

5

выпуск

ISSN 2306-3122

**Социальная работа: теория, методы, практика
Материалы интернет-конференций и семинаров**

**Основные направления
профилактики и преодоления
социальных рисков
среди населения
Калининского района
Санкт-Петербурга**

**Материалы заочной дистанционной
интернет-конференции**

Том 3

Санкт-Петербург

2016

Периодическое издание.

Материалы интернет-конференций и семинаров.

Учредитель:

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение

«Городской информационно-методический центр «Семья»

Издание основано в 2012 году

Выпуск 5. Основные направления профилактики и преодоления социальных рисков среди населения Калининского района Санкт-Петербурга.

Том 3.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ: И.А. Антонова, М.Б. Казакова,
А.Г. Малышев, Г.В. Соловьева.

© Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение

«Городской информационно-методический центр «Семья»

© Авторы материалов

Содержание

<i>Алексюк Ю. Б.</i> Особенности использования метода биоакустической коррекции (БАК) в рамках психопрофилактической, психокоррекционной работы с детьми....	4
<i>Андреева Н.П., Васильева А.С., Чирятьева М.Б.</i> Психолого-педагогический консилиум в школе как инструмент профилактики девиантного поведения детей, находящихся в зоне риска.....	6
<i>Груздева Н.В.</i> Анализ причин и профилактика самовольных уходов несовершеннолетних воспитанников центров для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.....	8
<i>Губина М.Н.</i> Влияние физической активности на социальное и психологическое благополучие людей пожилого возраста.....	12
<i>Китаева А.И.</i> Психологические риски замещающих семей.....	14
<i>Колесников С.С.</i> Место и роль учреждений социального обслуживания населения в региональном сегменте национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, допускающих немедицинское потребление наркотиков.....	16
<i>Помарчук Т.В.</i> Формирование ответственного отцовства как профилактика социальных рисков.....	19
<i>Романенко Т.А.</i> Активизации ресурсов семей с детьми с ограниченными возможностями.....	22
<i>Саможонова Н.С.</i> Снижение социальных рисков в процессе социальной реабилитации инвалидов на базе тренировочной комнаты-квартиры.....	25
<i>Смирнова А.А.</i> Организация социальной работы с многодетными семьями в учреждениях социального обслуживания, как одно из направлений профилактики и преодоления социальных рисков среди населения Санкт-Петербурга.....	30
<i>Федосова В.Е.</i> Основные направления профилактики социальных рисков среди инвалидов. Роль социальной реабилитации и профессиональной адаптации инвалида, как способ их преодоления.....	34
<i>Хвоин Н.Н.</i> Профилактика бездомности. Повышение эффективности работы учреждений социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий.....	36
<i>Хитева О.О., Соловьева Г.В.</i> Совместное сопровождение детей с девиантным поведением, получающих помощь в ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина» со специалистами учреждений образования, социальной защиты.....	41

Алексюк Юлия Борисовна

магистр психологии, психолог СПб ГБУСОН «ЦСР Адмиралтейского района Санкт-Петербурга» (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

Доклад освещает особенности использования метода биоакустической коррекции (БАК) в рамках психопрофилактической, психокоррекционной работы с детьми. В докладе представлена информация об организации релаксационно-терапевтического процесса с применением метода БАК. Представлены критерии оценки эффективности данного метода.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ (БАК) В РАМКАХ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ, ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ

Общеизвестно, что многочисленные внешние факторы: стремительный темп повседневной жизни в мегаполисах, неуклонное ускорение технологического прогресса и усложнение информационной среды при сопутствующем этому падении показателей экологического статуса населенных территорий имеют крайне высокий стрессогенный потенциал в отношении типичного городского жителя.

Кроме того, «тенденции развития детских патологий обусловлены возрастными аспектами, характером протекания заболевания, условиями и возможностями реализации реабилитационных мероприятий» [Мир информационных..., 2016, с. 5]. Следовательно, одной из наиболее значимых задач в сфере социальной реабилитации является организация эффективного комплекса психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий.

На отделении социально-медицинского сопровождения Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Адмиралтейского района Санкт-Петербурга» предоставляется комплекс реабилитационных мероприятий для детей-инвалидов от 5 до 18 лет.

Специалистами отделения социально-медицинского сопровождения нашего Центра за 2015 год были предоставлены социально-реабилитационные услуги, в том числе социально-психологические, 70 детям-инвалидам с различными группами нарушений.

Наряду с традиционными социально-психологическими услугами, с 2013 года психологами нашего отделения применяется метод биоакустической.

В основе биоакустической коррекции лежит метод сенсорной ЭЭГ-зависимой стимуляции головного мозга, что способствует развитию процессов непроизвольной саморегуляции функционального состояния ЦНС, необходимых для поддержания психофизиологического гомеостаза. В результате прохождения цикла релаксационно-терапевтических сеансов с применением метода БАК, повышается «активность естественных процессов саморегуляции организма за счет стимуляции структур лимбической системы (эмоциональная сфера) и гиппокампа (память, когнитивные функции)» [Мир информационных..., 2016, с. 5]. В детской неврологии биоакустическая коррекция эффективно используется для немедикаментозного лечения патологий, возникших вследствие родовой травмы, органического поражения мозга, нейроинфекций, ЗПР, ЗРР, ОНР, СДВГ и других. Применение данного метода также возможно при нарушениях эмоционально-волевой и

когнитивной сфер психической деятельности, поскольку, реализация реабилитационного процесса с использованием метода БАК не требует включения мотивационно-волевого компонента со стороны клиента. Отличительной особенностью данного метода является отсутствие ограничений по возрасту клиента. Метод биоакустической коррекции разработан специалистами ФГБУ НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН (Санкт-Петербург) и реализован в специализированном компьютерном комплексе «Синхро-С».

Следует отметить высокую эффективность комплексной социально-психологической реабилитации с применением метода БАК у детей *разных возрастных групп и диагностических категорий*. Оптимальная периодичность предоставления курсов биоакустической коррекции составляет 3 цикла по 10 – 15 двадцатиминутных сеансов, с перерывами между циклами от 4 до 6 недель в течение года. Количество и периодичность, частота и интенсивность проводимых курсов коррекции обусловлены характером и тяжестью нарушений, а также индивидуальными программами реабилитации. «Важным отличительным признаком метода БАК является тот факт, что в период между циклами продолжается коррекция функционального состояния мозговых структур» [Мир информационных..., 2016, с.5].

Поскольку, положительная тенденция наблюдается при соблюдении периодичности курсов непосредственно самими клиентами, психологи нашего отделения работают также с родителями детей, которым предоставляются социально-психологические услуги. В данном контексте психологами проводятся разъяснительные беседы, целью которых является мотивация *регулярного* посещения.

В ходе реализации комплекса социально-психологических мероприятий для оценки результативности реабилитационного процесса осуществляется:

- анализ динамики индексов и паттернов ЭЭГ;

- наблюдение за состоянием ребенка, с целью прояснения самочувствия, уровня работоспособности клиента;

- опрос ребенка, родителей, сотрудников других подразделений, предоставляющих услуги клиенту, с целью прояснения психоэмоциональных состояний и поведенческого реагирования ребенка;

- диагностика с использованием методики «Цветовой тест М. Люшера», позволяющая исследовать нервно-психические состояния и выявить внутриличностные конфликты.

Реализация психокоррекционных, психопрофилактических мероприятий с применением метода БАК, оптимизирует нейропсихосоматический статус ребенка, что выражается в следующем:

- стабилизация психоэмоционального состояния, нормализация настроения, нормализация сна;

- улучшение коммуникативных навыков: продолжительность, устойчивость контакта, включенность в процесс общения;

- улучшение концентрации внимания, стабилизация уровня работоспособности, активизация познавательных процессов, качественное улучшение школьной успеваемости;

- улучшение речевых навыков: потребность в говорении, формулирование развернутых предложений, увеличение активного словарного запаса.

Таким образом, комплексная реабилитация с применением метода БАК направлена на поддержание детского здоровья, на его интенсивное восстановление в максимальной мере возможностей для каждого случая. Также следует отметить чувствительность этого метода к любым проявлениям дефицита внутренних ресурсов детского организма и к устойчивым, дезадаптирующим нарушениям здоровья детей.

Список литературы

Мир информационных технологий в реабилитации детей с особыми возможностями здоровья. Сборник материалов. – Ставрополь.: Бюро новостей, 2016. – 104 с.

Саморегуляция психофизиологического состояния раненых и больных на основе методики биоакустической коррекции: Учебно-методическое пособие. / Под ред. А.М. Щеголькова – М.: ГИУВ МО РФ, 2011. – 33 с.

Андреева Нина Павловна

педагог-психолог ЦПМСС Красносельского района (Санкт-Петербург, Россия)

Васильева Анна Сергеевна

педагог-психолог ЦПМСС Красносельского района (Санкт-Петербург, Россия)

Чирятьева Мария Борисовна

педагог-психолог ЦПМСС Красносельского района (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

В докладе представлен опыт работы педагогов-психологов ЦПМСС Красносельского района Санкт-Петербурга по применению психолого-педагогических консилиумов в школах как инструмента профилактики дивиантного поведения детей, находящихся в зоне риска (сиротство, неблагополучные семьи, дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации).

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОНСИЛИУМ В ШКОЛЕ - КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЗОНЕ РИСКА

Проблемы необходимо решать, пока они не превратились в драмы...

Дети часто не говорят взрослым о своих проблемах, равно как и взрослые (родители, учителя) не замечают этих проблем из-за нехватки времени, опоры на собственный жизненный опыт, неумения налаживать контакты со своим ребенком, а зачастую из-за того, что между ними отсутствуют доверительные взаимоотношения. Если взрослые не смогут наладить отношения доверия с детьми, дети им ни о чем не расскажут, замкнутся. Негативный опыт взаимоотношений со взрослыми заставляет детей молчать о своих проблемах и часто не доверять взрослым. Это порождает трудности в поведении, установлении контактов, сказывается на личностных особенностях ребенка.

Первостепенными задачами для социально-психологической службы сопровождения школы является выявление учащихся с начальными проявлениями нарушений эмоционально-волевой сферы и сферы общения, а также проведения со всеми участниками образовательного процесса коррекционной, просветительской и консультационной работы для профилактики дивиантного поведения. И у педагогов-психологов, и у социальных педагогов есть инструментарий для решения этой задачи — это психолого-педагогический консилиум [Письмо МинОбрНауки, 2000].

Вся диагностическая, коррекционная и консультационная работа социально-психологической службы школы в идеале должна быть направлена на координацию взаимодействия, т.е. «на наведение мостов» между всеми субъектами образовательного процесса (учащиеся, учителя, родители). Если этого не происходит, то часто даже одна, на первый взгляд, распространенная проблема - неадекватная самооценка, которая порой превращает вполне благополучного некогда ребенка в девианта.

Педагоги-психологи ЦПМСС Красносельского района успешно применяют для профилактики и преодоления социальных рисков среди учащихся школ эффективную систему взаимодействия, частью которой является психолого-педагогический консилиум. Психолого-педагогический консилиум в школе - это инструмент профилактики девиантного поведения детей, находящихся в зоне риска, имеющий первостепенное и основополагающее значение в деле профилактики. Это составная часть системы работы по психолого-педагогическому и медико-социальному сопровождению учащихся «группы риска». Эффективное взаимодействие всех структур школьной службы сопровождения позволяет выстроить многоаспектную работу с учащимися, нуждающимися в психолого-педагогической помощи, позволяет своевременно выявить учащихся из неблагополучных семей, детей, находящиеся в трудной жизненной ситуации, имеющих проблемы в межличностных отношениях в структуре класса (изгои, не имеющие друзей) и в характерологических особенностях.

В большинстве случаев психолого-педагогические консилиумы, проводимые со специалистами школы, позволяют отслеживать «признаки неблагополучия» учащихся «группы риска», доводить до сведения всех участников образовательного процесса основные аспекты работы по профилактике девиантного поведения учащихся и искать совместные пути решения возникающих проблем, что, в свою очередь, позволяет оказывать своевременную помощь нуждающимся учащимся всеми участниками образовательного процесса [Овчарова Р.В., 1996].

Психолого-педагогический консилиум, предполагающий поиск совместного решения по работе с учащимся среди учителей, педагога-психолога и социального педагога, позволяет одновременно охватывать всё социальное окружение ребенка и выстраивать маршрут индивидуальной работы.

Система психолого-педагогических консилиумов среди участников образовательного процесса, проводимых на базе школ, реализуется в соответствии с запросом на оказание психологической помощи в области психопрофилактики и психокоррекции. Применение системы психолого-педагогических консилиумов позволяет эффективно отслеживать все возникающие у учащихся трудности в период обучения, а, значит, и выстраивать своевременную систему психолого-педагогической помощи и поддержки.

Список источников

Овчарова Р.В. Справочная книга школьного психолога - М.: Изд. «Просвещение», 1996.
Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения» от 27.03.2000 № 27/901-6

Обсуждение доклада Андреевой Н.П., Васильевой А.С., Чирятьевой М.Б.

Марина Анатольевна Медведева Хорошо, когда в школе есть свой психолог, приходящий каждый день и каждый день он готов помочь ученику, родителю, учителю и социальному педагогу. У нас в школе психолог бывает один раз в неделю 4 часа. Записаться к нему на прием всегда возможно, всегда есть возможность обсудить те проблемы, которые возникают у детей "группы риска". Эта помощь одномоментная, безусловно нужная, но охватить всех "трудных" очень тяжело.

Мария Борисовна Чирятьева Вы правы, когда в школе психолог свой, это совсем другой объем работ. Мы тоже приходим в школы, где нет своих специалистов. Но мы стараемся наладить систему взаимодействия так, чтобы помощь была эффективнее и могла охватить как можно больше "трудных" детей. В этом во многом помогают консилиумы, после которых, каждый специалист понимает свою ветвь работы. Так легче получить результат, нежели если психолог, даже свой, будет работать сам по себе.

Груздева Наталья Владимировна

заместитель директора по учебно-воспитательной работе СПб ГБУ «Центр содействия семейному воспитанию №8» (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

Доклад посвящен актуальной проблеме профилактики самовольных уходов несовершеннолетних воспитанников. В докладе рассматриваются научные подходы к этой проблеме, анализируется практический опыт организации для детей-сирот.

