ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Комитет по социальной политике

Санкт-Петербургское государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования

«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ»

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ИНСТИТУТА ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Выпуск 1

Под редакцией доктора экономических наук А.И. Балашова

Санкт-Петербург, 2021

УДК 159.9+364+37+304 ISBN 978-5-98238-096-8
ББК 88+60.5
Р 17

Рецензенты:

Ржаненков Александр Николаевич – председатель Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга;

Кабанов Максим Юрьевич – начальник СПбГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», заведующий базовой кафедрой геронтологии Санкт-Петербургском государственном институте психологии и социальной работы, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ

Научные труды Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы: Выпуск 1 / Под ред. д-ра экон. наук А. И. Балашова. – СПб.: СПбГИПСР, 2021 – 217 с.

В выпуске научных трудов представлены статьи, отражающие практический опыт и перспективы развития наиболее важных направлений социальной политики Санкт-Петербурга: формирование системы долговременного ухода за пожилыми гражданами, комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, поддержки материнства и детства, помощи лицам, зависимым от психоактивных веществ. Выпуск подготовлен по результатам XIX-й Международной научно-практической конференции по вопросам социальной политики, проведенной Санкт-Петербургским государственным институтом психологии и социальной работы 02-03 июня 2021 года.

Представленные в сборнике труды могут быть полезны руководителям органов государственной власти и местного самоуправления, руководителям учреждений социальной защиты населения, негосударственным поставщикам социальных услуг, преподавателям, научным сотрудникам и студентам образовательных организаций психолого-социального профиля.

Рекомендовано к печати Редакционно-издательским советом Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы.

© СПбГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», 2021
© Коллектив авторов, 2021

ISBN 978-5-98238-096-8

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ РЕДАКТОРА **7**

Балашов А. И. **8**

Развитие рынка социальных услуг в Санкт-Петербурге как драйвер повышения качества жизни горожан **8**

Раздел I. РАЗВИТИЕ РЫНКА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ: ОПЫТ РОССИЙСКИХ РЕГИОНОВ **18**

Трапезникова И. С., Новоселова К. С., Яницкий М. С. **18**

Оценка эффективности индивидуальных программ предоставления социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении **18**

Стрекач Н. К., Секретарева Е. А. **27**

Тайм-клуб как технология социальной адаптации несовершеннолетних в условиях центра социальной помощи семье и детям **27**

Чеснокова Л. В. **31**

Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации детей с инвалидностью в Удмуртской Республике путем создания специализированной социальной службы «Микрореабилитационный центр» **31**

Гасумова С. Е. **36**

Цифровизация социальных услуг для инвалидов **36**

Мецлер А. В. **47**

Психологическая помощь взрослым с нарушениями здоровья (на примере опыта работы психологической службы в Пансионате для ветеранов труда № 31, г. Москва) **47**

Филатова-Сафронова М. А., Семенова-Полях Г. Г. **51**

Инклюзия людей элегантного возраста посредством психологической поддержки **51**

Крайнюков С. В., Гусева Н. А. **58**

Инновационная модель социально-психологического сопровождения получателей социальных услуг – потребителей наркотиков с применением автоматизированного программного комплекса **58**

Савинова Э. В. 69

Особенности предоставления социальной помощи женщинам, имеющим двух и более детей до 1,5 лет родившихся одновременно, на примере инновационной деятельности ГБУ «Центр семьи» Приморского района Санкт-Петербурга: анализ, задачи, пути решения 69

Раздел II. ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ... 74

Алимбекова Ю. Е., Сократова И. Н., Захватова Ю. А. 74

Основные аспекты программы психологического сопровождения получателей социальных услуг в условиях психоневрологического интерната 74

Давтян О. В., Геворкян Г. М. 81

Психологическая помощь детям и взрослым на примере опыта работы службы раннего вмешательства 81

Кузьменкова Л. В, Черкашина Т. Ф. 85

Применение проективных методик в психокоррекционной работе с пожилыми и старыми людьми (на примере авторской разработки «Цветы женской души») 85

Маргошина И. Ю. 92

Психологическая помощь матерям с детским опытом семейного насилия в регуляции детско-родительских отношений с ребенком 92

Раздел III. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ВЗРОСЛЫМ С НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИИ 106

Волкова И. В. 106

Сенсорная комната, как условие психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья 106

Куликова Я. Г. 108

Ранняя профориентация детей с ранним аутизмом и задержкой психического развития посредством обучения сюжетно-ролевой игре 108

Окунькова Т. П. 115

Театротерапия для взрослых инвалидов с ментальными нарушениями 115

Раздел IV. КОНФЛИКТОЛОГИЯ В РАБОТЕ С ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ: ТЕХНОЛОГИИ, ОПЫТ, ПЕРСПЕКТИВЫ 119

Сатикова С. В., Минина К. В. **..... 119**

Конфликтологическая помощь как новое направление социальных услуг 119

Морозова Е. А. **..... 129**

Учреждения социальной защиты как поле проявления межличностных конфликтов в диаде «Специалист-клиент» 129

Николаева А. А., Савченко И. А. **..... 140**

Общие рекомендации педагогу ресурсного класса по коррекции образа «Я» у детей с расстройствами аутистического спектра для снижения конфликтности личности 140

Раздел V. АРТ-ТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ, МЕДИЦИНЫ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НАСЕЛЕНИЯ .. 151

Ковалева А. В. **..... 151**

Апробация и внедрение в практику работы СПб ГКУ «Центр учета» методов арт-терапии посредством организации работы экспериментальной и опорно-методической площадки 151

Иванович Ю. Л. **..... 157**

Арт-терапевтическое пространство живой природы 157

Киселева М. В., Капустина В. В. **..... 164**

Опыт применения изотерапевтического подхода в раскрытии творческого потенциала у детей дошкольного и младшего школьного возраста 164

Курникова М. В., Зверев Ю. П. **..... 175**

Влияние занятий телесно-ориентированными практиками на физические способности глухих детей 175

Михайлова Н. В. **..... 181**

Применение арт-терапии и китайской живописи у-син в социально-психологической реабилитации 181

Мурадян М. П. **..... 189**

Арт-терапия в музейном пространстве 189

Стряпухина Ю. В., Погребный Ю. А. **..... 192**

Арт-терапия в работе группы поддержки для членов семей зависимых 192

Тимуца О. В. **..... 199**

Арт-терапевтическая практика в социальной поддержке семей с детьми-инвалидами и инвалидами с детства с ментальными особенностями в некоммерческом секторе 199

Подвиг Е. Д., Мечинская Е. В., Хамзатова И. Э. **..... 205**

Арт-педагогика и приемы арт-терапии в развитии эмоционального интеллекта у дошкольников в разновозрастной группе для детей с задержкой психического развития 205

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ 211

ОТ РЕДАКТОРА

Настоящим изданием Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы (СПбГИПСР) открывает постоянную серию публикаций научных трудов, посвященных научно-методическому обеспечению социальной политики. В «Научных трудах Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы» будут публиковаться материалы докладов, обсужденных на международных, всероссийских и межрегиональных научно-практических конференциях и семинарах, организованных СПбГИПСР и Комитетом по социальной политике Санкт-Петербурга.

В выпуске № 1 мы начинаем публиковать доклады, заслушанные на XIX-й международной научно-практической конференции по вопросам социальной политики, состоявшейся на площадках Правительства Санкт-Петербурга (АДК «Невская ратуша») и СПбГИПСР 02-03 июня 2021 года. Конференция была посвящена развитию рынка социальных услуг.

В данном выпуске собраны статьи, отражающие практический опыт и перспективы развития наиболее важных направлений социальной политики в Санкт-Петербурге: формирование системы долговременного ухода за пожилыми гражданами, комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, поддержки материнства, помощи детям-сиротам, лицам без определенного места жительства, лицам, освободившимся из мест лишения свободы и лицам, зависимым от психоактивных веществ.

Балашов А.И., ректор Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, заведующий кафедрой управления социальной сферой, доктор экономических наук

Балашов А. И.

Развитие рынка социальных услуг в Санкт-Петербурге как драйвер повышения качества жизни горожан

Под рынком социальных услуг понимается совокупность административно-правовых, бюджетно-финансовых и экономических отношений по оказанию безвозмездно или за плату социальных услуг гражданам (получателям социальных услуг) их поставщиками. Нормативное определение социальной услуги содержится в ст. 3 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», норма которой понимает под социальной услугой действие(я) в сфере социального обслуживания по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи, гражданину в целях улучшения условий его жизнедеятельности и (или) расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности. Интегральной категорией, характеризующей существенные обстоятельства жизни человека, определяющие степень достоинства и свободы его личности является качество жизни (англ. – quality of life).

Санкт-Петербург предоставляет равные возможности выхода на рынок социальных услуг как государственным, так и негосударственным организациям социального обслуживания: коммерческим и некоммерческим организациям, индивидуальным предпринимателям, что выражается в существовании единых порядков предоставления социальных услуг, единых подушевых нормативах финансирования социальных услуг, единых тарифах на социальные услуги и единых требованиях для вхождения в Реестр поставщиков социальных услуг. При этом за гражданином сохраняется право выбирать, где получать услуги.

Санкт-Петербург является одним из лидеров по количеству негосударственных организаций, участвующих в предоставлении социальных услуг. Принятие Федерального закона от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального

обслуживания граждан в Российской Федерации» дополнительно расширило рынок предоставления социальных услуг, предоставив возможность негосударственным организациям войти в реестр поставщиков социальных услуг в Санкт-Петербурге и получать за оказанные ими социальные услуги компенсацию своих расходов за счет бюджетных средств. В реестр поставщиков социальных услуг в Санкт-Петербурге входят негосударственные организации, имеющие устойчивую практику взаимодействия с органами власти города и развитую инфраструктуру. Начиная с 2016 года наблюдается тенденция к увеличению количества негосударственных поставщиков социальных услуг, входящих в реестр поставщиков социальных услуг в Санкт-Петербурге (далее – НПСУ). Численные показатели динамики прироста негосударственных поставщиков социальных услуг за период с 2015 г. по 2020 г. в разрезе форм собственности представлены в табл. 1.

Таблица 1

Динамика изменения численности поставщиков социальных услуг в Санкт-Петербурге в 2015-2020 гг.

	2015 год	**2016 год**	**2017 год**	**2018 год**	**2019 год**	**2020 год**
Коммерческие организации	1	5	9	10	11	11
Социально ориентированные некоммерческие организации	0	19	29	28	27	26
Всего НГО	**1**	**24**	**38**	**38**	**38**	**37**

По состоянию на 27.05.2021 г. в Реестр поставщиков социальных услуг Санкт-Петербурга входил 121 поставщик социальных услуг, из них 83 государственные организации, 37 негосударственных организаций (26 НКО и 11 коммерческих организаций) и 1 индивидуальный предприниматель.

Расходы негосударственным поставщикам социальных услуг возмещаются путем предоставления субсидий на компенсацию затрат. За последние 3 года объем выплат негосударственным поставщикам за счет средств бюджета города возрос почти в 10 раз (см. табл. 2).

Так, в 2016 году компенсацию получили 5 организаций, объем выплат составил 9 103,7 тыс. руб.; в 2017 г. – 18 организаций, объем выплат – 151 620,8 тыс. руб.; в 2018 г. – 26 организаций, объем выплат – 690 797,1 тыс. руб.; в 2019 г. – 28 организаций, объем выплат – 1,4 млрд руб.; в 2020 г. – 28 организаций, объем выплат – 2,2 млрд. руб.; в 2021 г. объем бюджета города на выплаты негосударственным поставщикам социальных услуг составляет 2,1 млрд. рублей.

Таблица 2

Объемы выплат негосударственным поставщикам социальных услуг в Санкт-Петербурге в 2016-2021 гг.

Год	Количество НПСУ	Объемы выплат
2016	5	9 103,7 тыс. руб.
2017	18	151 620,8 тыс. руб.
2018	26	690 797,1 тыс. руб.
2019	28	1,4 млрд руб.
2020	28	2,2 млрд. руб.
2021 (план)	-	2,1 млрд. руб.

Один из немногих инструментов, позволяющих в настоящее время не только поддержать доходы семьи, но и преодолеть причины бедности в долгосрочной перспективе является социальный контракт – соглашение, заключенное между гражданином и органом социальной защиты населения (ОСЗН), в соответствии с которым последний обязуется оказать гражданину государственную социальную помощь в виде социального пособия, а гражданин – реализовать мероприятия, предусмотренные программой социальной адаптации.

Целью социального контракта является выход малоимущих граждан, среднедушевой доход которых ниже величины прожиточного минимума, на более высокий уровень жизни за счет собственных активных действий для получения постоянных самостоятельных источников дохода, позволяющих преодолеть трудную жизненную ситуацию и улучшить свое материальное положение.

Приоритетными направлениями, по которым заключается социальный контракт в Санкт-Петербурге, являются: поиск работы; осуществление индивидуальной

предпринимательской деятельности; осуществление иных мероприятий, направленных на преодоление гражданином трудной жизненной ситуации[1].

Конечным результатом оказания государственной социальной помощи независимо от направления является повышение денежных доходов семьи (гражданина) в размере не менее прожиточного минимума по истечении срока действия социального контракта, то есть выход семьи (гражданина) из категории малообеспеченной.

Социальное пособие на срок заключения социального контракта предоставляется в размере прожиточного минимума на душу населения, установленного в Санкт-Петербурге. При этом в целях содействия гражданам в осуществлении предпринимательской деятельности предоставление государственной социальной помощи на основании социального контракта предусмотрено в виде единовременной социальной выплаты в размере не более 250 000 руб., которые могут быть направлены на аренду помещения, закупку основных средств и материалов, необходимых для осуществления предпринимательской деятельности. Данное положение является новшеством для системы органов социальной защиты.

Под иными мероприятиями понимаются мероприятия, направленные на оказание государственной социальной помощи, предусмотренной Федеральным законом «О государственной социальной помощи», в целях удовлетворения текущих потребностей граждан в приобретении товаров первой необходимости, одежды, обуви, лекарственных препаратов, в лечении, профилактическом медицинском осмотре, в целях стимулирования ведения здорового образа жизни, а также для обеспечения потребности семей в товарах и услугах дошкольного и школьного образования.

Срок, на который в Санкт-Петербурге может быть заключен социальный контракт установлен от трех до двенадцати месяцев в зависимости от тех мероприятий, которые войдут в программу социальной адаптации:

- не более чем на 9 месяцев по мероприятиям, связанным с поиском работы;

---

[1] *Прим.:* порядок предоставления государственной социальной помощи на основании социального контракта в Санкт-Петербурге в настоящее время регламентирован постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 17.05.2021 № 283 «О внесении изменений в постановления Правительства Санкт-Петербурга от 06.06.2012 № 595 и от 08.02.2021 № 44».

- не более чем на 12 месяцев по мероприятиям, связанным с осуществлением предпринимательской деятельности;

- не более чем на 6 месяцев по мероприятиям, направленным на преодоление гражданином (семьей) трудной жизненной ситуации.

Заявление о предоставлении государственной социальной помощи на основании социального контракта подается посредством обращения в отдел социальной защиты населения администрации района Санкт-Петербурга по месту жительства либо месту пребывания гражданина. Рассмотрение заявления и принятие решения о предоставлении данной меры социальной поддержки осуществляет администрация района Санкт-Петербурга.

Национальные цели и стратегические задачи в сфере социального обслуживания лиц пожилого возраста реализуются в настоящее время через участие Санкт-Петербурга в реализации национального проекта «Демография», базирующегося на концепции активного долголетия и долговременного ухода. Повышение качества социального обслуживания граждан пожилого возраста предполагает:

- формирование системы долговременного ухода (СДУ) за пожилыми гражданами с учетом межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и социального обслуживания;

- развитие СДУ как структурной составляющей формирования системы комплексной реабилитации и абилитации (СКРА) инвалидов;

- обеспечение взаимодействия ПСУ с организациями здравоохранения в целях повышения доступности медицинской помощи, в том числе гериатрической, для получателей социальных услуг, проведения оценки индивидуальной потребности получателя социальных услуг в социально-медицинских услугах.

Концепция системы долговременного ухода в Российской Федерации, а также основные изменения, которые произойдут в системе социального обслуживания населения после внедрения СДУ, схематично представлены на рис. 1-6.

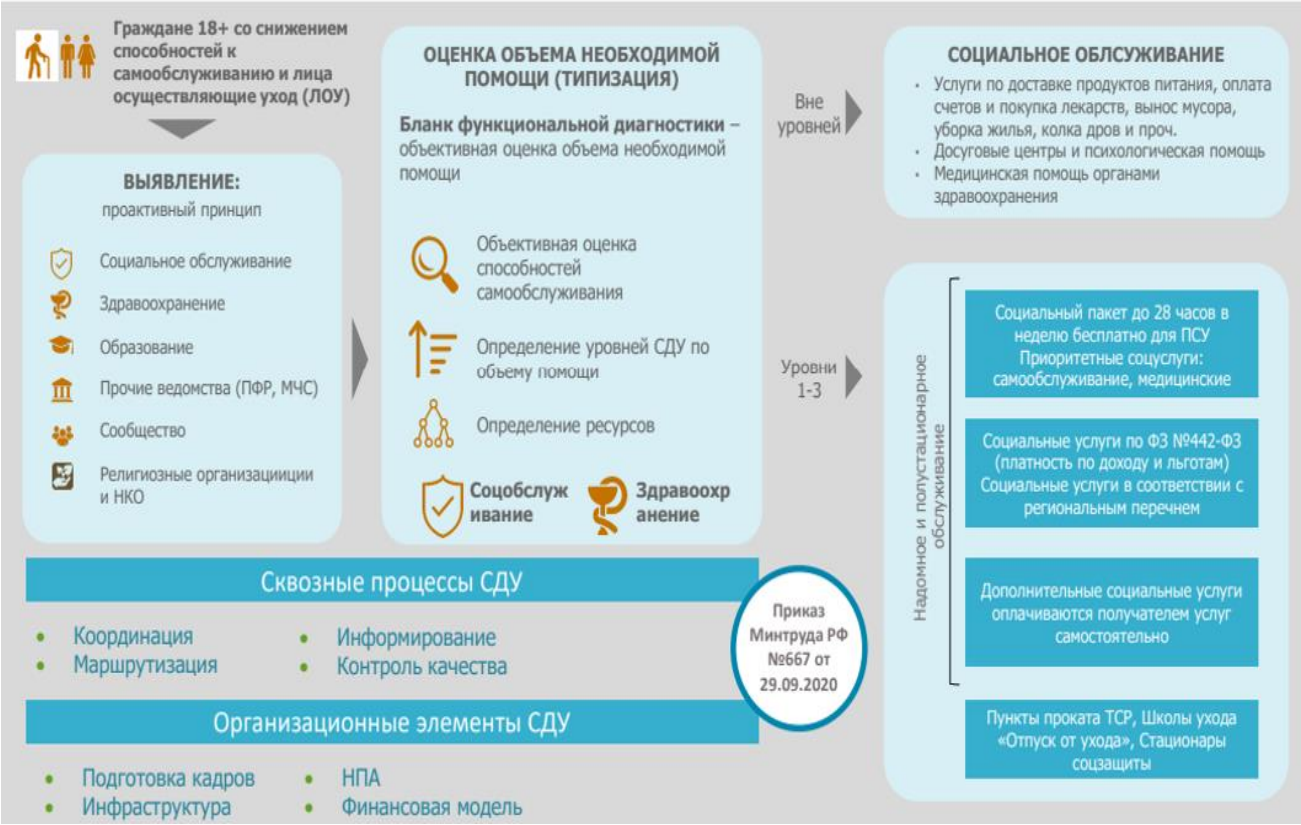

Рис. 1. Концепция системы долговременного ухода

	До Пилотного проекта внедрения СДУ	Типовая модель СДУ
ВЫЯВЛЕНИЕ	• Личное обращение • Случайные выявления	• Личное обращение • Передача данных из задействованных ведомств (Здравоохранение, ПФР, МЧС, МВД и проч.)
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПОТРЕБНОСТИ ГРАЖДАНИНА В ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ (УХОДЕ)	• В соответствии со статьей 15 ФЗ №442-ФЗ в каждом субъекте свой механизм признания • В субъектах, в большинстве, не формализован процесс оценки снижения способности к самообслуживанию	• Унифицированный процесс оценки степени снижения способности к самообслуживанию, включая снижения способности к самообслуживанию • Унифицированный бланк типизации (формализованный процесс оценки способности к самообслуживанию, включая возможности осуществлять самообслуживание и проч.)
СОЦИАЛЬНЫЙ ПАКЕТ	• Объем в соответствии с ФЗ №442-ФЗ, платность в зависимости от дохода получателя услуг • Стационары при наличии медицинских показаний	• 1-3 уровни – бесплатно от 7 до 28 часов в неделю • Вне Соцпакета – объем в соответствии с ФЗ №442-ФЗ, платность в зависимости от дохода получателя услуг • Стационарозамещающие технологии • Социальные сервисы (в т.ч. для родственников) • Дополнительные платные услуги • Стационары для самых тяжелых получателей, кому не достаточно ухода на дому

Рис. 2. Включение получателей социальных услуг в СДУ

	До Пилотного проекта внедрения СДУ	Типовая модель СДУ
ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	• Термин «технология социального обслуживания» не определен нормативно • Технологии социального обслуживания формируются субъектами, исходя из собственного понимания данного определения • Реализация субъектами технологий социального обслуживания не реализуется во взаимодействии с услугами, направленными на повышение качества жизни получателей услуг	• Приемная семья для гражданина пожилого возраста или инвалида • Социальная передышка • Патронажная бригада (служба) • Комплекс стационарозамещающих технологий • Технологии реализуются во взаимодействии с услугами, направленными на повышение качества жизни получателей услуг
СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ	• В каждом субъекте свой перечень социальных услуг – от 20 до 200 единиц. • Стандарты предоставления услуг с одним наименованием существенно отличаются • Услуги, оплачиваемые получателями в зависимости от их дохода, регламентируются в субъектах Основным перечнем услуг, остальные услуги – оплачиваются получателями по полному тарифу • Количество услуг в Основных перечнях услуг субъектов крайне мало	• Гарантированный бесплатный перечень услуг по уходу для всех граждан, которым эти услуги объективно необходимы • Унифицированный перечень услуг, соответствующий необходимым витальным потребностям человека • Унифицированные стандарты предоставления услуг для применения во всех регионах • Перечень сопутствующих услуг, оплачиваемых получателем, в зависимости от своего дохода • Возможность «докупить» любое количество часов ухода получателями и их родственниками

Рис. 3. Социальные услуги и технологии социального обслуживания

	До Пилотного проекта внедрения СДУ	Типовая модель СДУ
НАДОМНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ	• В среднем 2 прихода соцработника в неделю (3-3,5 часа в неделю) к любому получателю услуг • Основные оказываемые услуги: доставка продуктов, оплата счетов и покупка лекарств • Нет специальных требований к квалификации персонала • Плата за социальное обслуживание определяется в соответствии со ст. 30-31 ФЗ 442	• Набор услуг соответствует выявленным в ходе типизации ограничениям каждого гражданина • 1-3 уровни типизации – бесплатно, дифференцировано для каждого уровня, в объеме до 28 часов в неделю и до 7 дней в неделю • Установлены требования по квалификации для оказания социально-гигиенических услуг

ПОЛУСТАЦИОНАРНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ / ЦЕНТРЫ (ОТДЕЛЕНИЯ) ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ	• Целевая группа большинства центров – пожилые граждане вне уровней СДУ типизации без ограничений или с минимальной степенью снижения зависимости от посторонней помощи
	• Групповые занятия социокультурной направленности для целевой группы
	• Группы для инвалидов по мероприятиям в рамках реализации ИПРА
		• Групповые занятия для пожилых граждан и инвалидов, имеющих зависимость от посторонней помощи и направленные на компенсацию дефицитов и замедление их развития, в специализированных группах:
		  • Когнитивные нарушения
		  • Маломобильные граждане
		  • Сенсорные дефициты
		• Уровни 1-3 типизации доставляются транспортом в/из дома

Рис. 4. Изменения в надомной и полустационарной формах социального

социального обслуживания

	До Пилотного проекта внедрения СДУ	Типовая модель СДУ
СТАЦИОНАРНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ	• Дефицит персонала: соотношение уходового персонала и проживающих в отд.милосердия – 1: 25 в дневное время, при норме 1:8 • Из-за нехватки персонала – минимальный набор и кратность предоставляемых услуг • Отсутствие формализованных процессов ухода в стационарах • Отсутствие требований к обученности персонала	• Снижение дефицита персонала – доведение соотношения до 1:8 • Увеличение персонала, занимающегося социализацией: культорги, специалисты по соцреабилитации и проч. • Новые формализованные процессы: планирование и управление уходом, цели ухода для каждого проживающего, профилактики и контроль качества • Установленные требования к обученности персонала
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ	• Обмен данными между ведомствами и организациями осуществляется по запросу • Отсутствие регулярных процессов и регламентов взаимодействия организаций соцзащиты и здравоохранения	Внедрение ИТ-механизмов по следующим направлениям • Выявление • Рекомендации, назначения и противопоказания для социально обслуживания от органов здравоохранен. • Совместная работа по обслуживанию на дому из 1-3 уровней • Предоставление услуг медорганизациями в совместной деятельности с поставщиками соцуслуг

Рис. 5. Стационары и межведомственное взаимодействие

	До Пилотного проекта внедрения СДУ	Типовая модель СДУ
ШКОЛЫ УХОДА	• До внедрения СДУ были в небольшом количестве в системе социального обслуживания во многих субъектах РФ • Обучение родственников осуществляется исключительно по их самостоятельному запросу	• В рамках типизации определяется наличие близких у получателя услуг, готовности помогать в уходе и направление его в Школу ухода • Индивидуальные и групповые занятия, выход на дом, обучение через Интернет • Обучение различным направления ухода • Консультации по улучшению ухода на дому (оборудование жилья, профилактики)
ПУНКТЫ ПРОКАТА ТСР	• Обеспечивают получателей социальных услуг в рамках ИПРА и по рекомендации врачей • Обеспечивают всех желающих имеющимися ТСР по «социальным»/сниженным тарифам, из-за чего постоянно возникал дефицит ТСР • Ограниченный (недостаточный) перечень обеспечиваемых ТСР	• Единый региональный перечень ТСР • Унифицированный регламент функционирования • Обеспечивают получателей социальных услуг на период оформления инвалидности • Обеспечивают получателей социальных услуг в рамках ИПРА • Обеспечение получателей социальных услуг ТСР по социальным тарифам • Обеспечение всех желающих ТСР по рыночным тарифам

Рис. 6. Школы проката и пункты проката технических средств реабилитации

Мероприятия, направленные на развитие сферы социального обслуживания инвалидов (детей-инвалидов), в рамках формирования в Санкт-Петербурге системы комплексной реабилитации и абилитации включают в себя:

- развитие стационарозамещающих технологий, в том числе сопровождаемого и поддерживаемого проживания;

- развитие предоставления социальных услуг на дому семьям с детьми-инвалидами и инвалидами трудоспособного возраста, имеющими множественные нарушения;

- развитие предоставления социальных услуг в полустационарной форме свыше 4-х часов и стационарной форме социального обслуживании при временном проживании;

- организация деятельности пунктов проката технических средств реабилитации (ТСР) в учреждениях социального обслуживания населения;

- развитие ранней помощи детям целевых групп и их семьям в рамках социального сопровождения.

Двумя основными направлениями развития социального обслуживания населения в Санкт-Петербурге в ближайшей перспективе станут:

1. Совершенствование экономической модели: перечня социальных услуг, предоставляемых ПСУ в Санкт-Петербурге; включение в стандарты социальных услуг требований к объему и периодичности предоставления социальных услуг, совершенствование описания социальных услуг с исключением дублирования услуг, а также действий при их предоставлении; приведение отраслевых технологических регламентов оказания государственных услуг в сфере социальной защиты населения в соответствие с практикой оказания социальных услуг, в том числе в части кадровых и материальных; интеграция плановых годовых затрат негосударственных ПСУ в порядок расчета подушевых нормативов затрат.

2. Развитие профессиональных компетенций, предполагающее повышение профессиональных компетенций ПСУ при подготовке заключений о выполнении мероприятий, предусмотренных индивидуальными программами

предоставления социальных услуг (ИППСУ) в целях повышения качества социального обслуживания при повторном определении нуждаемости в социальном обслуживании, а также внедрение мероприятий по социальному сопровождению в практику работы при признании граждан нуждающимися в социальном обслуживании и при предоставлении социальных услуг поставщиками социальных услуг (разработка ситуационных алгоритмов) [1].

[1] *Прим.:* Автор выражает благодарность руководству Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга (первому заместителю Председателя Комитета Г.В. Колосовой, заместителю Председателя Комитета Е.Н. Фидриковой и начальнику Управления социального развития Н.П. Лемке) за предоставленные материалы, использованные при подготовке настоящего доклада.

Раздел I.
РАЗВИТИЕ РЫНКА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ: ОПЫТ РОССИЙСКИХ РЕГИОНОВ

Трапезникова И. С., Новоселова К. С., Яницкий М. С.

Оценка эффективности индивидуальных программ предоставления социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении

В настоящее время все более актуальной становится проблема эффективности и качества социальных услуг. Критерии эффективности социального обслуживания носят комплексный характер. С одной стороны, они представляют собой систему стандартов и нормативных показателей, отражающих эффективность процесса социального обслуживания, с другой стороны – систему показателей, отражающих количественные и качественные индикаторы социально-экономического, психологического и иного состояния отдельных личностей, семьи в целом, социальной группы. Научные разработки оценки индивидуальных программ предоставления социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении, серьезно отстают от социальной практики и в связи с переходом на новые формы организации деятельности учреждений важно определить порядок и методику оценки эффективности работы социальных служб. Базовая проблема оценки эффективности состоит в том, что программы предоставления социальных услуг носят индивидуальный характер, а оценка их эффективности осуществляется с позиции только формальных индикаторов и показателей, не учитывается индивидуальный уровень оценки качества предоставления услуг. С целью решения указанной проблемы авторы предлагают использовать комплексную модель оценки эффективности.

Поставщики социальных услуг обязаны предоставлять социальные услуги получателям социальных услуг в соответствии с индивидуальными

программами и условиями договоров, заключенных с получателями социальных услуг или их законными представителями, на основании требований Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Оказание социальных услуг предполагает составление индивидуальной программы. В Федеральном законе «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» она определяется как «документ, в котором указаны форма социального обслуживания, виды, объем, периодичность, условия, сроки предоставления социальных услуг, перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг, а также мероприятия по социальному сопровождению».

Характерной особенностью несовершеннолетних как получателей социальных услуг является то, что они сами редко обращаются за социальной поддержкой. Причины этого разноообразны: отсутсвие информированности о возможности получения социальных услуг, неготовность к принятию решений, нежелание пребывать в условиях стационарного обслуживания, принятие ценностей и образа жизни асоциальных родителей и прочее. В связи с этим заявительный характер социальных услуг в данном случае является относительным. Заявителями выступают либо родители, если они обратились в учреждение социального обслуживания, либо органы опеки и попечительства, если ими был установлен факт социально опасного положения.

Сопровождение несовершеннолетених, находящихся в социально опасном положении, чаще всего является длительным по времени и связано с нежеланием членов семьи и даже самого несовершеннолетнего что-либо менять в жизни, удобностью пользования социальными услугами («позиция иждивенчества»). Характерной является повторность оказания социальных услуг. У семей, находящихся в социально-опасном положении, часто дисфункциональность является хронической, идущей из поколения в поколение, с усугублением деструктивных моделей поведения и жизнедеятельности семьи[1].

---

[1] *Исаева И. И.* Особенности оказания помощи семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально-опасном положении // Психология и психотерапия семьи. 2018. № 2.

В целом содержание индивидуальной программы определяется на основе диагностики проблем конкретного несовершеннолетнего. Спектр проблем у несовершеннолетних, находящихся в социально опасной ситуации, достаточно широк: проблемы с состоянием здоровья, отсуствие бытовых условий для нормально жизнедеятельности, жестокое обращение со стороны родителей, педагогическая запущенность, отклоняющееся поведение (сформированное или формирующееся), трудности в социальной адаптации и социализации, и другие нарушения в развитии. Исходя из этого, дети в первую очередь нуждаются в оказании социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических услуг, а также срочных услуг.

Конкретизация итогов работы с несовершеннолетними необходима для дальнейшего отслеживания ситуации и корректировки работы, а также для выяснения насколько стабилизирована ситуация. Предположительно весь этот материал содержится в заключении о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг и именно на нем основывается вывод насколько принятые меры были эффективны в отношении ребенка.

Заключение содержит оценку полноты реализации программы («выполнена», «выполнена частично», «не выполнена») и оценку реализации каждого вида социальных услуг. В случае если программа или услуга предоставлены не в полном объеме, указываются причины. В законе указано, что программа эффективна в том случае, если ее реализация привела к улучшению условий жизнедеятельности и(или) расширению возможностей получателя социальных услуг самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности. Однако применительно к несовершеннолетним такая оценка эффективности не отражает реально достигнутых показателей. Можно сказать, что за эффект индивидуальной программы оказания социальных услуг по умолчанию принимаются обобщенные цели оказания социального обслуживания.

Работа с несовершеннолетними оказавшимися в социально опасном положении не может считаться эффективной только в случае выполнения

мероприятий, указанных в программе. Обязательно необходима оценка индивидуально достигнутых изменений в состоянии и качестве жизни ребенка.

Проведение оценки эффективности предоставления социальных услуг может опираться на следующие подходы:

– программно-целевой подход заключается в ориентации при оценке оказания услуг, как на процесс, так и на результат. Данный подход наиболее согласуется с пониманием эффективности как соотношения получаемого результата и затрачиваемых на него усилий;

– параметрический (сравнительный) подход, при котором осуществляется сравнение состояния заявителя до и после получения социальных услуг. Характер этого различия определяет эффективность социальной помощи. В данном случае затрагивается только оценка результата. По умолчанию принимается то, что действия были эффективными, если обнаружена динамика в состоянии заявителя;

– дифференциальный подход предполагает сравнение достигнутых результатов с установленным образцом, стандартом, нормой. Об его использовании можно говорить, когда предлагается оценить эффективность предоставления социальной услуги, выражающуюся в таких показателях, как частота, длительность и прочее.

Следует отметить, что в установленной форме индивидуальной программы предоставления социальных услуг указывается именно на сравнительный подход, а сами услуги оцениваются на основе дифференциального метода (полнота их предоставления).

На основе анализа критериев, показателей и подходов к оценке эффективности индивидуальных программ оказания социальных услуг возникает закономерный вопрос о выделении основных критериев и показателей именно для несовершеннолетних в социально опасном положении. Критерии, по которым, прежде всего, следует оценивать эффективность предоставления социальных услуг: качество оказания самой услуги, наличие устойчивого результата, длительность достижения этого результата.

Применение сравнительного подхода представляется сомнительным, поскольку результат работы с несовершеннолетними в социально опасном положении предполагает полный выход из него. Частичное улучшение ситуации в данном случае может быть временным, возможно быстрое возвращение в прежнее состояние. Одной из проблем в работе с несовершеннолетними в социально опасном положении является возврат к привычному уровню жизни без контроля соответствующих служб[1].

Оценка полноты предоставления социальных услуг также не является показателем эффективности. Услуги могут быть оказаны в полном объеме, а несовершеннолетний по-прежнему будет находиться в социально опасном положении, так как его семья не стремится к изменению образа жизни. Оценка эффективности индивидуальных программ социального обслуживания должна отвечать на вопрос об адекватности использования полученных благ получателем услуги[2].

В связи с этим явно требуется разработка таких критериев и показателей, которые бы более точно отражали эффективность индивидуальных программ предоставления социальных услуг с учетом особенностей конкретной социальной группы.

Анализ существующих способов оценки эффективности индивидуальных программ предоставления социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении, показал, что они представляют собой разрозненные методы. Осуществляется независимая оценка качества социальных услуг, экспертная оценка ситуации, в которой находится ребенок. Но комплексная оценка эффективности индивидуальных программ предоставления социальных услуг детям не реализуется.

Авторами была разработана модель оценки эффективности индивидуальных программ предоставления социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении.

---

[1] *Сотникова Л. В.* Проблемы социального обслуживания несовершеннолетних Известия Уральского государственного экономического университета. 2006. № 4 (16).

[2] *Романычев И. С.* Механизмы и критерии оценки эффективности деятельности учреждений социального обслуживания. Приволжский научный вестник. 2012. №5.

Модель качественной услуги подразумевает связанные между собой процесс, результат, сопоставимость цели и результата (результативность), достижение цели с наименьшими затратами (эффективность). Оценка эффективности и результативности подчиняется логике применяемых измерительно-оценочных средств, она зависит от базы оценивания, ее масштабов и специфики, от того, кем и с какой целью оценивание производится. Оценка, как правило, связана с нормами качества социальной работы в системе социальной защиты, в том числе социального обслуживания населения (наличие стандартов социальных услуг и нормативов их применения, наличие нормативов качества социальной работы и т. п.).

