку**

Иллюстрации к сказке можно разрезать на несколько частей, по принципу мозаики, предложив ребенку собрать картинку из частей и угадать из какой сказки этот эпизод. Эта игра развивает воображение, способность к высказываниям.

# **ГЛАВА 3**

## **СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С СЕМЬЕЙ, ИМЕЮЩЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**

---

### **3.1. ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЬИ**

О том, что семья является первым институтом социализации, что именно здесь происходит постепенное формирование, закрепление социально значимых моделей поведения, которые впоследствии становятся социально значимыми личностными качествами, что именно эмоционально-насыщенное общение в семье для ребенка становится важным условием его нормального психического развития, – написано немало психологической и педагогической литературы. Традиционно семья рассматривается как социальная среда, обеспечивающая полноценное психическое развитие ребенка.

Однако семья может выступать также как фактор, дестабилизирующий, искажающий психофизическое и социальное развитие ребенка. Потому особенно остро встает вопрос о сопровождении семьи участковыми социальными работниками, об оказании своевременной помощи в опознании возникших проблем и о поиске путей их решения. Кроме того, острым является вопрос и о профилактике социального сиротства.

Семья как базовая элементарная единица социума призвана выполнять целый ряд функций, имеющих значение не только для каждого ее члена, но и для общества в целом:

– воспитательная функция семьи состоит в том, что удовлетворяются индивидуальные потребности в отцовстве и материнстве; в контактах с детьми и их воспитании; в том, что родители могут «реализоваться» в детях;

– хозяйственно-бытовая функция семьи заключается в удовлетворении материальных потребностей членов семьи (в пище, крове и т. д.), содействует сохранению их здоровья: в ходе выполнения семьей этой функции обеспечивается восстановление затраченных в труде физических сил;

– эмоциональная функция семьи – удовлетворение ее членами потребностей в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите. Данная функция обеспечивает эмоциональную стабилизацию членов общества, активно содействует сохранению их психического здоровья;

– функция духовного (культурного) общения – удовлетворение потребностей в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении, она играет значительную роль в духовном развитии членов общества;

– функция первичного социального контроля – обеспечение выполнения социальных норм членами семьи, в особенности теми, кто в силу различных обстоятельств (возраст, заболевание и т. п.) не обладает в достаточной степени способностью самостоятельно строить свое поведение в полном соответствии с социальными нормами;

– сексуально-эротическая функция – удовлетворение сексуально-эротических потребностей членов семьи. С точки зрения общества важно, что семья при этом осуществляет регулирование сексуально-эротического поведения ее членов, обеспечивая биологическое воспроизводство общества.<sup>16</sup>

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья зачастую является фактором, приводящим к нарушению, а иногда и невозможности выполнения всех функций семьи. Невыполнение (невозможность выполнения) этих функций приводит к семейным нарушениям, а также нарушению психологического здоровья ее членов. Причем данный фактор можно рассматривать и как острый

---

<sup>16</sup> Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999.

сверхсильный раздражитель, вызывающий ярко выраженные эмоциональные переживания членов семьи; и как хронически действующий, создающий чрезмерную физическую и психическую нагрузку, т. к. в течение длительного периода времени члены семьи будут включены в общение и совместное времяпрепровождение с ребенком, который по социальным меркам является «иным», «не таким», а соответственно целый ряд родительских потребностей, ожиданий, установок будет фрустрирован.

Д. В. Зайцев считает необходимым дополнительно выделить ряд функций, реализуемых семьей, имеющей ребенка с проблемами в развитии:

1) абилитационно-реабилитационную, сущность которой состоит в восстановлении психофизического и социального статуса нетипичного ребенка, включении его в социальную среду, в приобщении к нормальной жизни и труду в пределах его возможностей;

2) корригирующую, которая направлена на исправление, ослабление или сглаживание недостатков психофизического развития детей с ограниченными возможностями;

3) компенсирующую, направленную на замещение, перестройку нарушенных или недосформированных функций организма, на его приспособление к негативным условиям жизнедеятельности и попытку заменить пораженные, вышедшие из строя или непродуктивно работающие структуры относительно сохранными, компенсаторными механизмами.

Семья, столкнувшаяся с трудностью, более или менее активно противодействует ей, стремится предотвратить ее неблагоприятные последствия. Семьи реагируют на трудности весьма различно. В одних случаях трудности оказывают явно мобилизующее, интегрирующее воздействие; в других, напротив, ослабляют семью, ведут к нарастанию в ней противоречий. Неодинаковая устойчивость семей по отношению к трудностям объясняется по-разному. Чаще всего говорят об определенном механизме, обеспечивающем успешное противодействие нарушению, – о «механизме решения проблем»; либо

об определенных особенностях семьи, благодаря которым она легче приспосабливается к неблагоприятным условиям (гибкость взаимоотношений, средняя степень четкости в формулировке ролевых ожиданий, сплоченность семьи, открытость в восприятии окружающего мира, т. е. отсутствие тенденции игнорировать какую-то часть информации о мире и др.). В любом случае, значимыми оказываются личностные особенности ее членов.

Важный вопрос – каковы цели, мотивы, установки родителей, как они представляют себе осуществление родительской роли. В семье с ребенком с отклонениями в развитии ценностные ориентации и мотивационные установки родителей смещаются и деформируются.<sup>17</sup> В том случае, если мать или отец принимают дефект ребенка и особенности его развития, в их сознании возникает мотивация на оказание помощи ребенку, на преодоление тех недугов, которыми он страдает. Непринятие дефекта ребенка приводит к дезадаптации родителя, внутриличностному конфликту.

Инвалидность ребенка, чаще всего, становится причиной глубокой и продолжительной социальной дезадаптации не одного родителя, а всей семьи. Действительно, рождение малыша с отклонениями в развитии, независимо от характера и сроков его заболевания или травмы, изменяет, а нередко нарушает весь ход жизни семьи. Обнаружение у ребенка дефекта развития и подтверждение инвалидности почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние, семья оказывается в психологически сложной ситуации. Родители впадают в отчаяние, кто-то плачет, кто-то несет боль в себе, они могут стать агрессивными и озлобленными, полностью отдалиться от друзей, знакомых, часто и от родственников. Это время боли, которую необходимо пережить, время печали, которая должна быть излита. Только пережив горе, человек способен рассмотреть ситуацию спокойно, более конструктивно подойти к решению своей проблемы.

---

<sup>17</sup> Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие. – М.: Просвещение, 2008.



Психологи выделяют четыре фазы психологического состояния родителей в процессе становления их позиции к ребенку-инвалиду.

*Первая фаза* – шок – характеризуется состоянием растерянности, беспомощности, страха, возникновением чувства собственной неполноценности.

*Вторая фаза* – неадекватное отношение к дефекту – характеризуется негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией. На этом этапе происходит постепенная смена сильнейших чувств. Первая реакция – неприятие: «это не могло случиться со мной». Неприятие быстро сменяется злостью, которая может быть направлена на медицинских работников, которые рассказали родителям об инвалидности ребенка. Злость может повлиять и на взаимоотношения между супругами, с дедушками и бабушками, другими важными для семьи родственниками. Ее порождает чувство большого горя и огромной неожиданной потери, которое невозможно объяснить или побороть.

Страх – еще одна реакция. Люди больше боятся неизвестности, чем известности, точная информация о диагнозе и перспективах ребенка в будущем пугает меньше, чем неизвестность. Что с ним будет, когда я умру? Потом возникают другие вопросы: «Он когда-нибудь выучится? Сможет он окончить колледж? Сможет ли он любить, жить, смеяться, делать все то, о чем мы мечтали?». Родители боятся, что состояние ребенка может быть самым худшим из возможных.

Далее следует чувство вины и беспокойства по поводу того, что они – родители – могли стать причиной инвалидности ребенка. Они думают: «Я сделал что-то не так? Я наказан за что-то? Я недостаточно следила за собой во время беременности? Следила ли моя жена за собой во время беременности?» Иногда чувство вины может выражаться в религиозном аспекте в виде наказания или кары божьей. Часто родители, плача, спрашивают: «Почему я? Почему мой ребенок? Почему бог дал это мне?», как часто мы поднимаем глаза к небу и спрашиваем, что мы сделали, чтобы заслужить такое испытание.

Для этого периода также характерно замешательство. Оно происходит от того, что человек не до конца понимает, что происходит и что может произойти. Замешательство проявляется в бессоннице, неспособности принимать решения, эмоциональной перегруженности, информация может казаться неясной и искаженной. Родитель слышит слова, которых раньше нигде не слышал, термины, которые описывают то, что он не понимает. Он пытается понять и найти смысл в той информации, которую получает. Часто родители и те, кто пытается донести информацию об инвалидности ребенка, говорят на разных языках.

*Третья фаза* – частичное осознание дефекта ребенка, сопровождаемое чувством «хронической печали». Это депрессивное состояние, являющееся результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, следствием отсутствия у него положительных изменений. В этой фазе проявляется бессилие, невозможность изменить ситуацию: родители не могут изменить тот факт, что у их ребенка есть инвалидность, но им необходимо чувствовать, что они могут справиться со своими жизненными проблемами. Появляется разочарование. Тот факт, что ребенок несовершенен, задевает Эго родителей (систему представлений о себе как личности) и бросает вызов их системе ценностей. Непринятие может быть по отношению к ребенку, медикам, супругу. Одной из самых сильных форм неприятия, которая встречается редко, является тайное желание смерти ребенка. Такое чувство посещает родителей, находящихся в глубокой депрессии.

*Четвертая фаза* – начало социально-психологической адаптации всех членов семьи, вызванной принятием дефекта, установлением адекватных отношений со специалистами и достаточно разумным следованием их рекомендациям.

К сожалению, далеко не все мамы и папы проблемных детей приходят к правильному решению, обретая жизненную перспективу и смысл жизни. Многие это самостоятельно сделать не могут. В результате нарушается способность приспособления к социальным условиям жизни. На семью с ребенком-инвалидом накладываются

медицинские, экономические и социально-психологические проблемы, которые приводят к ухудшению качества ее жизни, возникновению семейных и личных проблем. Не выдержав навалившихся трудностей, семьи с детьми-инвалидами могут самоизолироваться, потерять смысл жизни.

Как правило, нагрузка (эмоциональная, физическая, психологическая), связанная с обслуживанием такого ребенка, неодинаковым образом распределяется между членами семьи. Кеннет Теркельсен разработала концепцию «трех уровней вовлечения», описывающую типичную ситуацию, которая складывается в семье. Семья разделяется на три слоя (подгруппы), которые концентрируются вокруг ребенка-инвалида и различаются степенью и характером вовлеченности в опеку.<sup>18</sup>

Первый, внутренний, слой – это обычно один человек, чаще всего мать – тот член семьи, который берет на себя роль главного опекуна и на которого приходится основная тяжесть повседневного ухода, надзора, обслуживания. Жизнь матери полностью сосредоточивается на ребенке с отклонениями в развитии. Именно она становится связующим звеном между ребенком и миром, денно и нощно думает о потребностях и нуждах ребенка, заботится об их удовлетворении. Ее жизнь – это непрерывный поток дел, связанных с ребенком, все ее мысли – о том, что было сделано и что еще должно быть для него сделано. Сам факт того, что именно она произвела на свет вместо «чуда» больное существо, заставляет ее невыносимо страдать. У матерей часто наблюдаются истерики, депрессивные состояния. Женщина постоянно находится в состоянии усталости. Уход женщины с любимой работы не только лишает ее заработка, но и изменяет ее социальный статус, ставит в зависимое положение от мужа, от семьи.

Второй слой – это члены семьи (чаще всего отец), которые в меньшей степени участвуют в повседневной опеке, они не участву-

---

<sup>18</sup> Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999.

ют в жизни ребенка все время, непрерывно (как главный опекун). Они продолжают работать или учиться. Покидая дом, они откладывают в сторону все, что относится к этому ребенку, их поглощают другие проблемы, поэтому этот слой заметно отличается от первого. Им труднее оторваться от своих многочисленных профессиональных, учебных, личных и других дел. В результате они могут начать бояться ребенка и всего, что с ним связано, так как он может стать угрозой для их планов, увлечений и т. д. Страх перед ребенком может перерасти в страх перед главным опекуном, может начаться осознаваемое или неосознаваемое возведение защитных барьеров перед главным опекуном – матерью. Сплоченность семьи может начать разрушаться.

*Третий слой* – наружный. Его составляют близкие и дальние родственники, друзья, которые знают о проблемах, связанных с ребенком с нарушениями в развитии, интересуются ими, однако практически не имеют с ним повседневного контакта. Их мнения и поступки осложняют положение главного опекуна и других членов семьи, усиливают их чувство вины и беспомощности.

С появлением в семье ребенка с ОВЗ изменения касаются и социального взаимодействия семьи. В силу возникающих многочисленных трудностей семья становится малообщительной и избирательной в контактах.

Это испытание оказывает также деформирующее воздействие на взаимоотношения между родителями больного ребенка. Одним из самых печальных проявлений, характеризующих состояние семьи после рождения ребенка с отклонениями в развитии, является развод. Не всегда внешней причиной развода называется больной ребенок. Чаще всего родители детей, объясняя причину разрыва семейных отношений, ссылаются на испортившийся характер супруги (или супруга), отсутствие взаимопонимания в семье, частые ссоры и, как следствие, охлаждение чувств.

Еще один тип последствий – психосоматические нарушения, возникающие у родителей больного ребенка, чаще у матери. Психоэмоциональное напряжение, в котором находится мать, чрезмерные

по силе и длительности негативные эмоции становятся своеобразным «пусковым крючком» для возникновения разнородных психосоматических реакций. Матери больных детей жалуются на колебания артериального давления, бессонницу, частые и сильные головные боли, нарушения терморегуляции, расстройства менструального цикла и ранний климакс; частые простуды и аллергию; сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания; выраженное или тотальное поседение; проблемы, связанные с желудочно-кишечным трактом. Матери больных детей часто жалуются на общую усталость, отсутствие сил, а также отмечают состояние общей депрессии и тоски.

Можно говорить также о специфических переживаниях родителей детей с различными нарушениями развития.<sup>19</sup>

### **Умственно отсталые дети**

Предметом глубоких эмоциональных переживаний родителей и близких умственно отсталых детей являются особенности их психофизических нарушений, и в первую очередь недостаточность интеллектуальной деятельности. Данная аномалия, несмотря на имеющийся потенциал к развитию и позитивную динамику в целом, исключает возможность полного выздоровления ребенка, успешной социально-трудовой адаптации и самостоятельной полноценной жизни в социуме.