АНАЛИЗ ПРИЧИН И ПРОФИЛАКТИКА САМОВОЛЬНЫХ УХОДОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ВОСПИТАННИКОВ ЦЕНТРОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ- СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Проблема безнадзорности, а в частности самовольных уходов является крайне актуальной в вопросах воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, так как является фактом социального риска.

Побеги, самовольные уходы в психиатрии и психологии рассматриваются в рамках понятия «нарушения поведения». В социологии бродяжничество относят к социальному отклонению социально-пассивного типа.

Расстройством поведения считается поведение, обращающее на себя внимание нарушением норм, несоответствием получаемым советам и рекомендациям и отличающееся от поведения тех, кто укладывается в нормативные требования семьи, школы и общества. Диагноз нарушенного поведения обычно основывается на чрезмерной драчливости или хулиганстве, жестокости к другим людям или животным, тяжелых разрушениях собственности, поджогах, лживости, прогулах в школе и уходах из дома, необычно частых и тяжелых вспышках гнева, вызывающем провокационном поведении, откровенном постоянном непослушанием.

Из всех выпускников с умственной отсталостью, выпускаемых коррекционными учебными заведениями, около половины имеют нарушения поведения.

Выделяют следующие виды поведенческих расстройств: побеги из детского дома, бродяжничество; агрессивное поведение; аутоагрессия и саморазрушающие действия; повышенная возбудимость; грубость; недисциплинированность; отказ от обучения;

снижение активности, замкнутость, низкая потребность в деятельности, общении, потеря контактов, негативизм; эмоциональное напряжение, нарастающая раздражительность, беспокойство, капризное, плаксивое, хмурое недовольство; неустойчивое поведение, повышенная внушаемость, отсутствие стойких интересов; воровство; несоответствующее возрасту сексуальное поведение; токсикоманическое поведение.

Проявления нарушенного поведения у детей и подростков с нормальным интеллектом и у умственно отсталых детей внешне сходны и однообразны. Происхождение и причины их у детей с умственной отсталостью имеет, наряду с общими закономерностями свои особенности. Эти особенности определяются как внешними факторами: семья, школа, отношения со сверстниками, так и внутренними факторами: особенностями психики (недостаточность интеллекта, отсутствие или слабость борьбы мотивов, инертность психических процессов, повышенная внушаемость, аффекты, влечения, инстинкты и др.), характером поражения мозга и его нейродинамикой.

В литературе описаны различные систематики нарушенного поведения подростков с нормальным интеллектом. Подробно этот вопрос анализируется В.В. Ковалевым. Обстоятельная систематика была дана А.Е. Личко. Им выделяется четыре формы возможных побегов у подростков:

побеги в целях развлечения и удовольствия при недостаточном надзоре;

побеги как реакция протеста на чрезмерные требования или недостаточное внимание взрослых;

побеги как реакция тревоги и страха наказания;

побеги вследствие фантазерства и мечтательства.

В известной нам литературе специальной систематизации побегов умственно отсталых детей долгое время не проводилось. У В.В. Ковалева имеется указание на то, что синдром уходов встречается у детей при пограничной умственной отсталости и дебильности.

Изучение форм побегов у умственно отсталых детей в возрасте 7-12 лет показало, что таких форм несколько больше, чем у интеллектуально сохранных подростков. Рабочая *группировка таких побегов в связи с этиопатогенетическими факторами может быть следующая:*

безмотивные побеги как удовлетворение сиюминутной потребности. Отсутствие четких мотивов имеется и при других формах (чаще встречаются у младших инфантильных школьников);

побеги повторные как проявления поведенческой стереотипии (эта форма побегов быстро закрепляется благодаря инертности психики у детей, страдающих олигофренией);

побеги как реакция протеста на трудности, связанные с учебной деятельностью;

побеги как проявление подражания, групповые побеги.

побеги из страха наказания (побой и др.);

побеги для получения удовольствия (встречаются чаще у детей с преобладанием игровой, а не учебной деятельности и у детей, не подготовленных к школе);

псевдоимпульсивные побеги (чаще наблюдаются у учеников первого года обучения и поступивших в школу-интернат, особенно в случаях, когда наступал разрыв с родителями);

побеги в связи с внезапным изменением настроения (дисфорические побеги).

дромоманические побеги (встречаются у умственно отсталых детей младшей возрастной группы редко).

Таким образом, существует множество *классификаций причин и мотивов* самовольных уходов. Самая общая классификация позволяет их делить на 2 основные категории: те, в которых сам ребенок принимает решение об уходе и те, где дети оказываются на улице непосредственно по воле родителей или замещающих лиц. Собственно самовольные уходы авторы подразделяют на : а) мотивированные желанием приключений («побег к...») и б). мотивированные негативными характеристиками непосредственного социального окружения (конфликты, насилие и пр.; («побег от...»)).

Согласно психиатрически ориентированной классификации профессора А.Е. Личко (1983) среди подростковых побегов можно выделить четыре основных типа: эмансипационные; импунитивные; демонстративные; дромоманические.

Статистика и анализ причин самовольных уходов воспитанников за последние пять лет, показывает, что в основном самовольные уходы из детского дома совершают воспитанники старшего подросткового возраста (от 15-18 лет). Этот возраст не случайно называют «трудным». Становление характера, переход от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности – все это обнажает и заостряет слабые стороны личности, делает её особенно уязвимой и податливой неблагоприятным влияниям среды. Переходным подростковый возраст также является в социопсихологическом отношении. Именно на этот период падает формирование характера, т.е. основы личности, выявляются и закладываются способности, склонности, интересы, значительная часть социальных отношений. Бурные нейрогормональные пертурбации этого периода сопряжены с выявлением скрытых до этого генетически обусловленных задатков. Именно поэтому на подростковый возраст падает большинство дебютов эндогенных психических заболеваний.

Касаясь ситуации в нашем учреждении необходимо отразить особенности контингента воспитанников. В последнее время в детский центр поступают, преимущественно, дети, которые относятся к категории социальных сирот, т. е. дети, родители, которых не занимаются их воспитанием в силу личного неблагополучия, низкого морального уровня, деградации вследствие употребления алкоголя, асоциального, иногда криминального образа жизни.

Трудности подросткового возраста, реакция на разлуку с родителями, близкими, нежелание и неумение соответствовать правилам поведения, неблагополучие в состоянии нервно-психического здоровья, нарушение интеллекта – все это является факторами риска формирования различных расстройств поведения, в том числе самовольных уходов.

Качественно-количественный анализ причин самовольных уходов воспитанников показал, что 50% из общего количества самовольных уходов являются эмансипационными, как следствие естественного процесса взросления и мотивацией избежать контроля со стороны педагогов. Подобные случаи связаны со стремлением к общению со сверстниками за пределами организации, это краткосрочные уходы (до нескольких часов) на конкретные мероприятия и прочие внешние события. Иногда они проявляются вследствие подражания.

10% уходов связаны с психическим заболеванием воспитанников. К ним относится стремление к бродяжничеству, смене обстановки. Такие уходы

немотивированные, возникают внезапно, в результате спонтанных идей, как правило, на фоне декомпенсации психического заболевания. Воспитанники не могут объяснить причину поступка, не осмысливают последствия.

40% самовольных уходов связаны с переживанием периода адаптации к организации, в основном они совершаются воспитанниками старшего возраста 16-17 лет. Это касается детей, которых перенаправляют из одной организации в другую, не подготовив подростка к такому решению. В результате чего реакция ухода, является реакцией совладания со стрессом. Наиболее сложный случай, когда подросток имеет значительный опыт самостоятельной или асоциальной жизни в течение нескольких лет, ожидает привычной свободы и самостоятельности и оказываются психологически не готовы к проживанию в детском учреждении, соблюдению режима дня. В таком случае, адаптация к жизни в учреждении для детей-сирот с необходимостью обучения, строгой иерархией, формализованными правилами, режимом дня и пр. в зависимости от особенностей личности, может занимать очень длительное время, а может и вовсе не наступить. Также распространённая причина – это тоска по родственникам, острая психогенная реакция на разлуку с ними, особенно в период адаптации к детскому дому в первое время после поступления.

Иногда самовольные уходы связаны с нежеланием подростка подчиняться нормам и правилам поведения, особенно в период, когда появляются первые влюбленности, и самым важным в сознании подростка становится интимно-личностное общение, желание произвести впечатление, быть взрослым, самостоятельным. Чувства ответственности и долга на этом фоне значительно уступает. Подросток впоследствии может раскаиваться в поступке и понимает мотивы взрослых, педагогов, которые проявляют внимание к его судьбе, но в определенный момент эмоции берут верх и подросток подвержен этим порывам.

Важно подчеркнуть, что в учреждении не наблюдается побегов, связанных с тревогой и страхом наказания, а также побегов как реакции протеста на чрезмерные требования или недостаточное внимание взрослых, что свидетельствует о правильно организованном контроле и занятости воспитанников, а также о доверительных отношениях с воспитателями.

В Центре проводится следующая работа по предупреждению самовольных уходов.

Целостный воспитательно-образовательный процесс, личностный подход к ребенку, направленный на создание доверительных взаимоотношений, способствующий развитию нравственных, этических норм поведения воспитанников. Создание благоприятного микроклимата.

Тесная взаимосвязь с ЦВЛ «Детская психиатрия», по вопросам оказания медицинской помощи нуждающимся воспитанникам.

Организована система занятости детей подростков, т.к. это является неспецифической профилактикой не только самовольных уходов, но и др. расстройств поведения. Проведение досуга должно быть разнопланово и учитывать возраст и современные увлечения детей и подростков.

Направления профилактики правонарушений и безнадзорности можно разделить на специфическую, т.е. направленную непосредственно на коррекцию негативных проявлений, так и на неспецифическую, т.е. посредством включения подростков в различные виды занятости и развитие у них полезных интересов и увлечений (спортивных, трудовых, творческих).

С целью профилактики самовольных уходов также необходимо:
поддерживать связь с кровными семьями воспитанников, в интересах детей;
максимально возможная стабилизация места жительства и воспитания детей-сирот, каждый новый перевод существенно повышает риск самовольных уходов и др. форм дезадаптации, в том числе школьной;
помощь специалистов опеки и попечительства по восстановлению связей с биологической семьей, упрощение порядка передачи ребенка в семью, если общение с родственниками соответствует интересам ребенка.

Губина Мария Николаевна

СПб ГБУСОН «КЦСОН Невского района Санкт-Петербурга» (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

Доклад посвящен проблеме влияния физической активности на социальное и психологическое благополучие людей пожилого возраста. В докладе рассматриваются задачи использования средств физической культуры в пожилом возрасте и позитивные изменения, связанные с использованием этих средств.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА СОЦИАЛЬНОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Регулярная физическая активность на протяжении многих веков считалась важным компонентом здорового образа жизни. В последнее время это положение подтвердилось новыми научными доказательствами. Выяснилось, что физическая активность оказывает положительное влияние не только на физическое, но и на психическое состояние человека.

Позитивные стороны изменения жизненной ситуации у пожилых проявляются в наличии большого количества свободного времени, можно свободно заниматься любимым делом, посвящать себя развлечениям и хобби. Многие пожилые люди испытывают желание заняться тем, чем им всегда хотелось (например, кататься на велосипеде, играть в теннис и т. д.). Однако очень скоро большинство обнаруживает, что не в состоянии делать то, что когда-то им казалось совершенно естественным. Большие проблемы со здоровьем являются следствием ранее возникших малых проблем. В некоторых случаях это может привести к отчаянию и депрессии. Но заняться восстановлением своего тела никогда не поздно. Следует учитывать, что эффективна не всякая двигательная активность, а только организованная в условиях индивидуального подхода к выбору средств и интенсивности физической нагрузки.

Физическая слабость человека и вызываемое этим чувство неполноценности угнетающе действуют на психику человека, развивая такие качества, как пессимизм, робость, неверие в свои силы, замкнутость, индивидуализм. Осознание здоровья и полноценности дает уверенность в своих силах, наполняет бодростью, оптимизмом и жизнерадостью. Физическая культура имеет большое значение для адаптации пожилых людей, поскольку имеет как профилактическую направленность, так и способствуют разнообразию досуга и общению с другими людьми. Положительной тенденцией является распространение в последние годы

среди людей старшего поколения интереса к физической культуре и спорту: гимнастическим упражнениям, неустойчивым подвижным играм (настольный теннис, городки, бильярд и др.), туризму (пешеходному, велосипедному, лыжному). Как правило, занимаются физическими упражнениями в пожилом возрасте те, кто занимался ими с молодости, что выработало хорошую привычку, сохранившуюся и в старости. Такие люди, даже находясь в преклонном возрасте, имеют хорошее здоровье и самочувствие, сохраняют бодрость и ясный ум. Привлечь к физкультуре и спорту пенсионеров, ранее этим не занимающихся, помогает пропаганда здорового образа жизни в клубах, где собираются пожилые, а также средства массовой информации.

Основные задачи направленного использования средств физической культуры в пожилом и старшем возрасте заключается в том, чтобы:

1) содействовать творческому долголетию, сохранению или восстановлению здоровья: задержать и уменьшить возрастные инволюционные изменения, обеспечив расширение функциональных возможностей организма и сохранение работоспособности;

2) не допустить регресса жизненно важных двигательных умений и навыков, восстановить их (если они утрачены), сформировать необходимые;

3) пополнить и углубить знания, нужные для самостоятельного применения средств физического воспитания: последовательно воплощать эти знания в практические умения.

Участвуя в этом виде деятельности, пожилой человек моделирует свою социальную жизнь, подготавливается к ней за счет освоения новых форм социальных отношений, ценностей физической культуры.

Физическая активность, являясь способом, процессом и результатом преобразования природной и социальной сущности человека, позволяет ему быть многомерным, целостным, создает реальные условия для реализации его самобытности в позднем возрасте. К сожалению, все богатые возможности оздоровительной физкультуры в развитии личности и социальных отношений используются пожилыми людьми бессистемно и нерационально. В их сознании она еще не приобрела статуса личностно-общественной значимости.