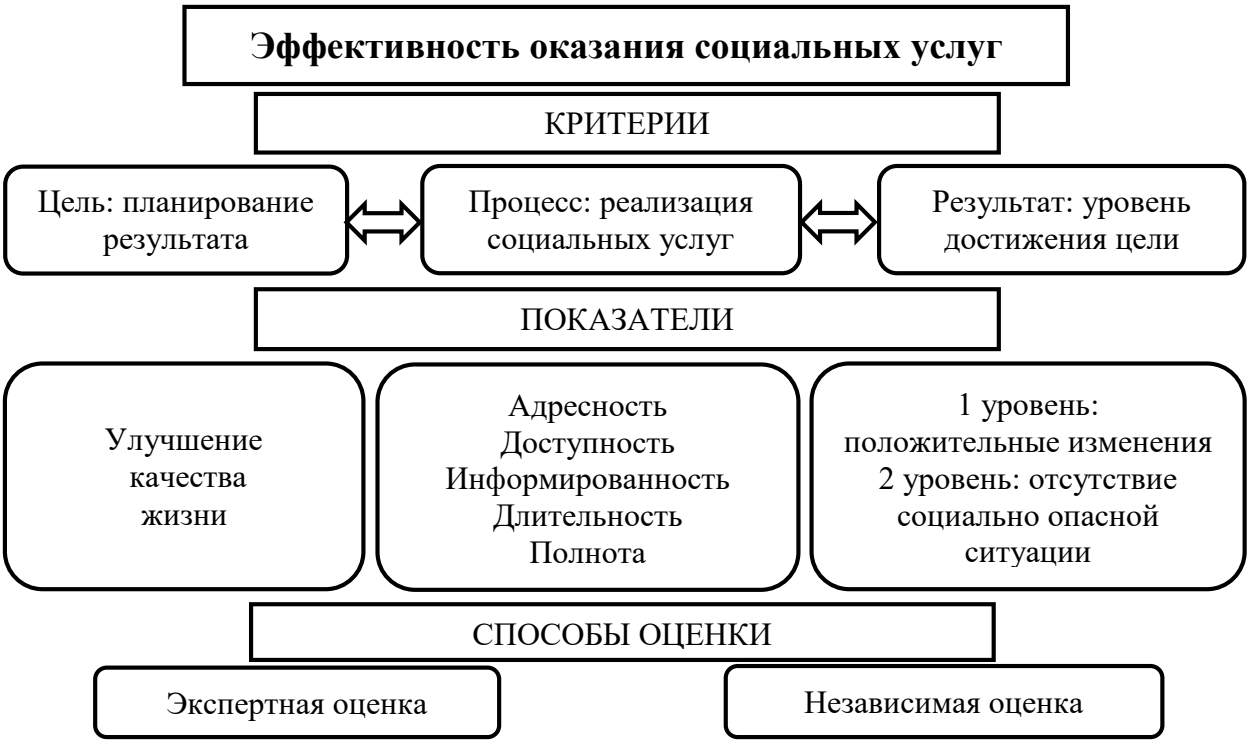

Рис. Модель оценки эффективности индивидуальных программ предоставления социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении

Модель оценки эффективности индивидуальных программ предоставления социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении, основана на комплексном подходе и включает оценку взаимосвязи цели, процесса и результата оказания социальных услуг (рис.).

Процесс предполагает оценку параметров оказания социальных услуг: адресность, доступность, информированность, полнота оказания запланированного объема услуг и длительность ожидания при их получении (табл. 1).

Таблица 1

Критерии и показатели процесса оказания социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении

№ п/п	Критерии	Показатели
1	Адресность	Соответствие услуг потребностям получателя (соответствует, частично соответствует, не соответствует)
2	Доступность	Наличие услуги в учреждении (доступна, частично доступна, недоступна)
3	Информированность	Наличие информации об услуге на сайте учреждения (подробная, обобщенная, отсутствует)
4	Длительность	Выдержана длительность нахождения в учреждении в рамках установленных сроков
5	Полнота	Объем оказания услуги (полный, частичный, не оказана)

Критерии и показатели процесса оказания социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении, основаны на требованиях Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Критерии и показатели для оценки результатов оказания социальных услуг основаны на перечне социальных услуг (табл. 2).

При оценке результата выделено два уровня:

– 1 уровень: положительные изменения;

– 2 уровень: отсутствие социально опасной ситуации, восстановление (нормализация) соматического и психологического здоровья ребенка.

На основании представленной модели оценки индивидуальных программ предоставления социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении, может быть осуществлено повышение эффективности:

– оказания социальных услуг для конкретного получателя (индивидуальный уровень);

– оказания социальных услуг в целом или конкретного вида социальных услуг (уровень учреждения).

Таблица 2

Критерии и показатели результата оказания социальных услуг детям, оказавшимся в социально опасном положении

№ п/п	Критерии	Показатели
1	Изменение статуса семьи, ребенка	Выполнение родительских функций, повышение материального состояния (например, устройство на работу)
2	Изменение отношений в семье	Улучшение эмоционального климата в семье, отношения к ребенку
3	Изменение социального положения ребенка	Устройство ребенка в семью, возвращение в семью. Отрицательные показатели: помещение в учреждения для детей-сирот, не возврат в семью после нахождения в центре в течение 3 месяцев, самовольный уход
4	Изменение соматического состояния ребенка	Проведение медицинского обследования. Выполнение необходимых медицинских предписаний, улучшение состояния ребенка при наличии заболеваний
5	Изменение психоэмоционального состояния ребенка	Улучшение или стабилизация эмоционального состояния
6	Изменение поведения ребенка	Соответствие поведения установленным нормам и правилам
7	Изменение коммуникации	Активность в социальных контактах со взрослыми и сверстниками. Продуктивность общения, снижение конфликтности. Умения использовать технические средства для детей-инвалидов
8	Повышение культурно-гигиенических навыков (для дошкольников)	Овладение культурно-гигиеническими навыками (полное, частичное, отсутствуют)
9	Формирование профессионального самоопределения (для подростков)	Владение информацией о профессиях. Проявление интереса к профессиям. Наличие профессионального выбора.
10	Юридическая помощь	Восстановление или оформление документов. Содействие в получении юридической помощи Информированность о мерах социальной поддержки
11	Срочные услуги	Горячее питание в СРЦ (социально-реабилитационный центр) Мягкий инвентарь в СРЦ Материальная помощь Экстренная психологическая помощь

Важным является учет соотношения оценки процесса и результата оказания услуг.

Таблица 3

Варианты соотношения оценки процесса и результата индивидуальной программы предоставления социальных услуг

№ п/п	Процесс	Результат
1	Высокое качество	1 или 2 уровень
2	Среднее качество	1 или 2 уровень
3	Высокое качество	Низкий результат или его отсутствие
4	Среднее качество	Низкий результат или его отсутствие
5	Низкое качество	Любой вариант достижения результата

При оценке программы на индивидуальном уровне следует учитывать, что при высоком или среднем уровне качества социальных услуг и достижении 1 или 2 уровня результата следует считать реализацию программы эффективной. Но при этом выделяются те пункты, по которым была низкая оценка и проводится их анализ. Делается вывод о возможности влияния на них, необходимости более длительного воздействия, которое может быть продолжено уже вне социально-реабилитационного центра.

Так, сюда может быть отнесено лечение соматических заболеваний, требующее оперативного вмешательства, коррекция эмоционально-волевой сферы, требующая более длительного периода и пр. В связи с этим существует необходимость во взаимодействии с иными социальными институтами: образовательные учреждения, органы опеки и попечительства, медицинские учреждения и прочее.

Получение результата оценки, складывающегося из качественного процесса социальных услуг и низкого результата или его отсутствия, может указывать на недостатки в планировании социальных услуг или трудности в достижении результата за период нахождения несовершеннолетнего в социально-реабилитационном центре (СРЦ). В первом случае необходим пересмотр индивидуальной программы предоставления социальных услуг, поиск наиболее подходящих средств для реабилитации несовершеннолетнего. Во втором случае необходим анализ по отдельным пунктам, обозначенным в

карте экспертной оценки, выявление того, что было достигнуто и того, что осталось без изменений. На основании этого анализа осуществляется коррекция индивидуальной программы.

Стрекач Н. К., Секретарева Е. А.

Тайм-клуб как технология социальной адаптации несовершеннолетних в условиях центра социальной помощи семье и детям

Социальная дезадаптация сегодня становится серьезной социальной проблемой. Большинство ученых считают первоисточником отклонений в поведении именно социальные причины. Вследствие неправильного семейного воспитания, нарушения межличностного общения происходит так называемая деформация процессов накапливания общественного опыта. Эта деформация чаще вскрывается в подростковом возрасте по причине ошибок в воспитании, плохих взаимоотношений с родителями и отсутствии взаимопонимания, травмы психики в детском возрасте. Сегодня все чаще встречаются современные подростки, характеризующиеся низкой социальной компетентностью, неготовностью к выполнению необходимых социальных ролей, неспособностью сделать самостоятельный выбор, неумением прогнозировать последствия своих поступков и брать на себя ответственность за свое поведение.

Важно отметить, что ключевым моментом в формировании социальной компетентности подростков является деятельность с осознанием ценностей и целей. Социальная компетентность подростка зависит от знания и понимания ими устройства общества, от восприятия собственной роли и роли других людей в этом обществе. Подростковый возраст – один из самых важных моментов для закрепления этих компетенций.

Оказать помощь подросткам в развитии и закреплении социальной компе-

тентности, предупреждении или профилактике социальной дезадаптация призваны Центры помощи семье и детям. Центры предоставляют комплекс социальных услуг семьям с детьми, в том числе оказавшимся в трудной жизненной ситуации (далее ТЖС) или социально опасном положении (далее СОП), содействующих их социальной адаптации, реабилитации и ресоциализации.

Задумываясь над внедрением новых форм и технологий работы для социальной адаптации, профилактики социальной дезадаптация или проведения социальной реадаптации, предполагалось использовать в качестве ресурса бесцельное свободное времяпрепровождения подростков. Поэтому в структуре Центра и было создано безопасное современное мультимедийное пространство для общения подростков, отвечающее их потребностям, запросам, увлечениям и интересам. Универсальное, многомерное и гибкое пространство Тайм-клуба позволило организовать постоянную социально-ориентированную профилактическую работу с детьми и подростками. Сегодня «современный клуб» – это объединение детей и подростков по интересам, деятельность которого направлена не только на создание условий для развития личности ребенка, раскрытия его потенциальных возможностей и способностей, обеспечение их эмоционального благополучия, формирования социального опыта и жизненных компетенций, но и на выявление на ранних этапах признаков социальной дезадаптация ребят путем скрининга внутрисемейных отношений и своевременной квалифицированной помощи психологов и педагогов. Целью работы Тайм-клуба стали выявление на ранних этапах семей с детьми, которым требуется социальная помощь, профилактика безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних, оказавшихся в ТЖС или СОП. При открытии Тайм-клуба большое внимание уделялось не только насыщенности и разнообразию мероприятиями, но и дизайну помещения и, как оказалось, не менее важному компоненту.

Проект по внедрению принципиально новой формы социального обслуживания населения, результатом которого стала функционирующая инновацi-

онная площадка, на сегодняшний день – единственная в Санкт-Петербурге, реализуется с января 2018 г. Она была включена в перечень, утвержденный Комитетом по социальной политике, экспериментальных площадок Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы по разработке новых технологий социального обслуживания семей с несовершеннолетними детьми. Результатом работы экспериментальной площадки стали разработанный проект отраслевого технологического регламента на осуществление деятельности учреждениями социального обслуживания по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в соответствии с требованиями ФЗ № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» и программа социальной работы «Тайм клуб на Гражданском», которая на конкурсной основе в 2020 г. вошла в реестр «Лучших практик помощи детям и семьям с детьми, внедряемых и тиражируемых Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»

Основная категория получателей услуг в Тайм-клубе несовершеннолетние, беременные женщины, семьи с детьми, в том числе замещающие, многодетные. Формы работы: индивидуальная, групповая, зона свободного общения для ребят.

В клубе два многофункциональных зала, предназначенных для общения и самореализации несовершеннолетних и их родителей. Общая площадь помещений составляет 217 кв.м. В компьютерном зале установлено мультимедийное оборудование с разработанной специальной программой, позволяющей провести психологические диагностики и своевременно предупредить самовольный уход, попытку суицида, вовлечение в противоправную деятельность; способствующей всестороннему развитию и информированию детей и подростков путем вовлечения в игровую деятельность. Здесь подросткам предлагается провести свое свободное время интересно и творчески.

Психологи и педагоги Центра проводят развивающие занятия по про-

граммам для детей; совместные занятия для детей и их родителей; психологические тренинги и занятия по арт-терапии для подростков; занятия для родителей, опекунов, беременных женщин и отцов. Отделение работает по расписанию, которое размещается на сайте учреждения, в группе ВКонтакте. В первой половине дня посетителями клуба являются родители: как будущие (беременные мамы), так и с маленькими детьми, а также опекуны, вторая – посвящена ребятам. Находясь в стенах клуба, подростки могут проявить себя в мастер-классе, просто пообщаться с друзьями, попить чай, найти себе новых знакомых, поиграть в компьютерные или настольные игры, посмотреть фильм, отметить с друзьями свой день рождения. Проводя время в Тайм-клубе, ребята и их родители получают новые знания и умения, решают различного рода проблемы как личностные, так и семейные.

За период работы с января 2018 г. по 1 апреля 2021 г. Тайм-клуб посетили 10 335 человек, зарегистрировано 39 509 посещений, в том числе несовершеннолетних – 8 277 человек и 2 058 взрослых. Наиболее востребована эта технология работы среди несовершеннолетних от 11 до 15 лет (50% от общего числа обратившихся несовершеннолетних). За время работы клуба выявлено 415 подростков «группы риска», с которыми проводилась работа сотрудниками Центра в рамках психолого-педагогической интервенции и социально-досуговой работы в ходе мероприятий, проводимых на площадке, а также индивидуальной работы. Фактов совершения повторных правонарушений подростками не зарегистрировано. Благодаря такой работе, за истекший период был выявлен один случай рискового суицидального поведения подростка, семья была принята на социальное обслуживание в Центре. Ситуация разрешилась положительно для семьи; удалось предотвратить три случая планируемых самовольных ухода из дома; урегулировать несколько случаев буллинга в школе и вернуть детей в образовательное пространство.

Рис. Работа «Тайм клуба на Гражданском»

Внедрение новых, нетрадиционных форм, методов и технологий социальной работы, в частности, предложенная технология по повышению родительской компетентности, вовлечению подростков в общественно-полезную деятельность на основе принципа интерактивности, способствует успешному формированию социальной адаптации и компетентности несовершеннолетних и их личностного развития, что и определяет социально-практическую значимость реализуемой технологии.

Чеснокова Л. В.

Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации детей с инвалидностью в Удмуртской Республике путем создания специализированной социальной службы «Микрореабилитационный центр»

Уровень инвалидности в стране – это важнейший медико-социальный показатель здоровья населения, это особая лакмусовая бумага, которая напрямую отражает уровень социально-экономического развития общества, экологического состояния территории, качество мероприятий, проводимых в качестве профилактики[1].

[1] *Деннер В. А.* Научный обзор вопроса детской инвалидности как медико-социальной проблемы / В. А. Деннер, П. С. Федюнина, О. В. Давлетшина, М. В. Набатчикова // Молодой ученый. 2016. № 20 (124). URL: https://moluch.ru/archive/124/34288/ (дата обращения: 11.04.2021).

По данным Федеральной государственной системы «Федеральный реестр инвалидов» по состоянию на 1 апреля 2021 г. численность детей-инвалидов составляет 6 346 человек (на 01.01.2020 – 6 143 человек, на 01.01.2019 – 6 002 человека)[1]. Дети-инвалиды составляют 1,7% от общего количества детского населения в Удмуртской Республике.

В Удмуртской Республике функционирует единственный реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями в городе Ижевске, с филиалом в городе Глазове (далее – Реабилитационный центр «Адели»). Мощность центра с его филиалом в среднем 2 500 человек в год. Учитывая, что дети могут проходить реабилитацию дважды в год, у большинства детей с инвалидностью нет возможности попасть на реабилитацию в Реабилитационный центр «Адели».

Из 3 376 детей с инвалидностью, находящихся на социальном обслуживании в учреждениях социального обслуживания, 1 625 детей с инвалидностью проживает в сельской местности, 265 детей-инвалидов с множественными тяжелыми нарушениями, большинство из них лежачие дети-инвалиды.

В Республике у семей, воспитывающих детей с инвалидностью существуют проблемы, которые требовали незамедлительного решения: отдаленность места проживания семьи от стационарных учреждений; отсутствие сопровождения семьи и ребенка целевой группы, предусматривающего психолого-педагогическую и правовую помощь, обучение подбору и использованию технических средств реабилитации, реабилитационным навыкам, а также навыкам осуществления реабилитационных мероприятий и навыкам ухода за детьми-инвалидами, общению с ними; отсутствие у семьи необходимого реабилитационного, а также игрового и другого оборудования и инвентаря для использования в домашних условиях, вследствие тяжелого материального положения семьи; низкая мотивированность

[1] Федеральная государственная информационная система Федеральный реестр инвалидов: URL: https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei?territory=undefined (дата обращения: 05.05.2021).

родителей (законных представителей) на выполнение реабилитационных мероприятий в связи с эмоциональным выгоранием; низкая социальная активность детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья и их родителей (законных представителей); социальная изоляция семьи, воспитывающей ребенка-инвалида.

Решению этих проблем призвано внедрение в практику оказание социальных услуг, новых инновационных технологий работы с детьми с инвалидностью и семьями их воспитывающими.

Технологии социальной работы с детьми-инвалидами разнообразны и направлены на установление социальной проблемы, выявление причины и поиск способов ее решения, сбор информации; изменение социального статуса, экономического, культурного уровня, ценностей, ориентаций клиента; помощь по восстановлению ресурсов и жизненных сил клиента; предупреждение социальных и индивидуальных рисков[1].

Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в 2020 году объявил о проведении конкурса инфраструктурных проектов по созданию специализированных социальных служб, оказывающих помощь детям и семьям с детьми.

К участию в конкурсе были приглашены организации, осуществляющие деятельность в сфере социального обслуживания. На конкурс поступило 115 заявок из 49 субъектов Российской Федерации.

Реабилитационный центр «Адели» представил на конкурс инфраструктурный проект по созданию специализированной социальной службы «Микрореабилитационный центр».

Проект учитывает основной принцип оказания социальных услуг, а именно, приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства

[1] *Болдина М. А.* Технологии социальной работы с детьми-инвалидами / М. А. Болдина, Е. В. Деева // Социально-экономические явления и процессы. 2013. № 11 (057). – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/tehnologii-sotsialnoy-raboty-s-detmi-invalidami

получателей социальных услуг, достаточность количества поставщиков социальных услуг для обеспечения потребностей граждан в социальном обслуживании, достаточность финансовых, материально-технических, кадровых и информационных ресурсов у поставщиков социальных услуг[1].

Создание социальной службы «Микрореабилитационный центр» способствует повышению качества, доступности и непрерывности реабилитационных услуг для детей-инвалидов, в том числе детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, детей с ограниченными возможностями здоровья; семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в отдаленных сельских поселениях.

Основные направления работы службы «Микрореабилитационный центр» – выполнение краткосрочных программ комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в домашних условиях, в привычной для ребенка благоприятной атмосфере, оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) для повышения их уровня компетенции в вопросах воспитания, развития и комплексной реабилитации и абилитации их детей, в том числе в дистанционном формате.

Микрореабилитационный центр будет использовать две формы организации работы: «Выездной микрореабилитационный центр» и «Домашний микрореабилитационный центр».

Созданы мультидисциплинарные бригады в составе из специалистов Реабилитационного центра «Адели» и филиала центра в городе Глазове в составе медицинских специалистов и специалистов психолого-педагогического профиля. Выездная мультидисциплинарная бригада работает раз в месяц (по графику) в одном из двадцати пяти районов Удмуртской Республики на базе комплексных центров социального обслуживания. В рамках работы выездного

[1] Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». URL: https://internet.garant.ru/#/document/70552648/paragraph/26429/doclist/5409/showentries/0/highlight/442%20%D0%A4%D0%97:2

микрореабилитационного центра проводятся диагностические, консультативные, образовательные мероприятия. Используются технологии работы службы ранней помощи, школы для родителей и другие.

По окончании диагностических мероприятий проводится заседание междисциплинарного консилиума, по заключению которого, родителям детей с инвалидностью, нуждающимся в проведении реабилитационных мероприятий, рекомендуется прохождение кратковременных курсов реабилитации. При этом для некоторых детей рассматривается возможность проведения курсов реабилитации с использованием цифровых дистанционных технологий, что полностью соотносится с принципом социального обслуживания, обозначенном в статье 4 «Принципы социального обслуживания» Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», о сохранении пребывания гражданина в привычной благоприятной среде.

В последние годы вопрос о необходимости разработки[1], изучения эффективности и целесообразности внедрения программ дистанционной реабилитации на дому у пациентов различных нозологических групп, и применения дистанционных технологий реабилитации, учитывая эпидемиологическую обстановку по COVID-19, уже не вызывает сомнения в реабилитационной практике, в том числе и у детей с инвалидностью.

Для проведения краткосрочных курсов реабилитации детей с инвалидностью в домашних условиях будут открыты пункты проката реабилитационного и развивающего оборудования, которые будут приобретены на средства гранта, полученные от Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Использование дистанционных цифровых технологий в реабилитации предполагают модернизацию материально-технической базы Реа-

[1] *Лядов К. В.* Опыт комплексного дистанционного реабилитационного лечения пациентов с тяжелой сочетанной травмой и множественным повре-ждением опорно-двигательного аппарата: обзор клинических случаев / К. В. Лядов, Т. В. Шаповаленко, П. С. Снопков, Е. С. Конева // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2018. № 1. т 17. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-kompleksnogo-distantsionnogo-reabilitatsionnogo-lecheniya-patsientov-s-tyazheloy-sochetannoy-travmoy-i-mnozhestvennym (дата обращения: 06.05.2021)

билитационного центра «Адели» и комплексных учреждений социального обслуживания республики, повышения профессиональных компетенций руководителей и специалистов учреждений социального обслуживания.

Создание специализированной социальной службы «Микрореабилитационный центр» позволит повысить доступность реабилитационных услуг для детей-инвалидов, в том числе детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, семей, воспитывающих детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья.

Проект положительно скажется на повышении качества жизни детей-инвалидов, в том числе детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, повышении реабилитационного, интеграционного и коммуникативного потенциала семей, воспитывающих детей-инвалидов; повышении уровня компетентности родителей (законных представителей) в вопросах реабилитации и абилитации детей с инвалидностью, их воспитания и ухода.

Реализация проекта позволит создать благоприятные условия и равные возможности для обеспечения прав детей с инвалидностью на реабилитацию, всестороннее развитие, самореализацию и социализацию.

Гасумова С. Е.

Цифровизация социальных услуг для инвалидов

Сегодня в России из 11 млн инвалидов лишь каждый восьмой чувствует себя комфортно в цифровой среде. Об этом свидетельствуют результаты исследования уровня цифровой грамотности среди людей с инвалидностью, проведенного в 2021 г. аналитическим центром НАФИ. Оказалось, что 54% инвалидов активно пользуются Интернетом, 50% – общаются в социальных сетях, 39% – интересуются новинками в области цифровых устройств, программ и приложений, но лишь 13% – высоко оценивают свои цифровые навыки. При этом 49% участников

опроса полагают, что их цифровые компетенции развиты очень слабо или вовсе не развиты. 35% опрошенных оценивают свои цифровые навыки как средние. Характерно, что число людей с инвалидностью, обладающих высоким уровнем цифровой грамотности, выше среди трудоустроенных, респондентов младше 30 лет и мужчин. И чем старше возраст людей с инвалидностью, тем чаще они оценивают свои цифровые компетенции как недостаточные. 34% участников опроса заявляют, что их навыков и знаний недостаточно даже для того, чтобы комфортно работать с электронными сервисами по предоставлению госуслуг[1]. Не удивительно, что лишь 28 % российских инвалидов в трудоспособном возрасте имеют работу[2].

В условиях цифровизации в обществе необходим точный учет специфики физического начала каждой личности. Лишь в этом случае новая информационная среда может снять проблему отклонения отдельно взятого человека от нормы. Современные информационные технологии предоставляют неограниченные возможности для трудовой адаптации и социализации всех социальных групп. Например, наличие компьютера или смартфона позволяет трудоустроить их на дому, компенсировать дефицит общения, преодолеть материальную, социальную и культурную депривацию.

Однако в случае с инвалидами такое решение может потребовать разработки специфических устройств для ввода и вывода компьютерной информации, если у человека обездвижены руки. Сегодня есть и такие устройства, которые могут управляться, к примеру, с помощью сжатия зубами (устройства по типу джойстиков).

Последние разработки российских ученых в области нейрофизиологии и нейроинформатики дают возможность посылать команды компьютеру силой мысли.

---

[1] *Бондаренко И.* Исследование: лишь каждый десятый человек с инвалидностью чувствует себя комфортно в цифровой среде // Dislife. 2021. 16 марта [Электронный ресурс]. URL: https://dislife.ru/materials/3753

[2] Итоги года: социальная защита инвалидов / Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. 2018. 27 дек. [Электронный ресурс]. URL: https://mintrud.gov.ru/social/80

Программно-аппаратный комплекс «НейроЧат», представленный впервые в 2016 г., предназначен для людей с тяжелыми нарушениями речи и двигательной функции (например, вследствие физических недостатков, травм, инсульта – в России около 4 млн человек имеют такие проблемы[1]). Коммуникационная система «НейроЧат» включает в себя нейрогарнитуру «ГарАнт-ЭЭГ» и специальный интерфейс «ЭргоСтим», реализуемый на компьютере пользователя (рис. 1).

Рис. 1. Программно-аппаратный комплекс «НейроЧат»[2]

Гарнитура регистрирует нейрофизиологические показатели мозга пациента и преображает его мысленные усилия в определенные команды для клавиатуры компьютера или других исполнительных устройств. По утверждению разработчиков, с помощью мысленного выбора символов, человек может набрать текст без усилий голоса и движений, поскольку мысли трансформируются в предложения на мониторе.

Кроме того, немаловажно, что для реализации программно-аппаратного комплекса была создана первая в мире специализированная социальная сеть «НейроЧат», работающая на основе интерфейсов «мозг – компьютер». Она не имеет языковых барьеров и доступна людям по всему миру. «НейроЧат» позволяет также управлять комплектом прикроватного больничного оборудования (пульты общения с медперсоналом, манипуляторы, приборы бытового

[1] НейроЧат [Электронный ресурс]. URL: http://neuro.chat/#rec5840576

[2] Передача мысли на расстоянии: для инвалидов запустили первый в мире нейрочат // Вести.ru. 2018. 6 марта [Электронный ресурс]. URL: https://www.vesti.ru/doc.html?id=2993423

назначения, приводы кровати), а также мобильными роботами присутствия и удаленными агентами. В результате, человек получает возможность не только общаться, но и включиться в общественную жизнь и стать более независимым от посторонней помощи. По убеждению разработчиков, «НейроЧат» увеличит количество вернувшихся к трудовой деятельности людей с ограниченными возможностями здоровья в 3-5 раз. По итогам 2017 г. «НейроЧат» вошел в 100 лучших изобретений России[1].

Таким образом, с помощью специального оборудования даже полностью обездвиженные люди имеют возможность вновь общаться и взаимодействовать с окружающим миром. Важно было бы обеспечить такими устройствами инвалидов. Решением этой задачи в будущем могли бы заняться Фонд социального страхования, государственные центры реабилитации инвалидов или общественные организации в рамках государственных программ и социальных проектов.

Кроме того, сегодня разработано множество компьютерных программ и мобильных приложений для инвалидов, позволяющих отчасти компенсировать утраченные функции организма и способствующих социальной реабилитации. Например, приложение «Be My Eyes» (будь моими глазами) – это краудсорсинговое приложение, которое с помощью видеочата соединяет незрячих людей и волонтеров, готовых помочь им в разных бытовых ситуациях, например, проверить срок годности продуктов или перейти на другую сторону улицы. Приложение имеет русскоязычный интерфейс. «Big browser» (большой браузер) – программа для увеличения текста – подходит для слабовидящих и позволяет быстро и легко увеличивать картинки и текст в браузере.

Разработаны приложения, которые пытаются компенсировать неудобства, связанные с проблемами со слухом. Компания «Яндекс» выпустила приложение «Яндекс.Разговор», которое может помочь общаться глухим и слабослышащим людям со знакомыми и незнакомыми людьми благодаря тому, что

---

[1] Социальная сеть на основе интерфейсов «мозг – компьютер» попала в сотню лучших изобретений России // Полит.ру. 2018 8 августа [Электронный ресурс]. URL: https://polit.ru/news/2018/08/08/sk_neurochat/

переводит устную речь в текст и обратно. Приложение «HearYouNow» (теперь рядом с тобой) помогает пользователям с нарушениями слуха регулировать звук в зависимости от ситуации, в которой находятся, – в общественном месте, на встрече и т.д. Для этого к смартфону подключаются наушники, через которые подается звук с соответствующими настройками для оптимизации фона или переднего плана. Это приложение разработано «ExSilent» – голландским производителем слуховых аппаратов, и рассчитано на людей, которые нуждаются в использовании слуховых аппаратов, но пока не готовы к этому. Приложение «Spread Signs» (распространение знаков) позволяет обучаться жестовому языку. «RogerVoice» – программа, помогающая глухим разговаривать по смартфону, переводя звуки в динамиках в текстовое сообщение, которое может прочитать глухой собеседник.

Отдельная категория приложений – это приложения для помощи маломобильным гражданам, которые самостоятельно не везде могут передвигаться и им необходимо выбирать особые маршруты. Приложение Smooth («гладкий», подразумевается гладкая дорога) – это петербургский сервис, который позволяет построить маршрут по городу на общественном транспорте или пешим ходом с учетом доступности транспорта и пешеходных зон для людей с ограниченной подвижностью. Проект стал победителем хакатона «Open Data Hackathon 2014: Hack for Piter». Он был разработан при поддержке крупной российской общественной организации «Теплица социальных технологий». В Пермском крае приложение «Доступная среда» разработано по заказу регионального Министерства социального развития и запущено в 2021 г. Оно уже получило массу положительных отзывов экспертов и пользователей. Еще одно любопытное приложение – «Метро для всех» является навигатором по препятствиям в метрополитене и создано для маломобильных групп населения, таких как инвалиды-колясочники, родители с детскими колясками, пожилые люди, пассажиры, путешествующие с габаритным багажом.

Существуют приложения, которые помогают людям принимать лекарства, соблюдать диету, не дадут забыть о своевременном приеме медикаментов.

Например, «MySugr Diabetes Logbook» – приложение для диабетиков, позволяющее соблюдать жизненно необходимую диету. Учитывает ваш рацион питания, следит за приемом лекарств и динамикой уровня сахара в крови. Все учтенные показатели можно скачать и распечатать для приема у врача.

Кроме того, есть приложения для людей с аутизмом. Проблема их социализации состоит не в работе органов чувств, а в восприятии мира. «Look at me» (посмотри на меня) – приложение, разработанное компанией Samsung, помогающее детям с аутизмом с помощью игрового взаимодействия устанавливать зрительный контакт, распознавать эмоции, запоминать лица, а также лучше выражать собственные чувства. Приложение «Сезам» – это мессенджер, позволяющий общаться при помощи символов и картинок и разработанный для организации общения между аутистами, людьми с синдромом Дауна и нарушениями речи и слуха. Забавные и простые для запоминания пиктограммы позволяют донести необходимую информацию до собеседника и получить удовольствие от общения. «Miracle Modus» («Чудо способ») – это созданное разработчиком-аутистом и проверенное им на себе приложение-источник гипнотических узоров и мягкой музыки, уменьшающих сенсорную перегрузку, успокаивающих людей с особенностями восприятия[1].

Таким образом, все эти приложения и технологии хотя и не способны полностью заменить людям мобильность, работу органов чувств, решить жизненные проблемы, но помогают адаптироваться и сглаживать неудобства в повседневной жизни. Не может не радовать тот факт, что многие крупные компании, такие как «Samsung», заинтересованы в разработке приложений для людей, испытывающих проблемы в обыденной деятельности и быту. Технология мобильных приложений не нова, но прогресс в развитии приложений очевиден. Эволюционируют не только технические платформы и процессы, но

---

[1] *Пострижицкий К.А.* Приложения для людей с ограниченными возможностями // Цифровизация социальных услуг в современном российском обществе [Электронный ресурс]: сборник научных статей студентов / под науч. ред. С. Е. Гасумовой; Пермский государственный национальный исследовательский университет. Электронные данные. Пермь, 2020. 5,95 Мб. Режим доступа: http://www.psu.ru/files/docs/science/books/sborniki/cifrovizacia-soc-uslyg-v-sovr-ros-obschestve.pdf.

и лежащие в их основе социальные технологии (как краудсорсинг) и этические ценности.

Однако, к сожалению, люди с ограниченными возможностями зачастую ничего не знают о таких специальных мобильных приложениях и поэтому не пользуются ими. При социальных службах целесообразно организовать помощь в установке на смартфоны подобных приложений и обучение их использованию. Тем более, что это возможно сделать с помощью волонтеров.

Кроме специальных приложений, важны адаптированные версии сайтов. Без вмешательства государства эту проблему не решить, и она начала решаться в нашей стране с 2016 г., когда вступили в силу изменения в законодательстве в связи с ратификацией международной Конвенции о правах инвалидов[1]. Были внесены дополнения, касающиеся порядка обеспечения условий доступности для инвалидов по зрению сайтов органов государственной власти и местного самоуправления[2]. Такой порядок был разработан и официально утвержден[3]. Все сайты органов государственной власти и местного самоуправления, сайты государственных учреждений, муниципальных образовательных организаций должны иметь альтернативную версию для слабовидящих людей, соответствующую ГОСТ Р 52872-2019[4]. Для коммерческих предприятий и организаций этот порядок носит пока рекомендательный характер, если только они не являются, к примеру, поставщиками социальных услуг.

---

[1] Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» от 01.12.2014 № 419-ФЗ.

[2] Федеральный закон от 09.02.2009 № 8-ФЗ «Об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления». Ст. 10, ч. 6.

[3] Приказ Минкомсвязи России от 30.11.2015 № 483 «Об установлении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов по зрению официальных сайтов федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сети "Интернет"».

[4] Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52872-2019 от 29.08.2019 № 589 "Интернет-ресурсы и другая информация, представленная в электронно-цифровой форме. Приложения для стационарных и мобильных устройств, иные пользовательские интерфейсы. Требования доступности для людей с инвалидностью и других лиц с ограничениями жизнедеятельности": утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии.

Для посетителей с ограниченными возможностями адаптированная версия сайта делает восприятие информации более доступным и понятным, а владельцы интернет-ресурсов привлекают ранее не охваченную аудиторию. Требования действующего в России с 1 апреля 2020 г. ГОСТ Р 52872-2019 разработаны на основе документа Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1, созданного международной организацией World Wide Web Consortium. Стандарт учитывает не только потребности слабовидящих людей, но и с нарушением слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, ментальной сферы, с трудностями в обучении и неврологическими нарушениями. Принципы доступности цифрового контента для людей с инвалидностью отображены на рис. 2.

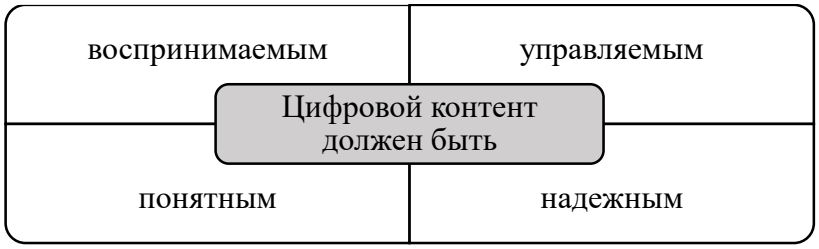

Рис. 2. Принципы доступности цифрового контента в соответствии с ГОСТ Р 52872-2019

ГОСТ Р 52872-2019 содержит 13 положений, представляющих собой основные цели, к которым должны стремиться разработчики цифрового контента, чтобы сделать его более доступным для пользователей с различными ограничениями жизнедеятельности. Например, необходимо предоставить текстовую версию любого нетекстового контента так, чтобы ее можно было преобразовать в другие формы, необходимые пользователям (например, увеличенный шрифт, шрифт Брайля, речь, специальные знаки или упрощенный язык), необходимо предоставить альтернативную версию медиаконтента, ограниченного по времени и другое.

Для каждого положения приведены проверяемые критерии его успешного применения, что позволяет использовать стандарт для проверки соответствия доступности цифрового контента определенному уровню. Это может

быть важно при разработке спецификаций и дизайна пользовательских интерфейсов, при составлении соглашений о закупках, при подготовке технических заданий, нормативных актов или коммерческих договоров. Для удовлетворения потребностей различных групп пользователей в различных ситуациях стандарт определяет три уровня соответствия: A (приемлемый), AA (высокий) и AAA (наивысший). Но даже контент уровня AAA не будет доступен абсолютно всем пользователям со всеми типами, степенями и сочетаниями ограничений жизнедеятельности, особенно для людей с когнитивными нарушениями и с трудностями в обучении.