Родители умственно отсталых детей чрезвычайно боятся и стыдятся диагноза, поставленного их ребенку в силу того, что в бытовом сознании сами родители «больного» ребенка воспринимаются как больные либо люди с вредными привычками (например, алкоголики). Они используют все возможности для изменения диагноза на другой, по их мнению, более приемлемый и «щадящий» (ранний детский аутизм, детский церебральный паралич и др.).

Умственно отсталый ребенок воспринимается различными социальными группами испытуемых, в том числе и родителями, нега-

---

<sup>19</sup> Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие. — М.: Просвещение, 2008.

тивно. Это и объясняет глубину переживаний родителей умственно отсталых детей.

Отношение матерей к умственно отсталым детям имеет противоречивый характер. С одной стороны, матери проявляют жалость к детям. Несамостоятельность умственно отсталых детей заставляет матерей их опекать и контролировать. С другой стороны, у матерей умственно отсталых детей часто проявляется усталость, раздражение, желание наказать ребенка, игнорировать интересы ребенка в силу их примитивности. Эмоциональное состояние матерей характеризуется депрессией, чувством вины, горя, стыда и страдания.

### **Дети с детским церебральным параличом**

Наиболее фрустрирующими психику родителей детей с ДЦП являются двигательные расстройства. Во-первых, они сопровождаются внешней уродливостью: обезображенная фигура ребенка, гримасы, характерные нарушения речи, модуляции голоса, постоянная саливация, что привлекает постоянное внимание окружающих. Во-вторых, обездвиженность или особые трудности при передвижении предполагают необходимость постоянной физической помощи больным детям, постоянного ухода за ними, что требует от самих родителей особых усилий. Даже те дети, у которых в минимальной степени нарушена функция передвижения, все равно вызывают у родителей глубокие эмоциональные переживания.

Преобладающим стилем воспитания в семьях, в которых растут дети и подростки с детским церебральным параличом, является гиперопека. Этот тип взаимоотношений проявляется в чрезмерной родительской заботе о ребенке, в необычайной ему преданности. Такое отношение к ребенку сопровождается возникновением у родителей эмоционально-волевых проблем (тревожности, фрустрированности), матери фиксируются на физической и психической беспомощности их детей. Среди семей, воспитывающих детей с двигательной патологией, существуют и такие, в которых имеет место эмоциональное отвержение больного ребенка, проявляющееся в жестоком обращении (пример: ребенок, прикрепленный цепью к собачьей будке). Причем

модель семейного воспитания часто зависит от психологических особенностей самих родителей, их ценностного отношения к ребенку и культурного уровня.

### **Дети с задержкой психического развития, осложненной выраженными нарушениями поведения**

Возможная «обратимость» возникших нарушений в случае проведения соответствующих коррекционных мероприятий предопределяет временный характер трудностей и делает этих детей одной из перспективных для сознания родителей категорий. Однако сопутствующие нарушения, возникающие в ряде случаев у детей с психогенной и органической задержкой, вызывают у родителей особые проблемы социального характера. К таким проблемам относятся выраженные и стойкие психопатоподобные расстройства поведения, осложняющие процесс развития ребенка с ЗПР, проявляющиеся в бессмысленном упрямстве, немотивированной грубости, злобности и агрессивности, в наличии постоянного желания быть в центре внимания, ярко выраженном эгоизме ребенка. Патологическое развитие личности, проявляющееся в постоянных конфликтах, социальной неадекватности и социально неприемлемых формах поведения детей, вызывает у родителей чувство безысходности и полной потери связи с ребенком.

### **Дети с недостатками речевого развития**

Особенности развития детей с алалией, афазией, дизартрией, анартрией, заиканием и другими тяжелыми речевыми нарушениями являются отягощающими для психики родителей. Именно нарушение речи или ее полное отсутствие является предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера, отчужденности и отгороженности в родительско-детских отношениях. Проблемы речевого развития ребенка выступают как фактор, снижающий возможности социального общения ребенка. Такой ребенок может рассматриваться родителями как имеющий меньшие социальные перспективы в будущем.

## **Дети с сенсорными нарушениями**

В группе родителей детей с нарушениями слуха можно выделить две категории: родители с нормальным слухом и родители, также страдающие нарушением слуховой функции. Вторая группа родителей не испытывает особых переживаний в силу идентификации нарушений ребенка с их собственными. Для родителей первой группы нарушение слуха у ребенка является фрустрирующим препятствием к установлению естественного социального контакта и межличностных связей. Это влечет за собой искажение внутрисемейных отношений и родительских (в первую очередь отцовских) позиций, провоцирует негативное отношение глухих детей к близким и оказывает деформирующее влияние на развитие личности глухих детей.

Предметом особого беспокойства для родителей детей с нарушениями зрения являются трудности пространственной ориентировки детей, вследствие чего транспортная проблема становится одной из наиважнейших. Родители постоянно тревожатся о том, как их дети смогут преодолевать эту проблему самостоятельно. У детей с нарушениями зрения часто формируются инфантильные и эгоистические черты, личностная незрелость, проявляется «эмоциональная глухота» к потребностям близких. Именно поэтому родительско-детские отношения в семьях, воспитывающих детей с нарушениями зрения, также часто характеризуются как неадекватные.

Выраженные нарушения сенсорных функций, отягощенные интеллектуальными расстройствами, вызывают особо тягостные переживания родителей. Чаще всего такие дети обучаются в специальных учреждениях интернатного типа или же в учреждениях социальной защиты.

## **Аутичные дети**

Особенности коммуникативно-потребностной сферы аутичного ребенка проявляются не только в нарушениях акта коммуникации, но и в особенностях его речи (мутизме, речевых штампах, эхолалиях, аутодиалогах), а также в факторах, сопровождающих речевое высказывание (несформированности мимики и жеста). Недостаточность



структурных компонентов коммуникативной сферы сопровождается при аутизме несформированностью у детей мотивации к общению. Это, в свою очередь, объясняет недостаточность навыков социально-бытовой ориентации и влечет за собой особую потребность в формировании навыков самообслуживания и создании особых условий для приема пищи.

Травмирующим фактором, влияющим на эмоциональный статус родителей, безусловно, является нарушение способности ребенка к установлению адекватного контакта с окружающим социумом и с ними лично. Впоследствии эта черта ребенка проявляется в виде социально-бытовой неприспособленности и нарушения социальной адаптации. Родители тяжело страдают из-за отсутствия потребности у ребенка к адекватному контакту (прижаться, приласкаться к матери или отцу, посмотреть им в глаза, побеседовать).

### **3.2. ДИАГНОСТИКА ПРОБЛЕМ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

*Предметом* психологического изучения и коррекции в межличностных взаимодействиях являются отношения между:

- матерью и ребенком с отклонениями в развитии;
- отцом и ребенком с отклонениями в развитии;
- матерью и отцом ребенка с отклонениями в развитии;
- матерью и родственниками отца ребенка с отклонениями в развитии;
- матерью ребенка с отклонениями в развитии и ее родственниками;
- ребенком с отклонениями в развитии и его здоровыми братьями и сестрами.

Психологическое изучение семьи включает диагностику личностных особенностей членов семьи (родителей, близких родствен-

ников) ребенка с отклонениями в развитии, что связано с определением индивидуальных психологических характеристик лиц, находящихся под воздействием длительно действующего психотравмирующего стресса. Психологическая диагностика осуществляется для изучения специфики внутрисемейного климата, характера взаимодействия родителей с проблемным ребенком, моделей воспитания, используемых родителями, особенностей родительского восприятия проблем ребенка.

Данные, полученные при изучении психологических особенностей родителей и членов семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, позволяют оптимизировать условия жизни ребенка и привлечь родителей к активному и плодотворному участию в коррекционно-развивающем процессе. Для этого требуется изучить:

- личностные особенности родителей и членов семьи;
- внутрисемейный климат и межличностные контакты в семье;
- факторы, влияющие на родительские позиции (отцовскую и материнскую) по отношению к ребенку;
- уровень воспитательской и педагогической компетентности родителей;
- воспитательские качества, умения и способности родителей, выступающих в качестве педагогов своих детей;
- социально-культурные условия жизни семьи на разных возрастных этапах развития ребенка;
- ценностные ориентации родителей различных социально-культурных групп в отношении ребенка;
- основные типы взаимодействия в семьях с проблемным ребенком;
- модели воспитания в семье;
- формы родительского участия в формировании навыков социальной и трудовой адаптации ребенка;

- влияние родительской позиции на формирование личности ребенка;
- мотивационно-потребностную сферу родителей;
- особенности внутренних личностных переживаний родителей (близких лиц), связанных с нарушениями развития ребенка;
- влияние фактора присутствия в семье ребенка с психофизическими недостатками на развитие и контакты его здоровых братьев и сестер;
- особенности отношения здоровых братьев и сестер к ребенку с ОВЗ;
- динамику родительско-детских и детско-родительских отношений под воздействием психокоррекции;
- в сравнении родительские позиции отцов и матерей детей с ОВЗ.

Методы изучения проблем семьи – традиционные для проведения социально-психологической, психолого-педагогической и собственно психологической диагностики – наблюдение, беседа, анкета, тесты-опросники, проективные методики.

В процессе диагностики проблем семьи необходимо поставить перед собой следующие вопросы<sup>20</sup>:

- 1) Какие проблемы беспокоят клиента, людей из его окружения, а также специалиста?
- 2) Каким образом, когда и кто заметил проблему или потребность и что этому предшествовало?
- 3) Каковы основные внутриличностные, межличностные, групповые и местные стрессовые факторы, мешающие адекватно или оптимально функционировать клиенту или помогающие объяснить необходимость социальной помощи?
- 4) Насколько адекватно клиент выполняет свои роли в той системе, частью которой он является?

---

<sup>20</sup> Настольная книга социального работника / под ред. В. И. Жукова. – М.: Гном и Д, 2008.

5) Насколько сильна у клиента мотивация для принятия помощи от специалиста или других людей? Есть ли признаки положительной мотивации и какова природа сопротивления?

6) Какими возможностями при оказании помощи располагают конкретное лицо, семья, группа или система социальной поддержки?

7) Какова взаимосвязь характеристик клиента, социальных условий и согласованных целей в ходе решения проблемы?

8) Какие действия наилучшим образом будут отвечать потребностям лица или семьи?

9) Какие возможности и какие сложности присущи отношениям между лицами, входящими в семью или другую группу?

10) Существуют ли проблемы среди членов семьи или группы?

11) Насколько эффективны (неэффективны) формы общения, включая степень открытости для появления новых партнеров по общению?

12) Каковы основные возможности для формальных и неформальных ролей и насколько они эффективны?

13) Кто из окружения клиента принимает решение, какие процедуры использует и как это влияет на достижение целей индивидов и системы?

14) Каковы основные конфликты, касающиеся клиента, и какие меры принимаются для их решения?

15) Какие ценности и нормы определяют поведение членов семьи или группы клиентов и как обеспечивается соблюдение этих норм?

16) Какие социокультурные контакты и взаимодействия семьи и группы в рамках более крупных образований оказывают влияние на индивида и систему в целом?

Остановимся более подробно здесь на актуальном для работы с семьей, имеющей ребенка с ОВЗ, методе – *беседа или интервью*, который может быть использован в случае необходимости изучения микроклимата и микроокружения семьи.

Технология ведения беседы изложена Ю. Е. Алесиной<sup>21</sup>:

1. *Ограничение речи социального работника в диалоге*, речь участкового социального работника должна быть краткой, немногословной и точной. Если родитель сам говорит по делу, нужно стараться по возможности ничем его не перебивать. Паузы, не превышающие 1–2 мин, вполне естественны и означают, что человек работает, активно осмысливает свою жизнь.

2. *Приближение речи социального работника к языку родителей*, для этого рекомендуется: освободить речь от слов и выражений, которые могут быть неправильно поняты и истолкованы родителями; максимально использовать те слова и обороты, которые использует родитель; следить за тем, какую репрезентативную систему использует родитель для организации своего перцептивного опыта (аудиальную, визуальную или кинестетическую), использовать слова и выражения, соответствующие его репрезентативной системе.

3. *Анализ эмоциональных переживаний родителей* в связи с излагаемыми ими событиями и поступками необходим, чтобы родители лучше поняли, что действительно с ними происходит. Для этого используются техники работы на уровне чувств:

– предложение родителям нескольких возможных альтернатив ответа относительно вариантов чувств, которые они испытывают. Обычно предлагаются 2–3 альтернативы. Цель формулирования альтернатив – не поиск правильного ответа, а стимулирование родителей, демонстрация образцов, отталкиваясь от которых, легче описать свои чувства;

– использование парадоксальных вопросов с целью постановки под сомнение того, что родители считают абсолютно очевидным или само собой разумеющимся. Когда ставится под сомнение очевидное, то родители задумываются о том, что скрывается для них лично за подобного рода выражениями;

---

<sup>21</sup> Алесина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. – М.: Независимая фирма «Класс», 2004.

– уточняющие и углубляющие формулировки с целью постепенно переводить рассказ родителя с поверхностного на более глубокие уровни переживаний. При работе с уточняющими и углубляющими формулировками главное – не выходить за пределы очевидного, каждый шаг должен логично следовать из предыдущего;

– использование интерпретаций поведения родителей в связи с теми или иными базовыми человеческой природе эмоциями. Ю. Е. Алешина предлагает пользоваться двумерной моделью пространства человеческих проявлений, где одна из координат – ось любви, а другая – ось власти. Согласно распространенным на Западе взглядам большая часть человеческого поведения определяется этими базовыми эмоциями и потребностями, с ними связанными. Поэтому данная модель может служить удобным пособием для построения интерпретаций;

– перефразирование: то, что было негативным, основанием для беспокойства и переживаний, должно стать причиной положительных эмоций, способных если не полностью снять негативные переживания, то существенно уменьшить их значимость и интенсивность.

4. *Обеспечение контакта с родителями во время беседы* осуществляется посредством:

- *вербального (словесного) контакта* – через подбадривание, похвалу, выражение поддержки;

- *невербального (несловесного) контакта* – через контакт глаз, выражение лица, позу тела, тон и громкость голоса, использование паузы:

- контакт глаз – не следует долго и пристально смотреть в глаза родителю, но тем не менее необходимо смотреть на родителя, а не в сторону;
- выражение лица должно быть доброжелательным, не выдавать растерянности и смятения; выражение спокойствия и уверенности уже само по себе оказывает психологическое воздействие и способствует терапевтическому эффекту;

- поза тела не должна быть напряженной (сидит на краешке стула, руки с напряжением сжимают ручки кресла, непривычность и неестественность позы) или закрытой (традиционно закрытость позы связывают со скрещенными руками или ногами) – поза социального работника влияет на позу родителей;
- тон голоса должен быть доброжелательным, приглушенный голос в большей мере способствует возникновению у собеседника ощущения доверительности, интимности;
- наличие пауз подчеркивает значительность сказанного, необходимость осмыслить и понять, создает ощущение неторопливости, продуманности происходящего. Социальному работнику следует выдерживать паузу практически после любого высказывания родителей, кроме тех, которые непосредственно содержат вопрос. Пауза дает возможность добавить к тому, что сказано, поправить, уточнить.