Основным социокультурным пространством функционирования физической культуры является сфера досуга человека. Досуг в жизни современного пенсионера носит самоценный, самодостаточный характер. Оздоровительная физкультура выполняет не только функцию релаксации — снятия эмоционального напряжения, — но и предоставляет возможности для проявления самого широкого спектра эмоциональных состояний: чувства удовлетворения от процесса физкультурно-рекреационной деятельности, свободы волевых проявлений, комфортности от неформального общения с близкими по интересам индивидами. Культурное проведение досуга пожилыми с использованием простейших, доступных двигательных действий становится способом реального социокультурного развития личности и формирования социальных отношений через практическую деятельность.

Посредством физкультурно-оздоровительной деятельности человек расширяет свой двигательный и социальный опыт, осваивает новые формы взаимоотношений, новые социальные роли, что рассматривается в качестве одного из аспектов успешной его социализации. Но в процессе физкультурно-рекреационной

деятельности субъект не только усваивает социальный опыт, адаптируется к условиям социальной жизни, но и творит социальный опыт, внося в его содержание свое индивидуальное своеобразие.

Поскольку в этом возрасте большое значение придается общению, коллективная форма занятий помогает реализовать данную потребность и способствует преодолению негативных проявлений у пожилых. В групповой деятельности легче нейтрализуются такие типичные для этого возраста черты, как агрессивность, замкнутость, конфликтность, невротизм. Повышается самооценка, сглаживается чувство личной неполноценности, повышается уровень социализации. Хорошая физическая форма, в свою очередь, способствует уверенности в себе, преодолению застенчивости, повышению самооценки.

Психологическое сопровождение подобных групп даст возможность более детального исследования этих позитивных явлений и помогает усилить психокоррекционный эффект от занятий.

Обсуждение доклада Губиной М.Н.

Нина Павловна Андреева "Лучше быть богатым и здоровым, чем бедным и больным." - общеизвестная истина. И все, что написано в докладе - архиправильно. Но лично я никогда не видела ни на столбах, ни на щитах объявлений о приглашении пожилых людей в какие-либо секции или оздоровительные группы. На танец живота или секции восточных единоборств - это пожалуйста, а для старшего поколения, увы. Может они и есть, но денег лишних нет, поискать в интернете...мало кто из них владеет. "Кто ищет, тот найдет!" это правильно, и психологическое сопровождение - отлично, но все же очень важно для пожилого человека увидеть положительные изменения у других, поверить, что и он сможет и знать куда пойти за поддержкой. А это у нас, я считаю, пробуксовывает. Может 5 канал передачу такую станет выпускать?

Мария Николаевна Губина К сожалению, действительно информационная поддержка со стороны главных СМИ и телевидения у нас отсутствует. По поводу столбов-в Невском районе это реальность и клеят объявления сами специалисты КЦСОН, чтобы привлечь людей старшего поколения в наши группы здоровья. Хотя это направление нашей работы одно из самых популярных и востребованных, и тут "сарафанное радио" работает всюду. Может быть, нам действительно продумать какой-нибудь презентационный проект о значимости этих занятий и гастролировать с ним по городу.

Китаева Анастасия Ивановна

кандидат психологических наук, методист СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья» (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

Доклад посвящен проблеме психологических рисков взаимодействия в замещающих семьях, а также возможным формам и направлениям работы с данными семьями в рамках социально-психологического сопровождения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ

К замещающим принято относить все семьи, принимающие на воспитание ребенка, за исключением усыновления. В данную категорию входят опекаемые, приемные, и патронатные семьи. Опека представляет собой форму «устройства

малолетних граждан (не достигших возраста четырнадцати лет несовершеннолетних граждан) и признанных судом недееспособными гражданами, при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (опекуны) являются законными представителями подопечных и совершают от их имени и в их интересах все юридически значимые действия» [ФЗ № 48]. По достижении ребенком 14-ти лет над ним устанавливается попечительство. Приемные семьи функционирует на основе договора, заключенного между органами опеки и попечительства и приемными родителями. В свою очередь патронатные семьи действуют на основе разграничения прав и обязанностей по защите законных интересов ребенка между его законными представителями (родителями, опекунами), патронатным воспитателем и уполномоченной службой.

При этом важно отметить, что определенные социально-психологические особенности формирования и функционирования замещающих семей изначально выступают в качестве факторов риска для личностного развития ребенка. Так, например, в замещающих семьях с кровной опекой распространенным фактом является совместное проживание с опекуном и ребенком одного из родителей, лишенным родительских прав. Взаимодействие ребенка с данным родителем преимущественно выступает в качестве стрессогенного фактора для ребенка. В такой ситуации особенно важной является поддержка со стороны социальных и образовательных учреждений. Помимо юридической помощи чрезвычайно значимым моментом является социально-психологическое сопровождение семьи. Для опекунов в данной ситуации необходимо психологическое консультирование по формированию навыков взаимодействия с родителями ребенка. Основными рисками могут являться полярные деструктивные позиции опекуна: настраивание ребенка против его родителя, провоцирование и обострение конфликтов либо, напротив, игнорирование сложившейся ситуации, политика «невмешательства». Отдельную продуктивность имеет форма семейного и группового консультирования.

При этом ситуация взаимодействия замещающих семей с психологом часто может быть затруднена отсутствием инициативы со стороны опекуна. Если рассматривать форму кровной опеки, то наиболее распространенным является вариант, когда функции опекуна берут на себя бабушка либо дедушка ребенка. Факторами риска в данном случае могут выступать ограниченные возможности психологических ресурсов опекуна. Помимо осложнений со здоровьем, психологической усталости и т.д., для опекунов (как часто случается и в ситуации с кровными родителями ребенка) преимущественно характерна установка «Измените ребенка». В данном случае очень важна работа на осознание психологических рисков сложившейся ситуации в семье и поиска для опекуна собственных ресурсов. Также в данной работе, безусловно, важна эмоционально-психологическая поддержка опекуна – как правило, за пределами центра у большинства опекунов пожилого возраста просто нет возможности говорить о своих эмоциях и чувствах.

В замещающих семьях с некровной опекой одним из психологических рисков является ситуация повторяющейся психотравмы. Приемные родители бессознательно стремятся выбрать ребенка с ситуацией, которая чем-то схожа с их собственной. В результате, если собственный психотравмирующий опыт в свое время не был проработан, общение с соответствующим ребенком может обострять

данную ситуацию. Соответственно, в рамках психологической работы с данными семьями очень важна индивидуальная форма работы с самим опекуном, психологическая проработка его собственного психотравмирующего опыта и научение навыкам конструктивного взаимодействия с приемным ребенком.

Список литературы:

Олейник В.В. Семейный диагноз в опекаемых семьях // Известия Российского государственного педагогического университета им. АИ Герцена –2007 –Т. 17. – №.43-2.
Петрановская Л.В. Дитя двух семей: книга для приемных родителей //М.: Студио-Диалог. – 2012.
Федеральный закон от 24 апреля 2008 года № 48-ФЗ Об опеке и попечительстве.

Колесников Сергей Сергеевич

*методист СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья»,
аспирант Социологический институт РАН (Санкт-Петербург, Россия)*

Аннотация

С 2013 года, в России формируется новый подход к пониманию проблемы социальной реабилитации наркопотребителей. В связи с этим актуализировалась потребность в социальном осмыслении концептов социальной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков и включения этих новых направлений работы в спектр услуг, оказываемых учреждениями социального обслуживания населения.

МЕСТО И РОЛЬ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЦ, ДОПУСКАЮЩИХ НЕМЕДИЦИНСКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

Формирование нового сетевого образования задача не из простых. Она значительно усложняется при перестройке существующих структур и внесении изменений в уже отлаженный до определенной степени механизм взаимодействия. Выстраивание новой структуры – национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, допускающих немедицинское потребление наркотиков и её регионального сегмента – требует пересмотра действующих правовых положений и изменения устоявшегося порядка взаимодействия и функционирования организаций и учреждений, так или иначе оказывающих услуги потребителям наркотиков.

Эти изменения затронули не только систему здравоохранения и силовые ведомства, изменения коснулись, в первую очередь, системы социального обслуживания населения. Сразу же отметим, что данное заявление справедливо для Санкт-Петербурга, и может не отражать ситуации в других регионах страны. Так что же такое система комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков?

Содержательный смысл понятия раскрыт в методических рекомендациях Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков: социальная реабилитация и ресоциализация – «это система социальных, психологических, педагогических и трудовых мер, направленных на восстановление физического, психического и духовного здоровья лица, ранее допускавшего немедицинское употребление наркотиков, его личностного и социального статуса, а также способностей к полноценной интеграции в общество, внесению позитивного вклада

в социальное, экономическое и культурное развитие территорий России» [Методические рекомендации..., 2012]. Термины же «система», «региональная» и «комплексная» используются для создания соответствующего контекста содержательного определения, то есть наделяют «систему мер» качествами институциональности, локальности и полноты реализации. Отметим также тот факт, что медицинская реабилитация вынесена в приведенном определении за скобки, что заставляет усомниться в «комплексности» описанной системы.

Тем не менее, под системой комплексной реабилитации потребителей наркотиков понимается межведомственная сеть организаций, учреждений и ведомств, реализующих общие или преемственные программы реабилитации, ресоциализации и социальной адаптации в отношении лиц, имеющих опыт употребления наркотических средств и психотропных веществ в немедицинских целях.

Комплексный характер системы предполагает присутствие нескольких структурных элементов: учреждений здравоохранения, социального обслуживания населения, пенитенциарной системы, правоохранительных органов, а также некоммерческих организаций. Их деятельность можно условно разделить на 4 этапа:

- мотивация к прохождению медицинской реабилитации;

- собственно медицинская реабилитация и мотивация к социальной реабилитации;

- социальная реабилитация и подготовка к «ресоциализации»;

- программы «ресоциализации» и (ре)адаптации.

Дополняют этот ряд мероприятия по мониторингу состояния клиента, завершившего реабилитацию и группы самопомощи.

На начало мая 2016 года по имеющимся в распоряжении учебно-методического отдела по социальной реабилитации и ресоциализации лиц с зависимым и созависимым поведением СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья» данным, в городе и Ленинградской области располагается более 110 организаций и учреждений разных форм собственности, оказывающих услуги потребителям наркотиков в процессе реабилитации и ресоциализации [Сайт Система комплексной реабилитации..., 2016]. При этом нет ни одного государственного учреждения, оказывающего стационарные услуги по социальной реабилитации потребителей наркотиков [Колесников С.С., 2015].

Возникает вопрос: какое место в этой конструкции занимают учреждения социального обслуживания населения?

На уровне Санкт-Петербурга наиболее значимым документом, с точки зрения реализации положения о системе комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, является Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 30.12.2014 г. № 85-рп «Об уполномоченных исполнительных органах государственной власти Санкт-Петербурга в сфере комплексной реабилитации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях» [Распоряжение Правительства..., 2014]. Согласно тексту Распоряжения, координирующая роль в рамках региональной системы комплексной реабилитации потребителей наркотиков в Санкт-Петербурге отводится ведомству социальной

политики, что формирует предпосылки к усилению роли учреждений социального обслуживания населения в Санкт-Петербурге.

Согласно логике, прописанной в упомянутых выше Методических рекомендациях [Методические рекомендации..., 2012], специалисты учреждений должны реализовывать различные стратегии мотивации в отношении потребителей наркотиков:

- снижение уровня потребления наркотиков (для активных потребителей);
- прохождение медицинской реабилитации;
- формирование приверженности терапии заболеваний (ВИЧ, гепатиты и пр.);
- прохождение социальной реабилитации (для потребителей наркотиков, не имеющих сформированной зависимости или прошедших лечение);
- поддержание трезвости и профилактика срывов;
- поддержка на этапе «ресоциализации» и адаптации.

При этом не исключаются актуальные и неспецифичные для данной целевой аудитории услуги: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые. Примерный перечень услуг для потребителей наркотиков прописан в Распоряжении Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 09.06.2015 № 160-р «Об утверждении рекомендуемых индивидуальных программ социального обслуживания получателей социальных услуг в разрезе форм социального обслуживания, видов социальных услуг и категорий получателей социальных услуг в Санкт-Петербурге» [Распоряжение Комитета..., 2015].

Таким образом, с учетом действующего социального законодательства и нормативных документов, определяющих содержание деятельности в рамках региональной системы комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков, можно выделить своеобразную нишу учреждений социального обслуживания населения в Санкт-Петербурге. Она заключается в оказании специфических и неспецифических социальных услуг представителям целевой группы с акцентом на обеспечение преемственности сервисов других участников региональной системы. То есть именно на учреждения социального обслуживания населения возложена задача обеспечения комплексного подхода к реабилитации потребителей наркотиков.

Список литературы

Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 30.12.2014 года №85-рп «Об уполномоченных исполнительных органах государственной власти Санкт-Петербурга в сфере комплексной реабилитации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.garant.ru/22921616>. Дата обращения: 27.05.2016.

Распоряжении Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 09.06.2015 № 160-р «Об утверждении рекомендуемых индивидуальных программ социального обслуживания получателей социальных услуг в разрезе форм социального обслуживания, видов социальных услуг и категорий получателей социальных услуг в Санкт-Петербурге». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.garant.ru/43403734/>. Дата обращения: 27.05.2016.

Колесников С.С. Система комплексной реабилитации потребителей наркотиков в Санкт-Петербурге: современное состояние // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. Становление и развитие системы социальной

реабилитации и ресоциализации потребителей психоактивных веществ в Санкт-Петербурге. СПб.: СПб ГБУ "Городской информационно-методический центр "Семья", 2015. С. 27-42.

Методические рекомендации по организации региональной системы социальной реабилитации и ресоциализации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и иными формами зависимости [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.yamolod.ru/sites/default/files/metod_rekomendacii_101-12-04_982_26-07-2012.pdf. Дата обращения: 27.05.2016.

Сайт Система комплексной реабилитации наркозависимых в Санкт-Петербурге. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.srnzspb.ru/map/>. Дата обращения: 27.05.2016.

Помарчук Татьяна Владимировна

специалист по работе с семьёй СПбГБУ СОН ЦСПСД Невского района (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

Доклад посвящен актуальной проблеме теоретического осмысления феномена отцовства. В докладе рассматривается история вопроса, модели, компоненты отцовства и настоящее положение дел в данной сфере.

ФОРМИРОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОГО ОТЦОВСТВА КАК ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ

Происходящие на сегодняшний день изменения в обществе оказывают непосредственное влияние на родительство, которое, будучи культурно-историческим феноменом, является особенно чувствительным к изменениям ценностей. Данные изменения в полной мере затрагивают и такое социально-психологическое явление как отцовство.