В техническом плане создание требуемой версии сайта в дополнение к уже имеющейся подразумевает верстку нового шаблона для каждой страницы на основе шаблона обычной (рис. 3). На сайт добавляется кнопка выбора нужной посетителю версии. Таким образом, для гостя сайт становится доступен в обоих вариантах – привычном и адаптированным для слабовидящих.

Стандартная версия сайта **Версия для слабовидящих**

Рис. 3. Пример стандартной и альтернативной версии сайта для слабовидящих[1]

На современном этапе задачей государства и общества является формирование информационно-технологической компетентности людей с ограниченными физическими возможностями.

[1] Версия сайта для слабовидящих // Multisite [Электронный ресурс]. URL: http://mtsite.ru/news/versiya-sajta-dlya-slabovidyashhix

Под информационно-технологической компетентностью предлагается понимать владение знаниями, умениями и навыками, необходимыми для организации информационных процессов с использованием современных технических устройств, в первую очередь это касается использования компьютера, сети Интернет и мобильного телефона, позволяющих удовлетворять информационные потребности.

Если у людей с ограниченными возможностями не сформирована информационно-технологическая компетентность, то появляется информационная депривация – состояние ограниченности в удовлетворении информационных потребностей, возникающее в результате информационно-технологической некомпетентности и препятствующее активизации ресурсного потенциала в организации жизнедеятельности человека. Такое состояние у пожилых людей и инвалидов зачастую воспринимается в общественном сознании как норма и ассоциируется с физиологической спецификой нарушений здоровья или возрастными особенностями, что неверно и недопустимо.

И, напротив, информационная адаптивность – это способность к активному приспособлению человека к современной информационной среде, основанная на сознательной выработке мотивации к формированию информационно-технологической компетентности и преодолению информационной депривации.

Действительно, именно Интернет впервые в истории развития человеческой цивилизации предоставляет людям с ограниченными возможностями беспрецедентные условия для удовлетворения информационных потребностей, организации жизнедеятельности и передачи своего опыта. В сети возможен поиск информации о здравоохранении, социальной защите и социальном обслуживании, о режиме работы органов госвласти и местного самоуправления. Важны также сервисы подачи обращений и записи на прием в эти органы в электронной форме, не выходя из дома. Кроме того, теперь возможно обеспечение своих повседневных нужд с помощью электронной торговли, в особенности с использованием широко распространяющейся услуги курьерской доставки на дом. Даже если человек вынужден все время находиться дома, он мог бы вносить существенный вклад в развитие народовластия, высказываясь

на различных форумах, обсуждениях проектов нормативных актов или заявляя жалобы на официальных интернет-ресурсах органов власти. Богатый опыт и знания людей, ставших инвалидами уже в пожилом возрасте, могли бы быть полезны, если они будут работать в качестве волонтеров online-консультантами в тех областях, специалистами в которых являются. Так они будут чувствовать себя нужными и востребованными, повышать свой социальный статус. Такой опыт уже есть за рубежом.

Простое пользование социальными сетями способствует поддержанию контактов с родственниками и знакомыми. Наиболее интересные и коммуникабельные представители социальных групп с ограниченными возможностями сегодня могут вести собственные блоги. Немало примеров, когда пожилые люди или инвалиды становятся «звездами Интернета». В этом смысле любопытен созданный в 2008 г. в России по общественной инициативе портал «Dislife» («Disabled's Life – жизнь людей с инвалидностью»). Самые востребованные сервисы на портале: «Волонтер», «Знакомства», «Трудоустройство», «Бюро справедливости». Пользуясь ими, люди с инвалидностью находят помощников, волонтеры – тех, кому нужна помощь, соискатели – работодателей и наоборот, желающие общаться – друзей и супругов, ищущие поддержку властей – возможность рассказать о своей проблеме[1].

В целом, в современных условиях, в России сформировалась довольно высокая мотивационная готовность инвалидов и других представителей социальных групп людей с ограниченными возможностями к освоению новых информационных технологий, однако пока отсутствует системная, целевая государственная политика по созданию условий для повышения их информационно-технологической компетентности и вовлечению в процесс цифровизации. Это порождает информационную депривацию, преодоление которой должно стать стратегически важной задачей для государства.

[1] Портал «Dislife» [Электронный ресурс]. URL: https://dislife.ru/pages/about

Мецлер А. В.

Психологическая помощь взрослым с нарушениями здоровья (на примере опыта работы психологической службы в Пансионате для ветеранов труда № 31, г. Москва)

Согласно данным Официального сайта для размещения информации о государственных (муниципальных) учреждениях bus.gov.ru, сегодня в России функционирует 695 учреждений, занимающихся стационарным социальным обслуживанием и предназначенных для постоянного проживания граждан пожилого возраста (далее – проживающие). В связи с количеством таких учреждений и географией нашей страны, встречается разное понимание психологической помощи в рамках социальной защиты.

В пансионате такая помощь реализуется отдельным структурным подразделением, которое успешно функционирует с 2003 г. – Психологической службой. За 18 лет ее существования изменилась правовая база, вступил в силу Федеральный закон № 442-ФЗ от 28 декабря 2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и целый ряд подзаконных актов. Но базовые принципы работы пансионата всегда оставались неизменными: соблюдение прав человека, уважение его достоинства; создание проживающим комфортных условий, приближенных к домашним; поддержание психического здоровья, активного долголетия пенсионеров и максимальной социализации с использованием остаточного реабилитационного потенциала; повышение интереса пожилых людей к жизни; безопасность; конфиденциальность; клиентоориентированность.

Работая по данным принципам, основной целью Психологической службы считается предоставление проживающим и их родственникам социально-психологических услуг. Эта объемная цель в свою очередь дробится на более конкретные задачи для медицинского психолога:

– проведение мероприятий по адаптации проживающих;
– проведение социально-психологической реабилитации в рамках

комплексной помощи;

– своевременное предоставление проживающим необходимых социально-психологических услуг;

– поддержание психического здоровья и активного долголетия ветеранов с помощью различных профессиональных форм и методов;

– взаимодействие с родственниками проживающих;

– предоставление сотрудникам учреждения консультаций по психологии и геронтопсихологии.

Для реализации данных задач существуют следующие формы профессиональной деятельности: социально-психологическое консультирование; психодиагностика и обследование личности; психологическая коррекция; психологические тренинги; проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения; психологическая помощь и поддержка жизненного тонуса; социально-психологический патронаж; психопрофилактическая работа с проживающими.

Психолог сопровождает проживающего на протяжении всего времени нахождения в пансионате, стараясь работать как бы «на опережение», то есть не дожидаясь проявлений дискомфорта. Все начинается с первичного обследования при поступлении, в ходе которого психолог (совместно с врачебной комиссией) должен определить общее состояние проживающего, провести интервью с родственниками и близкими о социально-психологическом состоянии пожилого человека, информировать их об особенностях протекания адаптационного периода в позднем возрасте и дать рекомендацию относительно наиболее подходящего типа отделения проживания. В следующий год после заселения проходит процесс адаптации, который требует особого внимания со стороны психолога. За это время необходимо провести следующие мероприятия:

– Первичная психодиагностика: выявление запроса, ожиданий, личностных особенностей клиента, дезадаптирующих факторов и составление адаптационного прогноза.

– Составление индивидуальной программы социально-психологической реабилитации с учетом особенностей психоэмоциональной, когнитивной и других сфер и нуждами самого проживающего.

– Проведение развернутой психодиагностики: определение глубины дефекта, изучение эффективности терапии, корректировка реабилитационной программы.

– Переход на плановый социально-психологический патронаж с диагностикой и оценкой терапевтического эффекта.

Для дальнейшего анализа эффективности работы психологической службы важно обозначить причины переезда в пансионат.

Согласно последним исследованиям, пожилые люди, в первую очередь, нуждаются в помощи и уходе (62%), которую им не всегда могут предоставить близкие родственники. Не менее распространенной причиной является попытка через переезд в пансионат уйти от семейных конфликтов (16%). Как отмечает часть проживающих, их проблемы не всегда вызывают сочувствие и понимание у более молодых представителей семьи. На третьем месте находится важная для пожилого человека проблема одиночества (11%), особенно обостряющаяся тогда, когда уходит из жизни «вторая половинка». И на последних местах находятся не менее важные потребности – сохранить независимость и приобрести жилье в случае его утраты (6% и 5% – соответственно). Данные причины указывают на обоснованность предположения о завышенном уровне стресса, который характерен для человека при переезде в пансионат.

Учитывая стрессовую ситуацию переезда в пансионат и потребность человека во внимании, в психологической службе был разработан План диагностики проживающих во время адаптации. В него входит ряд диагностических мероприятий, которые реализуются согласно определенному этапу: при заселении; через 2 недели проживания; через 1 месяц; в 3 месяца; в 6 месяцев; через 1 год проживания. Результаты диагностики фиксируются в протоколах и служат основанием для оценки протекания процесса адаптации.

Опираясь на данные протоколов, можно заключить, что в течение первого года проживания у человека происходит постепенное снижение уровня тревожности. Так, первичная психодиагностика показывает низкий уровень тревожности только у 10% проживающих, у 17% уровень тревожности оцени-

вается как средний, а 73% – поступают с высоким уровнем тревожности. Диагностика, которая проходит спустя месяц, показывает положительную динамику (18%; 38%; 44% соответственно). Через год после переезда картина изменяется еще больше (38%; 44%; 18% соответственно).

Также фиксируется положительная динамика по показателю «Ощущение психологического комфорта и безопасности». В протоколе оно отражается диадой «присутствует – отсутствует». Анализ последних трех лет (исключая 2020 г., репрезентативность данных по которому искажены пандемией) показывает, что при поступлении такое ощущение комфорта и безопасности присутствует только у 12 %, в то время как 88% чувствуют себя дискомфортно, но по истечении первого месяца чувство комфорта и безопасности испытывают 37%, а к окончанию первого года проживания – 86%.

На фоне такой положительной динамики улучшается и комплексный показатель течения процесса адаптации – «Удовлетворенность качеством жизни»: в нем отражается слаженная работа всего коллектива. Так, при поступлении на проживание удовлетворены качеством жизни 20%, через месяц – 27%, через год – 38%, что определяет перспективы развития для коллектива пансионата.

Важно отметить, что после адаптационного периода человек переходит на систематический плановый социально-психологический патронаж. Он проводится на протяжении всего времени пребывания в пансионате и служит отправной точкой для реализации новых проектов, связанных с улучшением качества предоставляемых услуг.

Таким образом, сотрудники психологической службы находятся в постоянном контакте с проживающими. Собирая и анализируя информацию, они помогают улучшить качество оказания стационарных социальных услуг в пансионате.

Филатова-Сафронова М. А., Семенова-Полях Г. Г.

Инклюзия людей элегантного возраста посредством психологической поддержки

В настоящее время в мире происходит значительное увеличение продолжительности жизни в основном благодаря действию ряда факторов, таких как: улучшение качества жизни, питания, достижениям в сфере здравоохранения. По данным статистики в 1950 г. пожилые люди в возрасте 60 лет и старше составляли 8% мирового населения, в 2000 г. – уже 10%, а сегодня около 30%[1]. Следовательно, примерно треть населения находится в элегантном возрасте – на завершающей стадии жизни. Феномену «элегантного возраста», инклюзии пожилых людей в повседневный мир посвящены многие исследования последних лет.

Прежде чем затрагивать вопросы психологической поддержки, разберем основные психологические особенности людей элегантного возраста.

По мнению Б. Г. Ананьева, выдающегося психолога XX века, занимающегося вопросами психологии развития человека в период от 60 и старше – есть поступательное движение личности вперед, включающее в себя появление новообразований в психике человека на основе механизмов приспособления и компенсации[2].

Пожилые люди вынуждены приспосабливаться к новой ситуации вовне. Прекращение трудовой деятельности, изменение социального статуса, сужение привычного круга общения, утрата ведущей роли в семье – все это приводит к нарушению жизненного стереотипа. Человек стоит перед необходимостью адаптации к новым условиям жизни, изменению привычного образа жизни.

---

[1] Федеральная служба государственной статистики – Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/folder/13877?print=1

[2] *Ананьев Б. Г.* Избранные психологические труды: в 2 т. / Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1980. – (Труды действительных членов и членов-корреспондентов Акад. пед. наук СССР)

Значительные изменения происходят и в самом человеке. Возрасту старости сопутствует ухудшение здоровья, снижение памяти, нередко спад творческой активности, нарастание неуверенности и тревожности, с новой силой проявляются мнительность, обидчивость, раздражительность, нетерпимость, иногда неуживчивость и черствость, появление или усиление подавленности. К этим изменениям человек тоже должен адаптироваться, осознать их, что бывает очень не просто.

В позднем возрасте прослеживаются изменения иерархии мотивов. В качестве ведущего мотива деятельности пожилого человека выступают мотивы с эстетической направленностью. В своей работе они стремятся к гармонии, порядку, красоте, симметрии. Эстетические потребности являются ведущими на протяжении позднего возрастного этапа.

Таким образом, главным достижением в психическом развитии на данном возрастном этапе выступает способность человека адаптироваться к новым условиям своего существования, к тем изменениям, которые происходят внутри его самого. Сохранность личности, ее субъективного комфорта обеспечиваются активизацией компенсаторных механизмов[1].

Именно психологические новообразования определяют стратегию и тактику психологического сопровождения людей элегантного возраста.

Психологическая поддержка пожилых людей ставит перед собой ряд задач:

– принимать сформировавшиеся стереотипы поведения престарелых людей, их устоявшиеся нормы морали, проявлять к ним безусловное уважение, апеллировать к их опыту;

– побороть категоричность пожилых людей, обесценивание действий психолога, доказать свою компетентность, получить в глазах пенсионера право быть его наставником, несмотря на разницу лет;

---

[1] *Малыгина О. А.* Инклюзия граждан пожилого возраста в социум – Режим досту-па: http://www.центрсемья.рф/system/files/tmp/Малыгина%20О_А_Инклюзия%20граждан%20пожилого%20возраста%20в%20социум.pdf

– говорить простым языком с минимумом терминологии, акцентировать внимание на любом, даже самом незначительном успехе, ободрять;

– справиться с инертностью, безволием, апатией, нежеланием активно вовлекаться в процесс, а также с инфантилизмом и спонтанностью поступков;

– мотивировать к выполнению реабилитационных мероприятий, улучшению физической формы, к пониманию важности адаптации к меняющимся условиям и необходимости принять новый статус;

– и, наконец, главная задача – помочь увидеть самоценность этого жизненного этапа, старости, его равную значимость с другими периодами жизни.

Очень важно, чтобы при оказании психологической помощи пожилым людям и старикам, чтобы применялся принцип минимизации опеки. Он заключается в том, чтобы предложить больному как можно больше вещей выполнять самостоятельно, исходя из текущего состояния здоровья и руководствуясь принципом «не навреди», и не делать все действия за него, стимулировать автономность.

Существуют разные способы и виды психологической помощи, которые можно использовать по отдельности или комбинировать в зависимости от ситуации и состояния подопечного.

Социально-психологическая помощь пожилым осуществляется по нескольким направлениям.

Диагностика. Исследование когнитивных функций, личностных особенностей, профессиональных способностей. Этот тип взаимодействия специалиста с пожилыми людьми может строиться, как по принципу «один – один», так и «один – много».

Просвещение. Включает в себя предоставление информация об особенностях пожилого возраста, основных трудностях, с которыми может столкнуться пожилой человек при выходе на пенсию и т.п. Это очень действенный метод, позволяющий пенсионеру понять особенности своего возраста и найти решение множества проблем. Просвещение заключается в ознакомлении со специальной литературой по борьбе с депрессией, обучение эффективным методам поддержания себя в форме, ликбезы на тему социализации в пожилом

возрасте, лекции о важности общения с близкими. Это могут быть памятки, брошюры, книги и пр. Этот тип взаимодействия специалиста строится по принципу «один – много».

Консультирование. Индивидуальное консультирование охватывает разные стороны действительности и решает проблемы в приложении к жизни конкретно взятого человека. Здесь предполагается личностный подход, общение тет-а-тет, выстраивание доверительных отношений с пенсионером и, как следствие, возможность глубокой проработки специфичных именно для этого человека проблем.

Консультирование может осуществляться и по телефонам доверия, чья работа организуется при центрах социальной защиты населения. Информацию о работе телефона доверия и его возможностях они получают от социальных работников. По данным исследователей, пожилые люди занимают третье место по количеству обращений. Среди абонентов есть постоянные клиенты. В основном это те пожилые люди, которые ограничены в возможностях передвижения: редко или совсем не выходят из дома. Взаимодействие идет по принципу «один – один».

Помимо индивидуальных организуются и групповые консультации по различным вопросам, работа по решению психологических проблем. В некоторых учреждениях социальной защиты населения востребовано профоориентационное консультирование. Пожилым людям подбирают подходящую для них работу. Более того, известны случаи трудоустройства находящихся на обеспечении внутри пансионата на такие должности как дворник, санитарка, гардеробщик, курьер и т.п. Сюда же можно отнести психологическое консультирование родственников. Этот тип взаимодействия специалиста строится по принципу «один – много».

Групповые занятия. Применение различных методов психокоррекционного воздействия (когнитивные тренинги, тренинги коммуникативных навыков, креативности, сенситивности, уверенности в себе и т.д.). Такого типа групповая психологическая помощь оказывается по производственному или территориальному принципу.

В первом случае группы формируются на предприятиях или в специализированных организациях. Они готовят людей к приближающемуся пенсионному возрасту. Члены группы зачастую хорошо знакомы друг с другом. Им проще общаться, поэтому психологическая помощь оказывается более продуктивной.

Во втором – группы поддержки формируются по месту жительства. В этом тоже есть плюс: в группу входят люди, проживающие по соседству. По окончании курса они легко могут продолжить общение и не чувствовать себя одинокими.

Терапия сводится к тому, чтобы научить пенсионеров принимать свой новый статус, меняющиеся условия жизни и адаптироваться к ним. Направленность группы может быть разной: коммуникативной, креативной и прочее. Групповая психологическая помощь дает очень хорошие результаты. Она помогает людям раскрыть в себе потенциал, который зачастую игнорируется. Участники групп посещают тренинги, изучают языки, слушают лекции, просто общаются между собой. За счет полноценной коммуникации участников между собой удается добиться значительного прогресса в преодолении проблем старческой хандры и ипохондрии. Взаимодействие строится по принципу «много – много».

Если приведенная выше категоризация психологической помощи пенсионерам основана на принципе связи, то основой для следующей выступают потребности пожилых людей. Исходя из этого, поддержка может быть:

– эмоциональной (общение, основанное на доверии и эмпатии);

– информационной (данные, помогающие решать проблемы);

– статусной (одобрение, основанное на безусловном уважении к опыту и индивидуальности);

– инструментальной (материальные вещи, требуемые для поддержания заданного качества жизни).

Рекомендации психологов людям «элегантного возраста»:

– Чаще видеться с другими людьми, общаться, избегать одиночества.

– Замечать появление чувства жалость к себе. Если оно появляется, нужно обратиться за психологической помощью – это поможет найти решение.

– Настраивать себя на позитив – не поддаваться апатии. Безволие, желание на все плюнуть и течь по течению – самая пагубная эмоция. Из-за нее страдает психика и дряхлеет тело. Вслед за этим возникают мысли о надвигающемся завершении жизни.

– Проявлять заботу об окружающих.

– Всегда сохранять положительный настрой. Старость – это не конечная, ограниченная «точка жизни». Старость может длиться 10, 20 и более лет. Все это время необходимо нормально жить, а не прозябать в ожидании печального конца.

– Тренировать память, выполнять упражнения на моторику, поддерживать двигательную активность, прогулки на свежем воздухе.

– Организовать досуг: выбрать занятие по душе: гончарное дело (освоение лепки, работа на гончарном круге, обжиг); садоводство (уход за растениями, культивация, присмотр за подшефными деревьями, возможность работать на грядке); музыкальное искусство (прослушивание музыки, пение и участие в самодеятельности); библиотерапия (чтение и обсуждение книг); кинотерапия (дискуссионные киноклубы)[1].

Приведенные рекомендации инклюзии пожилых людей к меняющимся условиям жизни легли в основу разработки программы психологического сопровождения людей пожилого возраста, входящей в состав Проекта социальной инклюзии «Внуки в гости», реализуемого Региональной общественной организацией Республики Татарстан «Под крылом семьи» при поддержке Министерства труда, занятости и социальной защиты РТ[2].

«Внуки в гости» – проект, направленный на оказание поддержки и внимания одиноким людям со стороны детей и подростков – активистов детского

---

[1] *Орлова Л. В.* Организация психологической помощи пожилым пациентам в России и мире / Журнал «Научное обозрение. Медицинские науки». – 2016. – № 3 – С. 99-104.

[2] Официальный сайт Республиканского конкурса красоты материнства и семьи «Нечкэбил», республиканский проект «Внуки в гости» [Электронный ресурс]. URL: http://nechkebil.ru/archives/8941

движения «Дети-Нечкэбил-Балалар» под руководством активных семей конкурса «Нечкэбил» разных лет.

«Внуки в гости» – это посещение одиноких пожилых людей, нуждающихся в общении, внимании и помощи по хозяйству.

Данный проект предусматривает и психологическую помощь людям пожилого возраста. С целью оказания информационной и эмоциональной поддержки был подготовлен ряд видеосюжетов, в которых психолог рассказывал об особенностях людей элегантного возраста, подчеркивая, что все происходящие изменения являются нормальными проявлениями психики. Кроме того, в каждом сюжете содержалась и практическая часть: гимнастика для иммунитета, упражнения на развитие межполушарного взаимодействия, сеансы аутогенной тренировки для снятия тревожности, поднятия настроения и др. Все сюжеты создавались с соблюдением основных принципов психологического взаимодействия с пожилыми людьми: ситуационная поддержка, простой понятный язык без сложных фраз, фиксация внимания на любых положительных изменениях, стимуляция к разучиванию новых упражнений и их повторению в дальнейшем.

И, несмотря на то, что Проект реализуется не так давно, уже многие пожилые люди РТ охвачены вниманием, заботой и психологической поддержкой.

Таким образом, важным аспектом психологического восстановления людей элегантного возраста является приобретение и развитие новых навыков. Пока человек сохраняет способность усваивать знания, творить и совершенствоваться, реализуясь в том или ином хобби, он живет наполненной и счастливой жизнью. Познавая мир и пробуя себя в чем-то новом, пенсионер перестает думать о возрасте, перебирать в памяти старые успехи и неудачи – тем самым осуществляется инклюзия в изменчивый мир повседневности, пожилой человек начинает жить настоящим моментом. И в этом ему может помочь правильно организованная психологическая поддержка, не только от профессионалов, но и близких людей.

Крайнюков С. В., Гусева Н. А.

Инновационная модель социально-психологического сопровождения получателей социальных услуг – потребителей наркотиков с применением автоматизированного программного комплекса

Российская Федерация как неотъемлемая часть мирового сообщества в полной мере испытывает на себе растущую наркоугрозу. По данным Государственного антинаркотического комитета за 2019 г. в РФ 1,3% или 1,9 млн человек регулярно или эпизодически употребляют наркотики. В антинаркотическом рейтинге городов, составленном специалистами федерального проекта «Трезвая Россия», Санкт-Петербург занимает одно из последних мест (81-е из 85-ти) и входит в категорию «неблагополучных» субъектов, где проблема распространения наркомании не теряет свою остроту.

В современной аддиктологии накоплен богатый теоретический и эмпирический материал о клинических, психологических и социальных механизмах и факторах зависимого поведения. Вместе с тем сегодня отмечается дефицит научно обоснованных технологий и методов социально-психологического сопровождения потребителей психоактивных веществ (ПАВ), которые в комплексе учитывали бы их социально-демографические, психосоциальные, клинико-психологические и индивидуально-психологические характеристики. Недостаточно разработаны дифференцированные направления социально-психологического сопровождения, ориентированные на разные типологические группы получателей социальных услуг (ПСУ) – потребителей ПАВ.

В рамках данного исследования была поставлена цель на основе комплексного изучения социальных и психологических характеристик потребителей ПАВ разработать социально-психологическую модель их индивидуализированного сопровождения, а также их созависимых близких.

Исследование проводилось в течение 2020 г. по заказу Комитета по со-

циальной политике Санкт-Петербурга на базе двух экспериментальных (инновационных) площадок:

– СПб ГБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Красносельского района», Отделение помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и лицам, состоящим на наркологическом учете;

– СПб ГКУ «Центр учета и социального обслуживания граждан РФ без определенного места жительства», Отделение социальной адаптации лиц, освободившихся из мест лишения свободы.

Задачи исследования:

1. Выявить трудности, возникающие у специалистов учреждений в работе с ПСУ – потребителями ПАВ.

2. Исследовать социальные и психологические характеристики ПСУ – потребителей ПАВ.

3. Определить типологические группы ПСУ – потребителей ПАВ на основе изученных характеристик для разработки дифференцированных рекомендаций.

4. Разработать социально-психологическую модель индивидуализированного сопровождения потребителей ПАВ и созависимых близких.

Методы и методики исследования:

1. Анкетирование.

1.1. Авторская анкета специалиста социальной службы для выявления трудностей в работе с потребителями ПАВ.

1.2. Анкета социальной диагностики, используемая в учреждении, для изучения социального статуса потребителей ПАВ.

2. Структурированное интервью.

2.1. Модифицированная методика экспресс-диагностики риска злоупотребления и признаков зависимости.

2.2. Модифицированная шкала показателей социального функционирования (Бойко Е. О.) для выявления проблемных зон социально-

го функционирования и оценки его общего уровня.

3. Психологическое тестирование.

3.1. Методика оценки готовности к изменениям (SOCRATES) для определения стадии готовности к изменению проблемного потребления ПАВ.

В качестве методов математико-статистической обработки данных применялись: вычисление первичных статистик для общей характеристики обследованной выборки; иерархический кластерный анализ по методу межгрупповых связей для определения типологических групп ПСУ; U-критерий Манна-Уитни для выявления различий в выделенных типологических группах.

Выборку исследования составили 19 специалистов социальных служб и 40 ПСУ – потребителей ПАВ (25 мужчин в возрасте 33-58 лет, средний возраст – 47 лет, и 15 женщин в возрасте 25-40 лет, средний возраст – 36 лет).

Представим в обобщенном виде результаты исследования, подробнее с которыми можно ознакомиться в работах[1].

По результатам анкетирования у специалистов учреждений отмечаются следующие основные трудности в работе с ПСУ – потребителями ПАВ:

– установление и поддержание устойчивого контакта;

– применение научно обоснованных методов психодиагностики и психологической помощи;

– поддержание мотивации к выполнению мероприятий плана социально-психологического сопровождения;

– активизация собственных возможностей потребителей ПАВ;

– оценка достигнутого прогресса потребителями ПАВ.

Основными проблемами ПСУ – потребителей ПАВ по результатам их диагностики являются:

---

[1] *Крайнюков С. В., Гусева Н. А.* Психосоциальные характеристики получателей социальных услуг – потребителей психоактивных веществ // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2020. №2.; Методические рекомендации по вопросам социальной реабилитации, ресоциализации и социальной адаптации потребителей наркотиков и созависимых близких / С. В. Крайнюков, Н. А. Гусева, И. Ю. Маргошина [и др.] СПб.: СПбГИПСР, 2020.

– потребление различных ПАВ с признаками зависимости;

– наличие хронических заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит С) при отсутствии должного лечения;

– наличие судимости и опыт пребывания в местах лишения свободы;

– отсутствие работы, низкий доход;

– отсутствие семьи, недостаточная забота о детях;

– бедный досуг;

– низкая мотивация к изменению проблемного поведения.

Часть изученных характеристик проявляется у потребителей ПАВ вариативно, что позволяет выделить их типологические группы. Типологический подход является одним из традиционных в социально-психологических исследованиях и все чаще используется для разработки дифференцированных направлений и методов помощи[1]. Л. С. Выготский[2] рассматривает типологический диагноз как высший уровень психологического диагноза, который дает возможность определить место и значение выявленных характеристик в целостной, динамической картине личности. Только такой диагноз может дать представление о причинах проблем и правильно определить прогноз и рекомендации.

Выделенные типологические группы ПСУ – потребителей ПАВ и их характеристики представлены в табл.

Таким образом, выявленные типологические группы ПСУ – потребителей ПАВ отличаются разным набором проблем, разной степенью их тяжести, а также разным уровнем ресурсов и готовности к изменениям проблемного поведения и нуждаются в дифференцированных методах социально-психологического сопровождения.

Следует отметить, что принцип индивидуального подхода к социальному

---

[1] *Плаксин А. Н.* Типологический подход в исследовании личности правонарушителей // Ярославский педагогический вестник. 2013. №2.

[2] *Выготский Л. С.* Полное собрание сочинений: [в 16 т.]. 2015.

обслуживанию ПСУ не является новым. В 2019 г. в соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга и по инициативе Комитета по социальной политике (КСП) создан государственный «Центр организации социального обслуживания» (ЦОСО), в задачи которого входят разработка индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ) с учетом индивидуальной нуждаемости и составление социального маршрута. Таким образом, гражданин и семья приходят в отделение социального обслуживания с уже сформированными ИППСУ. Кроме того, в 2016 г. распоряжением КСП «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» утверждены рекомендуемые индивидуальные программы социального обслуживания (РИПСО) для различных категорий ПСУ: граждан зависимых от ПАВ; граждан и членов их семей, живущих с ВИЧ-инфекцией; граждан находящихся в трудной жизненной ситуации. На основе этих документов специалисты учреждений составляют индивидуальный план сопровождения, включающий комплекс детализированных услуг, предусмотренных и оказываемых специалистами различного профиля: специалистом по социальной работе, психологом, юрисконсультом, социальным педагогом и другими.

Таблица

Типологических группы ПСУ – потребителей ПАВ по результатам исследования

№ п/п	Типологическая группа	Характеристики группы
1	Женщины, активно употребляющие ПАВ, противопоставляющие себя социуму (15%)	• выраженное злоупотребление ПАВ с яркими признаками зависимости; • низкое осознание проблем с алкоголем и наркотиками; • не работают; • состоят на учете в КДН и чаще имеют судимость; • проявляют грубость и замкнутость; • досуг пассивный или направлен на поиск ПАВ
2	Молодые женщины с социально-бытовыми проблемами в период	• возраст от 18 до 35 лет; • отрицают употребление наркотиков, ВИЧ-инфекцию и

№ п/п	Типологическая группа	Характеристики группы
	неактивного употребления ПАВ (30%)	гепатит С; • не состоят на учете в КДН; • доход ниже или на уровне прожиточного минимума; • недостаточно обеспечены материальные нужды; • не проявляют агрессии
3	Женщины с длительным стажем употребления ПАВ и сопутствующими социально-медицинскими проблемами (30%)	• возраст старше 35 лет; • признают регулярное употребление наркотиков; • имеют ВИЧ-инфекцию и гепатит С; • не состоят на учете в КДН; • имеют опыт насилия; • доход ниже прожиточного минимума; • удовлетворительно или достаточно обеспечены материальные нужды; • не проявляют агрессии
4	Мужчины молодого возраста, употребляющие наркотики (24%)	• возраст до 50 лет; • употребляют алкоголь и наркотики; • имеют ВИЧ-инфекцию и гепатит С; • могут иметь опыт лечения/реабилитации от зависимости; • зачастую круг общения сужен; • как правило, имеют временную регистрацию или съемное жилье
5	Пожилые мужчины со сниженным социальным функционированием, употребляющие алкоголь (24%)	• возраст старше 50 лет; • эпизодически употребляют алкоголь; • могут иметь трудности с самообслуживанием; • могут быть грубы и замкнуты, хуже контактируют с окружающими; • снижено социальное функционирование в целом
6	Мужчины с риском групповой зависимости от ПАВ (32%)	• как правило, имеют длительный стаж употребления алкоголя; • обычно употребляют ПАВ в компании; • разведены, иногда могут иметь отношения; • могут проявлять грубость, фамильярность; • зачастую снижено социальное функционирование в целом

Специфика разработанной модели заключается в следующем.

Во-первых, помимо критериев индивидуальной нуждаемости и основной категории ПСУ в проведенном исследовании в комплексе учитывались частные, но при этом важные социально-демографические, психосоциальные, клинико-психологические, индивидуально-психологические характеристики потребителей ПАВ, положенные в основу их типологизации. Разработанные РИПСО являются важным шагом к индивидуализации помощи. В то же время они направлены на

широкие категории ПСУ и недостаточно учитывают их индивидуальные особенности. При этом в современных исследованиях по проблеме зависимости подчеркивается важность дифференцированного подхода с учетом характера злоупотребления, сопутствующих медицинских, социальных и психологических проблем, а также психологических ресурсов потребителей ПАВ, что необходимо для оказания им эффективной помощи. Кроме того, перечисленные в РИПСО категории ПСУ – зависимые от ПАВ, ВИЧ-инфицированные, находящиеся в трудной жизненной ситуации – описывают не столько категории, сколько проблемы, как правило, встречающиеся вкупе у потребителя ПАВ, что также затрудняет реализацию индивидуального подхода на практике.

Во-вторых, перечисленные в РИПСО и ИППСУ услуги и рекомендованные действия по их оказанию зачастую сформулированы обобщенно, что затрудняет их четкое понимание и реализацию специалистами. В контексте разработанной модели предлагаются конкретизированные рекомендации по взаимодействию и социально-психологической работе с типологическими группами ПСУ. Это достигается благодаря тому, что типологическая группа позволяет увидеть целостный «портрет» ПСУ, включающий конкретное описание его ключевых особенностей и проблем, и на основе этого выделить конкретные способы их преодоления.

В-третьих, типологическая группа ПСУ и соответствующие рекомендации определяются автоматически с помощью разработанного автоматизированного программного комплекса (АПК), что позволяет быстро снабдить специалистов конкретными рекомендациями по работе с ПСУ с учетом его индивидуальных особенностей, и может существенно помочь им на этапе разработки индивидуального плана социального обслуживания.

Разработанная модель включает в себя четыре основных компонента.

Первым компонентом модели является соответствующий специфике контингента диагностический комплекс, представленный выше. Проблема диагностики ПСУ – потребителей ПАВ заключается в том, что они склонны к

анозогнозии (отрицание зависимости и проблем с ПАВ), искаженному восприятию себя и других, сниженной рефлексии. Они часто не ориентированы на сотрудничество и сообщают недостоверную информацию о себе. Поэтому с ними весьма плохо работают стандартные тесты-опросники, основанные на самоотчете. Вследствие этого приоритет в подборе и разработке методик был отдан методам проводимого специалистами анкетирования, наблюдения и структурированного интервью. Эти методы в большей степени обращаются к объективной фактологии, опираются на опыт специалистов, что повышает достоверность получаемых данных. Все подобранные методики являются емкими и компактными в плане процедуры, так как потребители ПАВ зачастую не могут длительно поддерживать конструктивный контакт, неусидчивы, истощаемы. Экспресс формат методик не требуют от специалистов специальных навыков диагностики. Методики были разработаны, подобраны и модифицированы сотрудниками кафедры клинической психологии СПбГИПСР. Все методики являются современными, стандартизированными, надежными и валидными и позволяют оценить не только трудности, но и ресурсы потребителей ПАВ.

Второй компонент модели составляют рекомендации по взаимодействию с ПСУ – потребителями ПАВ разных типологических групп. Это психологические рекомендации по установлению и поддержанию контакта, приемам беседы, мотивированию ПСУ к трезвому образу жизни. Известно, что получению помощи у потребителей ПАВ больше всего препятствуют их психологические особенности: защитные механизмы, отрицание проблем, низкие коммуникативные навыки и другие. Поэтому установление конструктивного контакта является первоочередной задачей специалиста. Правильно выстроенный контакт помогает активизировать собственные возможности ПСУ по разрешению имеющихся у него проблем, перейти от пассивной, «рентной» установки по отношению к специалистам к заинтересованной и включенной позиции. Это особенно важно для потребителей ПАВ, у которых осознание проблемного поведения и активные действия по его изменению являются

главными факторами успешной реабилитации[1]. Разработанный АПК на основе экспресс-диагностики автоматически определяет социально-психологический тип ПСУ и генерирует соответствующие рекомендации. Таким образом, специалист не только интуитивно находят психологический подход к ПСУ, но получают научно обоснованный перечень рекомендаций, учитывающих его индивидуальные особенности. При этом рекомендации носят конкретный характер, не требуют дополнительной квалификации, владения специальными психотехниками и могут применяться не только психологами, но и другими специалистами. Ценность этих рекомендаций особо повышается при работе с «трудными» ПСУ, проявляющими недоверие, незаинтересованность, агрессивное поведение.

Так, например, при установлении контакта с ПСУ типологической группы №3 важно с первого контакта конфронтировать с привычкой ПСУ чрезмерно фокусировать свое внимание на потребностях других людей и постоянно переводить фокус внимания на собственные переживания, мысли и потребности. Напротив, при установлении контакта с ПСУ типологической группы №1 – начиная установление контакта с эмпатичного и уважительного интереса к личности и истории жизни ПСУ, важно сразу обозначать границы допустимого поведения и связь между проблемным поведением и реакцией окружающих.