Спонтанно высказанные *жалобы родителей* во время беседы или интервью В. В. Столин<sup>22</sup> предлагает структурировать по локусу жалобы, который делится на субъектный (на кого жалуется) и объектный (на что жалуется).

По *субъектному локусу* встречаются следующие основные виды жалоб (или их комбинаций):

- на ребенка (его поведение, развитие, здоровье и т. д.);
- на супруга (его поведение, особенности) или его отсутствие;
- на самого себя (свой характер, способности);
- на третьих лиц, в том числе на совместно проживающих в семье или вне семьи бабушек и дедушек.

---

<sup>22</sup> Столин В. В., Бодалев А. А. и др. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина; Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1989.

По *объектному* локусу можно выделить следующие виды жалоб:

- на нарушение психического или соматического здоровья или поведения (энурез, страхи, навязчивости);
- на ролевое поведение (несоответствие полу, возрасту, статусу) мужа, жены, детей, тещи, свекрови и т. п.;
- на поведение с точки зрения соответствия психическим нормам (например, нормам умственного развития ребенка);
- на индивидуальные психические особенности (сверхактивность, медлительность, «безволие» и т. п. для ребенка; отсутствие эмоциональности, решительности и т. п. для супруга);
- на психологическую ситуацию (потеря контакта, близости, понимания);
- на объективные обстоятельства (трудности с жильем, работой, временем, разлука и т. д.).

Также во время проведения беседы или интервью участковый социальный работник должен уметь выделять из жалоб самодиагноз и проблему.

*Самодиагноз* – это собственное объяснение человеком природы того или иного нарушения в семейной жизни, основанное на его представлениях о самом себе, о семье и человеческих взаимоотношениях. Часто самодиагноз выражает отношение человека к расстройству или его предполагаемому носителю. Самые распространенные самодиагнозы:

- «Злая воля» – негативные намерения лица, о котором идет речь, выступающего как причина нарушений или как вариант – указание на непонимание этим лицом каких-либо истин, правил и нежелание понять их.
- «Психическая аномалия» – отнесение лица, о котором идет речь, к психическим больным.
- «Органический дефект» – квалификация лица, о котором идет речь, как врожденно неполноценного.



- «Генетическая запрограммированность» – объяснение тех или иных поведенческих проявлений влиянием негативной наследственности.

- «Индивидуальное своеобразие» – понимание тех или иных поведенческих особенностей.

- «Собственные неверные действия» – оценка собственного настоящего или прошлого поведения (в том числе как воспитателя, супруга).

- «Собственная личностная недостаточность» – тревожность, неуверенность, пассивность и т. п. и, как следствие, неправильное поведение.

- «Влияние третьих лиц» – родителей, супруга, бабушек, дедушек, учителей.

- «Неблагополучная ситуация» – развод, школьный конфликт, перегрузка, болезнь и пр.

- «Направление» («Меня к вам направили...» и далее называется официальный орган, директор школы или иной руководитель).

*Проблема* – это указание на то, что человек хотел бы, но не может изменить. Называются следующие наиболее распространенные проблемы:

- Неуверен, хочу быть уверенным (в решении, оценке и т. д.).

- Не умею, хочу научиться (влиять, внушать, гасить конфликты, заставлять, терпеть и т. п.).

- Не понимаю, хочу понять (ребенка, его поведение; супруга, его родителей и т. д.).

- Не знаю, что делать, хочу знать (прощать, наказывать, лечить, уйти...).

- Не имею, хочу иметь (волю, мужество, терпение, способности и т. п.).

- Знаю, как надо, но не могу сделать, нужны дополнительные стимулы.

Участковому социальному работнику необходимо различать проблему родителей и объектный локус жалобы, формулируемый в виде проблемы лица, о котором идет речь. (Если речь идет о том, что бывший супруг или ребенок не понимает, не умеет и т. п., это не означает, что человек хочет что-то понять, узнать и т. п.)

Проводя диагностическую работу с родителями и лицами, их заменяющими, следует помнить, что зачастую они сопротивляются самому факту диагностики, делая акцент на том, что «со мной все в порядке», «проблемы не у меня, а у моего ребенка». Поэтому прежде чем начинать собственно диагностическую работу, необходимо установить психологический контакт с родителем, сформировать установку на совместное решение проблем, на поиск оптимальных условий для развития ребенка.

### **3.3. НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ С РЕБЕНКОМ С ОВЗ**

При работе с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, участковый социальный работник должен обращать внимание, прежде всего, на: 1) нормализацию психоэмоционального состояния родителей, помощь в поиске внутренних ресурсов для принятия новой жизненной ситуации – появление «особого» ребенка; 2) включение родителей в коррекционный процесс, обучение их навыкам выполнения коррекционных упражнений с ребенком.

Основными методами социального сопровождения семьи, имеющей ребенка с ОВЗ, являются социальный патронаж и консультирование.

**Социальный патронаж семьи** – это индивидуальная деятельность участкового социального работника, благодаря которой семья получает конкретную помощь и поддержку от социальной службы, призванной мобилизовать и повысить ее адаптационные возможности.

Социальный патронаж делится на психологический и педагогический патронажи. Социально-психологический патронаж реализует-

ся в различных формах длительно оказываемой психологической и социальной помощи семьям, переживающим конфликт или стрессовое состояние.

Специалисты, осуществляющие психологический патронаж, проводят консультирование; находят вместе с семьей альтернативные пути выхода из конфликтных ситуаций; выполняют посреднические функции между клиентом и его окружением; помогают снизить у клиента чувство тревожности.

Социальный патронаж способствует изучению и прояснению ситуации с учетом социального и психологического состояния клиента при использовании средств, снижающих уровень тревоги и предоставляющих эмоциональную поддержку, он направлен на оказание конкретной помощи по ликвидации кризисной или критической ситуации, сложившейся в семье, и на стабилизацию благоприятных тенденций. Кроме того, с помощью социального патронажа участковые социальные работники включаются в решение проблем семьи.<sup>23</sup>

Действуя в рамках патронажа, участковый социальный работник исполняет самые разнообразные функции-роли: доброжелательного и компетентного собеседника, помощника, посредника, советника, защитника. Он обладает способностью стабилизировать сложившуюся ситуацию, контролировать ход патронажа на всех фазах, приобщать членов семьи к решению общих семейных проблем, закреплять успехи, а также вносить необходимые коррективы в стратегию дальнейших действий.

Социально-педагогический патронаж включает в себя всестороннюю и действенную помощь семье, имеющей ребенка с ОВЗ, силами специалистов социальных служб, ориентирующихся на собственные педагогические возможности, а также на ресурсы социально-педагогического пространства.

---

<sup>23</sup> Антропова Т. В., Кузьменко Т. В. Основные практические подходы к психолого-социальной работе с молодой семьей [Электронный ресурс]. – URL: [www.utoriya.spb.ru](http://www.utoriya.spb.ru) (дата обращения: 05.09.2013).

Вторым методом социального сопровождения семьи, имеющей ребенка с ОВЗ (как было сказано выше) является **консультирование**.

Процесс консультирования имеет ряд этапов:

1-й этап – установление контакта и ориентирование семьи на работу.

2-й этап – сбор информации о семье, выяснение сути проблемы.

3-й этап – осознание желаемого результата, ответ на вопрос «Чего вы хотите добиться?».

4-й этап – выработка альтернативных решений, которую можно обозначить как «Что еще можно сделать по этому поводу?».

5-й этап – это обобщение в форме резюме результатов взаимодействия с семьей.

Необходимо отметить, что консультирование родителей осуществляется с учетом материнской и отцовской позиций родителей ребенка.

### **Особенности консультирования отцов**

У отцов детей с ОВЗ чаще проявляется следующая позиция: стремление скрыть существование больного ребенка, желание «не видеть» и не замечать наличие отклонений в его развитии, в некоторых случаях даже отсутствие желания обсуждать эту проблему. В отличие от материнской, отцовская позиция характеризуется большей закрытостью и отсутствием желания идентифицировать себя с больным ребенком. Переживания отца, вызванные проблемами ребенка, направляются чаще на сокрытие тяжести проблемы. Затем этот процесс у некоторых отцов трансформируется в отчуждение от переживаемого, далее – в отчуждение от проблемы и может завершиться полным отчуждением от самого ребенка. Такие отцы чаще стремятся исправить свою личную, жизненную ситуацию с помощью рождения другого ребенка или другого брака, а о том, что случилось, забыть.

Учитывая сложность и многоаспектность проблемы принятия отцами «дефектного» ребенка, выделим следующие направления в процессе консультирования:

- поддержка и развитие у отца ребенка потребности к сохранению семьи или, если развод неизбежен, формирование ответственности за содержание и материальное обеспечение ребенка и его матери;
- щадящее отношение к переживаниям отцов о будущем ребенка, снижение уровня травмированности по поводу психической и физической «дефектности» ребенка;
- развитие стремления к оказанию помощи матери ребенка, пониманию ее трудностей, к оказанию ей психологической поддержки;
- привлечение отца к общению с ребенком (воскресные прогулки, возложение на него ответственности за физическое развитие ребенка, совместный отдых, семейные праздники и др.);
- чрезвычайно актуальная для отцов проблема наследования решается посредством ознакомления с международными юридическими нормативными актами в отношении прав детей-инвалидов.

### **Особенности консультирования матерей**

Главное отличие материнской позиции от отцовской заключается в том, что дефект ребенка воспринимается подавляющим большинством матерей как данность, с которой нужно научиться жить. Матери принимают проблему ребенка качественно иначе, чем отцы. Активный или пассивный протест матерей прежде всего направляется против самого дефекта. *Матери не принимают дефект ребенка, но они не могут не принять самого ребенка, своего ребенка.* В этом проявляется основное свойство материнского инстинкта – сохранить зародившуюся жизнь, а затем постоянно оберегать, защищать и растить свое дитя, каким бы оно ни было.

В связи с этим действия социального работника в работе с матерями сосредоточены на следующих направлениях:

- снятие напряженности в контактах с ребенком и социумом;
- обсуждение проблем конкретной семьи как проблем, существующих во многих подобных семьях, а также в семьях, воспитывающих здоровых детей;
- формирование продуктивных форм взаимоотношений с ребенком в семье и в социуме;
- коррекция позиции матери, исключающей наличие проблем у ее ребенка (*«Мой ребенок – такой, как все, у него нет проблем. Вот подрастет, и все само собой пройдет»*);
- коррекция позиции матери, характеризующейся *гиперболизацией* проблем ребенка, уверенностью в бесперспективности его развития (*«Из него никогда ничего не получится!»*);
- коррекция позиции матери, минимизирующей проблемы ребенка, ожидающей чуда, которое внезапно сделало бы ребенка совершенно здоровым.

Обучение родителя (матери) специальным коррекционным и методическим приемам, необходимым для проведения занятий с проблемным ребенком в домашних условиях, является одной из задач в работе специалистов разного профиля при проведении коррекционно-развивающей работы с ребенком, в том числе и участкового социального работника. Однако вовлечение родителей в данный процесс должно осуществляться с учетом их индивидуальных особенностей. Поведенческие проявления родителей обусловлены их психофизиологическими особенностями. В. В. Ткачева выделила три типа реагирования родителей со сходными типологическими особенностями.<sup>24</sup>

*Первая группа* родителей – *психосоматичные*. У родителей этой группы проявляется предрасположенность к высокой нормативности поведения и сдержанности в проявлении эмоций. Им свойственно внутреннее субъективно-индивидуалистичное переживание своей проблемы, что сопряжено с возникновением психосоматических за-

---

<sup>24</sup> Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. – М.: УМК «Психология», 2004.

болеваний. Это самая многочисленная категория родителей. Они эмоционально более лабильны, чем представители двух других групп. Им свойственны более частые смены полярных настроений (то радость, то депрессия, вызванная незначительным поводом), у некоторых из них в большей степени проявляется тенденция к доминированию, как и у авторитарных родителей, но отсутствует аффективная форма реагирования на проблему стресса, как у авторитарных и невротичных. Они не устраивают скандалов и ссор, в большинстве случаев ведут себя корректно, сдержанно, а иногда замкнуто. В поведении, как правило, проявляется нормативность. Проблема ребенка, чаще скрываемая от посторонних взглядов, переживается ими изнутри. Это объясняется тем, что канал отреагирования проблемы, фрустрирующей психику, у данной категории родителей переведен во внутренний план переживаний (у двух остальных групп родителей он проявляется во внешнем плане либо слезами, истериками, либо скандалами, агрессией, окриком). Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере, что и обусловило название этой категории родителей.

Для родителей психосоматического типа характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка», все усилия направляются на оказание ему помощи. Иногда такие матери работают со своими детьми, максимально напрягая и изнуряя себя. Они практически не отдыхают и не жалуются, как невротичные, на потребность в этом. Порой кажется, что желание отдохнуть у них отсутствует даже при большой нагрузке и возникшей усталости (особенно в первые годы жизни ребенка). Этим родителям свойственно пожалеть ребенка, оказать ему помощь, услугу, а иногда и сделать за него то, что он не может сделать сам. Они склонны гиперопекать своих детей.

Психосоматичные родители стремятся найти лучших специалистов. В некоторых случаях они сами становятся таковыми для собственного ребенка, активно включаясь в его жизнь: участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, повышают свой об-

разовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами и проблемами больного ребенка. Некоторые матери данного типа, приобретая дефектологическое образование, становятся высокопрофессиональными специалистами и успешно оказывают помощь не только своим детям, но и чужим.

*Вторая группа родителей – невротичные.* У невротичных родителей эмоциональная реакция на стресс, вызванный рождением больного ребенка, проявляется повышенной тревожностью, различными страхами, глубокой депрессией (гипостенический тип реагирования). Эти особенности родителей в их взаимодействии с больным ребенком приобретают характер подчинения сложившимся обстоятельствам. Часто это проявляется в виде педагогической некомпетентности, воспитательской неумелости, а в отдельных случаях отторжением самого ребенка, вызывающего стресс. Фрустрирующая ситуация для этих родителей постепенно приобретает непреодолимый характер. Этому типу родителей свойственна пассивная личностная позиция, которую можно сформулировать следующим образом: *«Уж что есть, то и есть. Ничего не переделаешь. Каким ребенок родился, таким и будет!»* У родителей этой категории обычно не формируется способность к принятию проблемы ребенка и не развивается стремление к ее преодолению. Эта категория родителей чрезмерно фиксируется на отсутствии выхода из создавшегося положения, что значительно ухудшает их психологическое состояние.