Отцовство – это интегральное психологическое образование личности отца, включающее сознание родственной связи с детьми и чувства, испытываемые к своим детям, принятие и исполнение родительской роли, а также чувства, способствующие самореализации, самоутверждению и саморазвитию личности отца [Овчарова Р.В., 2006]. Наличие отца имеет важнейшее значение для развития ребенка с момента рождения. Именно он, являясь первым внешним объектом для ребенка, способствует его эффективной социализации [Акивис Д.С., 1989].

Желание мужчины стать отцом, создать семью ученые объясняют тем, что он, заключая брачные отношения, обеспечивает себе желанные права и позитивный статус в обществе, которых лишены холостые мужчины. Эти права имели под собою желание наличие детей, поскольку только женатым людям предоставляется законное право иметь последних. По традиции, отец заботился о семье как об экономической единице, определял главную семейную политику, стратегию выбора жизненных ориентиров, решал вопросы первоочередного наследования, и отношением отца к названным обязательствам определялся его престиж. Но он всегда стоял в стороне по линии отношений «мать-ребенок». Желание человека стать отцом перфорировалось с детским образом и поведением собственного отца, но отцовство в данном контексте не предусматривало ежедневный уход за ребёнком и последующее его прямое воспитание. Петербургский психолог И.С. Клецина

выделяет четыре модели отцовства, имеющие наибольшее значение для анализа феномена психологической готовности к отцовству

традиционная модель отцовства (отец должен заниматься «обеспечением семьи/детей, защитой семьи/детей, утверждением родительской власти как средства воспитания детей, приучение детей к дисциплине» [5];

модель «отсутствующего отца» («отец, который практически не включен в повседневную жизнь ребенка/детей, либо утратил контакт с детьми вследствие развода» [Клецина, 2009];

модель «ответственного отца» («активно включен в процесс ухода за детьми и их воспитания, однако вклад таких отцов в развитие детей меньше, чем вклад матерей» [Клецина, 2009];

«новый отец» («не только берет на себя ответственность за свою семью, но и делит поровну с супругой и домашние обязанности, и обязанности по уходу за детьми, их развитием и воспитанием») [Клецина, 2009].

Проявления трансформаций отцовства в большей степени характерны для Европы, однако определенные их элементы распространяются в той или иной степени и в России.

Традиционная модель семьи во второй половине XX века постепенно утрачивает свою распространенность и устойчивость, которые были свойственны ей на протяжении предшествующего длительного периода. Родительство, отцовство и материнство, которые тесно связано с институтом семьи, также постепенно выводятся из под влияния жестких норм и становятся «результатом совместного творчества всех членов семьи, приносящим удовольствие каждому» [Акивис, 1989, с. 11]. Семейные отношения, рождение и воспитание ребенка, забота о нём осмысляются их участниками как способы эмоциональной самореализации, что способствует «переизобретению» ролей родителей в рамках каждой конкретной семьи, превращению их в предмет переговоров и компромисса между партнерами.

Отечественным психологом Ю.В. Борисенко [Борисенко, 2007] была сформулирована структура отцовства, состоящая из четырёх компонентов. Первый компонент — потребностно - эмоциональный блок, включающий биологические, социальные аспекты мотивации, потребность в контакте, эмоциональные реакции, переживания. Этот блок показывает заинтересованность отца в появлении потомства, потребность в этом и ответные реакции на ситуацию рождения ребёнка. В этом блоке могут возникнуть такие проблемы, как нежелание по какой-либо причине иметь детей, эмоциональная холодность и отстранённость, психологическая и социальная неготовность к отцовству, страх перед новой ролью и неумение принять на себя новую ответственность. Вторым элементом структуры отцовства — это операциональный блок, включающий в себя осведомленность и умения, операции по уходу за ребенком и общение с ним. Проблемы данного блока: неумение обращаться с ребёнком, нежелание учиться этому, скрытый страх перед младенцем и супругой. Второй блок взаимосвязан с первым, так как достаточная мотивация позволяет научиться обращению с детьми (женщины также изначально не обладают этими навыками, но очень быстро обучаются им). Третий блок — ценностно-смысловой, как отношение отца к ребенку, включая экзистенциальные переживания. Это достаточно важный компонент, так как отношение отца к своему ребёнку влияет на его поведение с ребёнком и, тем самым, оказывает влияние на личность ребёнка. Четвёртый компонент

стоит над всеми предыдущими, как бы интегрируя их и определяя их содержание. Это оценочный компонент, в который входят:

Самооценка, как элемент Я-концепции, принятие или непринятие роли отца и рациональная и эмоциональная оценка себя, как отца, и своего ребенка;

Социальная оценка окружающих, базирующаяся на принятых в данном конкретном обществе социальных стереотипах и предписаниях по выполнению роли, требованиях, которые необходимо соблюдать для соответствия статусу. Социальная оценка является базой для формирования собственной оценки, так как через социальные стереотипы влияют на формирование образов Я-идеального. Оценочный компонент является интегральным, так как пронизывает и влияет на все остальные компоненты структуры.

Психологами было отмечено, что отношение отцов к младенцам отличается от материнского. Отцы стремятся принять активное участие в заботе о ребенке. Они играют с ребенком, тогда как матери обычно пеленают, купают и кормят его. Ухаживания отца за ребенком проходят обычно в игровой манере. При этом отцы играют с детьми иначе, чем матери. Отцы культивируют энергичные игры, которые направлены на физическое развитие ребенка. Они любят подбрасывать малышей, двигают их руками и ногами, играют в игру "по кочкам, по кочкам", качают на ноге, кружат, катают на спине. Матерям свойственна большая осторожность и нежность в общении с малышом. Отцовство в большей степени дает мужчине уникальную возможность в творческом плане реализовать все то, что он сам не смог в детстве. Происходит преобразование себя и окружающей действительности.

Папа-группы - один из способов поддержки формирования новых, более равноправных моделей родительства и отцовства стали папа-группы. Папа-группы представляют собой клубы мужчин, объединенных общим интересом – подготовке к рождению ребенка. Своей целью папа-группы ставят донесение до будущих пап информации о возможностях участия в уходе за ребенком, приемлемости этого для мужчины, ценностях гендерного равенства и ответственного отцовства. Данная форма работы с отцами в последнее время активно развивается и в Калининском районе Санкт-Петербурга.

Роль отца является одной из важнейших как для нового поколения так и для развития личности самого отца. Мужчины, прошедшие «папа-группы» легче адаптируются к изменяющимся условиям. Отцы, у которых установились сильные эмоциональные связи с детьми в младенческом возрасте, в дальнейшем не теряют контакта с ребенком, и могут приспосабливаться к изменяющимся потребностям и интересам своих взрослеющих детей, что является профилактикой социальных рисков. В целом, такие отцы оказывают большее влияние на своего ребенка. Дети больше прислушиваются к ним, ориентируются на их мнение, дети хотят походить на отцов, с которыми у них теплые, разносторонние взаимоотношения.

Список литературы:

Аквис Д.С. Отцовская любовь. – М.: Профиздат, 1989

Борисенко Ю.В. Психология отцовства. — Москва-Обнинск: «ИГ-СОЦИН», 2007. – 220 с.

Овчарова Р.В., Демчук Н.А. Влияние структуры родительской семьи на психологическую готовность юношей к отцовству // II межрегиональная конференция «Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики». - Казань, 2006.

Клецина И. С. Отцовство в аналитических подходах к изучению маскулинности // Женщины в российском обществе. 2009. № 3.

Обсуждение доклада Помарчук Т.В.

Юлианна Валерьевна Матисс Каким способом возобновить контакт отца с детьми после развода?

Татьяна Помарчук Спасибо за вопрос, Юлианна. На Ваш вопрос нет однозначного ответа, так как в ситуациях развода, всё индивидуально. Некоторые пары стараются сохранить дружеские отношения после развода, чтобы нивелировать последствия развода для детей. Думаю, возобновлять контакт, если он был нарушен, нужно с консультации семейного психолога. Специалист подберёт методики, выстроит работу с семьёй.

Юлианна Валерьевна Матисс Спасибо за поднятую тему в Вашем докладе. В настоящее время это очень важно, т.к семья это самое главное у каждого человека.

Полина Леонидовна Смирнова Как может мужчина попасть на занятия в "Папа-группу"? Где происходит запись на эти занятия?

Татьяна Помарчук Спасибо за вопрос. Мужчина может записать по телефону. Я знаю, группа есть в Калининском районе, в ОПБН, почитайте доклад на этой конференции Цин В. С. Опыт применения программы «Папа-школа» психологами Центра социальной помощи семье и детям Калининского района Санкт-Петербурга Есть также в общественных организациях: "Радомира", "Врачи детям" - телефоны и формы записи на сайте. В Московском районе в Центре социальной помощи семье и детям, в ОПБН.

Полина Леонидовна Смирнова Спасибо за ответ. Ваш доклад оказался очень полезен. Раньше не знала, что существуют такие группы для "Пап".

Татьяна Помарчук Рада, что мой доклад оказался для Вас полезным.

Галина Соловьева Почему общество переживает кризис института отцовства. Подходов к пониманию этой непростой проблемы множество. Один из путей к пониманию этой проблемы-изучение процессов инфантилизации института современной семьи. Откуда берутся безответственные, социально незрелые и несостоятельные как родители мужчины, да и женщины в том числе? Спасибо Таня за доклад.

Татьяна Помарчук Спасибо за вопрос. В этой песни представлен "отсутствующий отец". Во многом то, каким станет будущий отец, зависит от: 1) опыта родительской семьи у мужчины 2) мотивации к отцовству, 3) представления об отцовстве, 4) принятие роли отца, 5) самооценки отца и оценок общества.

Романенко Татьяна Александровна

зав.отделением СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района» (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

В докладе рассматриваются возможности концепции эмпауэрмента (активизации ресурсов клиента) в сфере социального обслуживания детей с ограниченными возможностями и описываются некоторые методики активизации ресурсов семей.

АКТИВИЗАЦИИ РЕСУРСОВ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

В современном обществе в сфере оказания социальных услуг обусловлена необходимость партнерского взаимодействия государства с клиентом, который сам

должен стать активным деятелем в ходе процесса решения его социальной проблемы.

Это ориентирует специалистов по социальной работе на усиление роли семьи и окружения для решения проблем клиентов, на повышение самостоятельности и активности индивидов.

Важно, чтобы специалисты социальных служб не пролонгировали родительскую манеру «опекунства» в отношении ребенка, а пытались активизировать его внутренние ресурсы, таланты и возможности, давая свободу действий в допустимых зонах и приучая ребенка к ответственности. Это подразумевает и работу с родителями, которые в подобных семьях очень часто перестают активно искать способы улучшить ситуацию, пассивно соглашаясь на то, что им предлагает система государственной поддержки. Поэтому активизировать ресурсы таких семей, пробудить в них желание действовать сообща и брать на себя ответственность особенно важно при оказании помощи ребенку с ограниченными возможностями.

Процесс социальной реабилитации - это процесс взаимодействия личности и общества по интеграции индивида в систему общественных отношений, работа над личностными изменениями человека. Когда мы говорим о реабилитации ребенка с ограниченными возможностями, то речь идет о необходимости проводить реабилитационные мероприятия не только с ним, но и с ближайшими членами его семьи, в идеале – со всей семьей. Ведь именно семья является первичным институтом социализации для любого ребенка, а для ребенка с нарушениями здоровья она становится самым важным социализирующим инструментом.

Отличительной чертой метода активизации ресурсов является работа, направленная на самоактивизацию ребенка с ограниченными возможностями, на помощь ему и его семье в выстраивании взаимоотношений, которые способствуют приобретению контроля над своей жизнью. Для этого используются различные методы социальной работы и психологической поддержки.

Основные цели процесса активизации ресурсов семей с детьми с ограниченными возможностями можно описать следующим образом:

- ликвидировать социальные барьеры инвалидности как у детей, так и у родителей;

- создать условия, в которых и дети, и родители могут в максимальной мере проявить свои возможности, сохраняя чувство собственного достоинства и уважения к себе со стороны окружающих;

В Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального обслуживания «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района» («ЦСРИДИ Московского района») деятельность специалистов по социальной работе и педагогов, главным образом, направлена на оказание детям с нарушением здоровья и их семьям следующих видов услуг: материально-бытовых;

- социально-медицинских и оздоровительных;
- социально-психологической реабилитации;
- правовых;
- услуг по организации воспитания, быта, досуга и пр.;
- услуг по организации образовательного процесса, с учётом физических и умственных возможностей детей.

Активизирующие методы работы могут быть применены при оказании любого из этих видов услуг, в той или иной подходящей форме. К таким методам относятся: биографическое интервью, генограмма, мотивационное консультирование, сетевая семейная терапия, групповые методы работы: группы взаимопомощи и взаимоподдержки, участие в акциях, тренингах, семинарах и т.д.

Наиболее распространенными проблемами, которые остро встают перед семьей, имеющей ребенка с ограниченными возможностями, являются проблемы медицинского характера, экономические проблемы, проблемы воспитания, обучения и ухода за больным ребенком, психологические проблемы.

Проблемы медицинского характера, непосредственно касаются соматического состояния ребенка. Для решения этой проблемы применяется метод консультирования и информирования о медицинских учреждениях, которые интересуют родителей ребенка с ограниченными возможностями. Так, «ЦСРИДИ Московского района» заключены договоры совместного сотрудничества с районной детской поликлиникой №39, с городским центром восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями (СПб ГБУЗ ГЦВЛДПН). Так, в 2015 году специалистами по социальной работе отделения социально-медицинского сопровождения ЦСРИДИ были записаны к врачам и специалистам ГЦВЛДПН 26 детей-инвалидов; 90 семей получили содействие в оформлении и сопровождении документов на МСЭ. Совместные усилия медиков и специалистов по социальной работе помогают своевременно решать проблемы семьи, воспитывающей ребенка с особыми потребностями.

Экономические проблемы очень часто довлеют над семьями с особыми детьми. Это может быть связано, с одной стороны, с тем, что родители (например, мать) вынуждены работать неполный день, часто брать отпуска без сохранения заработной платы или вовсе покинуть работу, чтобы больше уделять внимания ребенку, с другой стороны – с необходимостью вкладывать приличные суммы денег в здоровье ребенка. В данном случае эффективно содействие в оформлении документов на материальную помощь, содействие в получении вещевой и других видов помощи. Так, по социально-правовым вопросам специалистами отделения социально-медицинского сопровождения при оформлении документов на материальную помощь в кризисной ситуации были оказаны услуги 24 клиентам.