Третий компонент модели – это рекомендации по социально-психологической работе с ПСУ – потребителями ПАВ и членами их семей. Эти рекомендации также ориентированы на типологические группы ПСУ и включают приоритетные направления социально-психологической помощи, ее оптимальные формы и методы, возможные мероприятия, рекомендации по межведомственному взаимодействию с указанием конкретных организаций Санкт-Петербурга. Рекомендации были разработаны с учетом опыта деятельности учреждений, а также с учетом опыта проектирования мероприятий сотрудниками СПбГИПСР[2].

---

[1] *Шаболтас А. В.* Психологическая концепция и технологии превенции ВИЧ-инфекции: автореф. дис. ... д-ра психол. н. СПб., 2018.

[2] Методические рекомендации по вопросам социальной реабилитации, ресоциализации и социальной адаптации потребителей наркотиков и созависимых близких / С. В. Крайнюков, Н. А. Гусева, И. Ю. Маргошина [и др.] СПб.: СПбГИПСР, 2020.

Например, для типологической группы №1 важно избегать соблазна предлагать доводы в пользу изменения. Необходимо поощрять ПСУ самих делать это, иначе можно спровоцировать протестные реакции и «защитное» поведение. На первых этапах работы начинать с индивидуального формата и лишь по мере осознания проблемы злоупотребления рекомендовать группы Анонимных алкоголиков. В отношении ПСУ типологических групп №2 и №3 напротив, важно сразу привлекать их в группы взаимопомощи, обучающие группы, при выборе которых важным критерием является поддерживающая атмосфера и уважение к автономии участников.

Четвертый компонент модели составляет АПК, позволяющий внедрить разработанную модель в практику работы учреждений. АПК создавался в процессе совместного обсуждения со специалистами учреждений, неоднократно корректировался и совершенствовался по мере его апробации.

Разработанный АПК позволяет:

– быстро вводить и получать данные о ПСУ благодаря автоматизированным процедурам;

– оперативно проводить социальную и психологическую диагностику по встроенным методикам с автоматической обработкой данных, выводом результатов в виде наглядных таблиц, графиков и интерпретаций;

– автоматически определять принадлежность ПСУ к типологической группе с выводом рекомендаций по взаимодействию и социально-психологической работе;

– отслеживать динамику показателей ПСУ, для чего предусмотрена возможность первичной и вторичной диагностики с автоматическим выводом совмещенных графиков, наглядно отражающих достигнутые изменения;

– вести сопровождение всей семьи ПСУ, благодаря включению данных о партнере (муже/жене), детях и других членах семьи;

– надежно вести базу ПСУ с сохранением необходимых о них сведений и доступом к ним с любого компьютера учреждения с использованием пароля;

– автоматически создавать отчеты с графиками, отражающими количественный и процентный состав ПСУ по разным критериям, в том числе по психодиагностическим показателям;

– объединить и координировать работу разных специалистов с ПСУ, благодаря единообразию форм сбора информации, общему доступу к базе данных, возможности их совместного ввода, дополнения и изменения по мере необходимости.

АПК прошел успешную апробацию на базе КЦСОН и Центра учета. Согласно полученным данным, трудности ведения базы ПСУ специалистами после апробации достоверно уменьшились ($p<0,05$). В качестве достоинств АПК специалисты отметили, что он позволяет систематизировать в электронном виде все результаты исследования на протяжении периода социального сопровождения семьи, подчеркнули практическую ценность автоматического определения типологической группы ПСУ и генерируемых на основе этого рекомендаций, быстроту получения отчетов по составу ПСУ и др.

Таким образом, предлагаемая модель социально-психологического сопровождения потребителей ПАВ разработана на основе современного биопсихосоциального подхода к пониманию зависимости, а также личностного субъект-субъектного подхода к взаимодействию с ПСУ. Она включает как диагностический, так и рекомендательный блоки, а также форму реализации в виде АПК. Ее внедрение поможет индивидуализировать социально-психологическое сопровождение потребителей ПАВ с учетом их клинико-психологических и психосоциальных характеристик, интегрировать и координировать работу специалистов, оптимизировать рутинные процессы для качественного оказания социальных услуг.

Савинова Э. В.

Особенности предоставления социальной помощи женщинам, имеющим двух и более детей до 1,5 лет родившихся одновременно, на примере инновационной деятельности ГБУ «Центр семьи» Приморского района Санкт-Петербурга: анализ, задачи, пути решения

С марта 2020 г. СПб ГБУ «Центр социальной помощи семье и детям Приморского района» является экспериментальной площадкой для разработки и апробации технологии предоставления социального обслуживания женщинам, имеющим двух и более детей до 1,5 лет родившихся одновременно.

Один из важнейших моментов исследовательской деятельности – всесторонний анализ возможности оказания социальных услуг данной категории граждан с учетом имеющейся нормативной правовой базы: соблюдение технологических регламентов, соответствие профессиональных стандартов должностей необходимым функциональным требованиям для оказания услуг детям раннего возраста, учетом состава и количества предлагаемых социальных услуг.

Прежде всего, следует отметить, что для предоставления социальных услуг в форме на дому необходимо внести изменения в Уставы учреждений, на базе которых планируется данная деятельность. В случае отсутствия в Уставе учреждения данной формы социального обслуживания, посещение специалистами семей по адресу проживания получателей социальных услуг не правомочно, так как это будет являться неуставной деятельностью. Таким образом, для организации и предоставления социального обслуживания женщинам, имеющим двух и более детей до 1,5 лет родившихся одновременно, необходимо в ближайшее время внести изменения в Уставы учреждений в части дополнения социального обслуживания в форме на дому.

Деятельность в рамках эксперимента позволила специалистам ГБУ «Центр семьи» выявить ряд проблем и задач, решение которых помогло в разработке технологии предоставления социального обслуживания женщин,

имеющим двух и более детей до 1,5 лет родившихся одновременно.

Обобщая опыт проведенной работы, предлагаем ознакомиться с основными выявленными задачами и вариантами их решений для возможности дальнейшего использования при организации аналогичной деятельности на базе других учреждений.

Одним из первых вопросов, требующих решения, стал вопрос определения должности специалиста, который будет осуществлять социальное обслуживание данной категории семей.

На уровне учреждения был проведен анализ 5-ти профессиональных стандартов, в рамках которых предполагалось предоставление социальных услуг детям раннего возраста: специалист по социальной работе, специалист по работе с семьей, сиделка, социальный работник, няня. В результате проведенного анализа был сделан вывод, что для реализации рационального набора социальных услуг для данной категории граждан возможно использование профессионального стандарта «Няня» и профессионального стандарта «Социальный работник» после внесения в него соответствующих изменений. Профессиональные стандарты специалиста по социальной работе, специалиста по работе с семьей и иных специалистов не предусматривает деятельность по уходу за детьми раннего возраста.

Следующим моментом, требующим решения, стало отсутствие документации для специалистов, осуществляющих социальное обслуживание таких семей.

Для решения данной задачи в рамках ведения экспериментальной деятельности был разработан и апробирован пакет документов для специалистов, которые будут осуществлять социальное обслуживание на дому:

– дневник социального обслуживания на дому семьи;
– форма графика посещения семьи;
– информационная карта семьи;
– оценка потребностей семьи;
– форма первичной информационной справки (первый визит в семью);
– форма первичной диагностики уровня развития ребенка (при необходимости);

– правила посещения семьи;

– инструкция по соблюдению правил безопасности на прогулке;

– алгоритм оказания первой доврачебной помощи (разработано учреждением здравоохранения);

– алгоритм оказания каждой услуги, входящей в состав РИПСО.

Далее, была выявлена проблема отсутствия в нормативных документах условий социального обслуживания на дому в части присутствия/отсутствия законных представителей во время предоставления специалистом социальных услуг детям.

Исходя из опыта работы в рамках проекта, считаем необходимым законодательно закрепить условия предоставления социальных услуг на дому, а именно посещение и социальное обслуживание детей только в присутствии родителей/законных представителей.

Следует отметить, что в рамках эксперимента проводилась работа с семьями, проживающими в Приморском районе Санкт-Петербурга. Однако, в настоящий момент, в соответствии с законодательством, гражданин, признанный нуждающимся в социальном обслуживании, может выбрать любое учреждение города из предлагаемого перечня. Таким образом, ресурсы, затрачиваемые на дорогу специалистом, вынужденным оказывать услугу в другом районе, в разы возрастут. И это может стать серьезной проблемой в организации работы учреждений. Предлагаем предусмотреть в нормативных актах на городском уровне осуществление социального обслуживание данной категории граждан по территориальному принципу.

Считаем необходимым предусмотреть возможность для учреждения самостоятельно учитывать территориальную составляющую для работы специалиста в случае изменения места жительства получателей социальных услуг. Например, прописывать в договоре о предоставлении социальных услуг конкретный адрес, а в случае его изменения право отказа или приостановления.

Огромное количество вопросов возникло при расчете нормирования рабочего

времени для одного специалиста, осуществляющего уход за детьми, учитывая периодичность оказания услуг, определенную в нормативных документах и предусматривающую обязательное посещение семьи специалистом 3 раза в неделю.

Если учитывать полную занятость специалиста, то на посещение одной семьи в соответствии с технологическим регламентом, затрачивается 5 часов и 20 минут рабочего времени (при условии наличия в семье двух детей, родившихся одновременно). Таким образом, специалист может посетить 1 семью в день, следовательно, нагрузка может быть не более 2 семей в неделю. При этом 1 семья будет посещаема 3 раза в неделю, а вторая – 2 раза. Таким образом, нарушаются либо права семьи в получении 3-х раз в неделю услуги, либо права работника для обеспечения 2-м семьям в неделю 3-х разовое посещение, специалист должен работать 6 дней в неделю.

Одним из вариантов решения данного вопроса может быть изменение времени оказания социальных услуг – внесение изменений в технологический регламент услуги «Обеспечение кратковременного присмотра за детьми» вместо 120 минут – 60 минут, что позволит одному специалисту иметь нагрузку 3 семьи в неделю (6 детей).

В настоящее время единственным критерием признания нуждаемости в социальном обслуживании является наличие двух и более детей до 1,5 лет, родившихся одновременно. Такой подход приведет к тому, что любая семья может обратиться за оказанием данных услуг, независимо от материального положения, социального статуса и иных возможностей.

Для решения данной проблемы предлагается предусмотреть приоритетность признания в социальном обслуживании наиболее социально уязвимых категорий семей: неполные семьи, малообеспеченные семьи, если в семье уже воспитывается ребенок-инвалид, наличие инвалидности у одного или обоих родителей.

Важная задача – формирование навыков и умений работы с детьми раннего возраста у специалистов.

Для ее решения было организовано сотрудничество с учреждением здра-

воохранения, на базе которого специалисты учреждения приобретали необходимые знания и умения, позволяющие качественно выполнять свои функции.

Таким образом, в рамках научно-исследовательской деятельности были изучены условия предоставления социальных услуг, проведено исследование потребностей семей, воспитывающих детей данной категории; разработаны методические рекомендации для специалистов; разработана система взаимодействия со здравоохранением – возможность получения дополнительного профессиональное образование. Все это позволило разработать и подготовить к возможной реализации аналогичными учреждениями социального обслуживания поэтапную программу технологии оказания услуги.

В настоящий момент проводится исследование удовлетворенности клиентов и специалистов проведенной работой. Успешность и востребованность данного проекта, необходимость решения выявленных задач, дальнейшее изучение потребностей семей с двумя и более детьми до 1,5 лет, рожденными одновременно, возможность проведения дополнительных исследований в рамках апробирования технологии с целью повышения качества услуг стало основанием для продолжения экспериментальной деятельности.

Раздел II.
ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Алимбекова Ю. Е., Сократова И. Н., Захватова Ю. А.

Основные аспекты программы психологического сопровождения получателей социальных услуг в условиях психоневрологического интерната

Одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества является реабилитация инвалидов, то есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на частичное, полное восстановление, либо на компенсацию утраченных функций и возвращение инвалидов в общество. Исходя из этого, конечной целью реабилитации является повышение качества жизни инвалидов. Особенно остро эта проблема стоит для лиц, проживающих в психоневрологических интернатах (ПНИ), основной функцией которых сохраняется обеспечение возможности проживания и социально-бытовое устройство. Внедрение системы реабилитации в такие учреждения предполагает многосторонний комплексный подход. Помимо медицинской поддержки и санитарно-гигиенического ухода требуется создание условий для специального обучения и трудовой деятельности, качественное психологическое сопровождение. Кроме того, в организации реабилитационных мероприятий необходимо учитывать особенности контингента проживающих в ПНИ: неоднородность половозрастного состава, различная степень ограничений способности к ориентации в окружающей действительности, способности к передвижению и самообслуживанию, контролю за своим поведением, обучению и работоспособности. В связи с вышеперечислен-

ными аспектами в организации реабилитационных мероприятий в ПНИ наибольшую значимость приобретает индивидуальный, личностно-ориентированный подход и возрастающая роль психологического сопровождения: помощь в адаптации, выявлении, поддержании и активизации остаточного потенциала личности, расширении возможностей самореализации и создании комфортной психологической среды. Имеющаяся на сегодняшний день недостаточная проработка организационно-методологических аспектов для реализации данного процесса побудило психологов ГБСУ СО ПНИ №3 в 2020 г. к созданию специальной программы психологического сопровождения получателей социальных услуг в психоневрологическом интернате.

Программа психологического сопровождения – это обобщенный многолетний опыт психологов, работающих в психоневрологическом интернате. Вместе с тем, она создавалась с опорой на современные подходы в реабилитации лиц с психическими расстройствами, а именно биопсихосоциальную модель, где психологические и социальные аспекты имеют высокую значимость.

Психологическое сопровождение рассматривается как особая форма длительной психологической помощи, включающей разнообразные методы психологической работы, направленной на повышение качества жизни людей, проживающих в стационарных учреждениях.

Целью психологического сопровождения является адаптация и реабилитация лиц с инвалидностью через систему психологических мероприятий в условиях ПНИ.

Задачи:

1. Поддержание и максимальная активизация остаточного потенциала личности.

2. Повышение социальной активности получателей социальных услуг (ПСУ) (мотивирование, вовлечение в доступные виды деятельности).

3. Создание психологически комфортной среды (корректное, уважительное отношение к ПСУ, установление доверительного контакта, эмоциональная поддержка).

Принципы организации социально-психологического сопровождения:

1. Принцип дифференцированного (личностно-ориентированного) подхода.

2. Принцип социальной направленности (проводимые психокоррекционные мероприятия должны повышать уровень адаптации и способствовать улучшению социализации проживающих).

3. Принцип преемственности (тесное взаимодействие с врачами, педагогами, культурно-досуговым сектором и инструкторами по труду).

4. Принцип доступности методов (все методы используются в адаптированном виде с учетом особенностей подопечных).

Программа психологического сопровождения включает в себя 2 блока: психодиагностический и психокоррекционный, а также приложения с разработанными шаблонами краткой психологической характеристики, бланка динамики и перечнем практического материала к каждому используемому методу.

I. Психодиагностический блок состоит из 3 этапов:

1 этап. Первичное экспериментально-психологическое исследование в общем комплексе психологического сопровождения является первоначальным, состоит из исследования интеллектуального уровня, личностной сферы с определением утраченных, нарушенных и сохранных свойств личности.

Психодиагностические методы, используемые в условиях ПНИ – это анализ медицинской документации, беседа, стандартизированные и адаптированные методы исследования когнитивных функций (памяти, внимания, мышления), определение уровня интеллекта, методики исследования навыков чтения, письма и счета, методы исследования эмоционально-волевой и личностной сферы.

2 этап. На основании проведенного экспериментально-психологического исследования, а также анализа медицинской документации, анализа социального статуса психологом отделения составляется краткая психологическая характеристика получателя социальных услуг по следующим составляющим: внешний вид; коммуникативные особенности; речь; фон настроения; сформи-

рованность социально-бытовых навыков; уровень интеллекта; семейные контакты; круг общения; досуговая деятельность; отношение к проживанию в интернате; самооценка; критика к болезни; мотивация к деятельности; поведение в стационаре; возможности компенсации.

В заключительной части краткой психологической характеристики психолог определяет уровень реабилитационного потенциала подопечного (низкий, средний, высокий) и вносит рекомендации по выбору тактики, стратегии работы с подопечным, определяет объем и виды социально-психологических услуг.

3 этап. Отслеживание динамических изменений.

В процессе психологического сопровождения получателя социальных услуг, проводимых с ним психокоррекционных мероприятий 1 раз в год психологом проводится оценка динамических изменений по следующим сферам: эмоциональный фон, поведение, активность и коммуникативность, когнитивная сфера, мотивация к трудовой и досуговой деятельности. По результатам направленного наблюдения психологом даются рекомендации на дальнейшие мероприятия, корректируется объем и виды социально-психологических услуг.

II. Психокоррекционный блок включает в себя описание разнообразных форм и методов психокоррекционной работы. Основные формы определяются: по количеству участников на групповые и индивидуальные; по структуре: психологическое консультирование, тренинги, патронаж и психокоррекционные занятия.

Патронаж – в психоневрологическом интернате это систематическое наблюдение, обеспечивающее своевременное выявление ситуаций эмоционального дискомфорта, конфликта и других ситуаций, способных усугубить психическое состояние проживающего. Патронаж необходим для своевременного оказания социально-психологической помощи.

Психологическое консультирование – это метод, основой которого является специальным образом организованная беседа с целью поиска решений значимой для клиента проблемной жизненной ситуации. В ПНИ психологическое

консультирование проводится как по запросу врача, педагога отделения, так и самих проживающих, преимущественно отражая следующий круг проблем: «конфликты с персоналом», «конфликты с родственниками», «желание изменения своего социального, либо профессионального статуса», «желание наладить отношение с другими проживающими». Консультации носят функцию нормализации психоэмоционального состояния, профилактики и коррекции поведенческих проявлений, а также удовлетворения базовых потребностей человека в общении и безопасности.

Тренинг – это интенсивная краткосрочная обучающая программа, которая формируется на определенную тематику и состоит из практических упражнений. Наиболее часто используемыми в связи с особенностями контингента ПНИ являются тренинги когнитивных функций, коммуникативных и социально-бытовых навыков.

Психокоррекционные занятия носят часто коррекционно-игровой характер, направлены на развитие речевых, моторных навыков, развитие навыков общения, коррекцию личностных качеств (самооценку, уровень притязаний), либо ориентированы на творческое самовыражение, проработку эмоциональных состояний и групповых взаимодействий (профилактику или разбор различных негативных поступков: алкоголизации, межличностных конфликтов и агрессивных проявлений).

Методы и приемы психокоррекционной работы используются дифференцированно с учетом степени имеющихся нарушений и потребностей подопечных. К ним относятся:

– приемы арт-терапии (изобразительная деятельность, музыкотерапия, песочная терапия, сказкотерапия);
– приемы сенсорной терапии и релаксации;
– упражнения, направленные на развитие когнитивных функций;
– психогимнастика;
– приемы танцевальной терапии;
– метод базальной стимуляции (применяются для лиц с тяжелыми множественными нарушениями (речи, слуха, зрения, умственного развития и т.д.).

Применение вышеперечисленных методов имеет ряд особенностей.

Остановимся на них подробнее.

Арт-терапия является одним из наиболее эффективных и широко используемых методов работы с получателями социальных услуг в ПНИ. Это направление отличается многообразием форм, доступностью и творческой направленностью, выполняет коррекционную, психотерапевтическую, диагностическую и развивающую функцию. В учреждении используются преимущественно такие виды как изодеятельность, музыкотерапия, песочная терапия, сказкотерапия. Первоначальной задачей арт-терапии в ПНИ является коррекция эмоциональной, поведенческой и коммуникативной сферы (страхов, тревоги, эмоциональной неустойчивости, импульсивности, подавленности, апатии, малообщительности) и формирование мотивации к творческой деятельности. Второй по значимости задачей является активизация когнитивных функций подопечных (памяти, внимания, мышления, воображения). Метод арт-терапии в виду его доступности используется со всеми группами получателей социальных услуг, с низким, средним и высоким реабилитационным потенциалом.

Приемы сенсорной терапии и релаксации осуществляются в учреждении на двух площадках: сенсорная комната, биопсихосоматический модуль «Зеленая комната». Основной целью сенсорной терапии и приемов релаксации является:

– снятие психоэмоционального и психофизического напряжения;
– стимуляция ослабленных сенсорных функций;
– создание положительного эмоционального фона.

На занятиях в сенсорной комнате главным эффектом является комплексное сенсорное воздействие через ароматерапию, хромотерапию и музыкотерапию. На релаксационных сеансах в «Зеленой комнате» также главным эффектом является комплексное сенсорное воздействие, но уже через другие составляющие:

– биологический комплекс из растений «Зеленая стена», который способствует насыщению воздуха биологически активными веществами;
– специальные тракционные матрасы, которые позволяют человеку занять удобное положение тела и расслабиться;
– «источник дополнительного солнечного света»;

– отдельно подобранные музыкальные произведения, составляющие вербальные программы, которые направлены на достижение максимально полного состояния психофизической релаксации.

Приемы психогимнастики для лиц с психическими расстройствами включают курс специально подобранных этюдов, упражнений и игр, направленных на развитие и коррекцию различных сторон психики, построенных, прежде всего, на невербальной экспрессии (мимике, жестах, тактильных контактах и т.п).

Терапевтические цели психогимнастики:

– коррекция эмоциональной сферы, отреагирование агрессивных и иных импульсов через символическое их выражение или через перенесение их на другой уровень;

– развитие коммуникативных навыков, прежде всего невербальных;

– коррекция моторных и когнитивных нарушений;

– снятие мышечных зажимов.

Занятия по танцевально-двигательной терапии проводятся с целью снятия телесного и эмоционального напряжения, повышение фона настроения, улучшение координации движений и самочувствия в целом. Они проводятся как в форме самостоятельного тренинга, так и входят в структуру других коррекционно-развивающих занятий. С проживающими, имеющими более низкий уровень реабилитационного потенциала эти приемы используются для снятия мышечного напряжения, отреагирования накопленных чувств, повышения настроения, способствуют сплочению группы. С проживающими, имеющими более высокий реабилитационный потенциал, помимо перечисленных терапевтических эффектов нередко результатом танцевальной терапии являются танцевальные номера, которые используются в дальнейшем на культурно-досуговых мероприятиях, давая возможность к самовыражению и способствуя повышению самооценки проживающих.

Метод базальной стимуляции используют в психокоррекционной работе с лицами с тяжелыми множественными нарушениями (речи, слуха, зрения, умственного развития и другими). Характерной особенностью таких подопечных

является уменьшение доступных каналов компенсации дефекта. У них самостоятельная сенсомоторная деятельность крайне ограничена, и их опыт в области собственного движения и взаимодействия с окружающим миром полностью зависит от помощи других людей. Это метод комплексного психолого-педагогического воздействия интенсивными, пробивающими ограничения раздражителями с целью оказания помощи в осознании границ собственного тела и понимании жизненно важных ситуаций, связанных с удовлетворением личных потребностей.

Следует отметить, что описание перечисленных методов в программе отражает специфику их применения в ПНИ. Они описаны в адаптированном виде с учетом особенностей контингента. Рекомендуется определенная схема занятий для каждого из методов, в которой прописаны временные затраты, оптимальное количество участников в группе и другие значимые детали.

Таким образом, предлагаемая программа психологического сопровождения получателей социальных услуг в ПНИ позволяет выделить принципы деятельности психолога в психоневрологическом интернате, определить цель, задачи, этапы, формы и методы работы психолога, которые являются оптимальными для восстановления, сохранения личностного и социального статуса инвалида, создания условий для его интеграции в общество. Уже на этапе апробации программа имеет практическую значимость, способствуя формированию более четкой структуры деятельности психолога в учреждениях такого профиля, повышению эффективности психологических реабилитационных мероприятий и улучшению качества предоставления социально-психологических услуг.

Давтян О. В., Геворкян Г. М.

Психологическая помощь детям и взрослым на примере опыта работы службы раннего вмешательства

Критическая демографическая ситуация, сложившаяся в России в конце

XX-XXI вв., неблагополучное состояние здоровья детского населения вызывают тревогу и озабоченность врачей, общества в целом и государства, поскольку эти факторы создают реальную угрозу здоровью нынешнего и будущего поколения. Несмотря на достижения современной медицины, статистика свидетельствует о значительном снижении здоровья беременных женщин, увеличении процента рождения недоношенных детей, что влечет за собой риск рождения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

У таких детей нарушается психическое и моторное развитие, что является основным показателям его здоровья. А ведь именно в младенческом и раннем детстве происходит стремительное развитие мозга, заканчивается формирование мозговых структур зрительного и слухового анализаторов, завершается формирование нервной системы, формируются все структуры, необходимые для нормального развития интеллектуальных, познавательных и физических способностей ребенка.

Но, зачастую, отставания в психофизическом развитии не выявляются врачами, так как их основная задача – медицинская помощь и реабилитация, часто борьба за жизнь этих детей. Позднее выявление проблем в развитии детей приводит к таким диагнозам как минимальная мозговая дисфункция, задержка психоречевого развития, синдром школьной дезадаптации, синдром дефицита внимания и гиперактивности и т. д.

Родители часто наблюдают неусидчивость, невнимательность, плохую память, повышенную возбудимость и чрезмерную утомляемость у детей. Им трудно общаться со сверстниками и взрослыми, они подолгу делают уроки, с большим трудом запоминают информацию. В более серьезных ситуациях дети не могут учиться в коллективе и нуждаются в домашнем обучении. Встречаются такие поведенческие нарушения, как агрессивность, неумение постоять за себя, неаккуратность и другие.

Нередко при общении с родителями выясняется, что малыш позже, чем его сверстники, стал держать головку, ползать, сидеть и ходить, что задерживается лепет и адекватный интерес к игрушкам. Все это – признаки того, что

имеет место задержка психомоторного развития, коррекция которого должна начинаться с первых месяцев жизни малыша.

К сожалению, родители не понимают важность первых трех лет жизни для развития мозга ребенка и необратимость последствий, если возможность оказать помощь была упущена.

На территории города Норильска проживает много семей, имеющих детей с ОВЗ. Рождение больного ребенка является мощным стрессовым фактором для семьи. Своевременное оказание психологической помощи существенно влияет на перспективу развития ребенка. Очень важно не допустить деструктивной перестройки семейной системы, которая автоматически происходит в первые годы жизни ребенка и проявляется в сокращении контактов с окружающим миром, ухудшением эмоционального фона родителей, что сказывается и на дальнейшем развитии ребенка.

Чтобы избежать данных последствий и помочь семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями, в центре была создана служба раннего вмешательства. Целью раннего вмешательства является коррекция и компенсация недостатков развития ребенка, предупреждение вторичных отклонений в физическом, психическом, эмоциональном развитии ребенка.

Целевая аудитория службы – дети с нарушениями развития или выраженными психогенными расстройствами. Вид и природа нарушений развития ребенка могут быть разные: двигательные, умственные, сенсорные, коммуникативные, эмоциональные, поведенческие или сочетанные. В целевую группу входят и члены семей детей – инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Основными целями и задачами создания службы раннего вмешательства является психолого-педагогическая поддержка семьи, обучение родителей эффективным способам общения с ребенком, методам его воспитания и развития. Использование семьи как основного реабилитационного пространства для ребенка, где происходит реализация индивидуальной реабилитационной программы, исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей. Помощь

в адаптации семьи к инвалидности ребенка и преодолении психологических проблем. Обучение родителей методам игрового взаимодействия со своим ребенком. Проведение психопрофилактики и психокоррекции посредством игры. Оказание помощи родителям в подборе адекватных средств в общении с ним.

Служба раннего вмешательства охватывает семьи, воспитывающие детей от 0 до 3 лет, с присвоенным ему статусом ребенка, нуждающегося в социальном обслуживании и получении индивидуальной программы реабилитации.

Работа организуется в групповой форме, объединяются несколько родителей со своими детьми, имеющими заболевания различной степени тяжести и различного генеза. Состав группы не превышает 6 семей, дети в возрасте от 0 до 3 лет. Занятия длятся не более 1 часа и 30 минут, длительность самого занятия определяется специалистами, контролирующими усталость ребенка, гибко лавируя от 10 до 20 минут.

В занятия включены сразу несколько специалистов: психолог, дефектолог и инструктор по лечебной физкультуре (при необходимости). Занятия разбиваются на блоки, таким образом, происходит чередование специалистов и видов деятельности. Активность участников тоже постоянно меняется, игровые упражнения подбираются так, что основную роль на себя берут родители. Для работы службы раннего вмешательства была разработана программа «Шаг за шагом», где решаются следующие цели и задачи:

– изучение личности ребенка и его родителей, системы их отношений;

– формирование у детей навыков общения со сверстниками в процессе совместной деятельности;

– развитие и совершенствование коммуникативных функций, эмоционально-волевой регуляции поведения;

– формирование и стимулирование сенсорно-перцептивных, познавательных процессов;

– формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в коррекционный процесс;

– развитие коммуникативных навыков в процессе совместной деятельности детей и взрослых, актуальных форм сотрудничества взаимодействия с семьей.

Служба раннего вмешательства – одна из эффективных форм работы, открывающая свои двери для семей, воспитывающих детей-инвалидов в Центре уже шесть лет. За это время занятиями охвачено более 40 семей. Многие, преодолев коммуникативные трудности во время занятий, в дальнейшем смогли посещать группы Центра и коррекционные группы дошкольных учреждений. Те же дети, которые изначально были с тяжелыми нарушениями, остались на повторный курс и индивидуальные занятия со специалистами. Есть такие дети, которые вернулись на домашнее визитирование, причина – удаленность места проживания.

У этой формы работы, есть отличные перспективы, дающие положительную динамику в пропедевтике задержки психического развития (ЗПР), задержки психоречевого развития (ЗПРР) и девиантного поведения.

Кузьменкова Л. В, Черкашина Т. Ф.

Применение проективных методик в психокоррекционной работе с пожилыми и старыми людьми (на примере авторской разработки «Цветы женской души»)

В мире чувств, как в букете цветов.
Всегда есть один цветок,
который в твоих глазах отражается по-особенному.
Л. Л. Крайнев-Рытов – член Союза журналистов, писатель

Проективные методики часто применяются в практической работе психолога, как метод исследования личности. Считается, что метод характерен

созданием экспериментальной ситуации, допускающей множественность возможных интерпретаций при восприятии испытуемым[1].

Для проведения психокоррекционной работы с постояльцами пансионата «Опека» была поставлена цель: изучить метод проективных методик в работе с лицами пожилого и старческого возраста и разработать авторскую методику для проведения занятий с этим возрастным контингентом. В задачи входило: разработка ряда живописных рисунков (изображения цветов и соцветий), а также тексты вероятностных психологических портретов личности, выполнение методической разработки методики, в результате применения которых можем получить отклики клиентов – постояльцев пансионата «Опека», которые, «описывая неоднозначные изображения или выполняя нестрого определенные действия, невольно выражают себя, «проецируя» какие-то свои значимые переживания и тем самым свои личностные особенности»[2].

Работа с эмоциональным состоянием через образы цветов, которая описывается в данной статье, направлена на распознавание эмоций клиента, высвобождение негативных эмоциональных напряжений и их коррекцию. В одном и том же событии человек ощущает как положительные, так и отрицательные эмоции. К примеру, в каком-то событии он может переживать чувство радости, волнения, трепета, и в то же время эти переживания могут сопровождаться чувством страха. А так как у каждого человека свой субъективный опыт, благодаря которому жизненное событие трактуются своеобразно, событию придается та или иная эмоциональная окраска. Анализируя с помощью изображения цветов свои эмоциональные состояния и корректируя эмоциональное состояние с помощью предлагаемых психологом методик, человек лучше узнает свой внутренний мир, обучается работать с ним и приобретает инструмент для работы с собой и своими эмоциями.

---

[1] *Киселева М. В.* Особенности использования арт-терапии в практической деятельности специалистов помогающих профессий / М. В. Киселева. // Арт-терапия в практической деятельности специалистов в области психологии, образования, медицины и социального обслуживания населения: материалы III международной научно-практической конференции 29-30 ноября 2018 года / ред.: Ю. П. Платонов, Н. М. Платонова. СПб.: СПбГИПСР, 2018. on-line. УК № 9 от 03.12.2018.

[2] *Головин С.Ю.* Словарь практического психолога / сост. С. Ю. Головин. Изд. Харвест, Минск. 1998.

Применение в практике психолога метафорических ассоциативных карт (МАК) – довольно устоявшаяся практика[1], хотя по меркам развития научных направлений, метод молодой и требующий серьезных научных исследований.

Набор МАК «Цветы женской души» (автор – психолог Т. Ф. Черкашина) оформлен в виде двухсторонних информативных карт, где с одной стороны расположен живописный рисунок цветка или соцветия, с обратной стороны карты помещен текст психологического портрета женщины, который в позитивных характеристиках описывает ее вероятностные личностные особенности. Поэтому применения этого варианта МАК возможно в двух направлениях: как работа с живописным изображением цветка, так и в работе со словами и словосочетаниями прилагаемого текста.

В набор входит 24 карты, на которых изображены: азалия, анютины глазки, василек, гвоздика, герань, гладиолус, гортензия, кактус, колокольчик, лилия, лотос, магнолия, мак, маргаритка, нарцисс, незабудка, одуванчик, орхидея, пион, полынь, ромашка, тюльпан, хризантема, чертополох. Тексты психологических портретов формировались на основе контентного анализа высказываний клиентов при работе с цветными изображениями данной коллекции. Приведем пример психологического портрета женщины: карта «Герань» – «Ее редко можно застать в одиночестве, она всегда стремится быть среди людей. Для нее не существует внутренних запретов, каждого она окружает вниманием и заботой и делает это совершенно бескорыстно, ничего не требуя взамен. «Доброе слово исцеляет», – говорит она. В желании помогать людям, поддерживать их, она видит свое природное предназначение. Ей не свойственно обижаться, злиться на людей. Она верит в себя, в других и в то, что женщина способна изменить мир к лучшему. Душа женщины подобна цветку, каждая цветет своим цветом. Ее душа – цветущая Герань».

В эксперименте принимали участия постояльцы пансионата «Опека» и

---

[1] *Дмитриева Н. В.* Метафорические карты в пространстве консультирования и психотерапии / Н.В. Дмитриева, Н.В. Буравцова 2015; *Ингерлейб М. Б.* Метафорические ассоциативные карты. Полный курс для практики. под ред. Гринчик Н. изд. Питер. 2020; *Кац Г.Б.* Метафорические карты. Руководство для психолога. / Г. Б. Кац, Е.А Мухаматулина 7 издание. Изд. Генезис М. 2016.

пожилые люди, проживающие дома. Всего в эксперименте участвовало 22 респондента: женщины в возрасте от 73 до 89 лет. В процессе работы психолога респондентами велись протоколы бесед: 17 человек – постояльцы пансионата, 5 – проживающих дома. Психолог проводил работу как в групповом (группы от 3 до 6 человек), так и в индивидуальном формате.

I. Описание методики работы с живописным изображением цветка.

Инструкция для психолога: перед выполнением методики «Цветы женской души» необходимо провести подготовительную работу с участниками занятия. В соответствии с требованиями психокоррекционных программ это могут быть легкие физические упражнения, короткая беседа о текущем состоянии участников, о погоде, о значимых событиях текущего периода, а также обсуждение темы предлагаемого занятия. На этом этапе специалист отслеживает психологическое состояние участников, далее раскладывает перед ними МАК картинкой вверх и предлагает выбрать какое-либо изображение, отвечающее текущему личному состоянию. Через несколько минут, после рассматривания и обдумывания выбранной картинки, психолог предлагает каждому участнику рассказать о своем впечатлении об изображении, поделиться переживаниями, эмоциями, ассоциациями, отраженными в событиях жизни. В завершении выполнения методики психолог отслеживает, чтобы все высказывания участников занятия на этапе резюмирования были положительными.

Аналогичная работа может быть проведена не только в группе, но и в индивидуальном порядке. Обсуждение результатов рассматриваемого занятия показало, что респонденты очень активно принимают участие и изъявляют живой интерес к выполнению задания, к рассказам, воспоминаниям, ассоциациям с событиями своей жизни.

Анализируя результаты встреч на основе проводимого контент-анализа, становится очевидным, что от проживания пожилым человеком базовых эмоций зависит настроение, поведение человека[1]. Они влияют на здоровье, общее эмо-

[1] *Изард К.* Психология эмоций: пер. с англ. / К. Изард. СПб.: Питер, 2000.

циональное состояние, самовосприятие. При обнаружении отрицательных эмоций, отраженных в словах респондентов, важно выявить причины их появления и найти способы, которые смогут снизить эмоциональное напряжение. Часто в разговоре с пожилыми людьми выявляется неудовлетворенная потребность быть нужной, работ с которой предполагает несколько индивидуальных бесед, направленных на поиск ресурсов жить сегодняшним днем.

Пример из практики психолога работы с постояльцем (Евдокия) в формате индивидуальной беседы. Женщина 90 лет, сохранная, живет в пансионате для пожилых людей. Сотрудники пансионата сообщили: женщина не может принять ситуацию, что имея близких родственников, она проживает в пансионате.

Первая беседа. На первом этапе было предложено описать свое эмоциональное состояние.