Родители невротичного типа оправдывают собственную бездеятельность в отношении развития ребенка отсутствием прямых указаний со стороны специалистов, родственников или друзей на то, что с ребенком следует делать: *«А нам никто не говорил о том, что нужно заниматься с ним. Мы ничего и не знали!»* Практически во всем эти родители следуют жизненной формуле: пусть все идет в жизни, как идет. Они не понимают того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не болезни, а их собственной родительской педагогической несостоятельности.



Часть родителей, относящихся к этой группе, стремятся оградить ребенка от всех возможных проблем, и даже от тех из них, которые он может решить собственными силами. Такие родители удовлетворяются тем, что ребенок обучается делать что-то сам, и считают, что большего от него ждать нечего.

В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Это проявляется в стремлении избегать трудных жизненных ситуаций, а в отдельных случаях и в отказе от решения проблем. У части таких родителей постоянно сохраняется тревожный фон настроения, присутствуют излишние опасения чего-либо, что может повредить ребенку. Это, в свою очередь, передается ребенку и становится одной из причин формирования в нем невротических черт характера.

Родители этого типа недостаточно критично оценивают возможности своего ребенка, подсознательно стремятся скрыть его дефект и выдать желаемые результаты развития за действительные.

*Третья группа родителей – авторитарные.* Родители с импульсивно-инертными чертами (авторитарный тип) характеризуются тенденцией к резистентности и усиленной сопротивляемостью к фрустрирующему воздействию сложившихся обстоятельств, в крайнем случае проявляется тенденция к обособленности позиции. Эта группа родителей характеризуется активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны (советам родственников или специалистов). К родителям авторитарного типа можно отнести людей двух категорий: первые, узнав о дефекте ребенка, могут от него отказаться, оставив в роддоме; вторая категория, представленная преобладающей частью родителей, проявляет другую позицию – стойкое желание найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка. На предложение отказаться от ребенка такие родители реагируют как на личное оскорбление. Позиция родителей авторитарного типа характеризуется феноменом вытеснения негативных переживаний,

связанных с проблемами ребенка. Это значительно оптимизирует их состояние.

Родителям авторитарного типа, принявшим дефект ребенка, свойственно стремление преодолевать проблемы, возникающие у ребенка, и облегчать его участь. Такие родители направляют свои усилия на поиски лучшего врача, лучшей больницы, лучшего метода лечения, лучшего педагога, знаменитых экстрасенсов и народных целителей. Они обладают умением не видеть преграды на своем пути и уверенностью в том, что когда-либо может произойти чудо и с их ребенком.

Отрицательные свойства этой категории родителей появляются в неумении сдерживать свой гнев и раздражение, отсутствии контроля за импульсивностью собственных поступков, склонности к участию в ссорах и скандалах, откровенном противопоставлении себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации, родственникам, не принявшим их ребенка). *«Пусть общество приспособливается к нам и нашим детям, а не мы к нему»* – это высказывание может оказаться девизом многих из таких родителей.

В отношениях с ребенком некоторые авторитарные родители могут использовать достаточно жесткие формы взаимодействия, вплоть до холодности или отстраненности от его проблем. Поведение таких родителей может перерасти иногда и в неприятие индивидуальности ребенка в целом. Другая часть этой категории родителей проявляет тенденцию к отказу замечать особенности в развитии ребенка. Они считают, что специалисты завышают требования к их ребенку, в то время как его недостатки лишь характеризуют своеобразие индивидуального развития. *«Не все дети одинаковые»* или *«Ну не всем же быть учеными»*, – считают они. Такие родители излишне опекают своих детей. У них формируется неправильное понимание возможного пути развития больного ребенка. Проявляющееся у таких родителей настойчивое стремление всегда ориентироваться только на свои личностные жизненные установки (вопреки мнению значимых

для родителей лиц) не позволяет им увидеть реальные перспективы развития ребенка.

В приложении 3 приводится анкета «Психологический тип родителя», составленная В. В. Ткачевой.<sup>25</sup>

### **Особенности работы с психосоматичными матерями**

В повседневной жизни психосоматичные матери порой не знают, как заставить ребенка слушать их, выполнять инструкцию или поручение. Они не понимают, как обучить ребенка правилам санитарной гигиены и самообслуживания. Видя дефект ребенка, психосоматичная мать старается ему помочь и очень часто, продолжая действовать в этом направлении, полностью отучает ребенка от самостоятельности, от возможности приобретения им определенного навыка. Подобные воспитательные действия матерей квалифицируются как гиперопека.

Участковый социальный работник помогает этим матерям определить уровень возникающих проблем и объясняет, какие из них могут быть решены педагогическим путем, а какие – с помощью лечения.

Важным направлением в работе участкового социального работника с психосоматичными матерями является их *обучение приемам реагирования на проблемы ребенка*, связанные с низкой обучаемостью, плохим поведением, непослушанием и др. Матерям советуют чаще использовать различные релаксационные техники в домашних условиях. Так, например, после завершения обучающего занятия с ребенком можно вместе с ним потанцевать, попеть или послушать любимую музыку. Можно позволить себе некоторое время побыть одной, расслабиться (посидеть в темной комнате с закрытыми глазами). Хороший результат приносят также совместные прогулки на свежем воздухе – в парке или сквере. Психосоматичной матери следует дозировать свои усилия, направленные на обучение ребенка,

---

<sup>25</sup> Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. – М.: УМК «Психология», 2004.

и не слишком увеличивать домашнюю учебную нагрузку как для ребенка, так и для себя.

### **Особенности работы с невротичными матерями**

Реакции родителей на дефект своего ребенка бывают различными. Матери, которые относятся к этой группе, чаще всего испытывают страх, что их ребенок не сможет сделать то или иное задание. Иногда это бывает связано с недостаточностью отработки навыка по выполнению какого-либо задания или же с недооценкой матерью способностей своего ребенка. По этой же причине сразу же после первой неудачной попытки некоторые матери бросаются на защиту своего ребенка: *«Это все он дома делает с закрытыми глазами. Он все это знает и умеет»*. В подобных попытках обычно проявляется не критичность матерей в оценке своего ребенка, подсознательное стремление скрыть дефект и выдать желаемый результат за действительный.

Одновременно некоторые матери этой подгруппы, как и в приведенных выше примерах, не до конца осознают недостаточность собственных усилий, направленных на преодоление проблемы, стоящей перед их ребенком. В таком случае не следует сразу же убеждать маму в том, что она заблуждается. Задача социального работника заключается не в усилении защитных реакций упомянутой группы матерей, а в том, чтобы расположить каждую из них к себе с той целью, чтобы взаимоотношения «наставник – мать ребенка» могли бы перейти на другой уровень: «социальный работник, помогающий разрешить проблемы ребенка, – мать ребенка, имеющего проблемы». Поэтому лучше ответить ей так: *«Прекрасно, что дома у вас все получается. Но мне бы хотелось, чтобы это получилось и у меня на занятии. Поэтому я предложу вам следующий способ обучения этому навыку. Сделайте вот так»*. Затем социальный работник показывает матери специальные коррекционные приемы, направленные на освоение определенной темы.

Другие матери, относящиеся к той же категории, проявляют чрезвычайно болезненные реакции при затруднениях ребенка в процессе выполнения того или иного задания. Чувствуя некомпетентность своего ребенка, они всеми силами пытаются ему помочь, используя иногда неадекватные приемы. Они забрасывают ребенка подсказками, убеждают специалиста в том, что ребенок это умеет делать, ласкают ребенка, всячески тормозят. В конце такой сцены в результате безуспешного воздействия матери на ребенка у нее обязательно появляются слезы на глазах, и весь накал предшествующего напряжения может закончиться как истерикой ребенка и его категоричным отказом от какой-либо деятельности в такой обстановке, так и истерикой его матери.

В первую очередь такую мать нужно обязательно успокоить, поддержать, дать ей почувствовать, что социальный работник понимает ее проблемы (иногда дать возможность выплакаться, так как это может быть ее единственный путь получить облегчение в данный момент). А затем, после того как она придет в себя, предупредить о том, что ее волнение и напряжение передаются ребенку и что в следующий раз нужно быть сдержаннее. Любые поведенческие реакции родителей обязательно отражаются на поведении детей и на выполнении ими необходимых заданий. Поэтому при ребенке не следует показывать свою слабость. Матери нужно объяснить, что ребенок всегда чувствует в матери защиту и ожидает от нее добра и поддержки. После нормализации состояния матери можно продемонстрировать ей один или два приема овладения материалом (например, освоение цвета, формы предметов, формирование элементарных математических представлений или др.). Специалист должен в максимально доступной форме обязательно объяснить матери, какие задачи могут быть решены с помощью овладения этими приемами и что это даст для развития ее ребенка. Также социальный работник должен рассказать матери о том, что в случае возникновения трудностей при формировании у ребенка того или иного навыка или представления сле-

дует делить или дробить задание на более мелкие этапы и таким образом «идти к цели более мелкими шажками» (пошаговый метод).

### **Особенности работы с авторитарными родителями**

Особые трудности возникают при работе с авторитарными родителями. Эти родители в начале контакта чаще демонстрируют неадекватные модели поведения. Они не соглашаются с тем, что у ребенка есть проблемы. Часто разговаривают повышенным тоном или в оскорбительной манере.

В случае если мать ребенка при его обучении на занятии упорствует, утверждая, что ее ребенок давно уже знает и умеет то, о чем спрашивает специалист (такая форма поведения в основном проявляется у лиц, склонных к авторитарности и доминированию), то следует у нее спросить: *«Почему же он не может выполнить это задание сейчас? Если бы материал был хорошо усвоен, то ребенок мог бы это сделать. А так как он не смог выполнить это задание, следовательно, качество усвоения еще недостаточное. Поэтому лучше сделать так, как предлагаю я»*. Затем специалист демонстрирует матери, как нужно обучать ребенка. Работая с родительско-детской диадой, специалист опирается на диагностические данные, полученные в обследовании. Он показывает родителям как модель отношения к их ребенку, так и модель возможного преодоления его недостатков. Такой подход позволяет родителям этой группы несколько пересмотреть свои позиции и внутренне согласиться с тем, что предлагает им психолог.

Существуют и другие формы поведения авторитарных родителей. Некоторые матери в самом начале занятия, общаясь с социальным работником, высказывают мысль о том, что они не специалисты и поэтому не смогут сами оказать помощь ребенку в домашних условиях. Считают, что обучение их больного ребенка – это профессиональная обязанность специалистов (дефектологов, психологов, логопедов). Этих матерей также не следует сразу же разубеждать в их неправоте и давать оценку их позиции. Лучше ответить следующим об-

разом: *«Вы совершенно правы в том, что здесь не высшее учебное заведение для получения знаний по новой для вас специальности. Но ваша проблема заключается в том, что занятия с ребенком у нас энное количество раз в неделю, а ему для овладения тем или иным навыком нужно заниматься в несколько раз больше, по несколько раз в день, и не сразу, а в несколько приемов. В этом случае, кроме вас, этим заняться некому. А потом, неужели вам неинтересно посмотреть, как у вашего ребенка это получится?»* По нашим наблюдениям, именно у данной категории матерей отсутствуют оптимальные взаимоотношения с их ребенком и может наблюдаться или гиперопека, или гипоопека.

У части авторитарных родительниц, демонстрирующих специалисту свою независимость и своеобразное знание основ педагогики, проявляются типичные нарушения во взаимоотношениях со своим ребенком: окрик матери заставляет ребенка вздрагивать, ее властный голос, а иногда и физическое наказание заставляют его зажмуриваться, вырываться из рук, убегать.

Такой маме также следует объяснить, что наказание без объяснения, за что наказан ребенок, не принесет положительных результатов. Затем, прежде чем наказывать, нужно научить ребенка определенным навыкам исходя из его возможностей. Следует убедить такую маму в том, что, наказывая ребенка физически, она признается себе в собственном бессилии, а вовсе не оказывает помощь своему ребенку.

С другой стороны, именно эта категория матерей оказывается наиболее благодатной в плане обучения своего ребенка. Если специалист добивается своей цели, объясняя матери ее задачи по воспитанию и обучению ребенка, в ее лице он обретает послушную и очень исполнительную «ученицу».

Начав заниматься под руководством специалиста со своим ребенком, мать должна научиться его понимать, чувствовать его сильные и слабые стороны в обучении. Мать ребенка должна отказаться от иждивенческой позиции, проникнуться мыслью о том, что *только она, а не кто-то другой в ответе за будущее ее ребенка* (учитель,

врач, психолог хоть и оказывают максимально возможную квалифицированную помощь, но не являются в то же время ответственными за его судьбу и т. д.). Предлагаемая специалистом помощь матери должна стать для нее сознательным выбором.

Для снятия психоэмоционального напряжения родителей можно использовать любые релаксационные упражнения, обучив им родителя и предлагая выполнять их дома по мере необходимости. Примеры таких упражнений можно найти, например, в работе Н. В. Самоукиной «Игры в школе и дома»<sup>26</sup>, М. С. Шойфет «Психофизическая саморегуляция»<sup>27</sup>, Л. П. Гримак «Резервы человеческой психики»<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Самоукина Н. В. Игры в школе и дома: Психотерапевтические упражнения коррекционные программы. – М.: Новая школа, 1995.

<sup>27</sup> Шойфет М. С. Психофизическая саморегуляция. Большой современный практикум. – М.: Вече, 2010.

<sup>28</sup> Гримак Л. П. Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности. – М., 1989.



## **ГЛАВА 4**

### **ОБЩЕНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

### **УЧАСТКОВОГО СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА**

---

#### **4.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕНИЯ**

#### **В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА**

Под общением понимается взаимодействие людей, то есть их воздействие друг на друга. Общение наряду с деятельностью, направленной на познание и преобразование человеком окружающего предметного, физического мира, является одной из основных форм социальной активности человека. В общении люди передают друг другу то, чем сами обладают. В результате общения знания, умения и навыки одного человека становятся общими для многих людей.

Общение многофункционально, наиболее общей и социально-значимой является воспитательная функция. Ее реализация обеспечивает расширение кругозора, формирование и развитие эмоциональной и волевой сфер, формирование социально ценностных отношений (к образованию, труду, морали, человеку, культуре).