Для решения проблем воспитания применяются методы мотивационного консультирования, участия семьи в праздниках, семинарах, акциях, группах взаимопомощи и т.п. мероприятиях. Мероприятия проводятся для детей-инвалидов как в центре реабилитации, так и в социокультурных учреждениях города.

Психологические проблемы, с которыми сталкиваются родители и которые обусловлены заболеванием ребенка и тревогой за его судьбу. Здесь важно применять метод мотивационного интервьюирования и консультирования, чтобы сформировать у взрослых желание изменить ситуацию и найти вместе с ними возможные пути выхода из кризиса.

Концепция активизация ресурсов (эмпауэрмента) имеет очень важную роль в контексте социально-экономических изменений последних лет, вследствие которых в социальной сфере на *первое место выходят способности к самостоятельным действиям самого индивида*. Принцип активизации ресурсов особенно важен для эффективной реабилитации детей с ограниченными возможностями, ведь они, в

силу своих особенностей, имеют существенные ограничения в социальной жизни и часто вынуждены быть пассивными. Необходимо стремиться расширить границы ответственности таких детей за свою жизнь, повысить их способность к самообслуживанию. Для этого необходимо заниматься активизацией ресурсов не только ребенка, но и всей его семьи, привлекая ближайшее окружение, а также используя возможности организаций и учреждений города.

Работники социальных служб должны стремиться не просто оказать социальную услугу семье, но и мотивировать членов семьи на активное участие в решении своих проблем, направлять их, но не довлесть над ними, и выстроить в итоге партнерские отношения.

Обсуждение доклада Романенко Т. А.

Татьяна Леонидовна Ганжа Уважаемая Татьяна Александровна. Ознакомившись с вашей статьей, хочу спросить: 1. Осуществляется ли в вашем Центре волонтерская помощь семьям с детьми с ограниченными возможностями? 2. Какие действия осуществляются для создания условий для детей и родителей, чтобы они могли проявить свои возможности, сохраняя чувство собственного достоинства и уважения к себе со стороны окружающих?

Татьяна Александровна Романенко Уважаемая Татьяна Леонидовна, спасибо за проявленный интерес и Ваши вопросы.

1. Несколькоими годами раньше мы привлекали волонтеров для поздравления на дому детей, которые не могли присутствовать на Новогодней Елке в Центре. В настоящее время у нас проходят практику студенты ВУЗов и колледжей, которые выражают желание безвозмездно помогать при организации культурных мероприятий для детей-инвалидов (например, при выездах на экскурсии).

2. В Центре созданы все необходимые условия для комфортного передвижения реабилитантов различных категорий. Современное оборудование и чуткий персонал создают доступную среду для посещения нашими клиентами различных кружков, секций, мероприятий Центра. Также мы располагаем специально оборудованным автотранспортом для поездок на экскурсии и прогулки. Каждый по мере своих возможностей может посещать тот или иной художественный кружок, мастерскую, спортзал, бассейн и т.д. Опытные и внимательные педагоги заботятся, чтобы всем клиентам было комфортно, в процессе взаимодействия они не чувствуют барьеров в общении. Например, на занятиях музыкой ощущается единение и воодушевление, когда дети поют не только вместе с родителями, но и с другими нашими клиентами - инвалидами трудоспособного возраста.

Саможонова Наталья Сергеевна

*заведующий отделением социально-бытовой реабилитации СПб ГБУ СОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района»
заведующий отделением социально-бытовой реабилитации (Санкт-Петербург, Россия)*

Аннотация

Доклад посвящен актуальной проблеме профилактики и снижения социальных рисков в процессе социально-бытовой реабилитации инвалидов на базе тренировочной комнаты-квартиры. В докладе рассматривается содержание и опыт

работы отделения социально-бытовой реабилитации СПб ГБУ СОН «ЦСРИДИ Московского района».

СНИЖЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ В ПРОЦЕССЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА БАЗЕ ТРЕНИРОВОЧНОЙ КОМНАТЫ-КВАРТИРЫ

Одним из актуальных направлений социальной политики РФ является социальная реабилитация инвалидов. Целевым назначением социального обеспечения в целом, как и социальной реабилитации в частности, можно назвать защиту граждан от сложных жизненных обстоятельств, или социальных рисков. В.Ш. Шайхатдинов определяет социальное обеспечение как систему общественных отношений, складывающимися между гражданами и органами государства, органами местного самоуправления, организациями по поводу предоставления гражданам из специальных фондов медицинской помощи, пенсий, пособий и других видов обеспечения при наступлении социальных рисков, влекущих за собой утрату или снижение дохода, повышенные расходы, малообеспеченность, бедность, с целью предупреждения, смягчения или устранения неблагоприятных последствий наступления этих рисков [Шайхатдинов, 2001].

Если посмотреть с другой стороны, и проанализировать социальный риск инвалидности, то согласно статье 1 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [Федеральный закон от 24.11.1995 г. №181-ФЗ]. Здесь под социальной защитой инвалидов понимается система различных мер гарантированной государственной поддержки: экономических, правовых и социальных, которые обеспечивают инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности. И основным их направлением является создание инвалидам равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. Поэтому можно утверждать, что социальный риск инвалидности носит не только экономический характер, но и собственно социальный характер. Исходя из этого, способами компенсации данного социального риска могут быть не только материальная и финансовая поддержка, но и меры, направленные на интеграцию инвалида в социум.[Истомина, 2014].

В последнее время особую важность приобрела проблема социальной адаптации инвалидов - проблема приспособленности инвалидов к полноценной жизни в обществе здоровых людей. Это связано с тем, что в обществе и государстве стали существенно меняться подходы к людям, которые по воле судьбы родились или стали инвалидами. Одной из сложностей в социальной адаптации инвалидов является их малая включенность в социум, хотя именно активная жизненная позиция человека с ограниченными физическими возможностями является определяющей в его социальной адаптации и социальной реабилитации. Специфика социально-бытовой реабилитации заключается в приобретении/ восстановлении утраченных в результате болезни навыков самообслуживания и деятельности в быту, обучения инвалида навыкам ориентации и самообеспечения в окружающей среде, адаптации человека к новым условиям в целом.

Для помощи инвалидам в решении этих и других проблем в СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района» (далее – Центр) наряду с другими отделениями создано *отделение социально-бытовой реабилитации*, в составе которого функционирует тренировочная-комната квартиры.

Основной целью деятельности отделения является организация и осуществление мероприятий социально-бытовой реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и социально - бытовой адаптации детей – инвалидов, направленных на восстановление и развитие способностей инвалидов к самостоятельной и семейно-бытовой деятельности.

Тренировочная квартира — это новый и эффективный метод социальной реабилитации, включающий в себя образовательную и воспитательную систему, направленную на подготовку инвалидов к самостоятельной независимой жизни в социуме. В настоящее время непригодность к независимой самостоятельной жизни — одна из самых серьезных проблем, с которой сталкиваются во взрослой жизни дети — инвалиды и инвалиды трудоспособного возраста, утратившие вследствие заболевания способность к самообслуживанию. Дети-инвалиды зачастую до своего совершеннолетия постоянно находятся под опекой. Дома рядом с ними все время находятся родители или другие близкие родственники. Таким образом, такой ребенок не получает даже самых элементарных бытовых навыков, навыков трудовой деятельности, а также социальных связей вне семьи и столкнувшись с необходимостью начать взрослую самостоятельную жизнь, оказывается совершенно беспомощным.

Для того, чтобы помочь каждому инвалиду преодолеть эти трудности, обрести максимально возможную независимость в рамках удовлетворения основных жизненных потребностей, овладеть необходимыми умениями, позволяющими обслуживать себя без посторонней помощи, отделение социально-бытовой реабилитации осуществляет обучение детей-инвалидов старшего возраста и инвалидов трудоспособного возраста по двум направлениям:

бытовая деятельность;

социально-коммуникативная деятельность.

Содержание бытовой деятельности включает формирование умений по выполнению гигиенических процедур, уборке помещений, уходу за вещами, планированию расходов, совершению покупок, приготовлению пищи, осуществлению коммунальных и других платежей.

Обучение социально-коммуникативной деятельности включает развитие общения, ориентацию в социальном пространстве, соблюдении общепринятых норм и правил в процессе социальной и бытовой деятельности.

В тренировочной квартире занимаются дети-инвалиды от 14 до 18 лет и инвалиды трудоспособного возраста с разным уровнем самостоятельности и различными нарушениями здоровья. Для эффективного обучения формируются малые группы в количестве 3-4 человек. Занятия проводятся согласно расписанию. Обычно реабилитанты посещают тренировочную комнату-квартиру 2 раза в неделю. Длительность каждого занятия 1-1,5 часа. В начале курса социально-бытовой реабилитации специалистом проводится первичная диагностика и на каждого реабилитанта составляется индивидуальный план развития. В конце курса

специалист по социальной работе осуществляет итоговую оценку сформированности вышеперечисленных навыков, по итогам заполняет реабилитационную карту инвалида. При необходимости составляет рекомендации для прохождения последующего курса социально-бытовой реабилитации.

Тренировочная квартира расположена в помещении Центра и в соответствии с видами жизнедеятельности инвалидов представлена 3 блоками:

санитарно-гигиенический блок включает в себя: ванную и туалет. Помещение санузла модифицировано с учетом потребностей инвалидов.

кухонно-бытовой блок включает кухню (столовую). Модификация кухни, как помещения для приготовления пищи, заключается в том, что она оборудована стационарными устройствами и адаптивной посудой, приспособленными для самообслуживания инвалидов.

спально-гостиничный блок совмещен в одном помещении, которое оборудовано зоной отдыха и учебной зоной. Квартира обставлена традиционной мебелью, имеются необходимые бытовые предметы, постельное белье, посуда, уборочный инвентарь, бытовая техника. Для инвалидов с двигательными нарушениями в квартире имеется специализированное оборудование (поручни, туалетные системы), для выполнения бытовых операций приобретены адаптивная посуда, бытовые приборы и специальное реабилитационное оборудование. При закупке оборудования для занятий в тренировочной комнате-квартире был сделан упор на доступность реабилитационного оборудования для инвалидов в финансовом плане, так как дорогостоящие средства реабилитации и технические средства семьи с инвалидами, зачастую, приобрести не в состоянии.

Внедрение в социально-реабилитационную работу с инвалидами технологии «тренировочная квартира» предполагает последовательность действий, основанных на профессиональном мастерстве социального педагога/специалиста по реабилитации, по использованию индивидуальных социальных технологий, направленных на активизацию личностных ресурсов инвалида с ограниченными возможностями здоровья и достижение его выхода из трудной жизненной ситуации. Результатом применения технологий социальной работы является полное или частичное восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, профилактика и снижение социальных рисков инвалида. Во время прохождения курса занятий реабилитанты обретают уверенность в себе, своих возможностях, осваивают новые умения и навыки, необходимые для самостоятельной жизни. У клиентов наблюдается расширение кругозора и социальных контактов, уменьшается изолированность в социуме. Таким образом, социально-бытовая реабилитация и технологии социальной работы с инвалидами в условиях тренировочной квартиры, включая комплекс мероприятий социальной направленности, способствуют восстановлению способностей инвалида к жизнедеятельности в социальной среде и повышению его социального статуса.

Список литературы:

1. Шайхатдинов В.Ш. Актуальные правовые проблемы развития системы социального обеспечения в Российской Федерации.// Разум власти прирастает наукой. Екатеринбург: Изд. Ур АГС, 2001 г.
2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (ред. от 20.07.2012 г.)

З.Истомина Е.А. статья «К вопросу о классификации социальных рисков» Уральский институт управления - филиал РАНХиГС, 2014 г.

Обсуждение доклада Саможоновой Н.С.

Лариса Николаевна Овчинникова Каков порядок приема в отделения социально-бытовой реабилитации СПб ГБУ СОН «ЦСРИДИ Московского района» для инвалидов трудоспособного возраста? Спасибо.

Наталья Сергеевна Саможонова Добрый день, уважаемая Лариса Николаевна, спасибо за вопрос. Инвалид трудоспособного возраста принимается на социальное обслуживание в районный Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов на основании личного заявления и решения Комиссии о признании граждан нуждающимися в получении социальных услуг районной администрации. После этого заключается договор о предоставлении социальных услуг между Центром и непосредственно инвалидом трудоспособного возраста. Далее в Центре оформляется пакет документов, реабилитационная карта и маршрутный лист, с которым клиент может самостоятельно составить для себя удобное расписание посещения различных занятий в имеющихся отделениях, в том числе и в отделении социально-бытовой реабилитации. После консультации с заведующим отделением, заполнения необходимой документации и при наличии свободных мест клиент может приступить к прохождению курса занятий. Услуги Центра оказываются на основании рекомендуемых индивидуальных программ социального обслуживания.

Татьяна Владимировна Вислоух Скажите пожалуйста, какова длительность реабилитационного периода в комнате квартире? Проводятся ли промежуточные проверки успехов, динамики реабилитантов специалистом по социальной работе? Если динамика незначительная или отсутствует совсем, вы прекращаете работу с реабилитантом, или меняете его программу, или же осуществляете какие-то иные мероприятия?

Наталья Сергеевна Саможонова Уважаемая Татьяна Владимировна, длительность курса занятий по социально-бытовой реабилитации конкретного инвалида рассчитывается индивидуально и зависит от нескольких факторов: от срока, на который разработана индивидуальная программа предоставления социальных услуг реабилитанта, от возможностей и потребностей инвалида, выявленных в процессе анкетирования и наблюдения, от анализа динамики развития и приобретения социально-бытовых навыков в тренировочной комнате-квартире, и от загруженности отделения. Длительность реабилитационного периода инвалида занимает в среднем от 2 месяцев до года. Проведение промежуточного тестирования и анкетирования является обязательным, его результаты служат показателем эффективности проводимых мероприятий социальной реабилитации, причем ведется работа как с инвалидом, так и с семьей инвалида. Даются домашние задания для закрепления навыков, приобретенных в тренировочной комнате-квартире. Родители инвалида тоже включены в реабилитационный процесс, и специалист Центра работает с семьей реабилитанта в тесном контакте. Программа обучения может корректироваться, и если какое-то направление социально-бытовой реабилитации вызывает наибольшие сложности, то количество тематических занятий по этому направлению можно увеличить. Вопрос незначительной динамики или отсутствия динамики вообще остается открытым, так как клиентами отделения являются инвалиды с различными заболеваниями, в том числе и с тяжелыми нарушениями умственного развития. Стараемся искать новые

индивидуальные подходы, разрабатывать методику проведения занятий по видам нарушений, корректировать программу, менять обстановку и наполнение группы, т.п. Также используем в своей работе методические разработки и опыт коллег из Центра лечебной педагогики и дифференцированного обучения Псковской области.