Евдокия: Меня привезли в пансионат, постоянно чувствую одиночество, оказалась никому не нужной, жалею себя. Радость есть, конечно, когда общаюсь с родственниками, а в остальные дни чувствую страдание, грусть, печаль и ожидание, что поймут и надеюсь, что вернусь домой. Этой надеждой и живу.

На втором этапе Евдокии было предложено выбрать открытку с цветами, поговорить с ними. Она выбрала незабудку.

Евдокия: Она раньше всех начинает цвести, я жду, когда она зацветет и у меня появится радость. Незабудок много в букете и у меня будет много хорошего. Будет возможность порадоваться. (Улыбнулась.)

На третьем этапе было предложено выбрать цветок, который сейчас ассоциируется с радостью. Евдокия выбрала ромашку.

Евдокия: Она веселая, смотришь на нее и радуешься. Мне хочется больше общения с людьми, с теми, у кого похожая судьба, хочется заботиться, поговорить, но среди моего окружения много больных людей, которые находятся в своем мире.

Психолог: Как вы себя сейчас чувствуете?

Евдокия: Спасибо вам за интерес к моей судьбе. Мне хорошо и радостно, что мной интересуются.

Вывод: на основании анализа наблюдения и индивидуальной беседы

можно отметить, что в процессе работы по методике «Цветы женской души» эмоциональное состояние пациента улучшилось. Принимая во внимание большой возраст пациента, была ограничена длительность беседы, предлагая пациенту улучшить свое эмоциональное состояние «здесь» и «сейчас» посредством выбора цветка, который ассоциируется с радостью.

Вторая встреча. На первом этапе спросили у пациента, какие мысли, чувства остались после первой беседы.

Евдокия: Вспоминала отношение женщины к цветам. Я люблю цветы. Вспоминала незабудки, ромашку. Ромашка показывает отношение к людям, она идет навстречу и похожа на меня. Все равно жду, вдруг ко мне повернутся лицом мои родные. Я думаю, почему ни у кого не нашлось время пригласить меня пожить у них, одиночество губит.

Психолог: А сейчас, здесь чувствуете внимание?

Евдокия: Нет, не могу сказать, что окружена вниманием и заботой, люди заняты посторонним.

Психолог: А как бы вам хотелось, чтобы к вам относились?

Евдокия: К примеру, прошу закрыть дверь в комнату, а сотрудница ушла без внимания. Хочется, чтобы почаще приглашали к общению. Неправильно подобраны работники, они должны быть добрей. Мне грустно, и я чувствую, что я беззащитна.

На втором этапе попросили пациента выбрать цветок, который ассоциируется с ее эмоциональным состоянием. Были выбраны маргаритки.

Евдокия: Грустные эти цветы, вроде их много, красивые и не растут поодиночке, но они маленькие и беззащитные, как и я.

На третьем этапе предложили выбрать цветок, который ассоциируется с радостью.

Пациент выбирает колокольчик.

Евдокия: Колокольчик, потому что он веселый и радостный. Я тоже веселая, люблю танцевать и петь. А еще, я разговариваю с цветами, мне это интересно. Я чувствую сейчас интерес к музыке, людям.

Вывод: обращаясь к открыткам, с помощью специалиста, пациент может

корректировать свои эмоции. Настроение пациента меняется при выборе цветов, которые ассоциируются с радостью, в это же время пациент осознает свои интересы и переключает внимание.

Третья встреча.

На первом этапе пациента спросили, как чувствует она себя после предыдущей встречи.

Евдокия: Здесь много интересных занятий, я чувствую себя лучше, у меня появился интерес, я стала заботиться о других постояльцах. Но беспокойство остается, раньше всем нужна была, все звали в гости, а сейчас живу в пансионате.

Психолог: Что необходимо, чтобы вы чувствовали себя здесь нужной?

Евдокия: Картошку хочу почистить, морковку, зелень порезать, принести чаю, печенье тем, кто не встает с кровати. Хочу помочь.

Психолог: То, что вы сказали, этого будет достаточно?

Евдокия: Ну, я бы отвлекалась, а так я одна, в своих мыслях. Я хочу жить, стараюсь что-то делать, работаю головой, но лишена всего… белье постирать не могу…унизительно это для матери. Спасибо, вы мне помогаете. Я говорю с вами и с цветами, мне уже это приятно.

Вывод: анализируя встречи, хочется отметить, что с помощью методики психолог помогает человеку выявлять причины появления плохого настроения, переживания отрицательных эмоций, жизненных ситуаций пациентов, связанных с ними. В процессе работы пациенты сами находят ресурс и с помощью выбранных цветов меняют свое настроение. Таким образом, психолог помогает человеку миновать «уход в болезнь», в негативные эмоциональные состояния, и способствует укреплению мотивации облегчить себе состояние.

II. Описание методики работы с текстом вероятностного психологического портрета женщины.

Мы предлагаем следующую инструкцию для психолога: перед выполнением методики также провести подготовительную работу с участниками занятия, как в предыдущей методике. Затем разложить перед ними МАК вверх стороной с текстом и предложить ознакомиться с ним. В некоторых случаях

уместно самому специалисту читать текст и предлагать участникам выбрать какое-либо словосочетание или предложение, которое соответствует личностным качествам участника и затем обсудить его. В конце занятия обязательно резюмирование. Психолог также обязан отслеживать, чтобы итоговые высказывания участников были положительными.

При изучении полученных результатов анализов обратных связей от респондентов в процессе осуществления методик и в заключении в резюмировании, было обнаружено проецирование значимых потребностей (общения, положительных переживаний, вспоминаний), внутриличностных и межличностных конфликтов (отстраненность, одиночество, непонимание, непринятие как со стороны других, так и внутриличностных), а также проявление деструктивных установок личности, которые создают условия для снижения эмоционального состояния респондента и сказываются на различных проявлениях жизнедеятельности. Этот вывод позволяет сделать предположение о возможности применения методики «Цветы женской души» в практике психологов, работающих с людьми старших возрастов, как в групповом, так и в индивидуальных форматах в рамках психокоррекционных программ.

Маргошина И. Ю.

Психологическая помощь матерям с детским опытом семейного насилия в регуляции детско-родительских отношений с ребенком

Проблема нарушения детско-родительских отношений, освещенная в контексте насилия над ребенком, не теряет свою актуальность и на сегодняшний день. Констатация самого факта подобной тематике дает возможности более глубокого анализа проблемы.

В 2020 г. Организация Объединенных наций (ООН) опубликовала доклад, в котором отметила глобальность тематики положения дел насилия над детьми в мире[1]. На сайте ООН приводятся данные, согласно которым более 1 миллиарда детей подвергаются ежегодно той или иной форме насилия. При этом из детей дошкольного возраста более 300 миллионов подвергаются физическому и психологическому насилию со стороны родителей. Также отмечен факт, что каждая 16 женщина, воспитывающая ребенка, имела опыт насилия со стороны родителя в детстве[2].

И российское государство ежегодно публикует доклады «О положении детей в Российской Федерации», также приводя неутешительные данные о трудном положении детей[3]. Насилие всегда наносит непоправимый вред ребенку, проявляющийся в виде различных заболеваний, нарушениях его психического развития, социальной дезадаптации[4].

Дети, погруженные в семейный контекст насилия, имеют трудности в обучении, задержку в психическом и физическом развитии, что выражено в различных поведенческих и эмоциональных проблемах. Для них характерны такие личностные проявления как наличие токсических эмоций в виде повышенной агрессивности и тревожности, нарушенная самооценка, трудность устанавливать полноценные социальные контакты с окружающими[5]. Эти аспекты коррелируют с наличием у таких детей склонности к девиантным формам поведения, что негативно влияет и на общий контекст социально-психологической адаптации.

---

[1] Глобальный доклад ООН о положении дел в мире в сфере профилатики насилия в отноешнии детей за 2020 год [электронный ресурс] – режим доступа: https://ru.unesco.org/news/novyy-doklad-oon-pokazyvaet-chto-strany-ne-mogut-zashchitit-detey-ot-nasiliya (дата обращения: 09.05.2021)

[2] Там же.

[3] Доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации за 2019 г. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации электронный ресурс] – режим доступа: https://mintrud.gov.ru/docs/1392- дата обращения 09.05.2021)

[4] *Волкова Е.Н.* Оценка распространенности насилия над детьми / Е. Н. Волкова, И. В.Волкова, О. М. Исаева // Социальная психология и общество. 2016. Том 7. № 2.; *Григович И. Н.* Синдром жестокого обращения с ребенком. Общие вопросы и физическое насилие: учебное пособие / И. Н. Григович. Петрозаводск: ПетрГУ, 2012; *Свечникова А. С.* Феномен насилия над детьми в семье / А. С. Свечникова // Вестник ВолГУ. Серия 9: Исследования молодых ученых. 2008. №7.

[5] *Свечникова А. С.* Феномен насилия над детьми в семье / А. С. Свечникова // Вестник ВолГУ. Серия 9: Исследования молодых ученых. 2008. №7.

Кроме того, негативный опыт родительско-детских отношений может стать тем деструктивным паттерном[1], который может передаваться из поколения в поколение, тем самым не способствуя для самих родителей адекватно устанавливать конструктивные взаимоотношения с собственными детьми. В контексте системного подхода актуален тезис о передачи семейных паттернов функционирования последующим поколениям. Передаваемые психические элементы складываются у ребенка в определенные сценарии, которые становятся его психическим наследством, воздействуют на него, становясь определяющими в различных жизненных ситуациях, например, при выборе партнера, профессии, типа отношений, стиля жизни. Эти сценарии представляют собой тип отношений между двумя и большим количеством субъектов, и ребенок, усвоив этот сценарий, будет в дальнейшем отождествлять себя с тем или иным персонажем. Например, сценарий насилия, в котором есть жертва и насильник – ребенок, а потом и взрослый, в какие-то моменты сможет оказаться жертвой, а в какие-то сам будет играть роль насильника[2].

Но в большинстве случаев, отмечается, что для людей, с опытом насилия со стороны родителей в детстве, характерно воспроизведение пережитого воздействия с собственными детьми в будущем, где, уже будучи взрослыми, такие люди занимают позицию «агрессора» в отношении собственного ребенка[3]. Особенно данный контекст выражен у матерей[4]. Ведь именно мать, с момента появления ребенка на свет, начинает играть для ребенка роль «значимого другого», то есть личности, которая базальным образом оказывает влияние на качественные

---

[1] *Волкова Е.Н.* Оценка распространенности насилия над детьми / Е .Н. Волкова, И. В.Волкова, О. М. Исаева // Социальная психология и общество. – 2016. – Том 7. № 2.; *Свечникова А. С.* Феномен насилия над детьми в семье / А. С. Свечникова // Вестник ВолГУ. Серия 9: Исследования молодых ученых. 2008. №7.

[2] *Волкова Е.Н.* Оценка распространенности насилия над детьми / Е. Н. Волкова, И. В.Волкова, О. М. Исаева // Социальная психология и общество. 2016. Том 7. № 2.

[3] *Там же.*

[4] *Там же*; *Григович И. Н.* Синдром жестокого обращения с ребенком. Общие вопросы и физическое насилие: учебное пособие / И. Н. Григович. Петрозаводск: ПетрГУ, 2012; *Свечникова А. С.* Феномен насилия над детьми в семье / А. С. Свечникова // Вестник ВолГУ. Серия 9: Исследования молодых ученых. 2008. №7.

изменения в ребенке. Этот феномен, как и сам термин, описал в 1930-х годах Г. Салливанн[1]. Он отмечал, что именно характер такого влияния и оказывает впоследствии деструктивный или конструктивный вектор в развитии личности.

Нарушения, возникающие после насилия, затрагивают все уровни человеческого функционирования. Патогенное влияние на личность и психику ребенка различных типов насилия не оставляет сомнений[2].

В плане нарушения родительско-детских отношений, где доминирует тема негативного отношения матери к ребенку, изучение влияния негативного детского опыта деструктивных отношений собственных родителей, может быть важным информативным аспектом. И этот опыт, его рефлексия особенно важны для тех матерей, у которых есть сложности в налаживании положительных эмоциональных отношений с собственными детьми.

В связи с этим, исследование раннего негативного опыта, связанного с ощущением себя жертвой семейного насилия у матерей, позволит определить возможные превентивные психокоррекционные меры, направленные на выработку положительных стабильных родительско-детских отношений с ребенком у матерей.

Цель исследования – охарактеризовать особенности личностной сферы и отношение к ребенку у матерей с личным опытом негативного отношения со стороны родителей в детстве.

Задачи:

1. Изучить и сравнить особенности личности, психоэмоциональной сферы, отношения с ребенком у матерей с опытом и без опыта семейного насилия в детстве и их взаимосвязи.

2. Выявить проблемные аспекты отношений с ребенком у матерей с опытом семейного насилия в детстве.

---

[1] *Кондратьев М. Ю.* «Значимый другой»: слагаемые межличностной значимости / М.Ю.Кондратьев // Социальная психология и общество. 2011. Том 2. № 2.

[2] *Бандура О. О.* Насилие в семье: отсроченные последствия насилия над детьми. / О. О. Бандура, А. В. Усова, М. Д. Ольховский // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2019. Том 32. № 2.

3. На основе проблемных зон составить рекомендации по психологической помощи матерям.

Объект исследования: матери с детьми дошкольного возраста в количестве 30 человек. Выборка была разделена на 2 группы по критерию «наличие опыта семейного насилия в детстве»: 1 группа – матери, имеющие опыт негативного отношения к себе со стороны родителей в детстве. Количество – 15 человек, средний возраст – 33 года; 2 группа – матери, не имеющие подобного опыта. Количество – 15 человек, средний возраст – 30 лет.

Предмет исследования: особенности личности и межличностные отношения.

Методы исследования:

1. Опросник родительского отношения (А. Варга, В. Столин);
2. Методика склонности к виктимному поведению (О. О. Андронникова);
3. Пятифакторный личностный опросник (Р. МакКрае, П. Коста в адаптации А. Б. Хромова);
4. Методика копинг-стратегии (С. Хофболл, адаптация Н. В. Водопьяновой).

Методы математической статистики: перевод в проценты, анализ средних величин, критерии сравнения – t-критерий Стьюдента, корреляционного анализа – критерий ранговой корреляции Спирмена.

База исследования: Центр медико-психолого-социального сопровождения (дошкольное отделение) Выборгского района Санкт-Петербурга.

Результаты исследования:

1. Результаты опросника родительского отношения.

У женщин 1 группы наиболее выраженной оказалась шкала «отношение к неудачам», согласно которой женщины склонны видеть своего ребенка старше по сравнению с его реальным возрастом. В связи с этим женщина не стремится оградить ребенка от трудностей жизни и не контролирует его действия. У женщин 2 группы все показатели шкал родительского отношения относятся к среднему уровню. Это говорит о том, что в контрольной группе система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, отмечаемых

в общении с детьми, особенностей восприятия, особенностей понимания характера и личности ребенка, его поступков, является гармоничной. Результаты значимых различий при сравнении данных опросника представлены в табл. 1.

При сравнении результатов стилей родительского отношения (табл. 1) между женщинами двух групп при помощи критерия Стьюдента были выявлены статистически значимые различия.

Значимые различия получили шкалы контроль (p=0,01) и отношения к неудачам (p=0,02). То есть у женщин 1 группы ниже контроль и отношение к неудачам их детей.

Таблица 1

Значимые различия по критериям отношения к ребенку у женщин двух групп

Шкалы	№ группы*	Объем выборки, N	Среднее значение, M	Стандартная ошибка среднего значения	Значение t-критерия Стьюдента	Уровень статистической значимости различий, p
Контроль	1	15	3,00	0,37	-2,70	0,01
	2	15	4,52	0,42		
Отношение к неудачам	1	15	2,72	0,29	-2,41	0,02
	2	15	4,00	0,44		

Примечание: * – 1 – женщины с опытом детского; 2 – без опыта детского насилия

2. Результаты методики склонности к виктимному поведению.

У женщин 1 группы шкалы «зависимое и беспомощное поведение», а также шкала «некритичное виктимное поведение». То есть женщины могут иметь установку на беспомощность, нежелание делать что-то самому, без помощи других. Могут иметь низкую самооценку, вовлекаются в кризисные ситуации с целью получения сочувствия и поддержки окружающих; склонны к позиции жертвы в отношениях. Модель некритичного виктимного поведения характеризуется тем, что для женщин 1 группы характерны неосмотрительность, неумение правильно оценивать жизненные ситуации.

У женщин 2 группы преобладает шкала склонности к гиперсоциальному

виктимному поведению (модель инициативного виктимного поведения), что говорит о том, что женщины могут иметь поведение, в котором они стремятся соответствовать социальным нормам и одобрению со стороны окружающих.

Результаты значимых различий при сравнении данных опросника представлены в табл. 2.

При сравнении было выявлено, что у женщин 1 группы по сравнению с женщинами 2 группы выражена шкала склонности к зависимому и беспомощному поведению (модель пассивного виктимного поведения), что говорит о том, что такие женщины могут иметь установку на беспомощность, нежелание делать что-то самому, без помощи других.

Таблица 2

Значимые различия по выраженности типов склонности к виктимному поведению у женщин двух групп

Шкалы	№ группы*	Объем выборки, N	Среднее значение, M	Стандартная ошибка среднего значения	Значение t-критерия Стьюдента	Уровень статистической значимости различий, p
Шкала склонности к зависимому и беспомощному поведению	1	15	6,64	0,41	2,80	0,01
	2	15	5,16	0,34		
Шкала склонности к некритичному поведению	1	15	6,36	0,35	2,48	0,02
	2	15	5,12	0,36		

Примечание: * – 1 – женщины с опытом детского; 2 – без опыта детского насилия

3. Результаты Пятифакторного личностного опросника.

У женщин 1 группы наиболее выраженными оказались такие характеристики «личностного профиля» как: (IV) «эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость» и (V) «экспрессивность-практичность».

У женщин 2 группы на высоком уровне – экстраверсия, что характеризует их как активных в социальных контактах.

Результаты значимых различий при сравнении данных опросника представлены в табл. 3.

При сравнении результатов личностных различий между женщинами двух групп при помощи критерия t-Стьюдента были выявлены статистические значимые различия. Значимые различия при p≤0,01 и 0,05 имеют все шкалы, кроме шкалы II «привязанность – обособленность».

Так по шкале I «экстраверсия-интроверсия» женщины 1 группы менее экстравертированы.

По шкале III «самоконтроль – импульсивность» женщины 1 группы имеют менее высокий самоконтроль, они менее ответственны, не предусмотрительны, а, наоборот, более импульсивны в своих действиях, беспечны.

Таблица 3

Значимые различия по выраженности личностных особенностей у женщин двух групп

Шкалы	№ группы*	Объем выборки, N	Среднее значение, M	Стандартная ошибка среднего значения	Значение t-критерия Стьюдента	Уровень статистической значимости различий, p
I (экстраверсия – интроверсия)	1	15	45,52	2,35	-2,55	0,01
	2	15	53,24	1,92		
III (самоконтроль – ипульсивность)	1	15	43,24	1,90	-2,71	0,01
	2	15	50,00	1,61		
IV (эмоцинальная устойчивость – эмоциональная неустойчивость)	1	15	50,72	1,97	2,08	0,04
	2	15	45,12	1,84		
V (экспрессивность – пракичность)	1	15	52,20	1,99	2,88	0,01
	2	15	44,40	1,84		

Примечание: * – 1 – женщины с опытом детского; 2 – без опыта детского насилия

По шкале IV «эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость», женщины 1 группы более тревожны, депрессивны, самокритичны, в то время как женщины 2 группы более самодостаточные, расслабленные, эмоционально стабильные.

По шкале V «экспрессивность – практичность» женщины 1 группы не практичны, консервативны и ригидны. Значимые различия между группами получили

шкалы склонности к зависимому и беспомощному поведению (p=0,01) и шкала склонности к некритичному поведению (p=0,02), где женщины 1 группы более зависимы и беспомощны, также у них снижена критика к своему поведению, в отличие от женщин 2 группы.

4. Результаты методики копинг-стратегии.

У женщин 1 группы высокий бал получен по шкале «избегание», что говорит о том, что женщины 1 группы используют отказ от поиска альтернатив и принятия решений и ответственности за действия. У женщин 2 групп выраженными стратегиями оказали отсутствие манипуляции и жестокости по отношение к окружающим. Результаты значимых различий при сравнении данных опросника представлены в табл. 4.

Таблица 4

Значимые различия по выраженности копинг-стратегий у женщин двух групп

Шкалы	№ группы*	Объем выборки, N	Среднее значение, M	Стандартная ошибка среднего значения	Значение t-критерия Стьюдента	Уровень статистической значимости различий, p
Асоциальная стратегия преодолевания	1	15	17,16	1,00	2,54	0,01
	2	15	13,80	0,87		
Общий индекс конструктивности стратегий преодолевающего поведения	1	15	1,27	0,06	-2,10	0,04
	2	15	1,46	0,07		

Примечание: * – 1 – женщины с опытом детского; 2 – без опыта детского насилия

Значимые различия между группами получила шкала «общий индекс конструктивности стратегий преодолевающего поведения», он статистически ниже у женщин 1 группы (p=0,04), что означает что у них отсутствует «здоровое» и активное преодоление стрессовых ситуаций. Также значимые различия у групп выражены по шкале «асоциальная стратегия преодолевания» (модель поведения – агрессивные действия) (p=0,01), где такая стратегия значительней выражена у женщин 1 группы.

5. Результаты корреляционного анализа.

В табл. 5 представлены результаты значимых взаимосвязей корреляционного анализа показателей у всех женщин.

Результаты корреляционного анализа показали следующие значимые связи (при $p \leq 0,01$) между негативным отношением со стороны родителя в детском опыте с особенностями личности у женщин. Так, показатели фактов жестокого обращения в детстве имеют положительные связи между собой.

Так факт негативного отношения со стороны родителя в детстве усиливает жертвенную позицию проявляющиеся в склонности к зависимому поведению (r_s=0,357, при p=0,006), снижает ассертивность (r_s=-0,335 при p=0,009), и усиливает тенденцию неверия в силы собственного ребенка (r_s=0,332 при p=0,009) и тенденцию к попустительству в отношении ребенка (r_s=-0,277 при p=0,026).

Таблица 5

Значимые корреляционные связи показателей актов жестокого обращения в детстве у женщин

Шкалы	**Опыт насилия в детстве**	**Контроль над ребенком**	**Вербальная агрессия**	**Факты частого рукоприкладства**
Кооперация с ребенком			-0,343(**)	
Контроль над ребенком	-0,277(**)			
Отношение к неудачам ребенка	0,332(**)			-0,380(**)
Экстраверсия	-0,330(**)		-0,440(**)	
Привязанность			-0,342(**)	
Самоконтроль			-0,434(**)	
Эмоциональная устойчивость			0,366(**)	
Экспрессивность			0,467(**)	
Склонность к зависимому поведению		0,357(**)	0,386(**)	
Склонность к некритичному поведению			0,335(**)	
Ассертивность	-0,335(**)			
Поиск социальной поддержки				-0,372(**)

Примечание: ** – корреляция значима на уровне 0,01; * –на уровне 0,05.

Также факт негативного отношения со стороны родителя в детстве снижает у женщин тенденцию активно контролировать собственного ребенка, вплоть до

игнорирования его потребностей (r_s=-0,380 при p=0,003). Фактор негативного отношения со стороны родителя в детстве взаимосвязан с такими чертами личности как: отсутствие критики к происходящим события, склонность попадать под влияние окружающих (r_s=0,335 при p=0,009), не умение различать реальную жизнь с ее запросами и требованиями, тенденция уходить в фантазии (r_s=0,467 при p=0,000), снижается привязанность (r_s=-0,342 при p=0,007), самоконтроль (r=-0,434 при p=0,001), что также проявляется в неумении контролировать свою эмоциональную сферу (r_s=0,366 при p=0,004). При этом факт наличия вербальной агрессии со стороны родителей в детстве одновременно усиливает тенденцию не кооперироваться, не сотрудничать со своим собственным ребенком (r=-0,343 при p=0,007), а также с уменьшением использования такой копинг-стратегии как социальная поддержка (r_s=-0,372 при p=0,004).

Выводы по результатам исследования:

Для женщин 1 группы характерно:

1. В отношениях с собственными детьми доминирование механизма отрицания, выражающегося в активном протесте против того воспитания, которое у них было в детстве. Они активно отрицают насилие, лишают возможности себя и детей не только проявлять агрессию в конструктивном русле, но и разбираться в агрессивных импульсах.

2. Женщины не склоны учитывать возраст своих детей, часто его завышая, часто лишая детей спонтанного выражения эмоций, требуя от ребенка чрезмерной ответственности за свое поведение.

3. Для них характерна позиция зависимой жертвы, низкая самооценка, тенденция получить жалость со стороны окружающих. Для них характерен низкий эмоциональный фон, они часто аккумулируют агрессию на себя.

4. У них больше выражена стратегия жестокости и циничности в отношении окружающих, которую они активно отрицают.

Для женщин 2 группы характерно:

1. Положительно относится к своей родительской семье. В отношениях с детьми учитывать их возрастные особенности. Отсутствует тенденция

быть идеальным родителям, они адекватно понимают и свои воспитательные недостатки. Открыто признают, что могут и наказывать своих детей, запрещая им реализовывать ту или иную деятельность.

2. У них нет тенденции выставлять себя в роли жертвы перед окружающими.

3. Они общительны, легко проявляют эмоции. Стараются объективно оценивать свои возможности и контролировать поведение.

5. В отношении с окружающими стараются помочь и подержать.

Результаты корреляционного анализа, значимых взаимосвязей:

1. Факт признания насилия в детстве усиливает жертвенную позицию проявляющиеся в склонности к зависимому поведению, снижает ассертивность, усиливает тенденцию неверия в силы собственного ребенка.

2. Факт наличия рукоприкладства в детстве снижает у женщин тенденцию активно контролировать собственного ребенка, вплоть до игнорирования его потребностей. Опыт физической агрессии в детстве взаимосвязан с уменьшение использования такой копинг стратегии как социальная поддержка.

3. Факт наличия вербальной агрессии со стороны родителей в детстве одновременно усиливает тенденцию не кооперироваться, не сотрудничать со своим собственным ребенком.

Мишени коррекционной работы в отношении женщин 1 группы (с опытом негативного родительского отношения в детстве):

– активное отрицание и запрет на проявления агрессивных импульсов у собственных детей;

– тенденция к виктимности, стремление вызывать у окружающих жалость, обесценивание социальной поддержки;

– слабый эмоциональный контроль, застревание на негативных эмоциях, аутоагрессия;

– фактор негативного отношения со стороны родителей в детстве усиливает жертвенную позицию, проявляющуюся в склонности к зависимому поведению, снижает ассертивность, усиливает тенденцию неверия в силы собственного ребенка; снижает тенденцию активно контролировать собственного ребенка,

вплоть до игнорирования его потребностей, усиливает тенденцию отказа от сотрудничества со своим собственным ребенком.

Рекомендации по психологической коррекции.

В результате нами были составлены рекомендации в виде программы профилактики нарушений отношений с ребенком у матерей с опытом насилия в детстве.

Цель программы: обучить конструктивному межличностному взаимодействию матерей с детьми как способу успешного выстраивания детско-родительских отношений.

Задачи программы:

– ознакомить с причинами и факторами, влияющими на возникновения деструктивных отношений с ребенком;

– отработать умения противостояния личностным проявлениям деструктивного отношения к ребенку у матерей;

– развить эмоциональную сферу с фокусом на актуализацию эмпатических способностей у матерей;

– развить навыки самоконтроля и эмоциональной регуляции.

Организация занятий по программе:

Программа рассчитана на 5 групповых занятий (1 раз в неделю по 2 часа).

Основная форма занятий – групповой тренинг. Методы, используемые в тренинговой работе: групповая дискуссия; ролевая игра; анализ ситуаций; арт-техники; мозговой штурм.

Тематика занятий:

№ 1. «Мое детство» (задачи: отработка травматических переживаний насилия со стороны членов семьи в детском опыте).

№ 2. Мои «Черты характера» (задачи: оценка влияния опыта деструктивных родительско-детских отношений на формирование личности; анализ своих личностных качеств и качеств личности у ребенка).

№ 3. «Эффективный диалог с ребенком» (задачи: успешное выстраивание родительско-детских отношений).

№ 4. «Самооценка» (задачи: формирование адекватного самовосприятия

и принятие ребенка).

№ 5. «Ролевые ценности» (задачи: ценностное отношение к роли матери и роли ребенка).

Ожидаемые результаты:

– Понимание причин и факторов, влияющих на возникновение насилия в семье, что снизит частоту возникновения деструктивных отношений с ребенком у матерей;

– Повышение умения противостояния личностным проявлениям деструктивных отношений к ребенку у матерей;

– Повышение конструктивного межличностного взаимодействия матерей с детьми как способу успешного выстраивания родительско-детских отношений;

– Развитие эмоциональной сферы с фокусом на актуализацию способности безусловно принимать и ценить своего ребенка у матерей.

В заключении отметим, что выявление показателей деструктивных отношений родителя к ребенку со стороны матерей лишь первый шаг, направленный на преодоление такого насильственного поведения. Важен комплексный подход к изучению этого явления, системный анализ особенностей детского развития в ситуации осложнения отношений с родителями, ориентация на диагностику, включающую выявление психологических новообразований в сфере сознания личности, и оказание разносторонней квалифицированной помощи.

Раздел III.
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ВЗРОСЛЫМ С НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИИ

Волкова И. В.

Сенсорная комната, как условие психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в учреждении рассматривается, как комплексная технология психолого-педагогической поддержки и помощи ребенку в решении задач, связанных с развитием, обучением и воспитанием.

Среди современных технологий психолого-педагогическое сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), которые используются в работе педагога-психолога, особое место занимает сенсорная комната. Современное оборудование сенсорной комнаты позволяет поднять занятия с детьми на качественно новый уровень, сделать их привлекательным, значительно повысить результативность коррекционной работы.

В условиях работы в сенсорной комнате реализуется коррекционно-развивающая программа «Мир волшебства», которая предназначена для работы с детьми в интерактивной среде сенсорной комнаты, направлена на релаксацию, активизацию, коррекцию и развитие.

В рамках предоставления социально-психологических услуг программа охватывает 24 детей на один период времени, который составляет 3 месяца. В течение календарного года проходят обучение 97 детей с умеренной умственной отсталостью, из них 28 имеют сопутствующий диагноз детский церебральный паралич (ДЦП).

Организуя работу с гиперактивными, возбудимыми, агрессивными детьми

в сенсорной комнате в процессе релаксации, используются различные световые и шумовые эффекты (пузырьковая колонна, панно «Звездное небо», «Звездный дождь»), где ребенок расслабляется, успокаивается, нормализуется его мышечный тонус, снимается эмоциональное и физическое напряжение, снимаются проблемы эмоционально-волевой сферы. Для пассивных детей, при организации занятий применяются игры в сухом бассейне, с использованием звукоактивированного проектора, который способствует тонизированию и стимуляции всех сенсорных процессов: зрительного, слухового, тактильного, повышению мотивации к деятельности, созданию положительного эмоционального фона.

Кроме этого, проводятся упражнения на активизацию высших психических функций. С помощью полифункциональных наборов у детей формируются и развиваются сенсорно-перцептивные и моторные компоненты деятельности, ориентировка в пространстве, временные представления, наглядно-образное и наглядно-действенное мышление, способности к общению и к участию в коллективных формах игры.

Проведение коррекционных занятий в полифункциональной среде темной и светлой сенсорной комнаты показывает, каким мощным коррекционно-развивающим потенциалом обладает оборудование. Это «волшебный мир», где все светится, переливается, манит, звучит. Все это успокаивает ребенка, активизирует его мозговую деятельность, стимулирует различные анализаторы, пробуждает позитивный настрой, снимает нервное напряжение. Основной принцип построения занятий – комплексный подход, позволяющий решать коррекционные, развивающие и воспитательные задачи. Коррекционные занятия отличаются по сложности и насыщенности и не требуют строгого соблюдения алгоритма занятий, их можно менять с учетом специфики работы, что позволяет более творчески использовать интерактивное оборудование.

Коррекционные занятия имеют общую гибкую структуру, наполняемую разным содержанием. Структура разработана с учетом возрастных особенностей детей и построена таким образом, что один вид деятельности сменяется другим. Это

позволяет сделать деятельность детей динамичной, насыщенной и менее утомительной, благодаря частым переключениям с одного вида деятельности на другой.

В коррекционной работе психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ применяются, как классические психологические подходы и методы, так и современные инновационные технологии: здровьесберегающая технология, технология развития, исследовательская деятельность. Практика показывает, что богатство положительных эмоций в условиях сенсорной комнаты способствует развитию внутренних индивидуально-личностных особенностей у детей, новых ценностных понятий и качеств, основанных на доброжелательности. Они учатся общаться, коммуницировать, делиться впечатлениями.

Диагностические данные и наблюдения за детьми, позволяют сделать выводы о выраженном положительном воздействии сенсорной комнаты:

– 43 ребенка – улучшение эмоционального состояния;
– 6 детей – снижение беспокойства и агрессивности;
– 13 детей – снятие нервного возбуждения и тревожности;
– 35 детей – активация познавательной деятельности.

Таким образом, проводимые занятия с использованием современных технологий и оборудования сенсорной комнаты позволяют раскрыть резервные возможности каждого ребенка с ОВЗ, оказывают эффективную помощь в реализации их психофизического, эмоционального, нравственного и интеллектуального потенциала для личной самореализации, социализации и интеграции в общество.

Куликова Я. Г.

Ранняя профориентация детей с ранним аутизмом и задержкой психического развития посредством обучения сюжетно-ролевой игре

С каждым годом все больше и больше государственных дошкольных учреждений открывают группы комбинированной направленности, где совместно

воспитываются дети с разным уровнем речевого развития. Перед образовательной организацией встает следующая задача: организация ознакомления с трудом взрослых и с окружающим миром профессий дошкольников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Для выполнения этой задачи педагоги используют ведущую игровую деятельность дошкольников – сюжетно-ролевую игру. Основой сюжетно – ролевой игры является мнимая или воображаемая ситуация, которая заключается в том, что ребенок берет на себя роль взрослого и выполняет ее в созданной им самим игровой обстановке. Одна из ее характерных черт – самостоятельность детей, которые сами выбирают тему игры, определяют ее последовательность, решают, как станут раскрывать роли, где развернут игру. В этой игре ребенок показывает свое отношение к тому событию, которое разыгрывает. Замысел является творческой особенностью сюжетно-ролевой игры, который развивает воображение, представление об окружающем мире. Как всякая творческая деятельность, сюжетно-ролевая игра эмоционально насыщена и доставляет каждому ребенку радость и удовольствие уже самим своим процессом.

По мнению многих авторов: Е. А. Янушко, О. С. Никольской, К. С. Лебединской, М. М. Либлинг, Е. Р. Баенской, Л. Б.Баряевой, Д. В.Зайцева, у детей, имеющих аутизм или задержку психического развития, сюжетно-ролевая игра самостоятельно не формируется. У детей возникают сложности с усвоением опыта окружающих взаимоотношений и переносом его в игру. Изучив данные о развитии игровой деятельности у детей с ранним аутизмом и задержкой психического развития, выделим следующие особенности:

– игра направлена на получение сенсорных ощущений от различных свойств предметов: слуховых, зрительных, тактильных и других. Как правило, детей привлекают не игрушки, а бытовые предметы. Ребенок может подолгу играть с бумагой, разрывая ее на кусочки; часами слушать, какой звук издает чайная ложка, если ее бросать на пол; раскачиваться из стороны в сторону и пр.

– игра не имеет никакой логичности, сюжет не возникает, по причине того, что ребенка совершенно не интересует окружающая жизнь взрослых, их взаимодействие друг с другом. Речевое сопровождение если и присутствует, то не

отражает события в игре. Это могут быть эхолалии, слова-штампы и др.

– игра имеет стереотипный характер, в основном, это касается детей с ранним аутизмом. Присутствует длительная увлеченность каким-то действием, которое должно повторяться строго в определенном порядке. Любые изменения ребенком могут восприниматься крайне агрессивно. Ребенок раз за разом проигрывает одно и то же.

При диагностике игровой деятельности, которая была проведена в комбинированных группах по методике, описанной в учебно-методическом пособии Л.Б. Баряевой и А. П. Зарина, у детей с аутизмом и ЗПР были выявлены следующие результаты: отмечается «застревание» на предметно-манипулятивной деятельности. В содержании игры не прослеживается целенаправленности игры, разнообразия сюжетов. Дошкольники с задержкой психического развития (ЗПР) не смогли поставить игровую цель и задачу. Дети, владеющие речью, не используют ее в игре. Роли дети не понимали, возникали сложности во взаимодействии со сверстниками. Без участия взрослого сюжетно-ролевая игра не возникала.

Было предложено обучение сюжетно-ролевой игре дошкольников с аутизмом и ЗПР старшего и подготовительного возраста с помощью применения средств альтернативной коммуникации, а именно визуальной поддержки в виде карточек с АДК (альтернативная и дополнительная коммуникация) и кубика с изображениями тематик, книга социальных историй по профессиям этих тематик, театрализации подходящего стихотворного материала И. Г. Вечканова. Выбор кубика обусловлен сложностью ребенка самостоятельно определить свое предпочтение в игре.