Профессия социального работника известна всему цивилизованному миру. Необходимым элементом системы психологического знания и мастерства в социальной работе является теория психологии общения. Социальный работник должен обладать рядом черт, включающих, например, естественную потребность помогать людям, облегчать их существование и социальное взаимодействие, поддерживать чувство собственного достоинства.

Специалисты выделяют три основных качества, которыми должен обладать социальный работник: соответствие гуманистического потенциала личности данному роду деятельности; компетентность, включающая знания и умения, как в области социальной работы, так и в смежных сферах; умение устанавливать адекватные межличност-

ные и конвенциональные отношения в различных ситуациях общения. Два последних качества проявляются в целом ряде умений социального взаимодействия, например, в умении менять ролевые позиции и отношения, умении облегчить отношения, умении формировать социальные роли клиентов.

Специалист социальной сферы должен владеть профессиональной культурой, составной частью которой является педагогическая культура общения.

Профессиональное мастерство складывается из владения специалистом технологиями, методами и методиками, средствами и приемами; развитие у него профессиональной техники: самоуправления, вербального, невербального, непосредственного и опосредованного воздействия на человека профессиональной деятельности социального работника.

Направленность социального работника проявляется в интересах, потребностях человека, его мотивах, целях, идеалах.

Нравственные качества – это усвоенные нормы морали, выражающие общечеловеческие ценности в отношении к человеку, в общении, социальной работе; нравственные чувства – удовлетворение от повседневного проявления нравственности (уважения к человеку, его достоинству), стремление помочь, поддержать клиента в решении социальных проблем. Это удовлетворенность от добросовестного выполнения социальной работы, своей профессиональной деятельности, нравственной по своей сути. Нравственные качества проявляются в таких чувствах специалиста, как долг, совесть, честь. Именно они способствуют формированию нравственных привычек.

Коммуникативные качества (от лат. *communicatio* – делаю общим, связываю, общаюсь) – способность быстро и правильно строить общение. Социальный работник постоянно находится во взаимодействии, общении с клиентом – тем человеком, кому нужна его помощь. Эффективность его деятельности зависит от искусства его общения с клиентом.

Наблюдательность для социального работника является исключительно важным фактором.

Интуиция – способность видеть взаимосвязь проявления особенностей личности и ее внутреннего состояния, его индивидуальных черт, перспектив их изменения, а также возможности решения стоящих перед ним социальных проблем. Для социального работника исключительно важно видеть своеобразие клиента, его социальные проблемы и возможности их решения с помощью целенаправленной самореализации.

Рефлексия – умение видеть себя глазами других людей. Специалист социальной сферы работает с людьми, и умение видеть себя со стороны позволяет ему критически относиться к своему поведению и к тому, что и как он делает, а значит более ответственно подходить к своей профессиональной деятельности.

Эмоциональные качества личности характеризуют переживания специалиста, которые он испытывает при встрече с социальными проблемами человека в процессе социальной работы и оказывающие существенное влияние на его профессиональную деятельность. К ним относятся:

- эмоциональная устойчивость – самообладание, способность к саморегуляции позволяет социальному работнику владеть собой в различных ситуациях профессиональной деятельности;

- эмпатия – способность эмоционально отзываться на переживания клиента, сопереживать с ним в процессе взаимодействия, общения.

Общаясь с другими людьми, социальный работник неизбежно должен был научиться общаться с собой. Рефлексируя, то есть воспринимая свой собственный образ и понимая другого человека, он для успеха общения нередко должен был целенаправленно изменять внешние признаки своего образа и характера поведения. Любая деятельность, а тем более выполняемая на пределе возможностей, требует постоянной оценки своих сил и умения заставить себя работать, даже если эти силы, казалось, уже исчерпаны. Для этого используются различные

способы, пусть не всегда осознанного, но, тем не менее, активного воздействия на свое состояние и самочувствие. Эти и многие стороны самовоздействия вытекают из сложного многопланового психического процесса, который предполагает все атрибуты общения.

Конкретные же инструменты, позволяющие реализовать различного рода психические действия в этом направлении, есть образ и речь.

И. А. Зимняя определяет общение как форму общественно-коммуникативной деятельности, где «вербальное общение» является специфически человеческой формой взаимодействия членов общности.

Общение сопровождает производственно-трудовую и учебно-познавательную деятельность, характеризует стиль управления и деловых отношений, происходит в семье и воспитании детей, в дружбе, любви, в поведении в общественных местах и в организациях досуга. Уровень жизнедеятельности человека в каждой из этих сфер зависит от культуры общения. Умение слушать и слышать связано с вниманием, наблюдательностью.

Л. И. Зотова, Н. А. Нартова предлагают рекомендации, как надо слушать. На основе их учета можно критически оценить свои привычки слушать, используя эффективные приемы слушания в практике общения.

- Не уходите от ответственности за общение. Необходимо помнить, что в общении участвуют как минимум два человека, которые попеременно говорят и слушают. Если вам не ясно, о чем говорит ваш собеседник, дайте ему об этом знать или уточняющими вопросами, или переформулировав сказанное с просьбой поправить вас.

- Будьте внимательны, то есть слушайте собеседника всем телом: повернитесь к нему лицом, поддерживайте с говорящим визуальный контакт, помните о расстоянии (дистанции) между вами, которое должно быть удобно для обоих.

- Сосредоточьтесь на том, что говорит собеседник. Помните, что любой человек может удерживать сконцентрированное внимание в пределах минуты.

- Старайтесь понять не только смысл, но и чувства вашего собеседника. Наблюдайте за невербальными сигналами, за тоном голоса, скоростью речи, интонацией, понаблюдайте за тем, способствуют ли невербальные сигналы большему пониманию речи говорящего или противоречат его словесному содержанию.

- Старайтесь выразить понимание.

- Не притворяйтесь, что слушаете говорящего. Вас быстро разоблачат.

- Не перебивайте без надобности.

- Не делайте поспешных выводов.

- Не задавайте слишком много вопросов.

- Не давайте непрошенных советов.

И в заключение хочется отметить, что культура общения социального работника – это сложное, многогранное и многоплановое образование. Формирование культуры общения начинается в процессе воспитания и идет непрерывно в течение жизни и деятельности человека.

## 4.2. КОНФЛИКТЫ И СПОСОБЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

В психологии понятие *конфликт* (от лат. *Conflictus* – столкновение) – «столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия»<sup>29</sup>. Причиной конфликта становится ситуация, которая включает либо противоречивые позиции сторон по какому-либо поводу, либо противоположные цели или средства их достижения в данных обстоятельствах, либо несовпадение интересов, желаний,

---

<sup>29</sup> Шевандрин Н. И. Социальная психология в образовании: учеб. пособие. Ч. 1. Концептуальные и прикладные основы социальной психологии. – М.: ВЛАДОС, 1995.

влечений оппонентов и т. п. Начало конфликта всегда провоцируется инцидентом, в котором одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой стороны. Если противоположная сторона отвечает тем же, конфликт из потенциального переходит в актуальный.

Н. И. Шевандрин<sup>30</sup> обозначает, что в современной психологии выделяют ряд основных *элементов конфликта*:

• **Стороны конфликта.** Социально-психологический анализ позволяет выделить четыре *типа конфликта*.

1. Внутриличный. В этом случае сторонами конфликта могут выступать две или более составляющих одной и той же личности. Например, отдельные черты, типы или инстанции. В этом случае мы имеем дело с конфликтогенным столкновением отдельных особенностей личности и поведения человека.

2. Межличностный конфликт возникает между двумя (или более) отдельными личностями. При этом наблюдается конфронтация по поводу потребностей, мотивов, целей, ценностей и/или установок.

3. Личностно-групповой конфликт зачастую возникает в случае несоответствия поведения личности групповым нормам и ожиданиям.

4. Межгрупповой. В этом случае может происходить столкновение стереотипов поведения, норм, целей и/или ценностей различных групп.

Практически все эти типы конфликтного взаимодействия встречаются в семейной жизни.

• **Условия протекания конфликта:**

- пространственно-временные (место осуществления противоречия и время, в течение которого оно должно быть разрешено);
- социально-психологические (климат в конфликтующей группе, тип и уровень взаимодействия (общения), степень конфронтации и состояние участников конфликта);

---

<sup>30</sup> Шевандрин Н. И. Социальная психология в образовании: учеб. пособие. Ч. 1. Концептуальные и прикладные основы социальной психологии. – М.: ВЛАДОС, 1995.

- социальные (вовлеченность в противоречие интересов различных социальных групп: половых, семейных, профессиональных, этнических и национальных).

• **Образы конфликтной ситуации.** Опосредующим звеном между характеристиками участников конфликта и условиями его протекания, с одной стороны, и конфликтным поведением – с другой, выступают образы конфликтной ситуации – своеобразные идеальные карты, которые включают следующие элементы:

- представления участников противоречия о себе (о своих потребностях, возможностях, целях, ценностях и т. п.);
- представления участников конфликта о противоположной стороне (о ее потребностях, возможностях, целях, ценностях и т. п.);
- представление конфликтующих сторон о среде и условиях, в которых протекает конфликт.

• **Возможные действия участников конфликта.** В основе классификации конфликтных действий лежат следующие основания:

- характер действий (наступательные, оборонительные и нейтральные);
- степень активности в их осуществлении (активные – пассивные, иницирующие – ответные);
- направленность этих действий (на оппонента, к третьим лицам, на самого себя).

• **Исходы конфликтных действий.** Любое конфликтное действие может иметь четыре основных исхода:

- 1) полное или частичное подчинение другого;
- 2) компромисс;
- 3) прерывание конфликтных действий;
- 4) интеграция.

• **Динамика конфликта.** В динамике конфликта, т. е. в его реализации как процесса, выделяют следующие четыре основные *стадии*.

1. *Возникновение* объективной конфликтной ситуации. Эта ситуация не сразу опознается людьми, поэтому ее можно назвать «стадией потенциального конфликта». В условном виде это можно представить так: стороны А и Б оказываются участниками конфликта, если стремление А к достижению определенного состояния, цели, потребности объективно препятствует достижению Б желаемого им состояния и наоборот (желания участников конфликта могут совпадать, а А и Б могут являться сторонами одной личности – в этом случае речь идет о внутриличностном конфликте).

2. *Осознание* объективной конфликтной ситуации. Когда противоречия становятся осознанными, и противоположная сторона отвечает реальным действием (поведением), конфликт становится реальностью, ибо только восприятие ситуации как конфликтной порождает соответствующее поведение (из этого также следует, что противоречие может быть не только объективным, т. е. реально существующим, но и субъективным, мнимым, только лишь воспринимаемым таковым). Для того чтобы конфликт был осознан, необходим *инцидент*, т. е. ситуация, при которой одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой стороны.

3. *Переход* к конфликтному поведению. После того, как конфликт осознан, стороны переходят к конфликтному поведению, которое направлено на блокирование достижений противоположной стороны, ее стремлений, целей, намерений. При переходе конфликта из потенциального в актуальный он может развиваться как прямой или опосредованный, конструктивный стабилизирующий или неконструктивный.

Неконструктивный межличностный конфликт возникает тогда, когда один из оппонентов прибегает к нравственно осуждаемым методам борьбы, стремится подавить партнера, дискредитируя и унижая его в глазах окружающих. Обычно это вызывает сопротивление другой стороны, диалог сопровождается взаимными оскорблениями, решение проблемы становится невозможным, разрушаются межличностные отношения.



Конструктивным межличностным конфликтом считается тот, при котором оппоненты не выходят за рамки деловых аргументов, отношений и не касаются личностных сторон противоположной стороны. При этом могут наблюдаться различные стратегии поведения. Р. Блейк и Дж. Моутон выделяют следующие *стратегии* поведения в конфликтной ситуации<sup>31</sup>:

- 1) сотрудничество, направленное на поиск решения, удовлетворяющего интересы всех сторон;
- 2) компромисс – урегулирование разногласий посредством взаимных уступок;
- 3) избегание, заключающееся в стремлении выйти из конфликтной ситуации, не решая ее, не уступая, но и не настаивая на своем;
- 4) приспособление – тенденция сглаживать противоречия, поступаясь своими интересами.

Конфликт обычно протекает в следующей последовательности:

- а) постепенное усиление позиций участников конфликта за счет введения все более активных сил, а также за счет накопления опыта противостояния;
- б) увеличение количества проблемных ситуаций и углубление первичной проблемной ситуации;
- в) повышение конфликтной активности участников, изменение характера конфликта в сторону его ужесточения, вовлечение в конфликт новых лиц;
- г) нарастание эмоциональной напряженности, сопровождающей конфликтные взаимодействия, которое может оказать как мобилизующее, так и дезорганизирующее влияние на поведение участников конфликта;
- д) изменение отношения к проблемной ситуации и конфликту в целом.

4. *Разрешение* конфликта является его заключительной стадией. Оно возможно как за счет изменения объективной конфликтной ситу-

---

<sup>31</sup> По: Козлова А. А., Козлов В. В. Конфликт: участвовать или вать... – М.: Эксмо, 2009.

ации, так и за счет преобразования ее образов, имеющих у оппонентов. Разрешение может быть следующим:

- частичным (когда исключаются конфликтные действия, но побуждение к конфликту остается);
- полным (конфликт устраняется на уровне внешнего поведения и на уровне внутренних побуждений).

Н. И. Шевандрин<sup>32</sup> определяет следующие варианты разрешения конфликта:

1) полное разрешение на объективном уровне за счет преобразования объективной конфликтной ситуации. Например: пространственное или социальное разведение сторон, предоставление им дефицитных ресурсов, отсутствие которых привело к конфликту;

2) частичное разрешение на объективном уровне за счет преобразования объективной конфликтной ситуации в направлении создания незаинтересованности в конфликтных действиях;

3) полное разрешение на субъективном уровне за счет кардинального изменения образов конфликтной ситуации;

4) частичное разрешение на субъективном уровне за счет ограниченного, но достаточного для временного прекращения противоречия изменения образов в конфликтной ситуации.

Участковый социальный работник может выступить в роли посредника в решении межличностного конфликта в семье. Посредничество как одна из форм разрешения конфликта представляет собой способ вмешательства нейтральной третьей стороны, целью которого является оказание содействия процессу переговоров между основными участниками конфликта. Занимая нейтральную позицию между конфликтующими сторонами, посредник помогает им в преодолении разногласий и конструктивном разрешении конфликта, устанавливая и поддерживая общение непосредственно между сторонами.