Татьяна Владимировна Вислоух Большое спасибо за исчерпывающий ответ.

Смирнова Анастасия Алексеевна

методист СПБ ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья»
(Санкт-Петербург, Россия.)

Аннотация

Доклад посвящен рассмотрению организации социальной работы с многодетными семьями в учреждениях социального обслуживания населения Санкт-Петербурга, как одному из возможных направлений профилактики и преодоления социальных рисков.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МНОГОДЕТНЫМИ СЕМЬЯМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ, КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ПРЕОДОЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

В каждом из 18 районов Санкт-Петербурга, в том числе и в Калининском районе, организованы и успешно осуществляют свою деятельность государственные бюджетные учреждения, предоставляющие социальные услуги гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и не имеющим возможности преодолеть эти трудности самостоятельно. К этим учреждениям, кроме прочих, относятся и Комплексные центры социального обслуживания населения и Центры социальной помощи семье и детям. Деятельность этих учреждений регламентируется, в том числе, и Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», а также Законом Санкт-Петербурга «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге» от 24.12.2014 г. № 717-135.

Основная работа центров социального обслуживания населения и социальной помощи семье и детям направлена на улучшение положения граждан, детей и семей с детьми и на оказание им комплексной социальной помощи и поддержки, путем предоставления социальных услуг в полустационарной и стационарной форме. Решение о признании граждан нуждающимися в социальном обслуживании и получении бесплатных услуг принимают районные комиссии при администрациях Санкт-Петербурга [Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 03.03.2015 №59-р].

Своей работой учреждения социального обслуживания стараются охватить как можно большую часть населения, нуждающегося в помощи квалифицированных специалистов по социальной работе, психологов, юристов, социальных педагогов, воспитателей. Социальные услуги оказываются лицам, в соответствии с их возрастом, состоянием здоровья, социальным положением: пожилым и одиноким гражданам; людям с инвалидностью; семьям, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья; одиноким матерям и отцам; женщинам и детям, пережившим насилие; выпускникам детских домов; неблагополучным подросткам и многим другим категориям граждан.

Хотелось бы отметить, что очень большое значение для профилактики и преодоления социальных рисков имеет организация социальной работы с многодетными семьями. Как отмечают исследователи, в последние годы из-за нестабильной экономической обстановки в стране в целом, происходит увеличение группы низкодоходных граждан [НАФИ. Аналитический центр. 30.04.2015 г.], что приводит к росту возможности попадания многодетных семей в «группу риска», особо нуждающуюся в поддержке государства. В Российской Федерации предусмотрены различные меры социальной поддержки многодетных семей: льготы, выплаты и пособия, многие из которых назначаются независимо от среднедушевого дохода семьи [Законы Санкт-Петербурга: от 24.12.2014 № 717-135; 06.12.2011 № 810-151; от 09.11.2011 № 710-136].

Но несмотря на помощь государства, трудовую деятельность в многодетных семьях, как правило, осуществляет один из родителей при том, что материальные затраты на содержание и воспитание детей, оплату коммунальных услуг в таких семьях достаточно велики. Многодетные родители могут испытывать повышенную эмоциональную напряженность и тревожность, усталость, связанную с большим количеством родительских обязанностей и нуждаться в психолого-педагогической помощи специалистов. К тому же, ситуация в семье может осложняться, если в ней присутствует социальное неблагополучие (нарушение детско-родительских отношений, алкогольная или наркотическая зависимость, неблагоприятная психологическая атмосфера в семье, низкая санитарно-гигиеническая культура, неуважительные отношения между членами семьи, неуспеваемость школьников в учебе). Поэтому, для успешного решения трудностей, с которыми сталкивается многодетная семья, специалистам очень важно правильно организовать работу, особенно если семья состоит на социальном обслуживании в центре и на учете комиссии по делам несовершеннолетних.

Основными направлениями в работе по профилактике и преодолению социальных рисков могут быть такие как:

психолого-педагогическое консультирование родителей в вопросе воспитания и развития детей;

психологическая коррекция семейных и детско-родительских отношений в процессе семейного психологического консультирования;

психотерапевтическая помощь матерям и другим членам семьи;

ознакомление со службой экстренной психологической помощи («телефон доверия») оказывает заочные психологические услуги детям, подросткам и родителям, испытывающим трудности в общении и пр.);

информирование о работе различных служб;

организация встреч родителей со специалистами: психологами, медицинскими работниками детских поликлиник, сотрудниками правоохранительных органов, представителями районной администрации, органов опеки и попечительства, учебных заведений для решения вопросов организации труда и быта семьи, здорового образа жизни, учебного процесса, решения жилищных проблем;

содействие в получении бесплатных юридических консультаций, правовое просвещение по вопросам прав многодетных семей, всех мер социальной поддержки, содействие в сборе документов, необходимых для оформлений льгот и пособий;

- организация семейных клубов, тематических встреч по интересующим вопросам с целью психологической разгрузки, снятия усталости, дискомфорта и обмена опытом между родителями;
- консультации по вопросам профессиональной ориентации подростков и содействие в их трудоустройстве;
- содействие в организации досуговой деятельности детей в учебных заведениях и по месту жительства, секциях, кружках;
- содействие в организации детского летнего оздоровительного отдыха на территории центров социального обслуживания, содействие в сборе и подаче документов для оформления путевок для детского летнего загородного отдыха;
- организация досуга детей и их родителей: посещение театров, музеев, парков города, загородные экскурсии;
- содействие в сборе вещей для многодетных семей, организация сообщества по обмену детскими вещами, игрушками.

Трудности, с которыми сталкиваются многодетные семьи, весьма разнообразны. Для того чтобы оказать им помощь, необходимо: во-первых, выявить эти семьи, обозначить проблемы, с которыми они сталкиваются; а во-вторых, определить очередность их решения в соответствии со степенью актуальности для каждой конкретной семьи.

Список литературы

Закон Санкт-Петербурга «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге» от 24.12.2014 г. № 717-135. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.garant.ru/hotlaw/peter/601305/>. Дата обращения: 27.05.2016.

Закон Санкт-Петербурга от 06.12.2011 № 810-151 «О материнском (семейном) капитале в Санкт-Петербурге». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.garant.ru/35358433/>. Дата обращения: 27.05.2016.

Закон Санкт-Петербурга от 09.11.2011 № 710-136 « О предоставлении земельных участков для индивидуального жилищного или дачного строительства гражданам, имеющим 3 и более детей». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://gov.spb.ru/law?print&nd=891860312>. Дата обращения: 27.05.2016.

Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 03.03.2015 №59-р. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.garant.ru/22924256/>. Дата обращения: 27.05.2016.

НАФИ. Аналитический центр. «Россияне оценили свое материальное положение». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://nacfin.ru/rossiyane-ocenili-svoe-materialnoe-polozhenie/>. Дата обращения: 29.05.2016 г.

Обсуждение доклада Смирновой А.А.

Наталья Сергеевна Саможонова Анастасия Алексеевна! Вы затронули очень важную и нужную тему, учитывая современную демографическую ситуацию в стране. Как нормализация социального благополучия многодетных семей, так и профилактика социальных рисков являются актуальными направлениями социальной политики нашего государства. Вопрос по теме Вашего доклада у меня такой: как организован социальный патронаж многодетных семей в Центрах социальной помощи, носит ли он заявительный характер, и сколько семей находится на патронаже у одного специалиста по социальной работе?

Анастасия Алексеевна Смирнова Наталья Сергеевна! Спасибо за Ваш вопрос! Многодетная семья принимается на социальное обслуживание в Центр социальной помощи семье и детям на основании личного заявления родителя и решения Комиссии о признании граждан нуждающимися в получении социальных услуг. Далее заключается договор о предоставлении социальных услуг между Центром и клиентом. Все услуги, предоставляемые Центром оказываются на основании рекомендуемых индивидуальных программ социального обслуживания (РИПСО). Так, например, работа специалистов с многодетными семьями по оказанию им социальных услуг может осуществляться на основании РИПСО № 59 "Рекомендуемая программа социального обслуживания семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, с несовершеннолетними детьми, в полустационарной форме социального обслуживания, с периодом пребывания до четырех часов" (смотрите Приложение к распоряжению Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 09.06.2015 № 160-р). Согласно этой программе, может быть организован социально-психологический патронаж в рамках социально-психологических услуг и социально-педагогический патронаж в рамках социально-педагогических услуг. Вопрос - сколько семей находится на патронаже у одного специалиста - достаточно сложный. К сожалению, на сегодняшний день нигде законодательно не закреплены нормативы, сколько семей "приходится" на одного специалиста. Вопрос очень сложный и актуальный для специалистов, он волнует многих. Могу сказать только одно - руководство Центра на основании технического регламента может произвести расчет рабочего времени специалиста и определить его нагрузку в соответствии с выполняемой работой. Сколько времени уходит на работу с одним клиентом. Но, к сожалению, очень часто в своей практике сталкивалась с тем, что один специалист может одновременно работать 25 семьями, особенно на таких отделениях, как Профилактика безнадзорности несовершеннолетних.

Наталья Сергеевна Саможонина Благодарю Вас за полный и подробный ответ.

Ольга Евгеньевна Смирнова Я работаю с многодетными семьями в ЦСПСД Калининского района и готова подписаться под каждым абзацем. Анастасия Алексеевна, в своем докладе Вы поднимаете очень важный и сложный вопрос: выявление нуждающихся семей. На практике, я и мои коллеги, сталкиваемся с проблемой не охваченности всех нуждающихся семей. На мой взгляд Федеральный закон №442-ФЗ не позволяет решить эту проблему в полной мере по многим причинам (нежелание семьи заявлять о своей нуждаемости, невозможность документального подтверждения этой нуждаемости и др.). Конечно деятельность учреждений социального обслуживания регламентируется не только этим законом. На Ваш взгляд, какова роль районных Центров социальной помощи семье и детям в первичном выявлении нуждающихся семей? И какие формы работы специалистов Центров в этом направлении могут применяться?

Анастасия Алексеевна Смирнова Ольга Евгеньевна, добрый день! Спасибо за Ваш вопрос! Да, действительно, согласна с Вами, проблема выявления нуждающихся в социальной помощи семей очень остро стоит перед специалистами, это один из самых важных аспектов работы. Согласно Федеральному закону №442-ФЗ, Центры социальной помощи семье и детям работают только по заявительному характеру и не уполномочены своей деятельностью выявлять граждан, нуждающихся в

получении социальных услуг. Однако, Вы, как практикующий специалист, лучше меня знаете, что большая часть работы по выявлению семей с последующим принятием их на социальное обслуживание в центры приходит к нам по сообщениям от органов опеки и попечительства, участковых отделов полиции, районных поликлиник, школ и детских садов, бдительных соседей, неравнодушных к судьбе детей. Задача специалистов заключается в том, чтобы вовремя среагировать на данные сообщения, отработать их, выйдя в адрес проживания семьи, адекватно оценить ситуацию в семье, собрать о ней информацию, предложить помощь и услуги центра. Очень часто в своей работе с многодетными семьями я сталкивалась с таким моментом, что информацию о семье, нуждающейся в помощи, мы получали от других многодетных семей, уже получающих услуги в нашем центре. Рассказывали о знакомых, соседях, семьях одноклассников своих детей, давали нам контактные телефоны мамочек. Здесь срабатывает эффект "сарафанного радио", когда люди, уже получившие помощь в разрешении своей трудной ситуации, советовали нашу организацию своим друзьям и знакомым. Поэтому, как мне кажется, большую роль в работе специалиста играет его умение правильно выстроить работу с семьями, которых он "ведет", наладить диалог, доверительные отношения с клиентом. Также большой процент новых клиентов приходил к нам через клуб многодетных семей, где мы организовали обмен детскими вещами, игрушками. Люди приходят за материальной помощью в виде вещей, начинают рассказывать о себе, о своих трудностях и в этот момент также можно заинтересовать человека, предложить ему услуги центра.

Ольга Евгеньевна Смирнова Анастасия Алексеевна, благодарю Вас за ответ. Очень точно подмечено про "сарафанное радио".

Федосова Виктория Евгеньевна

специалист по социальной работе СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Петроградского района» (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

Доклад посвящен актуальной проблеме профилактики социальных рисков среди инвалидов, роли социальной реабилитации и адаптации инвалидов и помощи этой наиболее уязвимой категории граждан в преодолении социальных рисков. В докладе рассматривается настоящее положение дел в социальной сфере и причина возникновения проблемы.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ СРЕДИ ИНВАЛИДОВ. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ИНВАЛИДА КАК СПОСОБ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ.

Тема профилактики и способов преодоления социальных рисков является одной из актуальных проблем в наше время. Теоретическому осмыслению этой проблемы посвящены работы многих ученых, специалистов, психологов. Хочу обратить внимание на особую категорию людей, наиболее подверженных социальным рискам - инвалиды.

В современном обществе, инвалиды, одна из самых незащищенных и наиболее уязвимых категорий граждан, подверженных социальным рискам, требующая

особого профессионального и грамотного подхода при работе с ними. В широком смысле все риски, с которыми сталкивается человек в течении всей жизни - социальные и являются краеугольным камнем социальной защиты. Выделю две основные категории рисков, первая - экономические социальные, связанные с утратой дохода, малообеспеченностью: болезнь, безработица, старость, трудовое увечье, профессиональные заболевания, потеря кормильца, содержание детей (многодетность, сиротство, неполная семья) и вторая категория-социальные «социальные», связанные с преодолением сложной жизненной ситуации (ограничение к трудовой деятельности, передвижению, обучению, самообслуживанию, и т.д.). Так как социальный риск имеет социальный характер, то и способами его компенсации можно признать не только материальное обеспечение, но и социальные меры, направленные на внедрение этой категории граждан в общество, требующие моральной, психологической и материальной поддержки.