Мы выделили 6 профориентационных тематик, таких как «Поликлиника», «Магазин», «Строительство», «Салон красоты», «Транспорт», «Ресторан».

Коррекционная работа проводилась с 10 детьми в 3 комбинированных группах, где кроме детей с ранним аутизмом и задержкой психического развития, были дети, имеющие тяжелое нарушение речи и нормотипичные дети.

Была проведена следующая предварительная работа:

1.Посещение медицинского кабинета в дошкольном учреждении.

Слушание сказки К. Чуковского «Доктор Айболит». Экскурсия к детской поликлинике. Чтение литературных произведений: Я. Забила «Ясочка простудилась», Э. Успенский «Играли в больницу», В.Маяковский «Кем быть?». Рассматривание медицинских инструментов (фонендоскоп, шпатель, термометр, тонометр, пинцет и др.) Беседа с детьми о работе врача, медсестры. Рассматривание иллюстраций о враче, медицинской сестре. Лепка «Подарок для больной Ясочки». Изготовление с детьми атрибутов к игре с привлечением родителей: халаты, шапки, рецепты, медицинские карточки, талоны и т.д. Беседа с детьми о работе ветеринарного врача. Рисование «Мое любимое животное». Конструирование атрибутов к игре из пластилина – пинцет, шприц, очки и т.д.

2.Презентация «Путешествие на стройку». Чтение сказки «Теремок», произведений «Кто построил этот дом?» С. Баруздина, «Здесь будет город» А. Маркуши, «Как метро строили» Ф. Лева. Рассматривание картин, иллюстраций о строительстве и беседы по содержанию. Беседа о технике безопасности на стройке. Рисование на тему «Строительство дома». Изготовление атрибутов для игр. Демонстрация предметных картинок с профессиями на стройке.

3. Экскурсия в магазин. Наблюдение за разгрузкой товара в овощном магазине. Беседа с детьми о проведенных экскурсиях. Чтение литературных произведений: Б. Воронько «Сказка о необычных покупках» и другие. Этическая беседа о поведении в общественных местах. Встреча детей с мамой, которая работает продавцом в магазине. Рассматривание картин и картинок, на которых изображены различные ситуации в магазине, показаны действия продавца, кассира и покупателей; рассматривание набора последовательных картинок (отдельные картинки или «раскладушка») по ознакомлению с трудом продавца, кассира. Дидактические игры на классификацию, выделение лишнего: овощи, фрукты, продукты питания, игрушки и другое; экскурсии в различные магазины в зависимости от тематики игры.

4.Посещение детьми «Салона красоты» с родителями. Рассказы детей о том, что они делали в парикмахерской. Рассказ воспитателя о культуре поведения в об-

щественных местах. Рассматривание альбома с образцами причесок. Рассматривание буклетов с образцами косметических средств. Рассматривание картин и картинок о работе парикмахера; рассматривание набора последовательных картинок (отдельные картинки или «раскладушка») по ознакомлению с трудом парикмахера; экскурсия в парикмахерскую; чтение детской литературы. Дидактическая игра «Причешем куклу красиво». Дидактическая игра «Золушка собирается на бал». Изготовление атрибутов к игре с привлечением родителей: халаты, пелеринки, полотенца, салфетки и другие. Рассказ о парикмахерской для животных, где стригут собачек, причесывают. Готовят зверей для выступления в цирке, делают им прически, завязывают бантики.

5. Посещение с семьей ресторана. Рассказ родителей обо всех, кто работает в этом заведении. Наблюдение за работой официанта, администратора, повара. В группе демонстрация предметных картинок с профессиями ресторана, сюжетных картинок по каждой профессии, дидактическая игра «Что приготовил повар?», «Что не унес официант?».

6. Просмотр мультфильма «Такой разный транспорт». Дидактические игры по темам: воздушный транспорт, наземный, водный, специальный, военный. Дидактическая игра: «Кто чем управляет?».

Были созданы 6 индивидуальных книг социальных историй: «Поликлиника», «Магазин», «Строительство», «Салон красоты», «Транспорт», «Ресторан». В каждой книге на обложке такая же иллюстрация темы, как на кубике, только формат А4.

В процессе игры, например: ребенок бросал кубик. После того, как выпадала определенная тематика, логопед уточнял у ребенка, нравится ли ему этот выбор. Если ребенку не понравился выбор, он перебрасывал заново. Таким образом, определялись предпочтительные игровые темы ребенка.

После того, как ребенок давал понять, что выбор ему интересен, совместно с педагогом, открывал книгу социальных историй с таким же большим изображением данной тематики на обложке. В книге в форме закладок были изображения профессий данной сферы. На самой странице были приклеены

ленты для липучек. Специалист предлагал коробочку, в которой были карточки с выполнением определенных действий данной профессии.

Ребенок с помощью педагога выбирал карточку и приклеивал ее на страницу. Взрослый, с помощью игрового набора, демонстрировал ребенку это действие. После чего ребенку предлагалось повторить это действие.

Например, ребенку выпала игровая тема «Магазин». Педагог брал индивидуальную книгу с изображением магазина. В ней были следующие закладки: кассир, продавец хлебобулочного отдела, продавец мясного отдела, продавец рыбного отдела, продавец молочного отдела, уборщик зала, директор магазина, приемщик товара. Ребенок выбирал закладку – продавец хлебобулочного отдела. Логопед берет коробочку, где такая же картинка с изображением продавца хлебобулочного отдела. В этой коробке лежат карточки с действиями этого продавца. Например, выкладка товара, упаковка печенья, нарезка торта, взвешивание пирожных, украшение десертов, взаимодействие с покупателем – несколько вариантов: передает хлеб покупателю, передает пирожные, передает торт. Ребенок заинтересовался карточкой с украшением десерта. Педагог берет карточку, приклеивает ее на страницу книги с закладкой продавца хлебобулочного отдела. Достает деревянный торт с украшением на липучках и демонстрирует действие с этой карточки, после чего предлагает ребенку выполнить его.

Когда ребенок овладевал этим навыком, педагоги брали следующую картинку с действием этой же профессии. Таким образом, формировалось представление ребенка о разнообразии сюжетов игры одной профессии, о целенаправленности игры. Постепенно вводились предметы-заместители, визуально похожие на замещающий предмет. По мере овладения данного навыка ребенку предлагалось самостоятельно выбрать предмет-заместитель и использовать его по назначению.

В процессе обучения у каждого ребенка появилась своя предпочитаемая игровая тема. Формировалось понятие «роли». Дети с помощью визуальной поддержки могли самостоятельно выбрать роль, затем сюжет игры, который меняли, расширяли. Продолжительность самостоятельной игры увеличивалась. Педагог

вводил ролевые высказывания. Каждую фразу выделял интонацией, показывая ребенку важность эмоционального окраса своей речи. Проходило обучение интонированию, речевому сопровождению своей роли, своих действий.

Особое место в обучении сюжетно-ролевой игре заняло взаимодействие со сверстниками. У детей с аутизмом потребности в общении в начале обучения не возникало. Было крайне сложно обратить их внимание на другого ребенка, включенного в игру. На это ушло гораздо больше времени, нежели на обучение взаимодействия детей с ЗПР, которые охотно шли на контакт, выражали положительные эмоции в совместной игре.

Результаты обучения сюжетно-ролевой игре дошкольников с ранним аутизмом и ЗПР в комбинированной группе с помощью средств альтернативной коммуникации следующие:

– появились предпочитаемые игровые темы;
– возникло разнообразие содержания игры, замысла;
– стала прослеживаться целенаправленность игры;
– появилось ролевое высказывание и взаимодействие со сверстниками;
– длительность игры увеличилась, как самостоятельной, так и совместной.
– повысился интерес к различным видам дидактических игр.
– дети стали принимать участие в распределении ролей.
– дети начали следовать правилам игры.

Исходя из результатов исследования и отзывов родителей, которые заметили возникший интерес у детей к различным профессиям, разработанные коррекционно-развивающие занятия эффективны и рекомендуются к использованию для формирования сюжетно-ролевой игры с целью ранней профориентации.

Окунькова Т. П.

Театротерапия для взрослых инвалидов с ментальными нарушениями

Маганский психоневрологический интернат находится в поселке Березовский, в пригороде города Красноярска. В интернате проживает 426 ребят (инвалиды 1 и 2 групп) с особыми потребностями старше 18 лет, причем около 80% – это молодые люди до 35 лет. Реабилитационная работа в учреждении строится с учетом возраста подопечных, с целью адаптации их в обществе: различные кружки, где ребята учатся мастерить из дерева, ткани, вязать, вышивать, оригами, батик, мыло, рисование и многое другое. Большое внимание уделяется спортивным мероприятиям. Футбольная команда интерната уже много лет является, не только чемпионом региона по мини футболу среди психоневрологических интернатов, имеет призовые места в международном турнире СЕНИ КАП в Польше (г. Торунь), где два года подряд занимала 2 место в Европе. Творческий коллектив «Самоцветы» – постоянные участники различных всероссийских, региональных, краевых и районных фестивалей и конкурсов, также имеют множество дипломов и грамот. Ребята учатся в колледжах, техникумах осваивают рабочие профессии, восстанавливают дееспособность, строят семьи. На сегодняшний день 12 ребят самостоятельно живут за территорией интерната. Есть и другая категория подопечных в интернате, которым в силу их заболевания трудно играть в футбол, танцевать или познавать азы профессий – им хочется помочь ощутить свою значимость, организовать такую реабилитационную среду, где им будет комфортно и легко.

Выбор формы реабилитационной работы определился после организации «обычного» Рождественского мероприятия. К нам в интернат 11 лет назад впервые приехали волонтеры, студенты института искусств – они показали настоящую рождественскую сказку с играми, подарками. Ребята долго находились под впечатлением не только от выступления, но и от общения. Потом были еще и еще выступления и встречи. В один из моментов подготовки к встрече гостей – был организован показ сказки. Первая была на 1,5 минуты,

последующие все больше и длиннее.

Поначалу, занятия носили стихийный характер. Готовились к какому-нибудь празднику, набирали группу желающих поучаствовать, а праздник заканчивался и занятия прекращались. Заметив, как меняются ребята – было принято решение систематизировать занятия. Разработана их программа, определены цели и задачи. Так была организована театральная студия «Открытие».

Основные цели и задачи в театральной студии: создание особой реабилитационной среды для подопечных с тяжелыми и умеренными проблемами в развитии; формирование навыка коллективного творческого взаимодействия и общения; развитие вербальной и невербальной коммуникации; ослабление социальных фобий; снижение социальной изоляции; усовершенствование самодисциплины и чувства ответственности; повышение уверенности в себе, формирование способности овладения своими эмоциями, обеспечение эмоционального благополучия;приобщение к общечеловеческим ценностям.

Основная целевая группа – жители КГБУ СО «Маганский психоневрологический интернат». Планируемое проведение занятий 2-3 раза в неделю по 50-80 минут в зависимости от формы и цели. Обязательное условие участия – желание. Курс занятий в театральной студии рассчитан на шесть месяцев. Это время позволяет набрать группу, провести курс с элементами тренинга на сплочение, снятие эмоционального напряжения, агрессии, разучить роли, подготовить костюмы и декорации, подобрать музыку, показать спектакль, обсудить результат.

Многие ребята занимаются в каждом курсе наряду с новыми участниками. Это позволяет организовать наставничество. Ребята с удовольствием посещают студию, общаются между собой, учатся правильно говорить, выступать на сцене.

Для поддержания мотивации, вводятся новые формы занятий. Был рганизован кукольный театр. Благодаря фонду «Православная инициатива», – на деньги гранта приобрели ширму, головные микрофоны, куклы-перчатки. Подобрали сценарий сказки – «Как лиса волка проучила или есть ли правда на свете?» Возникло

несколько трудностей: оказалось, что желающих так много, а отказ ребятами воспринимается очень болезненно, пришлось вводить фотографа, ответственного за музыку, художника, и делать еще один состав актеров, который будет разучивать сказку, ведь наша задача не только выступать, но и организовать для ребят среду, комфортную для общения. Еще одна сложность – выучить роли.

Сказка маленькая – всего на 8 минут и слов немного, кажется, выучили с Колей (волк) все, а тут перерыв на выходные – и все, учим все сначала. Вводим помощника режиссера, чтобы занятия не прекращались в праздничные дни. А у Лены (ведущая) – память очень хорошая, но она читать не умеет, и все слова нужно проговаривать вместе. Для Игоря (охотник) и Андрея (мужик) – пришлось переписывать сложные четверостишия – ну никак не выговариваются сложные сочетания согласных. У Насти (собачка) – сложный дефект речи, и многие звуки малопонятны, но лает просто замечательно, и сколько желания выступать. Зато Катя (лиса) порадовала – быстро выучила, читала текст с выражением. Возникли трудности синхронизации слова и движения. Три месяца кропотливой, но интересной работы с беседами, чаепитием. Впереди самый ответственный момент – выступления перед зрителями, а зрители у нас непростые – ребята начальной школы – нашей маленькой поселковой и большой – городской № 78. Там нашим актерам предстоит дать 4 спектакля, поскольку ребят очень много, все в зал не помещаются одновременно.

Концерт перед ребятами, проживающими в интернате. Первое выступление дома – генеральная репетиция перед зрителями. Это очень ответственно, ведь лукавить, если не понравится, никто не будет. Не случайно была подобрана маленькая сказка. Ее не только проще выучить, но и для ребят-зрителей она более подходит – легче воспринимается. Простой сюжет, понятные фигуры-куклы.

Зрителей обралось почти 60 человек. Они внимательно слушали, бурно радовались, когда волка наконец-то «вывели на чистую воду», наказали. Вот здесь и были настоящие эмоции: радость, сопереживание. А артистов стали совсем по-другому воспринимать – зауважали.

Самое сложное – выступать перед полным залом в школе. Было осуществлено четыре выступления с небольшим перерывом. Всего 320 ребятишек. Таких аплодисментов мы еще не слышали – настоящий аншлаг! А потом чаепитие с вкусным пирогом и общение с ребятами. Все, можно выдохнуть – получилось!

Значение театральной студии в условиях психоневрологического интерната: возможность развивать эмоциональную, духовную, творческую личность, создавая условия для активной деятельности инвалида в коллективе, учитывая его физические и психофизические возможности. Осуществлять сотрудничество с партнерскими учреждениями и организациями для совместной деятельности по социальной адаптации инвалидов, проживающих в учреждении. Помощь в накоплении социального потенциала, который поможет ребятам с особыми потребностями эффективно включиться в общественные процессы.

Возможность создания для ребят с ограниченными физическими и психофизическими отклонениями комфортные условия для получения доступной информации, для социокультурной адаптации, помогая им осваиваться в коллективе, находить новых друзей.

За 11 лет работы театральной студии более 340 ребят стали более раскрепощенными, научились импровизировать, почти совсем избавились от стеснения и скованности, стали более открытыми, легкими в общении, обрели уверенность в себе. Приобретенные качества обязательно помогут им чувствовать себя уверенно и комфортно в любой ситуации.

Кроме того, у ребят появилось много новых друзей из воскресной школы поселка Березовка, где «студийцы» выступали со своими концертами.

Специально организованные театрализованные уроки позволили сформировать партнерские отношения в коллективе.

Раздел IV.
КОНФЛИКТОЛОГИЯ В РАБОТЕ С ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ: ТЕХНОЛОГИИ, ОПЫТ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Сатикова С. В., Минина К. В.

Конфликтологическая помощь как новое направление социальных услуг

Конфликтология постепенно входит в систему помогающих профессий наряду с психологией, педагогикой, социальной работой. Эти направления создают основу рынка социальных услуг, позволяя повысить качество жизни населения, способствовать решению трудных жизненных ситуаций, возникающих у различных категорий получателей социальных услуг.

Конфликтология относительно недавно вышла на рынок социальных услуг. Если первые шаги помощи населению страны в урегулировании конфликтов начали делаться еще в начале 1990-х гг., а подготовка конфликтологов ведется с середины 2000-х гг., то широкое информирование о возможностях конфликтологической помощи до сих пор не проводится. В общественном сознании представление о деятельности конфликтологов очень смутное.

В рамках выполняемых студентами научно-практических работ неоднократно проводились опросы и анкетирования разных групп населения Санкт-Петербурга: учителей и родителей школьников, самих школьников, сотрудников различных организаций (коммерческих и государственных), подростков и молодых людей, членов различных подростково-молодежных клубов, различных типов семей, пожилых граждан и инвалидов, получателей социальных услуг в учреждениях социальной сферы, а так же специалистов по социальной работе. Выяснилось, что только клиенты КЦСОН (комплексных центров социального обслуживания населения) и ЦСПСД (центры социальной помощи семье и детям) разных районов города имеют

некоторое представление о том, с каким вопросами можно обратиться за помощью к конфликтологу. Но они не представляют всех возможностей этой деятельности. Сами сотрудники социальных учреждений не вполне осведомлены о всех направления работы конфликтологов на рынке социальных услуг.

Проведенный нами экспресс-опрос руководителей и сотрудников нескольких центров психологической помощи и рекрутинговых агентств города, а также специалистов по социальной работе показал, что высококвалифицированные консультанты – психологи, рекрутеры, специалисты по организационному развитию, социальные работники – считают конфликтологию лишь одним из направлений психологии, а из всех предоставляемых конфликтологией возможностей немного знают только о медиации, и то искаженно.

Задача данной статьи дать системное представление об основных направлениях и возможностях деятельности конфликтолога на рынке социальных услуг. И этим способствовать дальнейшему развитию конфликтологической помощи населению Санкт-Петербурга.

Все помогающие профессии реализуют такие формы деятельности как помощь клиенту в рамках своей проблемной области, сопровождение клиента, консультирование, просвещение и ряд других. Были выделены основные формы конфликтологической помощи и сформулировали свое понимание их особенностей. Конфликтологическая помощь понимается как:

– область практического применения конфликтологических знаний, методов и технологий, направленную на повышение конфликтологической компетентности людей и оказание конфликтологической поддержки, как отдельному человеку, так и семье, группе или организации.

– систему работы с людьми и группами, предполагающую решение различного рода проблем, связанных с трудностями и конфликтами в межличностных отношениях, в семьях, урегулирование организационных и многих других противоречий.

Основные формы конфликтологической помощи представлены на предложенной схеме (см. рис.).

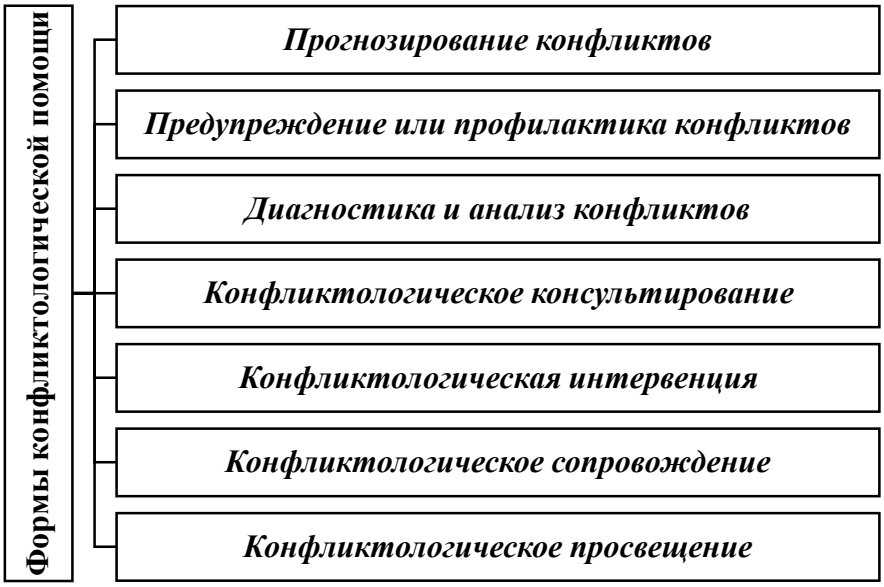

Рис. Формы конфликтологической помощи

Рассмотрим эти виды деятельности и особенности их применения на рынке социальных услуг подробнее.

Прогнозирование конфликтов — понимается как предвидение возможности возникновения конфликта в той или иной социальной системе, в том числе в системах отношений, и предсказание особенностей его развития в будущем на основе сбора информации, анализа ситуации и интуитивных догадок конфликтолога.

Прогноз – это представление о будущем конфликте, указание его возможных причин, места и времени его возникновения с определенной степенью вероятности. Прогнозирование один из наиболее сложных, пока недостаточно алгоритмизированных видов конфликтологической помощи. Прогнозирование конфликтов относительно хорошо разработано для организаций. В рамках цикла развития организации, анализа ее структуры и бизнес-процессов, оценки эффективности деятельности сотрудников и их соответствия занимаемым должностям, развитости коммуникативной компетентности персонала и других существенных аспектов функционирования организаций можно определить проблемные зоны, зоны противоречий и патологий развития, где с высокой степенью вероятности будут происходить конфликты. И, исходя из этой вероятности, предложить руководству организации методы работы с конфликтами – от профилактики к целенаправленному конструированию и стимулированию конфликтов для

управления инновациями и снятия социального и межличностного напряжения. В ряде современных организаций существуют конфликтологические службы и программы управления конфликтами, основанные на прогнозировании.

Менее надежно, но поддаются прогнозированию семейные конфликты, особенно связанные с этапами развития семьи. Так, в молодой семье обязательно будут конфликты распределения ролей, борьбы за лидерство. В семьях с детьми возникают конфликты, связанные с подходами к воспитанию, определению будущего детей, а по мере взросления детей они сами становятся участниками конфликтов, отстаивая свои представления об участии в домашних делах, формах проведения досуга, отношении к учебе и т. п. Если семьи не справляются с разрешением конфликтов, не учатся находить способы конструктивного взаимодействия, то в прогнозе появляется распад семьи. С семьями на грани распада могут работать психологи, социальные педагоги и другие сотрудники социальных учреждений. Конфликтологи в свою очередь могут предложить эффективные способы разрешения и предупреждения семейных конфликтов, основанные на прогнозах развития семьи, а также обучении членов семьи техникам конструктивного взаимодействия.

Сложнее всего прогнозировать конфликты в неформальных межличностных отношениях, таких как приятельство, дружба, соседство. Здесь можно использовать общее понимание факторов и условий возникновения конфликта, давно сформированные списки конфликтогенов, определяющие ситуации, в которых даже обычно неконфликтные люди могут вступить в открытое противостояние.

Прогнозирование может выступать основой для предупреждения или профилактики конфликтов.

Предупреждение или профилактика конфликтов – это такая организация общения и деятельности людей, которая исключает или сводит к минимуму вероятность возникновения нежелательных конфликтов между ними.

Для профилактики конфликтов используют: информирование, различные формы конфликтологического просвещения, согласование целей потенциальных

сторон конфликта, прояснение их интересов, четкое распределение ответственности, расстановка приоритетов и т.д. Все это осуществляется через индивидуальные и групповые конфликтологические консультации, предварительные переговоры. Иногда через принуждение к миру, в том числе через административные решения.

Предупреждение конфликтов в различных социальных группах является одной из приоритетных областей деятельности конфликтолога. Очевидно, что полностью предупредить конфликты невозможно и не нужно. Развитие человека, семьи, организации без конфликтов невозможно.

Предлагаемые на рынке социальных услуг программы предупреждения конфликтов в семьях, среди пожилых граждан и инвалидов, в подростково-молодежной среде, трудовых коллективах направлены на профилактику деструктивной эскалации конфликта, когда вместо поиска истины спор приводит к психологическим травмам, разрушению отношений. В эти программы обычно включают:

– технологии, помогающие своевременно выявить формирующееся противоречие и конструктивно разрешить его,

– методы повышения коммуникативной компетентности, предотвращающие недопонимание людей,

– техники, расширяющие гибкость и вариативность поведения, и позволяющие не вступать в деструктивные конфликты,

– информирование о возможностях самостоятельно выходить из сложных ситуаций и возможностях обращения за профессиональной помощью конфликтолога.

Таким образом, профилактика конфликтов помогает избежать ненужных и деструктивных столкновений между людьми, а противоречия и проблемы, требующие совместного решения, помогает завершить конструктивно.

Важным направлением конфликтологической работы является диагностика конфликта.

Диагностика конфликта – деятельность по определению сущности и особенностей конфликта на основе исследования условий и факторов возникно-

вения конфликтов, динамики его протекания. Диагностика – первый этап анализа конфликта.

Анализ конфликта – процесс практического исследования и понимания реальности конфликта с точек зрения его участников, а также тех социальных процессов, в которые они включены. Он может быть системным, направленным на понимание закономерностей его возникновения и разработку мер реагирования и предупреждения подобных конфликтов, с переходом на конфликтологическое сопровождение и просвещение. На основе такого анализа в дальнейшем можно выстроить систему профилактики подобных конфликтов.

Кроме того, анализ может быть ситуационным, когда его основной задачей является поиск способов урегулирования конкретного конфликта для конкретных участников. Такой анализ является важной составляющей конфликтологического консультирования и медиации. Может лечь в основу конфликтологического сопровождения клиентов конфликтологом. В рамках ситуационного анализа определяются факторы и условия, которые привели к возникновению конфликта, выявляются интересы сторон, которые необходимо удовлетворить, чтобы разрешить или урегулировать конфликт, а также возможные технологии работы с этим конфликтом.

На рынке социальных услуг системный анализ конфликта больше востребован организациями, а ситуационный – частными лицами и семьями. Именно ситуационный анализ проводится для дальнейшего перехода к конфликтологическому консультированию или медиации в таких центрах конфликтологической помощи населению, как «Контакт».

Необходимым, но пока недостаточно востребованным видом конфликтологической помощи, является конфликтологическое консультирование.

Конфликтологическое консультирование – это вид консультирования, осуществляемый при обращении клиентов к специалисту – конфликтологу по поводу трудностей, возникающих у них в связи с конфликтной ситуацией.

Конфликтологическое консультирование – вид консультирования по задачам и методам находящийся между психологическим консультированием и

управленческим консалтингом. Оно может проводиться в самых разных сферах человеческих взаимоотношений и деятельности. В качестве клиентов консультирования выступают как отдельные люди и группы людей, семьи, так и организации, общества, партии, конфессии и т. д.

Задачи конфликтологического консультирования при работе с клиентом:

– информирование клиента о конфликтах, их влиянии на поведение и восприятие участников, причинах их возникновения и методах разрешения;

– диагностика конфликта на основании рассказа клиента;

– помощь в исследовании и понимании причин действий другой стороны или сторон в конфликте;

– обучение клиента эффективным формам поведения и коммуникации в конфликте;

– работа с мотивацией и системой ценностей клиента (расширение картины мира, смена приоритетов);

– подготовка к переговорам или медиации и другие формы деятельности.

Конфликтологическое консультирование предполагает процесс (технологию) целенаправленного собеседования с клиентом для помощи в исследовании проблем и поиске решений в конфликтной ситуации. Особенности конфликтологического консультирования и его отличия от других видов консультирования заключаются в следующем:

– Конфликтологическое консультирование, чтобы быть успешным, концентрируется не на проблеме или трудной жизненной ситуации клиента, а на возможностях ее преодоления.

– Конфликтологическое консультирование ориентировано не столько на поиск причин конфликта (которые имеют значение, но субъективны и могут быть разными у каждой из сторон), сколько на поиск способов конструктивного завершения конфликта и разработку конкретных планов действий для обратившейся стороны.

– Процесс и результат консультирования во многом зависят от специфики конфликта.

– Консультанту постоянно приходится учитывать эмоциональную нестабильность и предвзятость клиента, как стороны конфликта.

– Конфликтолог-консультант может работать не только со сторонами конфликта, но и с любым из косвенных участников или лиц, заинтересованных в его прекращении. В этом случае проводится диагностика конфликта на основании рассказа клиента; разрабатываются варианты интервенции в конфликт, доступные клиенту и направленные на конструктивное завершение противостояния.

Конфликтологическая интервенция, то есть намеренное, контрактированное вторжение конфликтолога в конфликт. Формами интервенции выступают:

1. Подготовка и участие конфликтолога в переговорах по разрешению или урегулированию конфликта.

Переговоры – процесс адекватной коммуникации, эффективного просвещения и ответственного использования власти с целью взаимной выработки, обмена и выполнения определенных обещаний, которые приводят к реалистичным и прочным соглашениям.

2. Медиация – переговоры по разрешению конфликта с участием нейтрального посредника, основанные на соблюдении ряда принципов, когда посредник отвечает за процесс, но не вмешивается в содержание проблемы.

3. Консилиация или согласительное урегулирование – одна из форм внесудебного решения споров. Это ведение переговоров посредником без непосредственной встречи сторон за одним столом; процедура, аналогичная «челночной дипломатии» в международных переговорах или методу «одного списка».

4. Для конфликтов, где задействованы группы и социальные сообщества, форм интервенции может быть больше. Например, все формы организационного конфликт-менеджмента могут считаться интервенцией.

Особенно сложным для нас было определение конфликтологического сопровождения. Этот вид деятельности конфликтологов-практиков пока не нашел достаточного распространения и нуждается в развитии. По аналогии с определениями психологического сопровождения клиентов и социального сопровождения, было сформулировано собственное понимание.

Конфликтологическое сопровождение – система профессиональной деятельности конфликтолога, направленная на минимизацию рисков возникновения конфликтов в различных социальных системах.

Сопровождение включает в себя диагностику факторов возникновения конфликтов, анализ предконфликтной ситуации и самого конфликта, конфликтологическое консультирование, формирование навыков конструктивного поведения в конфликтных ситуациях и конфликтологической компетентности, при необходимости – урегулирование конфликтов и постконфликтное сопровождение.

Сопровождение означает комплексное оказание конфликтологической помощи специалистом-конфликтологом, обратившимся к нему за конфликтологической помощью людям и группам.

Конфликтологическое сопровождение можно рассматривать как совокупность последовательных действий конфликтолога, направленных на превенцию конфликтов, а в случае возникновения конфликта создание условий, способствующих принятию клиентами оптимальных решений в ситуациях конфликтного взаимодействия, и позволяющих клиенту максимально эффективно реализовать себя в ситуациях конфликтного взаимодействия, добиться конструктивного завершения конфликта и предупреждения возникновения постконфликтов.

В ближайшем будущем конфликтологическое сопровождение может стать основной деятельностью конфликтолога-практика на рынке социальных услуг в силу своего системного характера и гуманистической направленности. В конфликтологическое сопровождение часто включают такой вид помощи конфликтолога как конфликтологическое просвещение.

Конфликтологическое просвещение – это система мер, направленная на информирование отдельных лиц и групп о деятельности конфликтологов, медиаторов, а также о роли и функциях конфликтов в жизни человека (как позитивных, так и деструктивных), факторах возникновения конфликтов, стратегиях поведения в конфликтных ситуациях, способах предупреждения и урегулирования конфликтов, что закладывает основы формирования конфликтологической компетентности.

Кроме информирования конфликтологическое просвещение предполагает различные обучающие мероприятия, позволяющие сформировать умения и навыки эффективного поведения в конфликте, освоить технологии предупреждения конфликтов, их урегулирования и разрешения, в том числе технологии ведения переговоров и медиации.

Одной из существенных целей конфликтологического просвещения является формирование установки на обращение за профессиональной помощью к специалистам – конфликтологам, медиаторам.

Другой значимой целью конфликтологического просвещения выступает формирование конфликтологической культуры в обществе. Конфликтологическая культура – заложенные в процессе социализации нормы и правила поведения в предконфликтной, конфликтной и постконфликтной ситуациях, позволяющие стандартно и общепризнанными способами предупреждать незначительные конфликты, а также конструктивно урегулировать или разрешать конфликты, необходимые для развития отдельных людей, межличностных отношений, социальных групп.

Формами конфликтологического просвещения являются: лекции, социальные акции определенной тематики, социальная реклама, индивидуальные или групповые занятия, направленные на формирование конфликтологической компетентности, специализированные виды тренингов, обучающие и развивающие игры, имитации, учебные драматические постановки, определенные аспекты коучинга и конфликтологического консультирования, анализ кейсов и кинофрагментов. Многие другие действия профессионалов-конфликтологов, направленные на формирование и совершенствование конфликтологической компетентности людей, выработку установок у населения на обращение за профессиональной помощью в конфликте, расширение и углубление конфликтологической культуры общества.

Таким образом, система конфликтологической помощи на рынке социальных услуг может быть представлена всеми названными выше видами деятельности или отдельными вариантами практики конфликтологов, в зависимости от типа и задач осуществляющего их социального учреждения, особенностей связанных с ним потребителей социальных услуг.

Особенности потребителей социальных услуг накладывают основное ограничение на применение конфликтологической помощи в деятельности социальных учреждений. Работа конфликтолога во многом строится на переговорных технологиях, на том, что стороны конфликта добровольно дают друг другу обещания, связанные с дальнейшим выходом из конфликта, изменением поведения, взаимным удовлетворением интересов. Соответственно, конфликтолог может работать с лицами и группами, способными осознанно давать обещания и брать на себя ответственность за их выполнение. Люди, не способные выполнять свои обещания, не способные брать ответственность на себя находятся вне рамок конфликтологической помощи. Все формы аддикции, ограничения дееспособности, лица, находящиеся в пограничном психическом состоянии – это препятствия к работе конфликтолога. Рынок социальных услуг во многом ориентирован на людей, имеющих такие проблемы. Здесь конфликтолог пока может помочь информированием, просвещением, работой с окружением, но наиболее эффективные технологии урегулирования конфликтов и их предупреждения не работают с подобными получателями социальных услуг. Ведутся исследования, направленные на совершенствование конфликтологической помощи, на выработку технологий, преодолевающих эти ограничения.

Морозова Е. А.

Учреждения социальной защиты как поле проявления межличностных конфликтов в диаде «Специалист-клиент»

На сегодняшний день можно с уверенностью утверждать, что система социальной защиты населения стала одной из обязательных функций современного развитого государства и общества. Практически никем не ставится под сомнение ее необходимость и востребованность, однако получение соци-

альных услуг зачастую сопровождается нарастанием противоречий и межличностных конфликтов между специалистом по социальной работе и клиентом.

Актуальность темы обусловлена несколькими обстоятельствами:

– во-первых, нарастанием социальной значимости социозащитной сферы, которая позволяет реализовать политику государства, а также общенациональные интересы;

– во-вторых, необходимостью четких представлений о природе, сущности и особенностях проявления межличностных конфликтов в практике специалистов учреждений социальной защиты населения.

Теоретическую основу исследования межличностного конфликта составляют положения и выводы, содержащиеся в трудах таких ученых как Н. В. Гришина[1], А. Я. Анцупов[2], Л. Н. Цой[3], А. Б. Белинская[4] и других. Для изучения вопросов конфликтного взаимодействия в социальной работе существенный интерес представляют работы Р. И. Мокшанцева[5], В. В. Поповой[6], И. К. Свищевой[7], Т. С. Сулимовой[8], Е. Г. Сорокиной[9] и других.

Учреждения социальной защиты населения выполняют важные для государства и общества функции по минимизации негативных последствий от различных видов рисков через реализацию права граждан на социальную защиту. Такое право граждан Российской Федерации закреплено в Конституции

---

[1] *Гришина Н. В.* Психология конфликта / Н. В. Гришина. СПб.: Питер, 2018.

[2] *Анцупов А. Я., Шипилов А. И.* Конфликтология / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. М.: ЮНИТИ, 2016.

[3] *Цой Л. Н.* Что такое конфликтоген? [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://conflictmanagement.ru/chto-takoe-konfliktogen/ (дата обращения: 15.05.2021).

[4] *Белинская А. Б.* Конфликтология в социальной работе: учебное пособие / А. Б. Белинская. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2018.

[5] *Мокшанцев Р. И.* Конфликтология в социальной работе: учебное пособие / Р. И. Мокшанцев. Ростов н/Д: Феникс, 2018.

[6] *Попова В. В.* Конфликтология в социальной работе: учебное пособие / В. В. Попова. Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2016.

[7] *Свищева И. К.* Конфликтология в социальной работе: учебное пособие / И. К.Свищева, К. Г.Свищев. Белгород: Изд-во БелГУ, 2017.

[8] *Сулимова Т. С.* Социальная работа и конструктивное разрешение конфликтов: учеб. пособие для студентов / Т. С. Сулимова. М., 2016.

[9] *Сорокина Е .Г.* Конфликтология в социальной работе: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. Г. Сорокина. М.: Издательский центр «Академия», 2019.

Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. Статья 7 документа указывает, что «Российская Федерация – социальное государство, которое охраняет труд и здоровье людей, устанавливает гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивает государственную поддержку семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивает систему социальных служб, устанавливает государственные пенсии, пособия и иных гарантии социальной защиты» [1].

В федеральных нормативных правовых актах Российской Федерации определение понятия «социальная защита» закреплено по отношению к конкретным категориям граждан – ее получателям или выражено путем перечисления конкретных адресных мер, однако обобщенного толкования данной категории не существует. Так, согласно Федеральному закону от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «социальная защита инвалидов – система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества» [2].

По определению, приведенному в «Социальной энциклопедии», социальная защита является «защитой от социальных рисков путем комплексного содействия человеку со стороны государства в разрешении различных проблем» [3].