---

<sup>32</sup> Шевандрин Н. И. Социальная психология в образовании: учеб. пособие. – Ч. 1. Концептуальные и прикладные основы социальной психологии. – М.: ВЛАДОС, 1995.

Процесс посредничества целесообразно применять в следующих случаях:

- взаимоотношения между конфликтующими сторонами натянуты, но в то же время в интересах сторон – сохранение и продолжение взаимоотношений. Процесс посредничества может не только восстановить взаимоотношения, но и способствовать созданию новых аспектов во взаимоотношениях сторон для достижения ими успеха;

- непосредственное общение между сторонами серьезно осложнено или даже прекращено, и участие нейтральной стороны могло бы способствовать его улучшению или возобновлению прямого диалога между оппонентами;

- стороны уже предпринимали самостоятельные попытки урегулировать конфликт, например путем прямых переговоров. Однако они не только не дали положительного результата, но и завели стороны в тупик и усугубили ситуацию. В этом случае посредник может содействовать преодолению безвыходного положения;

- конфликтующие стороны склонны к пересмотру своих прежних позиций в отношении оппонента и проявляют готовность к решению проблемы;

- стороны заинтересованы в контроле за достигнутыми результатами на каждом новом этапе процедуры разрешения конфликта и за окончательным соглашением.

Важная задача посредника – подчеркнуть и убедить конфликтующие стороны в том, что, несмотря на участие третьей стороны, ответственность за решение проблемы лежит на вовлеченных в конфликт сторонах.

Подробнее про технологию выполнения посреднической функции в разрешении конфликта можно прочесть, например, в работе А. А. Козловой, В. В. Козлова «Конфликт: участвовать или создавать...»<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Козлова А. А., Козлов В. В. Конфликт: участвовать или создавать... – М.: Эксмо, 2009.

## ГЛАВА 5

# ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

---

### 5.1. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Профессиональная деятельность социального работника относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом. Постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает социальный работник в процессе сложного социального взаимодействия, отрицательно влияют на личность и ее психоэмоциональное состояние. Последствием этих явлений зачастую становится *синдром эмоционального выгорания*.

Впервые это понятие ввел в психологию американский психиатр Х. Дж. Фрейденбергер в 1974 г. для характеристики состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном эмоциональном общении с клиентами при оказании профессиональной помощи. В современной литературе эмоциональное выгорание определяется как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.<sup>34</sup>

Многие исследователи сходятся во мнении о том, что главная причина выгорания – это общение с людьми, так как именно в процессе общения проявляются эмоции и чувствуется моральная поддержка. Также у участковых социальных работников можно выделить и другие, сопутствующие причины эмоционального выгорания:

---

<sup>34</sup> Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М.: Наука, 1996.

- психологическое, душевное переутомление (когда требования (внутренние и внешние) преобладают над ресурсами (внутренними и внешними));
- профессиональный стресс (обязательность работы в строго установленном режиме дня, большая эмоциональная насыщенность актов взаимодействия, наличие сложного контингента клиентов);
- отсутствие полноценного результата (невозможность «осязать» результат своей работы);
- организационные факторы (высокая рабочая нагрузка, отсутствие поддержки, недостаточное вознаграждение за работу, отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы и т. д.);
- индивидуальные особенности личности (типы темперамента, высокий уровень эмоциональной лабильности, высокий самоконтроль);
- социально-культурные факторы (экономическая нестабильность, отсутствие государственной поддержки и т. д.).

Вышеперечисленные причины синдрома эмоционального выгорания можно сгруппировать в два больших блока: особенности профессиональной деятельности (объективные причины) и индивидуальные характеристики самих социальных работников (субъективные причины).<sup>35</sup>

К объективным причинам можно отнести те, которые порождаются условиями самой работы или неправильной ее организацией. К субъективным причинам, помимо индивидуально-психологических особенностей специалиста, следует отнести направленность личности, мотивацию профессиональной деятельности, удовлетворенность ею, а также удовлетворенность социально-психологическим климатом в коллективе, отношениями с коллегами и т. д.

Обе группы причин связаны между собой. С одной стороны, длительное психотравмирующее воздействие объективных причин может приводить к изменениям, деформациям профессионала. С другой сто-

---

<sup>35</sup> Макарова Г. А. Синдром эмоционального выгорания. – М., 2006.

роны, субъективные факторы особенно негативно проявляют себя именно при дополнительном воздействии объективных факторов.

Обычно причина выгорания – это комбинация целого ряда факторов, но индивидуальная ситуация профессионального развития может усугублять или сглаживать их влияние.

Формирование синдрома выгорания в профессиональной деятельности социального работника может быть связано с такими факторами, как ситуации изменения или утраты социального статуса; ситуация потери работы; ситуация риска; ситуации с экстремальными условиями; неопределенные ситуации и т. п. Характерными для «выгорающих» ситуаций являются перегрузки – слишком много клиентов, много требований, избыток информации. При увеличении перегрузок «помогающие» специалисты начинают неосознанно стремиться к уменьшению контакта – меньше личностно вовлекаются во взаимодействие, чаще прибегают к формальным правилам и ритуалам, используют более безличные методы работы.

Еще один важный момент в данном контексте – это возможность влияния на процесс работы и принятия касающихся работника решений. Если у специалиста присутствует чувство, что он ничего не может изменить в своей работе, что от него ничего не зависит, что его мнение не имеет значения и т. д., вероятность развития профессионального выгорания увеличивается. Ролевая неопределенность (в смысле неясной формулировки прав и обязанностей, возможностей человека, ролевая конфликтность) как противоречие разных ролей также способствует профессиональному стрессу и профессиональному выгоранию.

В сущности, происхождение выгорания, видимо, невозможно однозначно связать с теми или иными организационными, личностными или ситуационными причинами, скорее, оно является результатом сложного взаимодействия личностных особенностей человека, ситуации его межличностных отношений с его профессиональной и рабочей ситуацией, в которой он находится.

Таким образом, синдром эмоционального выгорания представляет собой сложный комплекс симптомов, который можно разделить на следующие группы:

1) *физические симптомы* (усталость, физическое утомление, истощение; изменение веса; недостаточный сон, бессонница; плохое общее состояние здоровья, в т. ч. по ощущениям; затрудненное дыхание, одышка; тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожь; повышение артериального давления; язвы и воспалительные заболевания кожи; болезни сердечно-сосудистой системы);

2) *эмоциональные симптомы* (недостаток эмоций; пессимизм, цинизм и черствость в работе и личной жизни; безразличие, усталость; ощущение беспомощности и безнадежности; агрессивность, раздражительность; тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться; депрессия, чувство вины; истерики, душевные страдания; потеря идеалов, надежд или профессиональных перспектив; увеличение деперсонализации своей или других – люди становятся безликими, как манекены; преобладает чувство одиночества);

3) *поведенческие симптомы* (рабочее время более 45 часов в неделю; во время работы появляется усталость и желание отдохнуть; безразличие к еде; малая физическая нагрузка; оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств; несчастные случаи – падения, травмы, аварии и пр.; импульсивное эмоциональное поведение);

4) *интеллектуальное состояние* (падение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам в решении проблем; скука, тоска, апатия, падение вкуса и интереса к жизни; большее предпочтение стандартным шаблонам, рутине, нежели творческому подходу; цинизм или безразличие к новшествам; малое участие или отказ от участия в развивающих экспериментах – тренингах, образовании; формальное выполнение работы);

5) *социальные симптомы* (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; скудные отношения на работе и дома; ощущение

изоляции, непонимания других и другими; ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег).

В. В. Бойко к симптомам выгорания относит эмоциональный дефицит, деперсонализацию или личностную отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения.<sup>36</sup>

С. Маслач считает, что этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений. Такое понимание несколько видоизменило само понятие эмоционального выгорания. Эмоциональное выгорание – это профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в процессе ее.

По мнению исследователей, развитие выгорания более вероятно у людей с меньшей степенью зрелости и самодостаточности, более импульсивных и нетерпеливых, не имеющих семьи, но нуждающихся в тех, кто мог бы их поддерживать или одобрять, имеющих цели и притязания, которые не вполне согласуются с реальностью. К этому также добавляется указание на то, что с возрастом вероятность развития выгорания уменьшается, то есть ему более подвержены начинающие работники, люди более молодого возраста. Однако большинство исследователей считают, что возраст, пол, стаж работы и другие социально-демографические характеристики не связаны прямо с профессиональным выгоранием. Большее значение имеет индивидуальный тип реагирования на стрессогенные ситуации.<sup>37</sup>

Риск возникновения эмоционального выгорания личности специалиста в социальной работе может увеличиваться в следующих случаях:

- монотонность работы, особенно если ее смысл кажется сомнительным;

---

<sup>36</sup> Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М.: Наука, 1996.

<sup>37</sup> Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб., 2005.



- вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания и положительной оценки;
- строгая регламентация времени работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения;
- работа с «немотивированными» клиентами, постоянно сопротивляющимися усилиям помочь им, и незначительные, трудно ощутимые результаты такой работы;
- напряженность и конфликтность в профессиональной среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишний критицизм;
- нехватка условий для самовыражения личности на работе, когда не поощряются, а подавляются экспериментирование и инновации;
- работа без возможности дальнейшего обучения и профессионального совершенствования;
- неразрешенные личностные конфликты специалиста;
- неудовлетворенность профессией, которая основана на осознании неправильности ее выбора, несоответствия своих способностей требованиям профессии, результативности своего труда и т. д.

Таким образом, эмоциональное выгорание представляет собой закономерное сочетание симптомов нарушений в психической, соматической и социальной сферах жизни.

Симптомы профессионального выгорания указывают на характерные черты длительного стресса и психической нагрузки, которые приводят или могут приводить к полной дезинтеграции различных психических сфер и, прежде всего, эмоциональной.

Можно выделить три типа выгорания:

1-й тип – происходит «притухание» эмоций, исчезает острота чувств и сладость переживаний. Ослабевают чувства к близким людям, любимая пища становится грубой и пресной.

2-й тип – наблюдается возникновение конфликтов с людьми. Сначала они скрытые, но потом происходит «взрыв» и человек выплескивает из себя озлобленность. При этом жертвой становится ни в чем не повинный человек.

3-й тип – это наиболее опасный тип выгорания для общества. Происходит утрата представлений о ценностях жизни, у человека наблюдается состояние, в котором «на все наплевать». Для него мир безразличен.

Согласно концепции М. Буриша, в развитии синдрома эмоционального выгорания можно выделить несколько главных фаз.

### **1. Предупреждающая фаза:**

#### *а) чрезмерное участие:*

- чрезмерная активность, чувство незаменимости;
- отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение неудач и разочарований;
- ограничение социальных контактов;

*б) истощение:* чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев.

### **2. Снижение уровня собственного участия:**

#### *а) по отношению к сотрудникам, клиентам:*

- потеря положительного настроения коллег;
- переход от помощи к надзору;
- приписывание вины за собственные неудачи другим людям;
- доминирование стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, клиентам;
- проявление негуманного подхода к людям;

*б) по отношению к другим окружающим:* отсутствие эмпатии, безразличие, цинизм;

#### *в) по отношению к профессиональной деятельности:*

- нежелание выполнять свои обязанности;
- искусственное продление перерывов в своей работе, опоздание, уход с работы раньше времени;
- акцент на материальный аспект при одновременной неудовлетворенности своей работой;

#### *г) возрастание требований:*

- потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях;

– чувство переживания того, что другие люди используют тебя;  
зависть.

### **3. Эмоциональные реакции:**

#### *а) депрессия:*

- постоянное чувство вины, снижение самооценки;
- безосновательные страхи, лабильность настроений, апатия;

#### *б) агрессия:*

- защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в общих неудачах;
- отсутствие толерантности и способности к компромиссу;
- подозрительность и конфликты с окружающими.

### **4. Фаза деструктивного поведения:**

#### *а) сфера интеллекта:*

- снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий;
- ригидность мышления, отсутствие воображения;

#### *б) мотивационная сфера:*

- отсутствие собственной инициативы;
- снижение эффективности деятельности;
- выполнение заданий строго по инструкциям;

#### *в) эмоционально-социальная сфера:*

- безразличие, избегание неформальных контактов;
- отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу;
- избегание тем, связанных с работой;
- самодостаточность, одиночество, скука.

### **5. Психосоматические реакции:**

- снижение иммунитета;
- неспособность к релаксации в свободное время;
- бессонница, сексуальные расстройства;
- повышенное давление, тахикардия, головные боли;
- боли в позвоночнике, расстройства пищеварения;
- зависимость от никотина, кофеина, алкоголя.

## **6. Фаза разочарования:**

- отрицательная жизненная установка;
- чувство беспомощности и бессмысленности в жизни;
- экзистенциальное отчаяние.

Анализируя фазы развития синдрома, можно заметить определенную тенденцию – сильная зависимость от работы приводит к полному отчаянию. На первом этапе развития синдрома профессиональная деятельность является главным смыслом в жизни человека. По мнению М. Буриша, «тот, кто выгорает, когда-то должен был загореться». В случае несоответствия между собственным вкладом и полученным или ожидаемым вознаграждением появляются первые симптомы выгорания. Происходит обезличивание отношений между участниками этого процесса, которое подавляет проявление гуманных форм поведения между людьми и создает угрозу для личностного развития представителей социальных профессий.

Таким образом, эмоциональное выгорание у социальных работников представляет собой комплекс психических переживаний, которые сказываются на работоспособности, физическом и психологическом самочувствии, а также на интерперсональных отношениях.

## **5.2. СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ**

Эмоциональное выгорание опасно как для самого человека, так и для окружающих его людей. В личной жизни эмоциональное выгорание опасно тем, что человек теряет интерес к себе, перестает общаться с людьми, тормозится в профессиональном и личном развитии.

Для коллектива и руководителя эмоциональное выгорание сотрудника отражается на снижении производительности его труда. Человек работает спустя рукава, не стремится к эффективному выполнению своих профессиональных обязанностей. Окружающим приходится переделывать или доделывать работу за своего «выгоревшего» коллегу, а иногда вообще брать его работу на себя.

Профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия должны направляться на снятие напряжения, повышение профессиональной мотивации, установление баланса между затраченными усилиями и получаемым результатом. Мерами профилактики эмоционального выгорания могут быть следующие условия организации деятельности:

- сотрудник не должен находиться долгое время один на один со своей профессиональной или личной проблемой, у него всегда должна быть возможность обратиться за помощью, советом к коллегам, психологу;
- важна общая дружеская атмосфера поддержки и взаимопонимания в коллективе;
- организация супервизии как метода мониторинга душевного состояния и равновесия сотрудника, для своевременной корректировки отношения к работе;
- необходимо постоянно делиться своим опытом и проблемами с профессиональным сообществом;
- выгоранию препятствует постоянное осознание процесса работы, своего участия в нем, наращивание профессиональных качеств, постоянная рефлексия и концептуализация своего опыта переживаний, связанных с общением с клиентами;
- общение с профессиональным сообществом;
- создание и внедрение обучающих программ по преодолению выгорания и развивающих программ, направленных на осознание и раскрытие творческого потенциала социального работника, повышения его ощущения самоэффективности.