Основными направлениями профилактической работы являются: создание социально- поддерживающих учреждений; включение профилактических занятий в учебные программы всех школ; работа с семьей; средства массовой информации; среди общественных групп молодежи и на рабочих местах; работа с безнадзорными, беспризорными детьми; систематическая подготовка специалистов в области профилактики. [Змановская Е.В., 2010, «Девиантное поведение»]

Для реализации жизненно необходимых потребностей инвалида и с целью профилактики социальных рисков, в каждом районе были созданы Центры социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, где специалисты учреждения оказывают квалифицированный специализированный комплекс мер по социальной реабилитации и профессиональной адаптации. Граждане обучаются навыкам самообслуживания, ведется профилактическая работа, проводятся психологические занятия. Для максимального восстановления профессиональных знаний, умений и навыков, получения профессионального образования, а также содействия в трудоустройстве, существует профессиональная адаптация. Адаптация носит активный приспособительный процесс внедрения инвалида в общество. Основным показателем того, что человек с ограниченными возможностями здоровья интегрирован в общество - является полное возвращение его к активной общественной деятельности. Поэтому процесс социальной реабилитации и адаптации инвалидов с последующей интеграцией их в общество это многоуровневый процесс, требующий, учитывая специфические особенности этой категории населения, использования личностно-ориентированного и индивидуально-дифференцированного подходов. Данные подходы включают в себя целый комплекс мер с учетом индивидуальных особенностей инвалида (физических, психоэмоциональных и когнитивных). Они обусловлены наличием у инвалидов таких заболеваний как ДЦП, нервно-психических заболеваний, заболеваний эндокринной, периферической и центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата. Для многих из них характерен низкий уровень коммуникативной культуры, мотивации образовательной и других видов деятельности, нестабильного психоэмоционального состояния, недостаточной социальной компетентности, что обуславливает необходимость индивидуального подхода в работе с каждым отдельным случаем.

Большое значение в жизни человека с ограниченными возможностями имеет место организация доступной среды, представляющая собой целый комплекс мероприятий для беспрепятственного доступа маломобильных групп населения к объектам социальной инфраструктуры, средствам связи и информации. Так, например, незрячий человек, благодаря тактильным средствам и информационным звуковым системам может гораздо быстрее ориентироваться в помещении и на улице, а инвалид-колясочник может свободно перемещаться по необходимым объектам. Обеспечение инвалидов, на безвозмездной основе, техническими средствами реабилитации из Фонда социального страхования также значительно облегчает жизнедеятельность инвалида.

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод о том, что обеспечение комплексного подхода в осуществлении социальной реабилитации и адаптации инвалида, способствует его свободной интеграции в обществе и содействуют личностному росту. Организация мер по беспрепятственному доступу инвалида к местам социальной инфраструктуры, дает ему возможность чувствовать себя «полноценным» человеком, улучшает качество жизни и социального положения и во много раз снижает вероятность возникновения социальных рисков.

Список литературы

Змановская Е.В., 2010, «Девиантное поведение личности и группы»

Светличная И.В., Акимова Е.Н. и др. Разработка инновационных подходов к профессиональной реабилитации инвалидов // Реализация современных подходов к реабилитации инвалидов в процессе общего и профессионального образования, СПб.: СРП «Павел» ВОГ, 2013, 267 стр.

Хвоин Николай Николаевич

ведущий специалист отдела мониторинга, государственных программ и приоритетных проектов Управления труда и социального партнерства Комитета по труду и занятости населения Санкт-Петербурга (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

В статье рассмотрена деятельность учреждений социальной помощи лицам без определенного места жительства и занятий. Приведены статистические данные об обслуженных бездомных гражданах в учреждениях, находящихся в ведении администраций районов Санкт-Петербурга. Предложены мероприятия по профилактике бездомности.

ПРОФИЛАКТИКА БЕЗДОМНОСТИ. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛИЦ БЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА И ЗАНЯТИЙ

Исторически одной из наиболее уязвимых и социально незащищенных групп населения, исключенных из социальной среды, являлись бродяги и нищие. В России, с началом либерализации экономики, после завершения периода всеобщей занятости и обязательной прописки, принятых ранее в СССР, в социальной структуре общества отчетливо проявилась группа лиц без определенного места жительства и занятий. Государство прекратило их административно преследовать и кодифицировало как «нуждающихся в поддержке». Однако развитие социально-экономической ситуации в 1990-е годы создало новые риски, связанные

появившимся рынком жилья, неустойчивой занятостью и застойной безработицей. Население оказалось слабо адаптированным к ним.

Как отмечают Е.Коваленко и Е.Строкова, авторы книги «Бездомность: есть ли выход?» в ситуации бездомности могут оказаться очень разные люди, и по абсолютно несхожим причинам, однако можно выделить две группы риска. В первой группе находятся те, у кого есть крыша над головой, но нет юридических прав на это жилье, а, значит, они в любой момент могут оказаться на улице. Во вторую группу попали члены «коллективных домохозяйств» – воспитанники детских домов, заключенные, и т.д., которые не являются бездомными по юридическому статусу, но рискуют остаться без дома после выхода из учреждения. В аналогичной ситуации оказываются те, кто, имея право на жилье и регистрацию, утрачивают их по каким-либо причинам. Бывают случаи, когда ухудшение здоровья или потеря работы могут ввергнуть человека в состояние фактической бездомности. [Коваленко Е., Строкова Е., 2010].

В Санкт-Петербурге действует двухуровневая система учреждений социального обслуживания населения городского и районного подчинения, оказывающих услуги лицам без определенного места жительства и занятий (далее - лиц БОМЖ) [сайт Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, 2015], основной задачей которых является их адаптация и возвращение к жизни в обществе [приказ Ростехрегулирования, 2008].

По состоянию на 01.01.2016 действует 3 учреждения городского подчинения, находящиеся в ведении Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга: Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение «Городской пункт учета граждан Российской Федерации без определенного места жительства», Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Центр социальной адаптации лиц, освободившихся из мест лишения свободы», Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Специнтернат для инвалидов и граждан пенсионного возраста, освобожденных из мест лишения свободы». Общая вместимость - 179 мест, из них 54 места в Специнтернате. [Мацкевич С.Ю., 2016].

На 26.01.2016 состоит на учете в Городском пункте учета 2 426 бездомных граждан, имевших последнее место жительства в Санкт-Петербурге. Из них: мужчин 1 485, женщин – 914. Средний возраст бездомного, состоящего на учете в Городском пункте учета, составляет – 39-41 год. Ежегодно Городским пунктом учета бездомным гражданам предоставляется более 9 тыс. социальных услуг [Мацкевич С.Ю., 2016].

По состоянию на 01.01.2016 на территории Санкт-Петербурга действует 19 районных государственных учреждений: Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение «Кронштадтский дом ночного пребывания» и 18 комплексных центров социального обслуживания населения районов Санкт-Петербурга, включающие 24 структурных подразделения, предоставляющих социальные услуги бездомным гражданам (из них 13 отделений социальной помощи бездомным гражданам, включающих дом ночного пребывания, (далее – ДНП), 2 сезонных отделения (палатки обогрева), 9 отделений социальной помощи бездомным гражданам). Общая вместимость в 13 ДНП - 265 мест [Мацкевич С.Ю., 2016].

Учет деятельности учреждений социальной помощи бездомным гражданам осуществляется с 1997 года в соответствии с формой федерального статистического наблюдения 4-собес (сводная) «Сведения об учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий» [приказ Росстата, 2009]. Численность бездомных граждан обслуженных учреждениями (отделениями) социального обслуживания населения, находящихся в ведении администраций районов Санкт-Петербурга за 2015 год приведена в таблице.

Численность бездомных граждан обслуженных учреждениями (отделениями) социального обслуживания населения, находящихся в ведении администраций районов Санкт-Петербурга за 2015 год

№ п/п	Район Санкт-Петербурга	Всего обслужено, чел.	Доля обслуженных бездомных от общего числа обратившихся, %
1	Адмиралтейский	997	22,8
2	Центральный	517	11,8
3	Приморский	421	9,6
4	Калининский	317	7,2
5	Василеостровский	259	5,9
6	Кировский	235	5,4
7	Кронштадтский*	223	5,1
8	Пушкинский	209	4,8
9	Фрунзенский	202	4,6
10	Выборгский	187	4,3
11	Невский	160	3,7
12	Московский	151	3,4
13	Красногвардейский	146	3,3
14	Красносельский	128	2,9
15	Курортный	122	2,8
16	Петроградский	42	1
17	Петродворцовый	47	1
18	Колпинский**	18	0,4
ИТОГО		4381	100

* СПб ГКУ «Кронштадтский дом ночного пребывания»;

** в связи проведенными организационно-штатными мероприятиями отделение ночного пребывания с 01.06.2015 закрыто.

В приведенной таблице видно, что Калининский район Санкт-Петербурга занимает

4-е место по количеству обслуженных бездомных граждан, так в 2015 году обслужено 317 бездомных, из них отделением социальной помощи бездомным гражданам, включающим отделение ДНП - 125 чел., в том числе с предоставлением койко - места -16 чел., обслужено в сезонной платке - 192 чел.

Деятельность учреждений социальной помощи бездомным сложно оценить как успешную с позиции проводимых мероприятий по адаптации и ресоциализации бездомных граждан, поскольку стандартный набор услуг, предоставляемый в

учреждений социальной помощи, сводится к предоставлению койко-места и горячего питания, содействию в трудоустройстве и оформлении документов удостоверяющих личность (паспорт, пенсионное удостоверение, СНИЛС, ИНН и др.) и не включает в себя мероприятия социализирующей направленности. Как отмечает И.А. Григорьева «... исследования разных лет показывают, что применяемые в России социальные технологии не обеспечивают эффективного использования даже тех незначительных средств, которые выделяются на помощь бездомным, не обеспечивают их ресоциализацию и адаптацию в обществе» [Григорьева И.А., 2008].

Система отношений «социальный работник - клиент» и «социальный работник – окружение клиента» играет в социальной работе важнейшую, но довольно сложную, роль. Так, «социальный работник помогает клиенту и одновременно выполняет общественную задачу сохранения равновесия в обществе, в тоже время он работает в тех рамках, которые ему задает государство» [Халилова Р.Р., 2015]. Например, помощь, направленная на адаптацию бездомных, как правило, не может быть краткосрочной, но государство, прежде всего, заинтересовано в выполнении стандартов и экономии средств.

В своей статье Соколова В.Ф., Мирюкова М.А. рассматривают концептуальные подходы к социальной работе с лицами категории БОМЖ, в каждой из которых делается акцент на какой либо элемент социальной работы с лицами БОМЖ. «В соответствии с одной из концепций ученые придерживаются мнения о том, что главным фактором для решения проблем бездомных граждан является трудовая реабилитация. Представители другой концепции придерживаются мнения о том, что помощь бездомным должна осуществляться не только государством, но и обществом в целом» [Соколова В.Ф., Мирюкова М.А, 2014], т.е. не только за счет бюджетного финансирования, но и за счет благотворительных фондов и различных видов спонсорской помощи.

Вместе, с тем «эксперты благотворительного центра Weingart полагают, что разовая помощь или материальная поддержка, бездомным лишь вредит. Люди получают деньги, пропивают их или тратят на еду, а их положение не меняется. Желания что-то менять в своей жизни у них нет» [Ерохина В., Тараханова О., 2015]. С этим мнением согласны и российские волонтеры, поскольку милостыня на улицах – это впустую потраченные деньги. Но следует отметить, что голодный человек представляет существенный риск для общества, и вряд ли без широко доступных благотворительных столовых, можно осуществлять какую-то более долгосрочную работу.

В целях профилактики бездомности Е.Коваленко, Е.Строкова предлагают организацию и проведение ряда мероприятий, таких как распространение информации о доступности мест в ночлежках; открытие бесплатных пунктов, где бездомные могли бы принять душ и постирать одежду; развитие системы социального патронажа неблагополучных семей; повышение правовой грамотности населения; развитие системы бесплатных юридических консультаций, осуществление юридического сопровождения граждан без регистрации по месту жительства, а также информирование групп риска о последствиях утраты регистрации, а также о том, как можно получить регистрацию [Коваленко Е., Строкова Е, 2010].

Также для профилактики бездомности, преодоления социальных рисков населения, находящихся в «социальном исключении» необходима разработка и проведение комплекса мероприятий, в том числе разработка комплексных индивидуальных программ, способствующих успешной адаптации бездомных граждан. Индивидуальные программы должны разрабатываться с учетом стажа «уличной жизни» бездомного и содержать комплекс социализирующих мероприятий, после которого бездомные смогли бы получить жилье и найти работу, а самое главное необходима поддержка бездомных после прохождения программы. Как отмечают эксперты благотворительного центра Weingart «что программы реабилитации помогают превратить пожертвования в выгодные инвестиции в развитие общества. Бездомный начнет работать, платить налоги и из бюджета тратиться на него уже не придется» [Ерохина В., Тараханова О., 2015]. Такой подход полностью соответствует необходимости социальной адаптации и более эффективного обслуживания бездомных.

Список литературы

1. Коваленко Е., Строкова Е. «Бездомность: «Есть ли выход?». Фонд «Институт экономики города», Москва, 2010. – 128 с.
2. Социальная помощь лицам без определенного места жительства // Официальный сайт Администрации Санкт-Петербурга URL: <http://gov.spb.ru/helper/social/bomz/> (дата обращения 05.05.2016).
3. Социальное обслуживание населения. «Типы учреждений социального обслуживания и социальные услуги лицам без определенного места жительства и занятий. ГОСТ Р 53064-2008» (утв. Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 № 441-ст). Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – Послед. обновление 30.04.2016.
4. Выступление ведущего специалиста Управления социального обслуживания населения Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга Мацкевича С.Ю. на радио России – Санкт-Петербург, январь 2016.
5. Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений социальной защиты населения (приказ Росстата от 11.09.2009 № 196). Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». Послед. обновление 22.04.2016.
6. Григорьева И.А., Бородкина О.И., Молчанов А.А. Социальная работа с лицами без определенного места жительства: Учеб. Пособие / СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2008. - 133 с.; Григорьева И.А. Развитие социальной работы в российском обществе потребления// Журнал социологии и социальной антропологии. 2011. №5. С. 287-297.
7. Халилова Р.Р. Роль личности социального работника в эффективном взаимодействии с клиентом // Специфика профессиональной деятельности социальных работников. Сб. труд. конференции. Н.Новгород, 2015.С.362-366.
8. Соколова В. Ф. Концептуальные подходы к социальной работе с лицами категории бож / В. Ф. Соколова, М. А. Мирюкова // Интеграция науки и практики как механизм эффективного развития современного общества : материалы XIV международной научно-практической конференции, 25–26 декабря 2014 г. – Москва, 2014. – С. 194–198. – Библиогр.: с. 198.
9. Ерохина В., Тараханова О. статья «Нужно ли подавать бездомным?» от 09.06.2015 //

Официальный сайт журнала «Большой город» URL: http://bg.ru/society/nuzhno_li_pomogat_dengami_bezdomnym-22837 (дата обращения 25.05.2016).