Существует также ряд авторских подходов к данному понятию. Доктор экономических наук В. П. Антропов трактует социальную защиту населения как «совокупность институтов и мероприятий, направленных на защиту социальных групп от социальных рисков, которые могут привести к полной или частичной

---

[1] Конституция Российской Федерации. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 16.05.2021).

[2] Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 16.05.2021).

[3] Социальная энциклопедия / ред. А.П. Горкин, Г.Н. Карелова, Е.Д. Катульский и др. М.: Большая Российская энциклопедия, 2018.

потере экономической состоятельности и социального благополучия» [1].

Интересным представляется определение, сформулированное доктором философских наук А. Н. Авериным, согласно которому социальная защита представляет собой «систему мер по соблюдению социальных прав и социальных гарантий, созданию условий, необходимых для нормальной жизнедеятельности людей, уменьшению отрицательного влияния факторов, снижающих их качество жизни»[2].

На современном этапе российской истории основным субъектом социальной защиты является именно государство и его структуры. Оно формулирует общую концепцию социальной защиты, определяет основные направления социальной политики, стратегию, тактику, обеспечивает законодательную, правовую основу, реализует конкретные положения на местах. Государственная социальная защита населения граждан Российской Федерации осуществляется на трех уровнях власти: федеральном, региональном и местном.

На федеральном уровне управление системой социальной защиты осуществляется Министерством труда и социальной защиты РФ, которое включает в себя ряд специализированных структур: Пенсионный фонд, Фонд социального страхования, Федеральную службу по труду и занятости, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы».

На региональном уровне управление осуществляется органами исполнительной власти субъекта федерации и отделениями федеральных органов социальной защиты. Функции по реализации государственной политики в сфере социальной защиты граждан осуществляются Департаментами и Министерствами краев и областей.

На местном уровне социальная защита осуществляется филиалами и отделами структур региональных и федеральных органов, а также районными управ-

---

[1] *Савинов А. Н.* Организация работы органов социальной защиты / А. Н.Савинов. М.: Издательский центр «Академия», 2016.; Социальная защита в странах Европейского союза. История, организация, финансирование, проблемы / В.В. Антропов. М.: ЗАО Издательство «Экономика», 2016.

[2] *Аверин А. Н.* Государственная система социальной защиты населения: учебное пособие / А. Н. Аверин. М.: Изд-во РАГС, 2017.

лениями социальной защиты населения, которые реализуют функции по социальной защите в отношении населения конкретного муниципального образования.

Объекты социальной защиты населения могут быть представлены в широком и узком смысле. В широком смысле объектом социальной защиты является все население. В узком смысле – граждане в трудной жизненной ситуации[1].

Согласно определению Национального стандарта РФ ГОСТ Р 52495–2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения», «трудная жизненная ситуация – это ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина по причинам инвалидности, неспособности к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, безработицы, сиротства, одиночества, безнадзорности, малообеспеченности, конфликтов и жестокого обращения в семье, нарушения законных прав и интересов, отсутствия определенного места жительства, которую он не может преодолеть самостоятельно»[2].

Следуя данному определению, федеральное и региональное законодательство выделяет следующие категории населения, имеющие право на социальную защиту: граждане пожилого возраста одинокие и одиноко проживающие; инвалиды Великой Отечественной войны и семьи погибших военнослужащих; инвалиды, в том числе инвалиды с детства, и дети-инвалиды, граждане, пострадавшие от последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции и радиоактивных выбросов в других местах; безработные; вынужденные беженцы и переселенцы; дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей и семьи, в которых они проживают; дети с девиантным поведением; малообеспеченные семьи; многодетные семьи; одинокие матери; граждане, инфицированные ВИЧ или больные СПИДом; лица без определенного места жительства.

Ведущими организационно-правовыми формами социальной защиты

---

[1] *Аверин А. Н.* Государственная система социальной защиты населения: учебное пособие / А. Н. Аверин. М.: Изд-во РАГС, 2017.

[2] Электронный фонд правовых и нормативно-правовых документов. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Термины и определения. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/1200043127 (дата обращения: 16.05.2021).

населения являются пенсионное обеспечение, социальная помощь, социальное страхование и социальное обслуживание населения.

Надо признать, что получение социальных услуг иногда сопровождается межличностными конфликтами между специалистом по социальной работе и клиентом, которые могут возникнуть по вине обеих сторон.

На современном этапе развития научного знания термин «конфликт» употребляется в различных значениях и имеет широкое содержание. Так, согласно «Большому толковому социологическому словарю», конфликт определяется как «открытая борьба между индивидуумами»[1].

Межличностный конфликт является одним из разновидностей конфликта. По определению Национального стандарта РФ ГОСТ Р. 52495–2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения», межличностный конфликт является «столкновением противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов, вызывающее негативное эмоциональное восприятие сторонами конфликта» [2].

Авторское определение, сформулированное доктором психологических наук Н. В. Гришиной, раскрывает межличностный конфликт как «открытое столкновение взаимодействующих субъектов на основе возникших противоречий, выступающих в виде противоположных целей, несовместимых в какой-то конкретной ситуации»[3].

Интересным представляется определение, сформулированное группой авторов Л. Г. Король, И. В. Малимоновым, Д. В. Рахинским, в котором межличностный конфликт трактуется как «столкновение личностей, являющихся

---

[1] *Джери Д., Джери Дж.* Большой толковый социологический сло-варь / Д. Джери, Дж. Джери. М.: Вече, АСТ, 2017.

[2] Электронный фонд правовых и нормативно-правовых документов. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Термины и определения. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/1200043127 (дата обращения: 16.05.2021).

[3] *Гришина Н. В.* Психология конфликта / Н. В. Гришина. СПб.: Питер, 2018.

носителями противоречивых интересов, мотивов, целей, происходящее в условиях дефицита ресурсов» [1].

В источниках по конфликтологии традиционно различают следующие виды межличностного конфликта:

1. Информационный конфликт – связан с потерей, искажением или дополнением информации при ее передаче;

2. Структурный конфликт – имеет своей причиной несовпадение формально ожидаемой и фактически выполняемой специалистом работы;

3. Ценностный конфликт – возникает в случаях несовпадения ценностных ориентаций сторон;

4. Конфликт отношений – возникает из-за столкновения установок, стереотипов;

5. Поведенческий конфликт – конфликт, возникающий из-за нарушения норм или правил взаимодействия[2].

Следует также отметить, что индивиды, вступающие в конфликтное межличностное взаимодействие, обладают различной степенью эмоциональности и активности, в зависимости от чего конфликты между специалистом и клиентом социальной службы могут быть классифицированы по степени длительности и эмоциональной напряженности: бурные быстротекущие, острые длительные, слабовыраженные и вялотекущие, слабовыраженные быстротекущие[3].

Межличностному конфликту в диаде «специалист по социальной работе – клиент социозащитного учреждения» присущ ряд особенностей:

– противоборство людей происходит непосредственно, здесь и сейчас – в рамках предоставления и получения социальной услуги, на основе столкновения личных мотивов участников;

---

[1] *Король Л. Г., Малимонов И. В., Рахинский Д. В.* Конфликтология: учебное пособие для студентов / Л.Г. Король, И.В. Малимонов, Д.В. Рахинский. Ульяновск: Зебра, 2016.

[2] *Емельянов С. М.* Управление конфликтами в организации / С.М. Емельянов. М.: Издательство Юрайт, 2018.

[3] Там же.

– в полном объеме проявляются индивидуальные, социально-психологические особенности субъектов конфликта, влияющие на динамику его развития, формы конфликтного взаимодействия, ход и исход;

– отличаются высокой эмоциональностью;

– высокая вероятность быстрого вхождения в фазу эскалации;

– субъектами межличностного конфликта выступают конкретные личности – специалист и клиент, обладающие несовпадающей системой притязаний[1].

Среди разнообразных классификаций причин возникновения межличностных конфликтов особо следует отметить классификацию А. Я. Анцупова, в которой выделено четыре группы оснований.

К числу объективных причин относят обстоятельства взаимодействия, которые привели к столкновению интересов сторон, мнений, установок. Применительно к социальной работе среди них можно выделить такие как: непосредственно образ жизни и деятельности сторон, связанный с трудной жизненной ситуацией; естественное столкновение интересов специалиста и клиента в ходе взаимодействия; недостаток и неравное распределение значимых для работы и жизнедеятельности материальных и духовных благ у сторон; стереотипы разрешения противоречий у сторон; слабая разработанность и использование нормативных процедур решения противоречий в социозащитных учреждениях.

Организационно-управленческие причины межличностных конфликтов связаны с функционированием социозащитного учреждения. Среди них можно выделить: структурно-организационные причины – несоответствие структуры социозащитного учреждения требованиям осуществляемой деятельности; функционально-организационные – неоптимальность функциональных связей учреждения с внешней средой, между структурами учреждения, между отдельными работниками; личностно-функциональные – несоответствие специалиста по социальной работе либо подчиненных ему работников требованиям занимаемой должности; ситуативно-управленческие – низкая

[1] *Емельянов С. М.* Управление конфликтами в организации / С.М. Емельянов. М.: Издательство Юрайт, 2018.

конфликтологическая и управленческая грамотность специалиста.

К социально-психологической группе причин межличностных конфликтов относятся такие как:

– возможные значительные потери и искажения информации специалистом или клиентом социозащитного учреждения;

– разные подходы к решению проблемы у специалиста и клиента;

– различия в способах оценки результатов деятельности и личности друг друга;

– психологическая несовместимость специалиста и клиента: на психофизиологическом уровне – несовпадение мышления, памяти, внимания, сосредоточенности; на индивидуально-психологическом уровне – несовпадение темперамента, характера; на социально-психологическом уровне – несовпадение ценностей, идеалов, мотивов деятельности; на социальном уровне – несовпадение мировоззрения, идеологии;

– ограниченные способности сторон к децентрации – умению поставить себя на место другого, понять его интересы и изменить собственную позицию;

– стремление к власти.

Личностные причины межличностных конфликтов связаны с индивидуально-психологическими особенностями специалиста по социальной работе и клиента. Среди них выделяют следующие: оценка поведения второй стороны как недопустимого; низкий уровень социально-психологической компетентности; слабая психологическая устойчивость стороны к трудной ситуации; низкий уровень эмпатии стороны; завышенный или заниженный уровень притязаний у специалиста или клиента; холерический тип темперамента или акцентуации характера[1].

В реальном взаимодействии специалиста и клиента, как правило, «чистые», то есть обусловленные только одной группой причинных факторов, межличностные конфликты встречаются крайне редко.

С целью выявления основных причин межличностных конфликтов между

---

[1] *Анцупов А. Я., Шипилов А. И.* Конфликтология / А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов. М.: ЮНИТИ, 2016.

специалистами социальной работы и клиентами учреждений социальной защиты было проведено авторское социологическое исследование. Общая выборка составила 110 человека, в том числе 90 женщин и 20 мужчин. Возраст опрашиваемых был от 23 до 60 лет. Уровень образования респондентов, следующий: высшее образование – 82%, средне-специальное – 18%. Опрашиваемые респонденты являлись специалистами учреждений Пенсионного фонда, социальной защиты населения, социального страхования и социального обслуживания населения.

Анкета состояла из нескольких блоков:

1. Определение социально-демографического статуса респондента;
2. Выявление причин межличностных конфликтов в диаде «специалист-клиент».

Приведем выдержки основных результатов исследования. Среди основных причин межличностных конфликтов специалистов разных структур с получателями социальных услуг были отмечены следующие:

– социально-психологические и личностные причины межличностных конфликтов. Они были зарегистрированы как основные более чем половиной опрашиваемых респондентов (53%). Специалисты отмечали необъективную оценку получателем услуг труда сотрудников социозащитного учреждения, предвзятую негативную установку к специалистам и другие особенности, связанные с чертами характера субъектов общения;

– организационно-управленческие причины конфликтов, включающие в себя недостаток документов для регуляции взаимодействия специалиста и клиента, малую приспособленность структуры учреждения к задачам деятельности, сложности межведомственного взаимодействии. Их зарегистрировали около половины участвующих в исследовании (47%);

– чуть более четверти специалистов (27%) отметили объективные причины возникновения межличностных конфликтов, включающие слабую разработанность и использование нормативных процедур решения противоречий в социозащитных учреждениях. Такое же количество респондентов (27%)

указало на несоблюдение норм делового и неформального общения (проявление грубости, использование нецензурных выражений, угроз);

– около 20% опрашиваемых отметили, как причины межличностных конфликтов скрыты в нарушении получателем социальных услуг финансовой дисциплины, необоснованных претензиях к сотрудникам учреждения по финансовым вопросам.

Анализируя фактический материал, можно сделать следующие выводы: возникновение межличностного конфликта в диаде «специалист по социальной работе – клиент социозащитного учреждения» обусловлено несколькими факторами:

1. Характерологическими особенностями субъектов взаимодействия: высоким уровнем экстернальности и низким коммуникативным контролем, а также проявлениями патологических качеств личности: агрессии, эгоистичности, подозрительности и других;

2. Наличием необоснованных претензий со стороны получателей социальных услуг как к работе учреждения, так и к деятельности сотрудников социозащитного учреждения;

3. Несовершенствами учреждения социальной защиты, заключающегося в ограниченности нормативно-правовой базы как по обслуживанию получателей услуг, так и по вопросам межведомственного взаимодействия учреждения с внешней средой.

В заключении следует отметить, что учреждения социальных служб относятся к организациям с повышенным уровнем конфликтности. Следовательно управление конфликтами с получателями социальных услуг является неотъемлемой частью деятельности руководителя социозащитного учреждения. Методология в области управления межличностным конфликтом в диаде «специалист-клиент» должна варьироваться в зависимости от уровня полномочий.

Николаева А. А., Савченко И. А.

Общие рекомендации педагогу ресурсного класса по коррекции образа «Я» у детей с расстройствами аутистического спектра для снижения конфликтности личности

Проявление конфликтности личности ученика с расстройствами аутистического спектра зависит от большого количества внешних и внутренних показателей. Вариантность проявления конфликтности личности, форм ее стабильности, степень ее выраженности и направленности, ситуативность ее проявления у ребенка с расстройствами аутистического спектра по своей психологической, эмоциональной и физической природе представляет сложнейшее интегральное образование и, как правило, имеет характерную направленность на формирование и развитие конфликта[1]. Следовательно, ученик стремится к наиболее острому способу разрешения противоречий (объективных или придуманных); к активным противодействиям окружающим, демонстрации протеста, сопровождающиеся сильнейшими негативными эмоциями.

В каждом конкретном случае конфликт имеет особенные характеристики по направлению (внутриличностные, межличностные или групповые), по содержанию (предметные, беспредметные), по количеству действующих сторон (лиц, групп). Однако все они характеризуются сильнейшим отрицательным эмоциональным настроем ребят; огромным чувством обиды и боли; сильнейшим психологическим и физическим внутренним дискомфортом. Весьма существенны и результаты конфликта – эмоциональный стресс, возможны физические и психологические травмы детей. Известны и описаны основные стратегии поведения в конфликтах – принуждение (борьба) к главенству своей точки зрения, уклонение (уход) от конфликта,

[1] *Минакова С. С., Николаева А. А., Савченко И. А.* Особенности коммуникативных навыков агрессивных детей // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. № 7.

поиск компромисса (уступчивость) – частичное принятие намерений другой стороны[1]. В этих условиях главными чертами педагога выступают знания, психологическая готовность и практическое умение управлять конфликтом.

Первые методики по работе с детьми с расстройствами аутистического спектра появились сравнительно недавно – около 50 лет назад. С тех пор проходит накопление теоретических знаний и эмпирических материалов, практических наработок. На основе данных результатов, возможно, сформировать вывод о том, что показатель эффективности любой отдельной методики вмешательства или отдельно взятой терапии для детей с расстройствами аутистического спектра не превышает 50%[2].

Итоги исследований, большое количество научных работ и результаты практик позволяют утверждать, что на сегодняшний день не существует методики, обследований и манипуляции по отношению к детям с расстройствами аутистического спектра, затрагивающие их психическое и физическое состояние (вмешательства), которые были достаточно эффективны всем детям с расстройствами аутистического спектра[3]. Вследствие данного утверждения, весьма затруднительно привести стандартные, стереотипные, однозначные, по сути, рациональные действия педагога по коррекции образа «Я» ресурсного класса детей с расстройствами аутистического спектра.

Пусть абсолютно эффективного вмешательства нет, но возможно объединить несколько доказательных методик с разной эффективностью и при соблюдении индивидуальности, с учетом разнородности проявления расстройств аутистического спектра у детей, составить методики и программы оптимальные для некоторых групп детей. Следовательно, необходимо определить границы или минимальные показатели, диагностические критерии для обучаемых с расстрой-

---

[1] *Савченко И. А., Саяпина А. И.* Влияние образа Я на конфликтность личности // Образовательные ресурсы и технологии. 2018. № 3 (24).

[2] Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. Учебное пособие для студентов. Григоренко Е.Л. Москва. Практика, 2018

[3] *Там же*.

ствами аутистического спектра для корректировки образа «Я» педагогом: наличие коммуникативных и социальных навыков; развитие языка и речи; отсутствие показаний умственной отсталости; неимение аутозависимости (зависимости только от себя), сконцентрированности на себе; выраженность манеризмов или стереотипности поведения, движений и мысли.

Предлагаем к рассмотрению теоретические и, подтвержденные на практике, наиболее эффективные, рациональные действия педагога ресурсного класса детей с расстройствами аутистического спектра общеобразовательной организации для снижения конфликтности личности ученика.

До начала конфликта. Стадия характеризуется, прежде всего, полным отсутствием конфликта, при этом вызревают и обостряются противоречия, его вызывающие. Это скрытая форма зарождения и развития неприязни, накопления отрицательных факторов, определение действующих лиц, умножение негативных эмоций ученика.

Конфликт может быть разрешен «мирным» путем, если условия, его определяющие, будут сняты в результате организационных или профилактических действий педагога. Очень важно при этом помочь ученику осознать причины возможного конфликта и достигнуть адекватного понимания ситуации.

Неадекватное понимание обучаемым сложившейся ситуации сделает конфликт неизбежным, лишь несколько отсрочив его наступление. Задержка с разрешением конфликта, как правило, только усиливает его остроту и агрессивность действий ученика (учеников).

Следовательно, адекватное осознание и своевременное оценка предконфликтной ситуации педагогом; разработка и проведение действенных предупредительных организационных и профилактических действий; постоянная разъяснительная работа по правилам коммуникации и поведения – являются главными целями педагога в предконфликтной стадии. Данные мероприятия, сведенные в комплекс, позволят эффективно предотвратить возможный конфликт и значительно увеличить протекания бесконфликтной стадии в ресурсном классе общеобразовательного учреждения I-III ступени.

Основными задачами для педагога ресурсного класса детей с расстройствами аутистического спектра будут следующие:

– выявление и нейтрализация негативной агрессии, в том числе нервных расстройств, проявления агрессивных поступков, выражение недовольства и состояния паники ученика;

– ослабление внутренней агрессивной напряженности ребенка;

– приобретение, закрепление эмоциональной и поведенческой стабильности ученика;

– укрепление (повышение) чувства его самосознания;

– формирование, развитие и закрепление умения координировать свое поведение с поступками других людей.

Для практической реализации этих задач педагог должен осуществлять постоянный и ненавязчивый контроль здоровья, эмоционально-психологического состояния и поведения ученика. Контроль не должен стать целью и манией со стороны педагога. Определены основные цели контроля: вовремя распознать рост тревожности внутреннего состояния, симптомы раздражения, стресса, гнева, агрессии ученика; определить и устранить (локализовать) основные причины возникновения конфликтного состояния обучаемого.

Особым инструментом реализации задач по снижению конфликтности ученика (учеников) с расстройствами аутистического спектра на данной стадии конфликта является образ «Я» личности ученика.

Для привлечения всего комплекса компонентов образа «Я» личности ученика для снижения конфликтности личности требуется определить и воздействовать на основные тенденции или направленности личности. Последние представляют сосредоточенность интересов (помыслов, желаний, привычек) обучаемого на определенном предмете, явлении, процессе. В данном случае интерес (увлечение) ученика выступает как действенный мотив, действующий в силу своей осознанной значимости и эмоциональной привлекательности. Важно интересы и увлечения обучаемого постепенно развивать, увлекая ученика в спокойную, комфортную и приятную для него деятельность; обучать воспитанника созданию

(формированию) чувства гармонии с себой и с окружающим миром, абстрагируя от разных конфликтов и агрессивного поведения.

Для повышения эффективности работы всех компонентов образа «Я» личности ученика с расстройствами аутистического спектра необходимо одобрять и поощрять его действия по познанию окружающего мира посредством наблюдения, взаимодействия, общения и другие. Ученик, взаимодействуя со сверстниками, другими людьми, познает окружающий мир и себя; получает одобрение своим поступкам; может обрести друга (друзей), просто хорошо знакомых и сочувствующих людей; получит опыт социальных контактов для развития.

В целях интенсификации всех компонентов образа «Я» личности ученика, снижения конфликтности личности обучаемого и укрепления общего здоровья воспитанника необходимы постоянные спортивные занятия и по рекомендации врача (врачей) занятия спортом. Активные спортивные занятия (обязательно по согласованию с врачами) – лучший метод для учащегося по снятию чувства тревожности и неуверенности в себе, по уменьшению его физического и психологического напряжения, по повышению уровня самооценки и формированию эмоциональной устойчивости ученика. Следовательно, активные спортивные занятия позволят значительно снизить уровень агрессии, конфликтности, враждебности и будут способствовать формированию, развитию и закреплению способности к самоконтролю обучаемого, а также повышению уровня самооценки и формированию эмоциональной устойчивости ученика.

С целью оперирования, активации и задействования всего потенциала образа «Я» личности ученика, а также снижения конфликтности личности необходимо применение активнейшей формы деятельности детей – игры. В данном случае игра включает:

– когнитивный (познавательный) компонент для ознакомления с окружающим миром значительно использует память, внимание, чувства; формирует представления; обязывает принимать решения;

– эмоционально-оценочный компонент проводит самооценку себя,

участвует в осознании уровня своих притязаний; повышает чувства самоуважения и снижает личный эгоизм и самолюбие;

– поведенческий компонент адаптирует ученика в игровую среду.

Правильным и потенциально полезным на этой стадии конфликта является применение в ресурсном классе психотехнических освобождающих игр, например, «Зеркальце», «Шалтай-Болтай», игры с природными материалами и др.

Предконфликтная ситуация представляет основной временной интервал, в ходе которого педагог может реализовать полноценно учебно-воспитательную деятельность. При этом очень важно активно и результативно проводить профилактическую «антиконфликтную» работу с целью увеличения продолжительности данной стадии. Особым практическим инструментом реализации задач по снижению конфликтности ученика с расстройствами аутистического спектра на данной стадии конфликта является образ «Я» личности учащегося.

С началом конфликта. Стадия характеризуется установкой участвующих лиц на открытое противоборство, практической реализацией собственных интересов (целей, задач, намерений) любыми путями и методами, как правило, в короткие сроки. Стремительное нарастание напряженности и даже начальный этап противоборства еще можно прекратить своевременными действиями педагога по прекращению конфликта и уладить (сгладить, урегулировать) компромиссными решениями.

В этих условиях педагог ресурсного класса детей с расстройствами аутистического спектра должен:

– сохранять личное спокойствие и выдержку;

– организационными мерами своевременно исключить действие повода конфликта – определенного события или толчка, запускающего данные конфликтные действия. А также прервать инцидент данного конфликта – начало конфликта – случайность, провоцирующая открытую борьбу, противодействие, противоборство сторон;

– оперативно подобрать, (выработать, сгенерировать) и применить механизм взаимных уступок (компромиссов). При получении положительных

результатов, примирить стороны, обозначенного конфликта;

– локализовать конфликт.

Педагогу ресурсного класса детей с расстройствами аутистического спектра необходимо постоянно держать собственные негативные эмоции под контролем, сохранять хладнокровие, выдержку и дружелюбие. Особенно важно в условиях начала и развития конфликта для педагога осуществлять контроль над голосом, жестами и мимикой. Во взаимоотношениях педагог–ученик при активном проявлении конфликтности, агрессии с одной стороны и спокойного уверенного поведения взрослого, с другой, как правило, приводит к понижению уровня напряженности и конфликтности личности ученика, снижению уровня его агрессии.

Если организационные меры и мирные инициативы педагога не оказались результативными и эффективными, далее последует усиление, обострение и расширение конфликта со следующими характерными чертами:

– создание образа врага участниками конфликта (истинного или выдуманного) происходит для формирования (изменения) общественного мнения; указания «плохого» и «хорошего» в коллективе; представления всем окружающим своих ближайших намерений;

– демонстрация силы и угроза ее применения – важнейший компонент, при котором одна из сторон или обе стороны конфликта в целях устрашения недруга (противника, неприятеля) постоянно пытаются показать, что мощь и возможности одной стороны превосходят другую. Как правило, каждый надеется, что его позиция приведет к отказу от дальнейшей борьбы противной стороны;

– возможно применение насилия – как наиболее жестокий способ подчинения одной стороны конфликта другой;

– расширение и вовлечение в активное противоборство других членов коллектива.

Особым инструментом реализации задач по снижению конфликтности ученика (учеников) с расстройствами аутистического спектра на стадии конфликта является образ «Я» ученика.

Необходимо задействовать индивидуально-психологические особенности обучаемого, такие как внимание. Существует и широко применяется практика переключения внимания ребенка с целью абстрагирования от опасной ситуации, от раздражителя, выполнения практических действий, реализации намерений и других. В данном случае для успешной реализации этой задачи необходимо участие всех, либо большей части когнитивного (познавательного) компонента образа «Я» личности ученика. Из-за особенностей восприятия действительности учеником с расстройством аутистического спектра для оперативного и действенного переключения внимания требуется одновременное широкоформатное воздействие на органы ощущения и восприятия, подключения памяти, формирование нового представления об объекте (предмете, явлении), задействование сознания для переживания новых (других, возможно знакомых, приятных, комфортных) событий внешнего мира.

После прохождения высшей точки конфликта с целью снятия сильнейших отрицательных эмоций кризисного состояния, мощного негативного характера переживаний учеником факта предмета (явления, процесса) конфликта, а также прекращения неадекватного поведения обучаемого, педагогу требуется закрепить переключение внимания и направить деятельность ученика на: вымещение своего негатива и гнева «дракой» с воображаемым противником на расстоянии, на листе бумаги, разорвав его в клочья, или быстро-быстро постучать карандашом по бумаге (столу); выполнение простых физических упражнений по нормализации дыхания; восстановление и демонстрация спокойной мимики и жестов.

При проведении этих мероприятий педагогом будут корректироваться поведенческий и эмоционально-волевой компоненты образа «Я» личности ученика.

Для снижения уровня факторов поведения, участвующих в конфликте лиц, понижения внутреннего напряжения ученика педагог должен выбрать адекватный ситуации способ узнать и понять мотивы поступка обучаемого. С этой целью педагог определяет место и порядок объяснения учеником видение ситуации, высказывания причин, своих чувств и мотивов агрессивного поведения.

При проведении этих мероприятий педагогом будут определены направления для корректировки поведенческого и эмоционально-волевого компонентов образа «Я» личности ученика.

В дальнейшем педагог должен скорректировать состав эмоционально-оценочного компонента образа «Я» личности ученика. В зависимости от итогов конфликта требуется нивелирование образа «Я» личности ученика в части повышения/понижения самооценки ученика, формирования адекватного уровня притязаний обучаемого, создания достаточного уровня самоуважения.

Корректировка педагогом составляющих эмоционально-оценочного и поведенческого компонента образа «Я» личности ученика с расстройствами аутистического спектра позволит существенно снизить время протекания конфликта, значительно понизить конфликтность личности ученика – участника конфликта. Положительное разрешение конфликта также окажет благоприятное влияние: на когнитивный компонент образа «Я» личности ученика – память, сознание, восприятие действительности и ощущения учащегося; на приобретение положительного опыта педагогом при выборе адекватного способа воздействия для изменения ситуации и прекращения конфликта.

После конфликта. Стадия характеризуется наличием высокого уровня негативных эмоций и отрицательных факторов ученика (учеников) ресурсного класса, вызванных конфликтом. А также формирование новой объективной реальности – иная расстановка сил; новые отношения учеников друг к другу и к окружающей среде; новые проявления (или прежние, существующие) проблем; другая самооценка и изменения в уровне самоуважения обучаемого; трансформированные сознание, ощущения, восприятия ученика (учеников).

Главными целями педагога в постконфликтной стадии являются:

– немедленное прекращение проявления любых видов агрессии учеником (учениками);

– демпфирование и нейтрализация последствий конфликта;

– формирование и поддержание чувства психологического комфорта и гармонии в коллективе и в каждом ученике;

– разработка и проведение действенных предупредительных организационных и профилактических мероприятий;

– постоянная работа по привитию ученикам правил коммуникации и поведения.

Основными задачами для педагога ресурсного класса детей с расстройствами аутистического спектра на стадии будут следующие:

– определение и нейтрализация негативной агрессии, в том числе нервных расстройств, проявления состояния паники ученика, агрессивных поступков и выражения недовольства;

– ослабление внутренней агрессивной напряженности ребенка;

– становление, закрепление эмоциональной и поведенческой стабильности ученика;

– повышение чувства его самосознания;

– формирование, развитие и закрепление умения координировать поведение ученика с поступками других людей.

Для практической реализации стоящих целей и задач педагог должен осуществлять тщательный и постоянный контроль здоровья, эмоционально-психологического состояния и поведения ученика. Контроль не должен стать целью и манией со стороны педагога. Он проводится в целях: выявление истинного уровня тревожности внутреннего состояния, симптомов раздражения, стресса, гнева, готовности к агрессии (проявлению активных физических действий) ученика; определение и устранение (локализации) основных причин возникновения конфликтного состояния обучаемого.

Ученик в силу своих психических, психологических и физических особенностей во время и после стрессового состояния не всегда может адекватно владеть своими эмоциями, побуждениями, поступками, действиями. Возможно, что направление действия аффекта ученика в виде его активных и агрессивных действий в конфликте, после окончания будет направлен вовнутрь и сконцентрирован на самом учащимся. У педагога есть несколько способов оказать помощь ученику в выводе из подобного состояния, в восстановлении спокойного эмоционально-психического состояния: называть словами его чувства; понять желания ученика;

признать его чувства словами; слушать его с полным вниманием и воспринимать его чувства. Однако гораздо важнее, чем все слова, наше совместное правдивое сопереживание проблемы с учеником, единение в чувствах и намерениях.

В ходе проведения этих мероприятий педагог осуществляет коррекцию в основном эмоционально-оценочного компонента образа «Я» личности ученика – повышение самооценки, формирование и развитие чувства самоуважения, рост уровня притязаний личности в целях создания (восстановления) чувства комфорта и гармонии.

Таким образом, данные рекомендации позволят предупреждать или снижать негативные последствия конфликтов у детей с расстройствами аутистического спектра.

Раздел V.
АРТ-ТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ, МЕДИЦИНЫ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НАСЕЛЕНИЯ

Ковалева А. В.

Апробация и внедрение в практику работы СПб ГКУ «Центр учета» методов арт-терапии посредством организации работы экспериментальной и опорно-методической площадки

На протяжении столетий обществом и государством предпринимались различные способы решения проблемы бездомности.

Необходимостью работы с гражданами без определенного места жительства обусловлено создание учреждения, помогающего в решении социальных вопросов бездомных в Санкт-Петербурге. Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение «Центр учета и социального обслуживания граждан Российской Федерации без определенного места жительства» (далее – Центр учета) осуществляет свою деятельность с конца 1997 г. и находится в ведении Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга.

С 2020 г. на СПб ГКУ «Центр учета» возложена еще одна задача, непосредственно связанная с вопросами бездомности – социальная адаптация граждан без определенного места жительства из числа освободившихся из мест лишения свободы. Данное направление работы по итогам проведенного в 2020 г. совещания Комитета Совета Федерации по социальной политике по вопросу «Совершенствование порядка, форм социальной адаптации и ресоциализации в обществе лиц, отбывших наказание в виде лишения свободы» определено важнейшим вектором государственной политики.

Основной целью деятельности СПб ГКУ «Центр учета» является соци-

альное обслуживание граждан без определенного места жительства. За четверть века работы с людьми, в силу различных причин оказавшимися на улице, у СПб ГКУ «Центра учета» накопился огромный опыт работы. Анализ обращений за социальной помощью показал, что наиболее частые причины бездомности среди граждан, обратившихся в СПб ГКУ «Центр учета»: переезд в другой город в поисках работы, в результате чего человек оказывается на улице, злоупотребление алкоголем и ПАВ, в результате этого многие становятся жертвами мошенничества и вымогательства, семейные конфликты и ослабление родственных связей, когда близкие выселяют человека из квартиры в том числе, в связи с нахождением его в исправительном учреждении.

Каждый человек, обратившийся в «Центр учета», требует внимания и помощи, особого подхода, так как социальная адаптация – это длительный и трудоемкий процесс индивидуального сопровождения и взаимодействия со специалистами. Психологи и специалисты по социальной работе стараются подобрать индивидуальный подход к каждому получателю социальных услуг, изучая наиболее эффективные технологии социальной работы. Современные стандарты качества социального обслуживания требуют внедрения в практику передовых методов работы, применение научно-исследовательских разработок социальных технологий по вопросам адаптации и ресоциализации. «Центр учета» активно работает в этом направлении.

В соответствии с решением Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга с 2019 г. СПб ГКУ «Центра учета» является экспериментальной (инновационной) площадкой для сбора и анализа статистических данных и разработки программы индивидуального социально психологического сопровождения лиц, отбывших наказание в местах лишения свободы, являющихся потребителями психоактивных веществ и созависимых близких. Специалисты учреждения и представители института проводили психологические исследования, анкетирования получателей социальных услуг учреждения в рамках практической работы. По итогам проведенной работы в 2020 г. изданы «Методические рекомендации по вопросам социальной реабилитации, ресоциали-

зации и социальной адаптации потребителей наркотиков и созависимых близких». В методических рекомендациях представлен теоретико-методологический и практический инструментарий, описана технология разработки и реализации социально-психологической модели сопровождения лиц, отбывших наказание в местах лишения свободы, являющихся потребителями психоактивных веществ и созависимых близких.

С 2019 г. «Центр учета» определен опорно-методической площадкой Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга, в рамках которой осуществляется деятельность по отработке и внедрению эффективных социальных практик и совершенствованию методической документации. Первым направлением в работе площадки стало изучение возможности и эффективности применения методов арт-терапии в работе с гражданами без определенного места жительства, в том числе из числа освободившихся из мест лишения свободы.

На основе обобщенного опыта применения методов арт-терапии в социальной работе с различными категориями граждан была подготовлена базовая методическая разработка «Использование методов арт-терапии в социальной реабилитации лиц без определенного места жительства на базе СПб ГКУ «Центр учета». С января 2021 г. здесь проходит апробация метода арт-терапии.

Сроки программы: 6 месяцев. Периодичность: 1 раз в неделю. Длительность занятий: 60-150 мин. Форма работы: групповая. Направления в работе: кинотерапия, рисуночная терапия, пластилинотерапия, коллажирование, сказкотерапия и т.д. Каждое занятие, независимо от выбора методики, имеет одинаковую структуру и включает: приветствие, разминка (упражнение), тема и цели занятия (обсуждение), арт-терапия (просмотр фильма, работа с карточками, выполнение задания с последующим обсуждением, рисунок), обратная связь. Все материалы, необходимые для работы, краски, бумагу, печатные издания для изготовления коллажей, ручки, карандаши, различные носители с фильмами, технику для их просмотра предоставляют организаторы практики. Результаты своей работы авторы могут оставить себе. Невостребованные работы, впоследствии с согласия авторов могут быть использованы для показа широкому кругу лиц на выставках с целью

привлечения внимания к проблеме бездомности или переданы в качестве добровольческих акций в другие социальные учреждения.

Работа по апробации метода арт-терапии в работе с бездомными началась в отделении временного проживания, где получателями социальных услуг являются граждане без определенного места жительства, в основном не трудоспособного возраста и имеющие ограничения в возможности самообслуживания. Затем, данная работа была организована на базе отделения социальной адаптации. В данном отделении получателями социальных услуг являются уже граждане трудоспособного возраста, мужчины, освободившиеся из мест лишения свободы. Таким образом, несмотря на то, что получателями социальных услуг являются граждане без определенного места жительства, специалисты центра учета имеют возможность оценить применение методов арт-терапии в социально-психологической работе с различными группами получателей социальных услуг из числа граждан без определенного места жительства.

Оценивая результаты первых месяцев работы по апробации применения методов арт-терапии, можно отметить, что специалисты столкнулись с проблемами, связанными как с общими особенностями оказания психологической помощи бездомным людям, так и с проблемами характерными для отдельных групп из числа граждан без определенного места жительства являющимися получателями социальных услуг в СПб ГКУ «Центр учета и социального обслуживания граждан Российской Федерации без определенного места жительства».

Так, в частности, одной из общих проблем характерных для данной категории является проблема мотивации. Для достижения результата взаимодействия получателя социальных услуг со специалистом психологом необходимо прежде всего желание самого человека работать над собой, над преодолением определенных трудностей в его жизни, которые мешают ему полноценно вернуться в общество.