Однако существенная роль в борьбе с синдромом эмоционального выгорания отводится самому участковому социальному работнику. Процесс восстановления собственного гармоничного психофизиологического и эмоционального состояния называют профессиональной самореабилитацией. Процесс самореабилитации включает в себя собственную активность социального работника, направлен-

ную не во вне, а вовнутрь: на самоосознание, самоизменение, преодоление внутреннего сопротивления этому изменению.

Перечисленные ниже приемы могут смягчить, устранить и даже предупредить состояние эмоционального выгорания:

- освоение приемов релаксации, визуализации, ауторегуляции, самопрограммирования;
- овладение навыками дыхательной гимнастики;
- овладение навыками самомассажа биологически активных точек;
- использование «технических перерывов», что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы);
- освоение путей управления профессиональным стрессом – изменение социального, психологического и организационного окружения на рабочем месте; построение «мостов» между работой и домом;
- стремление профессионально развиваться и самосовершенствоваться (обмен профессиональной информацией за пределами собственного коллектива через общение на курсах повышения квалификации, конференциях, симпозиумах, конгрессах);
- уход от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда ее нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу порождает тревогу, делает человека агрессивным, что способствует возникновению профессионального выгорания);
- изменение установки по отношению к жизни, к ее смыслу, восприятие ситуации выгорания как возможности пересмотреть и переоценить свою жизнь, сделать ее более продуктивной для себя;
- поддержание хорошей физической формы, двигательная активность.<sup>38</sup>

Указанные профилактические меры способствуют повышению имеющихся у специалиста жизненных ресурсов. Исходя из этого,

---

<sup>38</sup> *Леонова А. Б.* Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001. – № 11. – С. 2–16.

внимание к своему собственному здоровью должно становиться частью профессиональной культуры специалиста и даже, в определенной мере – показателем его профессиональной компетентности. Иррациональные когнитивные установки, неадекватное эмоциональное и поведенческое реагирование, тенденция подавлять в себе, вытеснять различные переживания, эмоциональные реакции и даже различные расстройства, связанные с работой, отсутствие обращения за психологической помощью или для супервизии могут свидетельствовать о низкой компетентности и профессиональной культуре.

В приложении 6 приведены несколько игр-упражнений, способствующих нормализации психоэмоционального состояния и позволяющих предотвратить развитие синдрома эмоционального выгорания. Кроме того, в работе Н. В. Самоукиной «Игры в школе и дома: Психотерапевтические упражнения, коррекционные программы»<sup>39</sup> предлагаются релаксационные психотехнические упражнения, способствующие повышению работоспособности и снятию утомления, которые могут быть полезны участковым социальным работникам для сохранения собственного психологического здоровья.

---

<sup>39</sup> Самоукина Н. В. Игры в школе и дома: Психотерапевтические упражнения коррекционные программы. – М.: Новая школа, 1995.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ САМООБРАЗОВАНИЯ

---

*Венгер, А. Л.* Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А. Л. Венгер. – М.: Владос-Пресс, 2002. – 160 с.

*Грабенко, Т. М.* Чудеса на песке. Практикум по песочной терапии / Т. М. Грабенко, Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб.: Речь, 2007. – 340 с.

*Гримак, Л. П.* Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности / Л. П. Гримак. – 3-е изд., испр. – М.: ЛИБРОКОМ: Красанд, 2010. – 240 с.

*Зинкевич-Евстигнеева, Т. Д.* Игры в сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т. М. Грабенко. – СПб.: Речь, 2006. – 208 с.

*Зинкевич-Евстигнеева, Т. Д.* Практикум по сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб.: Речь, 2000. – 310 с.

*Козлова, А. А.* Конфликт: участвовать или создавать... / А. А. Козлова, В. В. Козлов. – М.: Эксмо, 2009. – 304 с.

*Мартынова, Н. С.* Песко-терапия в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья / Н. С. Мартынова. – URL: <http://dou.edu.ru/detskijsadbuduwego/101-ravnie-wansi-dlja-vsex/181-2010-10-14-04-58-42> (дата обращения: 15.12.2013).

*Развивающая сказкотерапия* / под ред. Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой. – СПб.: Речь, 2006. – 168 с.

*Самоукина, Н. В.* Игры в школе и дома: Психотерапевтические упражнения коррекционные программы / Н. В. Самоукина. – М.: Новая школа, 1995. – 144 с.

*Семаго, Н. Я.* Теория и практика психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб.: Речь, 2005. – 384 с.

*Ткач, Р. М.* Сказкотерапия детских проблем / Р. М. Ткач. – СПб.: Речь, 2008. – 118 с.



*Черняева, С. А.* Психотерапевтические сказки и игры / С. А. Черняева. – СПб.: Речь, 2004. – 168 с.

*Шойфет, М. С.* Психофизическая саморегуляция. Большой современный практикум / М. С. Шойфет. – М.: Вече, 2010. – 678 с.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### ОСНОВНЫЕ УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ С ОВЗ

Расчетный период – 1 год

№ п/ п	Наименование услуги	Продол- житель- ность услуги	Периодич- ность	Полу- ча- тель услуги	Результат деятельности (документ)
1	2	3	4	5	6
<b>1. Социально-бытовые услуги</b>					
1.1	Содействие в получении направления в стационарные учреждения социального обслуживания	20 мин.	При необходимости (1 раз в год)	Ребенок	Получено направление в стационарное учреждение социального обслуживания
1.2	Разработка индивидуального плана сопровождения семьи	1,5 часа	1 раз в год	Семья	Разработан индивидуальный план сопровождения семьи
1.3	Корректировка индивидуального плана сопровождения семьи	1 час	При необходимости (ежеквартально)	Семья	Осуществлена корректировка индивидуального плана сопровождения семьи
1.4	Содействие в организации обучения детей в школе	0,5 часа	При необходимости (1 раз в год)	Ребенок	Соблюдены права ребенка на получение образования

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
1.5	Помощь в организации летнего отдыха и оздоровления особо нуждающихся детей	1 час	1 раз в год (при отсутствии противопоказаний)	Ребенок	Получена путевка в летний оздоровительный лагерь или на санаторно-курортное лечение
1.6	Предоставление во временное пользование реабилитационного и игрового оборудования для организации реабилитации детей в домашних условиях	0,5 часа	При необходимости и наличии возможности предоставления реабилитационного и игрового оборудования (ежеквартально)	Семья, ребенок	Созданы условия для проведения развивающих занятий в домашних условиях родителями самостоятельно.
1.7	Содействие родителям в налаживании быта детей с учетом их физического и психического состояния	1 час	Ежемесячно	Родители	Родители дополнительно получили знания и навыки по уходу за ребенком и по организации быта. Облегчен труд родителей по воспитанию и обслуживанию детей
1.8	Сопровождение детей вне дома	1 час	При необходимости (1 раз в полугодие)	Родители, ребенок	Обеспечено сопровождение ребенка вне дома

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
<b>2. Социально-медицинские услуги</b>					
2.1	Оказание помощи в получении предусмотренных законодательством Российской Федерации социально-медицинских услуг	0,5 часа	Ежеквартально	Ребенок	Получена социально-медицинская услуга
2.2	Санитарно-просветительская работа с семьями	1 час	Ежеквартально	Члены семьи	Члены семьи информированы об основных санитарно-гигиенических нормах (личная гигиена, содержание жилья), соблюдении правил здорового образа жизни (здоровое питание, своевременное обращение к врачам, прививки, отказ от алкоголя, курения) и по другим социально-медицинским вопросам

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
2.3	Обучение родственников детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья практическим навыкам общего ухода за ними	1 час	Ежемесячно	Члены семьи и родители	Родители владеют навыками общего ухода за детьми
2.4	Содействие в направлении в специализированные лечебные учреждения здравоохранения лиц, нуждающихся в лечении в таких учреждениях	0,5 часа	При необходимости (1 раз в год)	Ребенок	Получено направление в специализированное лечебное учреждение здравоохранения
2.5	Содействие в обеспечении (по медицинским показаниям) лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения согласно утвержденным нормативам	0,5 часа	При необходимости (ежемесячно)	Ребенок	Выдан рецепт врача

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
2.6	Обучение родителей основам социально-медицинских знаний для проведения реабилитационных мероприятий с детьми	1 часа	Ежемесячно	Родители	Родители самостоятельно организуют реабилитационные мероприятия с детьми на основе полученных знаний
<b>3. Социально-психологические услуги</b>					
3.1	Содействие в получении психологической реабилитации	0,5 часа	При необходимости (1 раз в год)	Родители, ребенок	Оказана психологическая реабилитация
3.2	Психодиагностика и обследование личности детей, членов семьи	1 час	3 раза на курс реабилитации на одного члена семьи	Родители, ребенок	Составлено психолого-педагогическое заключение, результаты которого используются для разработки / корректировки индивидуального плана сопровождения семьи
3.3	Распространение среди населения психологических знаний	1 час	Ежеквартально	Население	Население информировано о формах предоставления психологических услуг
3.4	Привлечение к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения	0,5 часа	1 раз в год	Родители, ребенок	Родители и дети имеют занятия по интересам, расширяется круг общения

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
3.5	Беседы, общение, поддержание компании, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	0,5 часа	Ежемесячно	Родители	У родителей сформирована психологическая устойчивость в жизненных ситуациях
3.6	Психологические консультации по вопросам отношений между родителями и детьми, особенностям индивидуального развития детей с ОВЗ, методике семейного воспитания	0,5 часа	При необходимости (до 4 раз в год)	Родители, ребенок	Родители владеют знаниями об особенностях индивидуального развития детей, методике семейного воспитания, выстраиванию межличностных отношений в семье
3.7	Индивидуальная психологическая коррекция конфликтных взаимоотношений родителей с детьми	1 час	При необходимости (4–10 раз в год)	Родители, ребенок	Скорректированы детско-родительские и межличностные отношения в семье, неадекватные родительские установки и стереотипы воспитания

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
3.8	Групповая психологическая коррекция конфликтных взаимоотношений родителей с детьми	2,5 часа	При необходимости (4–10 раз в год)	Родители, ребенок	Скорректированы детско-родительские и межличностные отношения в семье, неадекватные родительские установки и стереотипы воспитания
<b>4. Социально-педагогические услуги</b>					
4.1	Социально-педагогическая диагностика и обследование интеллектуального и эмоционального развития детей дошкольного возраста, изучение их склонностей и способностей для определения степени готовности к школьному обучению	0,5 часа	3 раза в год (в отношении одного ребенка)	Ребенок	Составлено психолого-педагогическое заключение, результаты диагностики используются для разработки / коррекции индивидуального плана сопровождения семьи
4.2	Распространение и популяризация среди населения педагогических знаний	1 час	1 раз в полугодие	Семьи	Семьи информированы об основах педагогических знаний и возможностях получения социально-педагогических услуг



1	2	3	4	5	6
4.3	Обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, самоконтролю, навыкам общения и другим формам общественной жизнедеятельности	1 час	Ежемесячно	Родители, ребенок	У детей сформированы навыки самообслуживания, ребенок знает нормы и правила поведения, общения, контролирует эмоции и свое поведение
4.4	Социально-педагогическое консультирование по вопросам отношений родителей с детьми, особенностей возрастного и индивидуального развития детей, методике семейного воспитания	1 час	При необходимости (до 4 раз в год)	Родители, ребенок	Родители владеют знаниями об особенностях индивидуального развития детей, методике семейного воспитания, выстраиванию межличностных отношений в семье
4.5	Оказание педагогической помощи родителям в воспитании, обучении и профессиональной подготовке детей с учетом специфики их психического и физического состояния	0,5 часа	При необходимости (до 4 раз в год)	Родитель	Родители приобрели знания о формах воспитания, обучения и профессиональной подготовке детей

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
4.6	Организация и проведение игротерапии детей	50 минут	При необходимости (до 10 раз в год)	Ребенок, члены семьи	Ребенок развивается с учетом специфики психического и физического состояния, члены семьи овладели навыками общения и организации игровой деятельности
4.7	Подготовка и проведение мероприятий по организации досуга детей вместе с родителями	1 час	Ежеквартально	Семья	Обеспечен совместный досуг детей вместе с родителями
4.8	Организация внешкольного образования (при необходимости), налаживание учебного процесса	1 час	При необходимости (1 раз в год)	Ребенок	Соблюдены права ребенка на образование
<b>5. Социально-экономические услуги</b>					
5.1	Содействие в осуществлении мер социальной поддержки семьям в соответствии с законодательством Российской Федерации	0,5 часа	При необходимости (1 раз в год)	Семья	Соблюдены права на получение мер социальной поддержки

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
5.2	Содействие в оказании материальной помощи	0,5 часа	При необходимости (1 раз в год)	Семья	Семья получила материальную поддержку при решении трудной жизненной ситуации
5.3	Содействие в решении вопросов самообеспечения, развития семейного предпринимательства, надомных промыслов и других вопросов улучшения своего материального положения и уровня состоятельности	0,5 часа	При необходимости (1 раз в год)	Семья	Семья владеет информацией о возможных формах улучшения материального положения и уровня самостоятельности
5.4	Содействие в решении вопросов трудоустройства, выбора профессии, повышения квалификации, в поиске постоянной или временной (сезонной) работы	0,5 часа	При необходимости (1 раз в год)	Семья	Семья владеет информацией о возможных вариантах в решении вопросов трудоустройства

Окончание табл.

1	2	3	4	5	6
<b>6. Социально-правовые услуги</b>					
6.1	Консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание в государственной и негосударственной системах социальных служб и защиту своих интересов	0,5 часа	2 раза в год	Семья	Семья владеет информацией о правах на социальное обслуживание в государственной и негосударственной системах социальных служб и защиту своих интересов
6.2	Консультирование по социально-правовым вопросам (семейно-брачное, гражданское, жилищное, пенсионное законодательство, права детей, инвалидов)	0,5 часа	При необходимости (1 раз в год)	Родители	Семья владеет информацией в решении социально-правовых вопросов

## МЕХАНИЗМЫ РАБОТЫ УЧАСТКОВОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ





**АНКЕТА «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП РОДИТЕЛЯ»  
(В. В. ТКАЧЕВА)**

*Инструкция:* В анкете содержатся утверждения, которые помогут определить некоторые свойства вашей личности. Прочтите каждое утверждение и оцените его как верное или неверное по отношению к вам. В случае если вы согласны, отметьте слово «ДА», если нет – «НЕТ». В анкете нет правильных или неправильных ответов. Отвечайте так, как вы сами думаете.

1. Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга. ДА / НЕТ
2. Мне часто кажется, что у меня комок в горле. ДА / НЕТ
3. Я всегда полон (полна) энергии. ДА / НЕТ
4. Я придерживаюсь принципов нравственности и морали более строго, чем большинство других людей. ДА / НЕТ
5. Жизнь с ребенком, имеющим нарушения в развитии, всегда связана для меня с напряжением. ДА / НЕТ
6. Я верю в перспективу развития моего ребенка. ДА / НЕТ
7. У меня часто возникают боли в сердце, когда я расстраиваюсь из-за проблем ребенка. ДА / НЕТ
8. Когда я думаю о ребенке, меня никогда не покидают тревожные мысли. ДА / НЕТ
9. Родитель не виноват, если ребенок своим поведением вынудил наказать его физически. ДА / НЕТ
10. Когда я волнуюсь, у меня дрожат руки или тошнит. ДА / НЕТ
11. Я всегда стремлюсь ограждать моего ребенка от трудностей и обид. ДА / НЕТ
12. Ребенок всегда зависит от родителя и должен его слушаться. ДА / НЕТ
13. Я заработал (заработала) язву из-за постоянных проблем с ребенком. ДА / НЕТ

14. Ребенок с недостатками в здоровье – обуза для родителя.  
ДА / НЕТ

15. Все дети должны воспитываться в строгости. ДА / НЕТ

16. Считаю, что ребенок с проблемами в развитии постоянно нуждается в особом уходе и внимании со стороны родителей. ДА / НЕТ

17. Моя жизнь изменилась в худшую сторону из-за проблем в развитии моего ребенка. ДА / НЕТ

18. Если у ребенка слишком много проблем со здоровьем, его можно поместить в учреждение социальной защиты (интернат с постоянным проживанием). ДА / НЕТ

19. Родители всегда ответственны за будущее своих детей.  
ДА / НЕТ

20. Мой ребенок всегда берет верх надо мной в спорных ситуациях. ДА / НЕТ

21. Я не останавлиюсь ни перед чем в достижении поставленных целей. ДА / НЕТ

### **Правила пользования анкетой**

Для определения психологического типа родителя необходимо подсчитать сумму баллов в каждой из колонок.

Утвердительные ответы под номерами 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19 определяют психосоматический тип родителя (П).

Утвердительные ответы под номерами 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 выявляют невротичный тип родителя (Н).

Авторитарный тип родителя (А) определяется утвердительными ответами под номерами: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21.

Доминирующий психологический тип определяется по наибольшей сумме утвердительных ответов (+), полученной в одной из колонок.



Психосоматический	Невротичный	Авторитарный
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
Всего:	Всего:	Всего:

## МЕТОДИКА «ТИПОВОЕ СЕМЕЙНОЕ СОСТОЯНИЕ»<sup>40</sup>

Данная методика разработана и направлена на выявление психотравмирующих состояний взрослых и детей, проживающих в одной семье. Она позволяет также получить данные об обстоятельствах, определяющих изучаемые состояния.

Методика представляет собой интервью, специально направленное на выяснение трех состояний – общей удовлетворенности, нервно-психического напряжения и семейной тревожности. Отсюда и название трех оценочных шкал:

- У (общая неудовлетворенность),
- Т (семейная тревожность),
- Н (нервно-психическое напряжение).

В каждой шкале по 4 субшкалы, которые повторяются через каждые три пункта (итого – 12 субшкал) Так, напряженность отражают следующие 4 субшкалы: перегруженности обязанностями, нервно-психической усталости, напряженности и расслабленности.

### Процедура опроса

Психолог или социальный педагог просит пациента охарактеризовать свое место в семье, свои ощущения в ней по всем 12 субшкалам или дихотомиям самочувствия.

1. Психолог (П, СП): «Мысленно вернитесь домой в семью. Вспомните чувства, с которыми вы открываете дверь дома, с которыми вспоминаете домашние дела на работе. Как вы себя чувствуете в выходные дни и по вечерам? В общем, вспомните всю вашу семейную жизнь. Каким вы себя чувствуете чаще всего? Отметьте на шкалах».

П вручает бланк для ответов.

Обследуемый (О) отмечает.

---

<sup>40</sup> Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб., 1999. – С. 42–43, 553–554.

2. **П** (обращает внимание на качество, наиболее выраженное на шкалах): «Вы отметили, что чувствуете себя в семье очень... (называют соответствующее качество). Приятное это чувство или, скорее, неприятное? Прошу вас вспомнить несколько случаев из вашей семейной жизни, когда вы чувствовали себя очень... (называется то же состояние)».

3. **О** рассказывает.

**П**: «Попробуйте еще раз оценить свое состояние дома на этих же шкалах. Все остается по-старому или что-то изменяется?»

**О** обычно меняет оценку по некоторым шкалам. Если при этом на первый план вышло другое состояние, то вся процедура повторяется от пункта 2.

#### Бланк к методике «Типовое семейное состояние»

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Довольным	0								7	Недовольным	У
Спокойным	0								7	Встревоженным	Т
Напряженным	0								7	Расслабленным	Н
Радостным	0								7	Огорченным	У
Нужным	0								7	Лишним	Т
Отдохнувшим	0								7	Усталым	Н
Здоровым	0								7	Больным	У
Смелым	0								7	Робким	Т
Беззаботным	0								7	Озабоченным	Н
Плохим	0								7	Хорошим	У
Ловким	0								7	Неуклюжим	Т
Свободным	0								7	Занятым	Н

Т – ; У – ; Н – .

**Обработка результатов.** Баллы по шкалам, обозначенным одинаковым индексом, суммируются. Состояние констатируется, если сумма оценок по 4 субшкалам превышает или равна по У (общая неудовлетворенность) 24 баллам; по Н (нервно-психическое напряжение) – 25 баллам; по Т (семейная тревожность) – 24 баллам.

## **МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В. В. БОЙКО**

*Инструкция.* Проверьте себя. Если вы являетесь профессионалом в какой-либо сфере взаимодействия с людьми, вам будет интересно увидеть, в какой степени у вас сформировалась психологическая защита в форме эмоционального выгорания. Читайте суждения и отвечайте «да» или «нет». Примите во внимание, что если в формулировках опросника речь о партнерах, то имеются в виду субъекты вашей профессиональной деятельности – пациенты, клиенты, зрители, заказчики, учащиеся и другие люди, с которыми вы ежедневно работаете.

### **Стимульный материал**

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют меня нервничать, переживать, напрягаться.
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее).
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения – хорошего или плохого.
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2–3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).

9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг.
10. Моя работа притупляет эмоции.
11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе.
12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.
13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.
14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.
15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.
16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.
17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.
18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.
19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.
20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.
21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.
22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.
23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.
24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.
25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.
26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.
27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.

28. У меня часто возникают тревожные ожидания, святы с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т. п.

29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.

30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: «не делай людям добра, не получишь зла».

31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.

32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).

33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.

34. Я очень переживаю за свою работу.

35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.

36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.

37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.

38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.

39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.

40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.

41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.

42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно.

43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.

44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.

45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.

46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю без души с партнерами.

47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.

48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.

49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.

50. Успехи в работе вдохновляют меня.

51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется мне безысходной (почти безысходной).

52. Я потерял покой из-за работы.

53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера(ов).

54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.

55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.

56. Я часто работаю через силу.

57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.

58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не тратить нервы, беречь здоровье.

59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.

60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.

61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.

62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.

63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.

64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы.

65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.

66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.

67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами.

68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.

69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.

70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.

71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.

72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.

73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.

74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.

75. Моя карьера сложилась удачно.

76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.

77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.

78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.

79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) на общении с домашними и друзьями.

80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.

81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.

82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе, я утратил интерес, живое чувство.

83. Работа с людьми плохо повлияла на меня, как на профессионала – обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.

84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.



## **Обработка данных**

В соответствии с «ключом» осуществляются следующие подсчеты.

1. Определяется сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов выгорания, с учетом коэффициента, указанного в скобках. Так, например, по первому симптому положительный ответ на вопрос № 13 оценивается в 3 балла, а отрицательный ответ на вопрос № 73 оценивается в 5 баллов и т. д., количество баллов суммируется и определяется количественный показатель выраженности симптома.

2. Подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из 3 фаз формирования выгорания.

3. Находится итоговый показатель синдрома эмоционального выгорания – сумма показателей всех 12 симптомов.

## **Ключи**

### *«Напряжение»*

Переживание психотравмирующих обстоятельств: +1(2), +13(3), +25(2), –37(3), +49(10), +61(5), –73(5).

Неудовлетворенность собой: –2(3), +14(2), +26(2), –38(10), –50(5), +62(5), +74(3).

«Загнанность в клетку»: +3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), –75(5).

Тревога и депрессия: +4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3).

### *«Резистенция»*

Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование: +5(5), –17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5).

Эмоционально-нравственная дезориентация: +6(10), –18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), –78(5).

Расширение сферы экономии эмоций: +7(2), +19(10), –31(20), +43(5), +55(3), +67(3), –79(5).

Редукция профессиональных обязанностей: +8(5), +20(5), +32(2), –44(2), +56(3), +68(3), +80(10).

### *«Истощение»*

Эмоциональный дефицит: +9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2).

Эмоциональная отстраненность: +10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10).

Личностная отстраненность (деперсонализация): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +72(2), +83(10).

Психосоматические и психовегетативные нарушения: +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5).

### **Интерпретация результатов**

Предложенная методика дает подробную картину синдрома эмоционального выгорания. Прежде всего, надо обратить внимание на отдельно взятые симптомы. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов:

9 и менее баллов – не сложившийся симптом;

10–15 баллов – складывающийся симптом;

16–20 баллов – сложившийся симптом;

20 и более баллов – симптомы с такими показателями относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме эмоционального выгорания.

Дальнейший шаг в интерпретации результатов опроса – осмысление показателей фаз развития стресса – «напряжение», «резистенция» и «истощение». В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов.

36 и менее баллов – фаза не сформировалась;

37–60 баллов – фаза в стадии формирования;

61 и более баллов – сформировавшаяся фаза.

## УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

### Дыхательные упражнения с тонизирующим эффектом

- **Упражнение «Ха».** Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища. Сделать глубокий вдох, поднять руки через стороны вверх над головой. Задержка дыхания. Выдох – корпус резко наклоняется вперед, руки сбрасываются вниз перед собой, происходит резкий выброс воздуха со звуком «ха!».

- **Упражнение «Звуковая гимнастика».** Сначала делаем глубокий вдох носом, а на выдохе громко и энергично произносим звук.

Припеваем следующие звуки:

А – воздействует благотворно на весь организм;

Е – воздействует на щитовидную железу;

И – воздействует на мозг, глаза, нос, уши;

О – воздействует на сердце, легкие;

У – воздействует на органы, расположенные в области живота;

Я – воздействует на работу всего организма;

М – воздействует на работу всего организма.

### Физические упражнения, направленные на напряжение и расслабление

Нужно встать прямо и сосредоточить внимание на правой руке, напрягая ее до предела. Через несколько секунд напряжение сбросить, руку расслабить. Прodelать аналогичную процедуру поочередно с левой рукой, правой и левой ногами, поясницей, шеей.

### Упражнения на медитацию, рефлексия

- **Упражнение «Концентрация на счете».** Мысленно медленно считайте от 1 до 10 и сосредоточьтесь на этом медленном счете. Если в какой-то момент мысли начнут рассеиваться и вы будете не в состоянии сосредоточиться на счете, начните считать сначала. Повторяйте счет в течение нескольких минут.

### • Упражнение «Полет»

Закройте глаза. Сделайте глубокий вдох и выдох. Расслабьтесь. Вообразите себя птицей, большой или маленькой. Главное, что вы свободная птица. Вы делаете взмах крыльями, еще один и еще и летите. Вы чувствуете, как теплый ветерок нежно овеивает ваше тело. Еще один взмах – и вы парите над землей, широко расправив крылья. Рассмотрите, что находится вокруг вас. Почувствуйте удовольствие от полета... Ваш полет подошел к концу. Вы медленно снижаетесь. Оставьте в памяти те приятные впечатления, которые вам удалось получить, летая над землей. Вот вы мягко коснулись земли. Вернитесь в свой реальный облик. Сделайте глубокий вдох, выдох. Откройте глаза. Потянитесь.

#### **Советы:**

- будьте внимательны к себе: это поможет вам своевременно заметить первые симптомы усталости;
- используйте волевое самоограничение во взятии на себя объема работы, соответствующего вашим возможностям;
- любите себя, старайтесь себе нравиться;
- подбирайте дело по себе: сообразно своим склонностям и главное – возможностям; это позволит обрести веру в себя, в свои силы;
- перестаньте искать счастье или спасение только в работе; она не убежище, куда нужно прятаться, а деятельность, которая хороша сама по себе;
- находите время для себя, вы имеете право не только на производственную, но и на частную жизнь, которая вам совершенно необходима;
- не стоит жить для других; живите своей жизнью, не вместо людей, а вместе с ними;
- заботьтесь о своем здоровье, обязательно занимайтесь спортом;
- поддерживайте в себе чувство уверенности, отмечайте успехи в своей профессиональной и личной жизни;
- поддерживайте в себе чувство уверенности, оптимистические установки и ценности – как в отношении себя, так и в отношении других людей и жизни в обществе.

Учебное издание

## **РАБОЧАЯ КНИГА УЧАСТКОВОГО СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА**

**Методические рекомендации по внедрению модели  
социального сопровождения участковыми социальными  
работниками семей с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ**

Методическое пособие

Составители:

**Марущак** Евгения Борисовна,  
**Игнатенко** Ольга Евгеньевна,  
**Дураченко** Оксана Алексеевна

Редактор – *О. А. Разумова*

Компьютерная верстка – *И. С. Заковряшина*

---

Подписано в печать 25.02.2014. Формат 60×84/16.

Печать RISO. Тираж 200 экз. Уч.-изд. л. 5,2. Усл. печ. л. 7,7.

Заказ №

---

ФГБОУ ВПО «Новосибирский государственный  
педагогический университет»

630126, г. Новосибирск, ул. Виллюйская, 28

Отпечатано: ФГБОУ ВПО «НГПУ»