Обсуждение доклада Хвоина Н.Н.

Мария Николаевна Губина Сейчас, при таком количестве бездомных, конечно нужны и столовые и места стирки и отмывки, но чтобы эффективно решить проблему, на мой взгляд, нужна принудительная трудовая реабилитация, а также надо вернуть административную ответственность, хотя бы в каких-то её формах. Есть ли предпосылки для этого?

Николай Николаевич Хвоин Спасибо за вопрос. Полагаю, что репрессивными мерами проблему бездомности не решить, необходимо проведение комплекса социализирующих мероприятий, направленных на возвращение бездомных в общество. Необходимо сосредоточиться на профилактике бездомности, это будет более эффективно и менее затратно, чем создание учреждений такого типа.

Хитева Ольга Олеговна

ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина», заведующая ЗПНДО (Санкт-Петербург, Россия).

Соловьева Галина Вадимовна

ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина», специалист по социальной работе ЗПНДО (Санкт-Петербург, Россия).

Аннотация

Доклад посвящен актуальной проблеме оказания помощи детям, находящимся на наблюдении в ПНДО ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина», совместно со специалистами других ведомств. Дана классификация видов девиантного поведения. Рассмотрена универсальность распространения поведенческих девиаций для психически благополучных и для психически неблагополучных несовершеннолетних, в контексте определения специалистов по оказанию помощи.

СОВМЕСТНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОМОЩЬ В ЦВЛ «ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ИМ. С.С.МНУХИНА» СО СПЕЦИАЛИСТАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ, СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Уважаемые коллеги! Тема, заявленная нами актуальна как никогда, и в первую очередь с практической точки зрения. Актуальность её, как нам видится, диктуется смешением представлений наших коллег смежников, о функциональных полномочиях специалистов. ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина.

Наша организация представляет собой систему, связанных между собой подразделений.

1 Диспансерные отделения: Оказывают консультативно-диагностическую, лечебную, психопрофилактическую, реабилитационную и социальную помощь во внебольничных условиях по территориальному принципу. Диспансерных отделений 6, каждый из которых объединяющих несколько районов города Санкт-Петербурга.

2 Стационарные отделения. Отделения стационара разделены по полу и возрасту. На 1 –ое стационарное отделение поступают дети с тяжелой речевой

патологией. На 2-ое отделение мальчики 12-15 лет, На 3-е отделение девочки. На 4-ое отделение мальчики до 12 лет. На отделениях несовершеннолетним оказывается диагностическая, лечебная, реабилитационная помощь в стационарных случаях острой и тяжелой психической патологии. На 5-ом стационарном отделении проводится лечебная и реабилитационная работа как этап необходимый для интеграции в обычную среду детей школьного возраста до 15 лет. На 6-ое отделение поступают дети от 4 до 8 лет с расстройством аутистического спектра

3 Отделение реабилитации со школой для детей из массовых школ – школа №132

Отделение реабилитации осуществляет проведение широкого спектра реабилитационных медико-психологических мероприятий детям со специфическими нарушениями школьных навыков, не обусловленных умственной отсталостью, а также детям со школьной дезадаптацией, обусловленных невротическими расстройствами и личностными особенностями, затрудняющими пребывание в обычном классе. Наполняемость в классе до 12 человек. Школа работает в тесном контакте со специалистами ЦВЛ «Детская психиатрия». Коррекционная работа строится с учетом способностей и интересов ребенка. Используются диагностические, тренирующие методики, а также методы по формированию навыков в прикладном искусстве. Для развития навыков мелкой моторики, внимания, памяти, пространственной ориентации, в отделении оборудован специальный компьютерный класс-тренажер с развивающими программами. На базе отделения работают: кабинет физиотерапии, компьютерный энцефалограф, компьютерный ультразвуковой сканер. Дети находятся в школе с 9-16 часов. Получают 3-х разовое питание. Направление в школу можно получить в диспансерных отделениях ЦВЛ.

4 Отделение кризисной профилактической помощи детям и подросткам.

Осуществляет оказание экстренной психолого-психиатрической помощи детям и подросткам, находящимся в состоянии психологического кризиса (состояние острого горя, растерянности, суицидальной настороженности, состояния семейной и школьной дезадаптации), жертвам всех видов насилия и саморазрушающего поведения. В отделении работает круглосуточный телефон для детей и подростков. 576-10-10. По желанию помощь оказывается анонимно. При оказании психологической помощи на очных приемах проводится индивидуальная и семейная психотерапия и психокоррекция от однократного консультирования и больше, в зависимости от остроты и тяжести проблемы. Основные методики, применяемые специалистами – ролевые игры, диалоги, игровая терапия, арттерапия, элементы психодрамы, рациональная психотерапия, элементы гештальт-терапии, семейная психокоррекция.

5 Детский дневной стационар.

В стационаре проводится лечебно-диагностическая, логопедическая и реабилитационная помощь детям дошкольного возраста. Направляются дети с психическими заболеваниями для уточнения диагноза, а также проводится подготовка к школе с использованием специальных методик.

6 Консультативно-лечебное отделение.

Отделение по лечению детских и подростковых неврозов. Осуществляет консультативно-диагностическую помощь детям и подросткам с неврозами,

неврозоподобными состояниями, речевыми расстройствами.(внешне напоминающее невроты)

За психиатрическую работу в районах отвечают межрайонные амбулаторные отделения, в основные задачи, работы которых входит профилактика, диагностика, лечение, реабилитация, социальная и юридическая защита интересов несовершеннолетних из числа пациентов и членов их семей.

В команду специалистов каждого амбулаторного отделения входят зав. отделением, детские и подростковые психиатры, врач-психотерапевт, логопед, клинический психолог, специалист по социальной работе, социальный работник.

Каждый из перечисленных специалистов выполняет свой «набор» функциональных обязанностей, структурированный исключительно, потребностями наших несовершеннолетних.

Районные психоневрологические диспансерные отделения занимаются самой широкой категорией несовершеннолетних, обращающихся за психиатрической помощью.

Категории детей и подростков, получающих помощь в ЦВЛ «Детская психиатрия»:

практически здоровые дети и подростки, обратившиеся за психопрофилактической помощью;

с преходящими расстройствами психики и поведения;

с пограничными нервно-психическими расстройствами;

с хроническими душевными заболеваниями;

с тяжелыми последствиями психиатрической патологии, приведшие ребенка к недееспособности;

принудительно подлежащие наблюдению у психиатра по решению суда, как совершившие преступления и признанные судебно-психиатрической экспертизой невменяемыми.

Необходимо напомнить о статье 4, в которой говорится, что *Согласно действующему закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» от 02.07.92г. До 15 лет, обращение за психиатрической помощью оказывается только с согласия родителей или лиц их заменяющих*

Но значит ли, что все многообразие поведенческих девиаций у наших пациентов является исключительно компетенцией психиатрических служб. Ответ однозначный – нет! Для аргументации подобного ответа, необходимо обратиться к классификациям видов девиантного поведения.

Такие ведущие специалисты по отклоняющемуся поведению, как А.Ю.Егоров, С.А.Игумнов. Расстройства поведения у подростков. СПб 2005г.; В.Д.Менделевич. Психология девиантного поведения. СПб 2005г., сходятся в том, что термин девиантное поведение – широкое понятие и означает любое отклонение от принятых норм и стандартов в конкретном обществе.

В свою очередь, девиантное поведение различается следующим образом:

- Антисоциальное. Поведение, при котором нарушаются законы Гражданского кодекса, административного, уголовного.

- Асоциальное: Отказ от школы, бродяжничество, поздние приходы домой, игнорирование требования родителей

- Делинквентное. Проступки, не достигающие до степени наступления ответственности. (например: частые драки без последствий).

- Саморазрушающее:

1. Опасное. (Например: зацепинг, паркур, **роуп-джампинг**,)

2. Аддиктивное.: (Зависимое): алкоголь, наркотики, компьютер.

3. Суицидальное. (Осознанное, намеренное лишение себя жизни (Ю.А. Клейберг).

- Патохарактерологическое, (Связанное с негативными особенностями формирующейся личности практически здоровых несовершеннолетних. Например: избыточная капризность, избыточная обидчивость, избыточная возбудимость ит.д.)

- Агрессивное. (Склонность в разных обстоятельствах детей и подростков, к постоянному проявлению агрессии: словесной, физической, вандальной)

- Психопатологическое. (Обусловленность преимущественно психическими нарушениями) например нервная анорексия. Болезненное и тяжелое расстройство у девочек подросткового возраста, проявляющееся в длительном отказе от еды

Проблемы девиантного поведения занимают в структуре поведенческих нарушений у наших пациентов одно из самых ведущих мест. Потому что, через поведение детей и подростков, мы в первую очередь судим об их общем (педиатрическом) и психическом благополучии или неблагополучии.

Необходимо отметить, что часть поведенческих девиаций имеют универсальное распространение - и для психически благополучных и для психически неблагополучных несовершеннолетних. К ним относят следующие типы поведения: асоциальное, антисоциальное, агрессивное. Ряд девиаций находится в смешанной компетенции представителей «помогающих» профессий: педагогов, психологов, специалистов по социальной работе, психиатров. Сюда относят: опасное поведение, аддиктивное и патохарактерологическое. И наконец, девиации, требующие обязательного и незамедлительного участия психиатра: суицидальное и психопатологическое поведение

Статья 5 закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» от 02.07.92г. прямо указывает на недопустимость ограничения всех существующих прав и свобод граждан, получающих психиатрическую помощь и ответственность должностных лиц за подобные нарушения. Поэтому речь об **отказе** в социальном сопровождении наших пациентов, специалистами, работающими в учреждениях комитета по социальной политике, учреждениях комитета образования и учреждениях комитета по молодежной политике, только из-за факта получения этими детьми и подростками психиатрической помощи, быть не может!

Иное дело, что в случаях, когда уже известно, что несовершеннолетний получает помощь у психиатра, и когда его поведение, с точки зрения неспециалистов в области психиатрии, носит явно болезненный характер, то оказание ими социальной помощи может быть неэффективно и даже небезопасно, поскольку они не являются профильными специалистами по психиатрии.

Аналогично, и в отношении при отсутствии соответствующей информации, в плане подозрений неспециалистов в области психиатрии на душевное неблагополучие детей с девиантным поведением).

Родители и сами дети оставляют за собой право, согласно статьям 8 и 9 закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» от 02.07.92г. оставлять в тайне, т.е. не информировать о своих контактах с психиатром, даже в случаях, тяжелого душевного расстройства

И тогда, уважаемые коллеги, вам приходится действовать вслепую. Но, по-прежнему за вами остается право и даже обязанность продолжать всеми известными способами убеждать ваших подопечных обратиться за психиатрической помощью. Если же поведение таких детей, с вашей точки зрения, представляет реальную угрозу для себя и окружающих, вы обязаны незамедлительно поставить в известность: правоохранительные органы, прокуратуру, КДН и ЗП, специалистов по опеке и проконсультироваться в ваших действиях с психиатрами, (учитывая и Консультативное отделение ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина для детей и подростков в субботние и воскресные дни

В свою очередь, если вы сотрудничаете с родителями, которые доверились вам, поставив вас в известность о психиатрической помощи, получаемой их детьми, вы не имеете права разглашать эту информацию кому бы то ни было. В противном случае, вам может грозить уголовное преследование.

В заключение, предлагаем вам возможную схему междисциплинарного сотрудничества:



Схема отражает только те случаи, когда по собственной инициативе родители несовершеннолетнего получающего помощь у психиатра, сообщили вам об этом и заинтересованы в разнообразной социальной поддержке для устранения поведенческих девиаций.

Обсуждение доклада Хитевой О.О., Соловьевой Г.В.

Ольга Евгеньевна Смирнова Уважаемые Ольга Олеговна и Галина Вадимовна! Огромное вам спасибо за такой подробный и структурированный доклад. Правильно ли я поняла, что при возникновении у специалиста сомнений относительно корректности своей работы с ребенком с девиантным поведением, можно проконсультироваться со специалистами консультативно-лечебного отделения ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина»? В какой форме это можно сделать? С уважением, специалист по социальной работе ЦСПСид Смирнова О.Е.

Галина Соловьева Уважаемая Ольга Евгеньевна! Если Вы рассматриваете случай, когда ребенок находится на наблюдении в районном ПНДО, то Вы имеете право проконсультироваться с врачом- психиатром по поводу работы с конкретным ребенком, имеющему нарушения в поведении. Если же Ваш клиент не наблюдается в ЦВЛ "Детская психиатрия", а его особенности поведения с Вашей и т.зрения психолога центра находится за пределами Ваших компетенций, необходимо убедить родителей н/л проконсультировать свое чадо у районного врача-психиатра и в дальнейшем опять же получить все рекомендации по сопровождению. Форма обращения -очная, представившись от какой Вы организации. Еще раз хочу акцентировать Ваше внимание на том, что у врача ВЫ просите не диагноз наблюдаемого, а возможность или невозможность оказывать ему социальную помощь. В консультационно-лечебное отделение направляют н/л врачи-психиатры районных ПНДО.

Ольга Евгеньевна Смирнова Благодарю Вас за подробный ответ.

Социальная работа: теория, методы, практика.
Материалы интернет-конференций и семинаров.

Выпуск 5

**Основные направления профилактики и преодоления социальных рисков среди
населения Калининского района Санкт-Петербурга**

Том 3.

Тираж 500 экземпляров.