Регулярная и длительная работа по социально-психологическому сопровождению принесет положительные результаты при условии, что у человека есть деятельное желание прилагать собственные усилия. В случае мотивированности подопечного, обратившегося за социально-психологической услугой, специалист может разработать индивидуальную программу, включающую, в том числе,

применение различных методов арт-терапии. На практике же бездомные люди не имеют достаточной мотивации и не считают себя нуждающимися в психологической помощи. В таком случае, никакие методы психологической работы, включая методы арт-терапии, не могут быть эффективными.

Следующий проблемный вопрос – это вопрос ограниченности периода социального обслуживания, в течение которого можно и необходимо достичь устойчивых положительных результатов социально-психологической работы. Период социального обслуживания в «Центре учета» не более 6 месяцев. Многие получатели социальных услуг по разным причинам покидают центр еще до истечения этого срока: нарушение дисциплины, переезд в другое социальное учреждение. Состав группы подвержен постоянному изменению и не только по указанным причинам. Состав группы также не стабилен вследствие невозможности постоянного присутствия на занятиях одних и тех же граждан в определенное время в связи с решением различных вопросов медицинского характера, документального сопровождения получателей социальных слуг, трудоустройства, а также неприятия взаимодействия с тем или иным коллегой по проживанию в отделении социального обслуживания. Поэтому, организация групповой работы с применением методов арт-терапии с целью достижения эффекта взаимодействия, доверия, формирования среды для общения также теряет свою эффективность.

Различные отклонения в состоянии здоровья: ампутации, сильный тремор, особенно характерные для группы получателей социальных услуг отделения временного проживания, также препятствуют выполнению заданий, особенно в групповой форме работы. В связи с этим на первых занятиях наблюдались даже протестные реакции, а также нежелание работать в группе.

Для фиксации наблюдений за работой группы и проведения занятий был разработан «Журнал проведения занятий по апробации программы арт-терапия». Журнал заполняет психолог, непосредственно проводящий занятия. Он фиксирует состав группы, реализованные ступени структуры занятия, обратную реакцию.

Сложным вопросом применения методов арт-терапии в социально-психологической работе с гражданами без определенного места жительства стал

вопрос определения направлений работы с различными группами граждан без определенного места жительства.

Так, для получателей социальных услуг без определенного места жительства, находящихся в отделении временного проживания, применение методов арт-терапии призвано уравновесить и гармонизировать их психическое состояние, повысить свои способности к самовыражению, раскрыть творческий потенциал и задействовать внутренние резервы. Благодаря применению различных методов арт-терапии, пожилые подопечные, часто имеющие инвалидность и ограниченные возможности здоровья, могут пережить большинство чувств и эмоций: радость, восторг, обиду, злость, гнев, страх, разочарование и т.д. И переживание любого из этих чувств происходит в положительной форме. Когда человек лепит фигурки, сочиняет стихи, читает какие-то истории, раскрашивает, создает коллажи из фотографий, он учится понимать себя и свою жизнь, находить ответы на многие вопросы, тем самым преодолевая страх и неуверенность в своем будущем.

В то же время, для наших подопечных из числа получателей социальных услуг отделения социальной адаптации граждан без определенного места жительства из числа освободившихся из мест лишения свободы, цель применения методов арт-терапии – это работа с ресурсами. Б. Г. Ананьев, автор ресурсного подхода говорил, что использование такого подхода предоставит возможность создать «общую модель резервов и ресурсов личности, которые проявляют себя в самых различных направлениях в зависимости от реального процесса взаимодействия человека с жизненными условиями внешнего мира и от структуры личности самого человека». Данное направление социально-психологической работы позволяет повысить самооценку человека, проявить целеустремленность в преодолении трудных жизненных обстоятельств.

Одним из открытий и достижений в работе по применению методов арт-терапии в направлении работы с ресурсами для получателей социальных услуг отделения социальной адаптации стал интерес к кинотерапии. Данный метод стал наиболее действенным и востребованным у данной группы получателей

социальных услуг прежде всего как некая обучающая модель жизненных ситуаций и их анализа, так как многие подопечные большую часть своей жизни провели в исправительных учреждениях и социальные навыки у них во многом утеряны. Продолжая данную работу, на базе отделения социальной-адаптации был организован киноклуб. Все желающие приглашаются на просмотр подготовленного специалистом-психологом фильма, а затем за чашкой чая, в непринужденной обстановке участники обсуждают повороты сюжета выражая свое мнение и прислушиваясь к мнению других участников.

Таким образом, апробируя применение методов арт-терапии, можно говорить о создании набора технологий социальной работы наиболее применимого в практике социальной работы и оказании социальных услуг, дающего положительные результаты, эффективного для социальной адаптации граждан без определенного места жительства, с учетом индивидуальных особенностей каждого получателя социальных услуг.

Наша работа продолжается, но уже сейчас можно сказать, что в ходе реализации практики специалисты, задействованные в проекте, приобретают новый опыт работы с бездомными людьми.

Иванович Ю. Л.

Арт-терапевтическое пространство живой природы

Человеческая психика – очень тонкий инструмент. Как и любой другой инструмент, она может «расстроиться», изменить свой лад, звучание в этом мире, и тогда человек начинает испытывать внутренний дискомфорт, «теряет себя», свой путь и призвание. В такие моменты может помочь «камертонный настройщик» – психолог, психотерапевт, который вместе с клиентом ищет то пространство, те способы обретения гармонии, которые станут настоящим

ключом к трепещущей душе. Арт-терапевтическое пространство живой природы является одним из таких ключей.

Соприкасаясь с дикой природой в ее первозданном, насколько это возможно, виде, человек имеет возможность встретиться и с самим собой, своей истинной сущностью. Для этого можно использовать разные инструменты, например, гармоничное пространство природных ландшафтов леса, сказкотерапию, канистерапию.

Сказкотерапия – это процесс поиска смысла, расшифровки знаний о мире и системе взаимоотношений в нем с помощью сказок и историй. Канистерапия – это метод, усиливающий эффективность развития личности, образования и реабилитации, в котором мотиватором является специально отобранная и обученная собака и который применяется квалифицированным канистерапевтом.

В сочетании эти методы, особенно при проведении встреч на природных площадках в лесных массивах, позволяют достигнуть максимального терапевтического эффекта.

Рассмотрим более подробно метод канистерапии.

С древности люди интуитивно знали о том, что собаки могут помогать в лечении заболеваний. Подтверждение этому можно найти в религии и мифологии. В Древней Греции, например, собаки играли главную роль в культе бога врачевания Асклепия (Эскулапа), который нередко посещал пациентов в виде пса и зализывал раны больных. Святых раннего христианства часто изображали вместе с собаками, которые помогли им когда-то выздороветь.

В медицине канистерапию впервые стал применять Уильям Тьюк. В 1790 г. он основал больницу для душевнобольных в английском графстве Йоркшир. Традиционные для того времени методы лечения с помощью лекарств и смирительных рубашек там заменили на христианские принципы сострадания, любви, понимания и доверия, а в терапии стали применять собак. Уже тогда врачи больницы отмечали положительное влияние животных на больных: у тех снижалась агрессия и частота приступов.

Американский детский врач-психиатр Борис Левинсон обратил внима-

ние, что маленькие пациенты положительно реагировали на его собаку, которая находилась в приемной во время сеанса лечения. Именно он в 1969 г. впервые употребил термин «петтерапия» и предложил использовать животных для лечения психических заболеваний.

В наше время учеными установлено, что сверхчувствительное обоняние помогает собакам определять редкое сочетание белков в злокачественных опухолях. Собаки способны предчувствовать как минимум за 20 минут эпилептический припадок, отличить одежду здоровых детей от детей, страдающих аутизмом. Взаимодействие с собаками улучшает социальную адаптацию больных при болезни Альцгеймера, у пациентов с афазией и другими нарушениями речи. Собаки успешно используются в психиатрической практике, например, для терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), шизофрении, в лечении различных зависимостей. Использование собак как дополнение при лечении и реабилитации больных с различными патологиями, например, с травмами позвоночника, кардиологическими заболеваниями (инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, перенесенная остановка сердца, пересадка сердца), людей, перенесших хирургическое вмешательство, положительно влияет на эмоциональное состояние больных, уменьшает интенсивность болей, предупреждает развитие беспокойства, улучшает кардиопульмонарное давление, уменьшает уровень нейрогормонов и в целом улучшает реабилитацию.

Особенно хочется отметить эффективность канистерапии в работе с детьми и подростками. В детском возрасте животные оказывают существенную психологическую помощь: помогают расширить круг общения, компенсировать одиночество, снимать психоэмоциональное напряжение, дарят положительные эмоции, способствуют развитию эмпатии. Канистерапия эффективна в воспитании и коррекции психических особенностей подростков, причем результат виден и в учебной деятельности: повышается интерес к учебе, успеваемость, дети лучше усваивают учебный материал, улучшается посещаемость.

Отмечаются положительные результаты использования канистерапии при социальной реабилитации детей, больных детским церебральным парали-

чом, детей с синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, при реабилитации детей, больных аутизмом.

В целом канистерапия может выполнять следующие задачи:

1. Гармонизировать актуальное психическое состояние, улучшить эмоциональный фон.
2. Снижать уровень тревожности, психического напряжения.
3. Способствовать развитию эмоциональной сферы.
4. Оказывать положительное влияние на психомоторику.
5. Способствовать нормализации вегетативных функций.
6. Способствовать актуализации ресурсных состояний.
7. Уменьшать аутизацию.
8. Повышать уровень развития коммуникативных навыков.
9. Выполнять функцию самореализации.
10. Способствовать дестигматизации.

Общение с собаками – домашними питомцами само по себе может быть терапевтическим и приносить большую пользу всем членам семьи. Например, наличие в доме собаки заставляет ее хозяев вести более активный образ жизни, а это, в свою очередь, снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний. К тому же есть данные, согласно которым, во время выгуливания собак их хозяева общаются со значительно большим числом прохожих, чем во время обычной прогулки. Собака, живущая в семье, может существенно улучшить не только общую психологическую обстановку в доме, но и снизить напряженность в семейных отношениях, улучшить или поддержать в норме самочувствие обитателей дома, вызывать сильные позитивные эмоции и содействовать улучшению общего состояния их здоровья. Собака, став членом семьи, способствует снижению выраженности фобических и депрессивных состояний и напряжения, а также снижает рассеянность. Кроме того, существуют объективные данные улучшения показателей нижнего кровяного давления, жиров и снижение потребности в употреблении психотропных препаратов у владельцев собак. Если в семье есть дети, то завести собаку, по мнению врачей, просто необходимо. По данным исследований, неразговорчивые дети после общения с собаками начинают больше говорить, а дети с пониженной (приобретенной или врожденной) эмоциональностью

начинают проявлять способность активно реагировать на окружающий мир. Кроме того, существуют неоспоримые доказательства положительного влияния собак на детей с задержкой умственного развития, а также на трудных подростков.

Однако собака-«терапевт» – это особая собака. Во-первых, она должна обладать определенными качествами: быть спокойной, дружелюбной, должна любить свою работу и проявлять к людям неподдельный интерес. Во-вторых, она должна пройти специальный курс обучения, в результате которого у собаки формируется целый поведенческий комплекс. Ее не пугают и не настораживают такие объекты, как палки, костыли, ходунки и тому подобное. Она спокойно относится к виду человека, сидящего в инвалидном кресле или, например, совершающего какие-либо непроизвольные движения. Такая собака подготовлена к шуму, крикам, толчкам инвалидной коляской, щипкам, дерганью за хвост и другим проявлениям возможной агрессии со стороны пациентов. Она учится слушаться незаметных команд вожатого, так, чтобы у клиента создавалось ощущение полной самостоятельности. Такая собака должна уметь выполнять команду пациента быстро или очень медленно, имитировать непонимание, если требуется стимулировать человека к более четкому действию. Подготовленная собака невозмутимо выполняет свою работу или отходит в сторону, что бы ни происходило вокруг нее. Только отлично подготовленная собака, сдавшая экзамен и получившая сертификат – «собака средство реабилитации», вожатый, прошедший обучение и специалист в области применения канистерапии, могут принести пользу пациенту. Специалист ставит реабилитационную задачу, вожатый направляет собаку, собака работает с пациентом, специалист оценивает работу и корректирует процесс. В этом случае, канистерапия становится эффективной, дает заметный результат.

Канистерапия может иметь разные формы: встреча с собакой, обучение с собакой и терапия с собакой.

Встреча с собакой – это такие занятия, целью которых является создание позитивного контакта между участниками и собакой. Во время спонтанной, веселой игры под руководством ведущего участники привыкают к контакту с собакой, гладят ее, дают команды. Основная задача таких встреч – это передача положительных эмоций участникам, получение удовольствия от общения с собакой, преодоление страха в отношениях с окружающей средой. Занятия

стимулируют развитие органов чувств и восприятия, позволяют отвлечься от насущных проблем, выйти за рамки повседневной рутины. В зависимости от потребностей клиента такие встречи могут проводиться как в форме индивидуальных занятий, так и в виде групповой работы. Длительность обычно не определяется однозначно. Количество встреч также индивидуально.

Целью обучения с собакой является улучшение интеллектуальной и познавательной сферы ребенка, что требует определенной подготовки (сценария, реализующего программу обучения), а также знаний и умений, выходящих за пределы встречи с собакой. Поэтому данную форму занятий выделяют особо. Занятия обычно проходят в детских садах и школах. Собака используется в качестве «научного помощника», может мотивировать к обучению и благодаря созданию благоприятных условий увеличивать возможность усвоения знаний. Дети более охотно запоминают содержание, героем которого является их новый друг – собака. Такие занятия могут помочь детям со сниженным восприятием или нежеланием (по разным причинам) усвоения знаний и посещения школы. Занятия могут проходить как индивидуально, так и в группах или классах.

Терапия с собакой – это комплекс упражнений, направленных на конкретную, запланированную реабилитационную цель, для которых составляется методика, согласованная с реабилитологом или лечащим врачом. Эти занятия характеризуются индивидуальным подходом к каждому участнику, его возможностям и потребностям. При терапии с собакой для каждого клиента фиксируются вид проводимых упражнений и их эффекты, что позволяет периодически проверять эффективность подобранных методов. Данный вид занятий является развивающей системой, то есть в зависимости от меры достижения успехов в реабилитации применяется постепенное увеличение трудностей. Самой эффективной формой терапии с собакой являются индивидуальные занятия или занятия в очень маленьких группах (обычно не более 3 человек).

В центре «Оберег» проводятся все виды канистерапии, как на базе питомника, так и непосредственно в организациях по реабилитации детей и взрослых. Центр сотрудничает со специализированными учебными заведени-

ями, детскими домами и благотворительными организациями. В центре проводятся канистерапевтические сеансы для людей с ограниченными возможностями здоровья и «солнечных» детей, с людьми – участниками боевых действий, сотрудниками силовых структур.

Сотрудники центра обладают личным опытом проведения сеансов канистерапии с непосредственным участием русских лесных, канадских бизоньих и северных волков, а также высококровных русских вольфхундов, специально обученных для психотерапевтических встреч с людьми, выступающими в них «камертонными настройщиками» психики человека.

При проведении встреч, имеющих непосредственно психотерапевтическую направленность, высокую эффективность показывает сочетание канистерапии и сказкотерапии, особенно при работе в ландшафтном пространстве дикой природы. Общение с собакой или волком помогает человеку снять стресс, мягко избавиться от блоков и зажимов, разрядить негативные чувства, вернуться к «детскому» восприятию мира. В этом состоянии клиент может высвободить из прошлого задержавшуюся там энергию какого-то травмирующего события и использовать ее в настоящем для реализации самой главной для него на данный момент цели, решения какой-то жизненной задачи. Для этого ему может быть предложена пассивная форма сказкотерапии – прослушивание или чтение притчи, сказки, предания. Смешанная форма, когда прочитанное можно обсудить. Также это может быть активная форма сказкотерапии, когда клиент на основе полученных впечатлений создает свою сказку или стихотворение, в котором зашифровывает определенное символическое содержание. Далее в процессе конструктивного диалога со специалистом глубинное содержание образа может быть раскрыто, энергетическая составляющая высвобождается, благодаря чему гармонизируется внутреннее состояние человека и пробуждается природная система самодиагностики и самогармонизации.

Это позволяет говорить о благотворном влиянии арт-терапевтического пространства природной среды на физическое, психоэмоциональное и энергетическое состояние человека.

Киселева М. В., Капустина В. В.

Опыт применения изотерапевтического подхода в раскрытии творческого потенциала у детей дошкольного и младшего школьного возраста

В последние годы психологи наблюдают, что живое общение детей друг с другом и взрослыми, обычные предметные и подвижные игры все больше заменяются виртуальными играми и общением с использованием электронных устройств. Тем самым, значительно обедняется творческая фантазия, тормозится развитие самостоятельного мышления, то есть наиважнейших качеств, нужных будущему взрослому человеку.

Творчество тесно связано с жизнью ребенка, которая наполнена богатой игрой фантазии и символической деятельностью. Чувства и эмоции нередко находят выражение с помощью используемых детьми символов, происходит смешение внутренней и внешней реальности и предметы внешнего мира наделяются чувствами. Как писал Левин, «ребенок чаще всего не разделяет фантазию и реальность». Ребенок творит и развивает свою фантазию.

Ф. Карлгрен в книге «Воспитание к свободе» говорит, что творческая фантазия – одна из важнейших внутренних способностей человека. Фантазия играет важную роль в жизни, как ребенка, так и взрослого человека. «Творческий человек» – это человек, способный по-новому обрабатывать информацию и решать сложные задачи.

Давно заметив неоспоримое и многостороннее влияние искусства на жизнь и здоровье, человек настойчиво обращался к нему в надежде на помощь. И искусство помогало человеку, возвращая силы и душевное равновесие, делая его жизнь достойной человека.

Такие возможности человека не случайны – они лежат в самой его природе. Вполне возможно, искусство возникло в окружающем нас мире для того, чтобы приносить человеку эстетические радости, во-первых, и защищать человека от всего того, что мешает нормально существовать, во-вторых.

В. Франкл в своей книге «Человек в поисках смысла» говорит: сила, могущество искусства, основана на его способности порождать особое психоэнергетическое поле, транслирующее положительную энергетику своих творцов слушателям, зрителям. Эта энергетика обладает множественностью воздействия: в зависимости от творения она способна исцелить человека и возвратить к жизни, стимулировать его интеллект, оказывать психологическую помощь, вселять надежду и укреплять уверенность в себе»[1].

Человек, благодаря своей природе, является могущественной силой, способной создавать окружающее его пространство, гармонично вписываясь в биоритмы окружающего его мира, открыв в себе возможность восприятия этого мира на самом тонком уровне.

Авторский рисунок отражает как эмоциональное состояние человека в данный момент времени, так и его отношение к событиям прошлого. Поэтому не важна манера исполнения рисунка, а важна энергетическая составляющая, проявляющаяся на физическом пространстве, в виде линий, пятен, цветовых контрастов.

В аналитической психологии принято считать, что бессознательное стремится компенсировать или дополнить сознание для формирования моментального процесса адаптации личности, создавая символическое пространство. В процессе создания рисунка, человек проявляет «символическую активность», создавая тот или иной образ, организуя пространство листа с помощью линий, точек и цветовых пятен[2].

У детей существует теснейшая связь телесного и духовного. Ребенок мгновенно демонстрирует свои чувства, поэтому и в своем изобразительном творчестве, дети, не задумываясь, создают то, что чувствуют, не пытаясь проанализировать это с точки зрения эстетики.

Творчество естественно вплетается в жизнь ребенка, являясь неотъемле-

---

[1] *Франкл В. Э.* «Человек в поисках смысла». Москва.: Прогресс, 1990.

[2] *Киселева М. В.* Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. СПб.: Речь, 2007.

мой частью его развития. В творчестве ребенка отображается то, что его волнует, то, что для него важно. Как особую черту детского творчества психолог Л. С. Выготский отмечает синкретичность. Рисунок, драма, литература, в детском творчестве идут бок о бок. Например, начиная рассказывать какую-нибудь историю, ребенок тут же начинает изображать, драматизировать ее[1].

Рисование развивает чувственно-двигательную координацию, так как требует согласованного участия многих психических функций. По мнению специалистов, рисование участвует в согласовании межполушарных взаимоотношений, поскольку в процессе рисования активизируется конкретно-образное мышление, связанное, в основном, с работой правого полушария, и абстрактно-логическое, за которое ответственно левое полушарие[2].

Будучи напрямую связанным, с важнейшими функциями: зрением, двигательной координацией, речью, мышлением, – рисование не просто способствует развитию каждой из этих функций, но и связывает их между собой.

Чтобы помочь ребенку активизировать творческое начало, а также развить фантазию и укрепить самооценку, можно использовать арт-терапевтические технологии, опираясь на изотерапевтический подход.

Изотерапия использует процесс создания изображений в качестве инструмента реализации целей. Это не создание произведения искусства, не часть занятий по изобразительному искусству. Творческие занятия с использованием изотерапевтических техник служат инструментом для изучения чувств, идей и событий, для развития межличностных навыков и отношений, укрепления самооценки и уверенности в себе.

Для занятий подходят все виды художественных материалов. Можно проводить упражнения, только с помощью карандаша и бумаги, а можно использовать большой набор художественных материалов.

Для ребенка использование художественных материалов – это естественный способ рассказа о себе, своих чувствах, мыслях, о своем опыте. В процессе создания

---

[1] *Киселева М. В.* Арт-терапия в работе с детьми. СПб.: Речь, 2021.
[2] *Осипова А. А.* Общая психокоррекция. Москва.: Сфера, 2002.

рисунка ребенок легко открывает свои истинные чувства и переживания, и он играет в процессе рисования, так как рисование – это динамический процесс для него.

В процессе рисования, ребенок воспринимает то, что он себе представляет, как действительное, не задумываясь о том, где граница реальности и воображения. Сам процесс рисования не направлен на достижение какой-либо цели, дети очень часто наслаждаются самим процессом использования различных художественных материалов, оставляя следы своей деятельности на пространстве листа.

Рисунок, как игра, «компенсирует малые права ребенка среди взрослых. Ему хочется распоряжаться собой и своими вещами, и рисунок, как игра, позволяет хотя бы иллюзорно осуществить это. Он создает на бумаге свой особый мир, который принадлежит только ему».

Число методов, облегчающих детям выражение их чувств, при использовании изотерапии, бесконечно. Работа с ребенком – это процесс, который требует осторожности и деликатности, процесс, при котором то, что, происходит в душе преподавателя, взаимодействует с происходящим в душе ребенка. Изобразительное творчество – это мощное средство самовыражения, которое помогает осуществить самоидентификацию и обеспечивает путь для проявления чувств.

Преподаватель строит свои отношения с ребенком таким образом, чтобы ребенок делился своими ощущениями, возникающими в процессе создания образа, чувствами, касающимися подхода к выполнению и решению задачи, к самой работе, к процессу творения. В результате ребенок начинает лучше осознавать себя[1].

Выбор изотерапевтичекого подхода в работе с детьми имеет следующие преимущества:

Во-первых, изотерапевтический подход ориентирован на невербальное общение. Детям трудно словесно описать накопившиеся переживания, а благодаря рисунку они могут отреагировать свои эмоциональные переживания.

Во-вторых, творческое пространство и безоценочное отношение к продуктам творчества являются благоприятным условием для самовыражения и адекватной самооценки ребенка.

---

[1] *Киселева М. В.* Арт-терапия в работе с детьми. СПб.: Речь, 2021.

В-третьих, изотерапевтические техники вызывают у детей положительные эмоции, способствуя развитию самостоятельного мышления.

Используя изотерапевтический подход, можно повысить уровень эмоционального развития, развить креативность и укрепить самооценку у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

В связи с вышеизложенным, была разработана и внедрена программа «Развитие творческого потенциала у детей 5-12 лет» на базе МКУ Центр культуры и спорта «Лаголово».

За 6 лет реализации программы с сентября по май занятия посетили 103 ребенка (табл.), из них 8 человек посещали занятия в течение нескольких лет и поступили в художественную школу.

Таблица

Половозрастные характеристики детей

Возраст	Девочки	Мальчики
5-7	50	28
8-10	10	3
11-12	10	2
Итого	70	33
Всего	103	

Также программа проводилась в летнее время (с июня по август) в условиях летнего лагеря в течение четырех лет. Количество детей в летний период составило – 138 человек.

Итого за весь период работы в Центре 241 ребенок участвовал в данной программе.

Занятия проводились в небольших группах по 6-8 человек 1,5 часа с перерывом (10-15 мин) 2-3 раза в неделю.

Целью занятий было раскрытие творческого потенциала детей дошкольного и младшего школьного возраста, развитие фантазии и укрепление самооценки. Особенностью данного подхода является создание для ребенка условий для самовыражения посредством художественных материалов.

Достижение цели программы осуществлялось в парадигме изотерапевтического подхода.

Задачи программы включали:

1. Изучение художественных материалов.
2. Знакомство с художественными техниками и приемами.
3. Использование художественных материалов для выражения своих чувств, впечатлений и фантазий по отношению к изображаемому объекту.

Для свободы творчества родителям рекомендовалось обратить внимание на одежду детей. Детей следует одевать таким образом, чтобы дети не боялись испачкать одежду.

Каждое занятие состояло из трех этапов: вводный, основной и заключительный.

Вводный этап – это игра, настраивающая детей на творческий, экспериментальный процесс. На этом этапе детям предлагаются задания, направленные на исследование возможностей художественных материалов и способов перевода энергии чувств в форму, линию, цвет.

Для ребенка игра – это естественный способ рассказа о себе, своих чувствах, мыслях, о своем опыте. В игре ребенок легко открывает свои истинные чувства и переживания. Все, что беспокоит ребенка, волнует его, он может выразить в игре. Для детей процесс рисования воспринимается как игра, где каждый ребенок изображает собственное представление о мире и свое отношение к нему. Как писала Фридель Ленц в своей книжке «Образный язык народных сказок»: «ребенку хочется распоряжаться собой и своими вещами, и рисунок, как игра, позволяет хотя бы иллюзорно осуществить это. Он создает на бумаге свой особый мир, который принадлежит только ему»[1].

Ребенок не задумывается о конечном результате, он получает удовольствие от самого процесса рисования. Получая удовольствие от процесса, он внутренне сам себя гармонизирует.

Вводный этап представляет из себя очень важный этап сенсорных, эмоциональных и сознательных переживаний в свободном

[1] *Фридель Л.* Образный язык народных сказок. СПб.: Деметра, 2015.

экспериментировании с художественным материалом. Пробуя и смешивая краски в игровом стиле, ребенок может прийти к небольшим открытиям в отношении материала и самого себя.

Непосредственные переживания пробуждают сенсорные ощущения от художественного материала, а также разнообразные эмоции и мысли. Для ознакомления детей с процессом самовыражения при помощи художественного материала полезно использовать называние цветов, описание проб художественных материалов и осознание чувств, порождаемых этими пробами.

Кроме того, существуют и иные достоинства «игровой деятельности» с художественным материалом: дети создают новое, из отдельных частей собирают целое, при посредстве художественного материала начинают осознавать свои проблемы и добиваться их разрешения[1].

Для настройки на групповую деятельность используются: психогимнастические игры и игры, направленные на развитие творческого мышления. Применение психогимнастических игр позволяет:

– создать более доверительную атмосферу в группе;
– повысить уровень открытости участников;
– снизить напряженность;
– активно вовлечь участников в процесс;
– способствует сплоченности в группе, что обеспечивает результативную работу.

После психогимнастических игр, детям предлагается поизучать художественные материалы: потрогать карандаши, мелки, баночки с краской; понюхать, ощутить запах; ощупать кисти – какие они мягкие, жесткие, тонкие, широкие, – активировать все органы чувств.

Следует обратить внимание на качество художественных материалов. Все материалы для творчества должны быть хорошего качества.

Список рекомендуемых материалов, используемых в данной программе. Для акварельных работ необходимо иметь:

---

[1] *Киселева М. В.* Арт-терапия в работе с детьми. СПб.: Речь, 2021.

– акварельные краски в кюветах, например: «Ленинград» или «Белые ночи», не меньше 12 цветов, лучше больше;

– кисти из синтетики разной толщины – номера 2, 4, 8, одну большую плоскую №16.

– бумагу акварельную плотностью от 200г/м2, а лучше 260 г/м2 с добавлением хлопка, формат А4, А3, А2.

Для гуашевых работ необходимо иметь:

– гуашь 12 цветов, например «Мастер класс» и, дополнительно, большую баночку с белилами;

– палитру пластиковую прямоугольную;

– бумагу плотностью от 150г/м2, ватман «Гознак».

Для графических работ необходимо иметь:

– простой карандаш твердый 2Н или НВ фирмы «Koh-i-noor», «Faber Castell».

– бумагу крафтовую формата А3 и плотностью от 140 г/м2;

– линер толщиной линии 0,3 или 0,5 мм, лучшие – «Micron», «Faber Castell»;

– ластики мягкие;

– кисть с щетиной плоскую размера 8 или 9;

– декоративные маркеры серебристый, золотистый, белый;

– гелевые ручки: белую, черную;

– маркер толстый черного цвета.

Для пастельных работ необходимо иметь:

– пастель сухую (чем больше цветов, тем лучше) «Faber Castell», «Gallery», «Сонет»;

– масляную пастель или восковые мелки;

– бумагу для пастели формата А3, желательно хороший альбом-склейка «Palazzo».

После знакомства с художественными материалами, детям предлагается

на черновике произвольно порисовать художественным материалом, почувствовать его в работе, изучить возможности. Уже в процессе настройки, открывая для себя новый материал, дети искренне радуются своим экспериментам. В этот момент ребенок полностью погружается в себя, он увлекается процессом, и его не заботит конечный результат. Здесь очень важно безоценочное отношение. Ведущий вместе с ребенком восторгаемся его открытиям.

После настройки осуществляется переход к основному этапу.

Основной этап – изобразительная деятельность. Ребенку предлагается выполнить задание, используя стимульный материал, а остальное время посвящено свободному творческому процессу, в котором каждый может проявить себя так, как ему хочется в данный момент. Изобразительная деятельность построена таким образом, чтобы дети могли добиться в ней определенных успехов, чтобы каждый справился с заданием. Для этой цели использовались различные художественные техники и приемы, которые были направлены на осваивание новых способов и возможностей работы с художественными материалами: фломастеры, тушь, гуашь, акварель. Изучались разные штриховки, растяжки, заливки, декоративные приемы, и совмещение различных техник. В качестве примера приводится ряд техник и приемов при работе с разными художественными материалами.

1. Работа акварелью: акварель по-сырому.

Перед тем, как начать рисовать, лист бумаги целиком смачивают водой, а затем быстро пишут по еще мокрой поверхности. Растекаясь, акварельная краска может передать мягкие переходы одного цвета в другой. Мелкие детали дорисовываются после высыхания бумаги.

2. Работа гуашью: рисование дополнительными цветами: красный – зеленый, синий – оранжевый, фиолетовый – желтый.

3. Работа тушью: рисование сухой кистью, выдувание трубочкой, оттиск мятой бумагой.

Заключительный этап – подведение итогов дня, обсуждение полученных работ.

На заключительном этапе дети дают название своим рисункам, рассказывают о своих впечатлениях, сочиняют истории, делятся своей картиной мира. Педагог отмечает находки каждого, тем самым делает акцент на том, что получилось: на выбор цвета; на расположение объекта на пространстве листа; на выразительность рисунка и т. д.

В групповом процессе при обсуждении своих работ, тренируются социальные навыки: умение слушать друг друга, высказывать свое мнение, отношение или впечатление. Педагог очень бережно относится к работам детей. В работах есть живые чувства, эмоции, свой взгляд на мир. Они впечатляют своей выразительностью и живостью.

В результате изотерапевтического подхода и использования художественных техник дети создают красивые, эффектные творческие работы. Ребенок с гордостью несет свой рисунок показать родителям, друзьям. Он с радостью говорит: «Это моя работа, это я сделал!» Тем самым повышается самооценка и происходит укрепление позитивного образа «Я». Родители восхищаются работами своих детей.

Занятия в мастерской, где сама обстановка и атмосфера не похожи на школьную, вероятно, помогают детям передохнуть, что немаловажно, поверить в себя, в свои способности.

В процессе работы можно отметить, что данный подход к обучению очень органичен, понятен и интересен для ребенка. Поэтому дети с радостью посещают занятия, не боятся экспериментировать и творчески самовыражаться.

Рисунки студийцев неоднократно являлись победителями и участниками многих городских и областных выставок и конкурсов.

В результате посещения занятий, со слов родителей, у детей снизилась тревожность, ребенок стал более спокойным, в поведении – более раскрепощенным, улучшились оценки по рисованию и другим предметам. Отрегулировалось поведение в школе. Дети меньше стали проводить время за гаджетами, а больше заниматься самореализацией через творчество. Перестали бояться художественных материалов и оценки других людей. Повысился уровень самооценки.

Данный подход к раскрытию творческих способностей детей 5-12 лет создает условия для самовыражения, для развития фантазии, формирования адекватной самооценки, которая пригодится в любой взрослой деятельности. Ребенок занимается творчеством с интересом и удовольствием. Именно в таком контексте запускается процесс самоисцеления и внутренней гармонизации личности.

Для иллюстрации этого метода представлены несколько работ детей на тему воображаемый зверь.

Рис. Воображаемый зверь

Результаты деятельности студийцев показали, что метод эффективен и требует дальнейшего осмысления и разработки программ для их внедрения в условиях дошкольного образования как первичной профилактики эмоциональной гармонизации личности ребенка.

Курникова М. В., Зверев Ю. П.

Влияние занятий телесно-ориентированными практиками на физические способности глухих детей

Здоровые и успешные дети традиционно считаются критерием качества жизни семьи. Инвалидность ребенка является сильным стрессом для родителей и снижает уровень социального самочувствия всех членов семьи. Родители детей-инвалидов декларируют двигательное развитие и возможности к самореализации ребенка как основную свою цель и потребность, так как ребенок с нарушениями развития не может сформировать физически активный стиль жизни[1]. Важным показателем здоровья детей является уровень развития физических способностей. Физические способности – это комплекс морфологических и психофизиологических свойств человека, отвечающих требованиям какого-либо вида мышечной деятельности и обеспечивающих эффективность ее выполнения. Одной из таких физических способностей является баланс, то есть способность поддерживать и управлять общим центром тяжести тела (ОЦТ) в пределах базы опоры в целях предотвращения падения или потери равновесия при статическом и динамическом положениях[2].

Баланс тесно связан с управлением телом человека как в спокойном положении, так и при движении в различных условиях внешней среды и ситуациях[3]. Для поддержания баланса необходимо динамическое взаимодействие между зрительной, нейромышечной, когнитивной системами организма[4].

Нарушения слуха часто сопровождаются расстройствами сохранения

---

[1] *Курникова М. В.* Интегративная модель физической активности как ресурс социального самочувствия семьи с ребенком-инвалидом // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. №1 (49). Н. Новгород: ННГУ им. Н. И. Лобачевского, 2018.

[2] *Horak F. B., Nashner L. M.* Central programming of postural movements: adaptation to altered support-surface configurations // Journal of Neurophysiology. 1986. № 55(6).

[3] *Pollock A.* What is balance? / A. Pollock, B. Durward, P. Rowe, J. Paul // Clinical rehabilitation. 2000. № 14(4).

[4] Physical rehabilitation: evidence-based examination, evaluation, and intervention / Ed. M. H. Cameron, L.G. Monroe. — St. Louis: Saunders Elsevier, 2007.

положения тела в пространстве. Многочисленные исследования показали наличие данных дисфункций у 30-70% детей с нарушением слуха, что оказывает негативное влияние на сенсорную интеграцию, координацию движений и приводит к задержке моторного развития ребенка[1]. Считается, что основной причиной дисфункции баланса у глухих и слабослышащих людей является тесная функциональная и анатомическая взаимосвязь между вестибулярными и слуховыми сенсорными системами. Поэтому заболевание или травма органа слуха также может привести к нарушениям вестибулярной системы[2].

Телесно-ориентированные практики основаны на холистическом подходе к здоровью человека, на взаимосвязи духовного и телесного функционирования организма. Они позволяют выработать чувство восприятия своего тела, улучшить владение им, повысить самооценку, решить эмоциональные и психологические проблемы. Применение телесно-ориентированных техник в адаптивной физической культуре позволяет удовлетворить потребности человека с ограниченными возможностями здоровья в физической активности, самоактуализации, творческом саморазвитии, самовыражении духовной сущности через движение, музыку, образ, в том числе художественный, и другие средства искусства[3].

Выделяют два основных типа телесно-ориентированных техник: психофизический и этико-культурологический. Первый предлагает работу с телом через дыхание, активную и пассивную манипуляцию мышцами и суставами, движение и голосоведение, второй – целостное включение личности в эмоциональное креативное действие, предполагающее ломку поведенческих и культурных стереотипов[4].

---

[1] *Jafari Z., Malayeri S.* The effect of saccular function on static balance ability of profound hearing-impaired children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 75 (7), 2011.

[2] *Pajor A.* Magdalena Jozefowicz-korczynsks: Prognostic factors for vestibular impairment in sensorineural hearing loss. Ear Arch Otorhinolaryngol. 2008.

[3] *Никитин В. Н.* Психология телесного сознания. Москва. Алетейя. 1998; Телесно-ориентированная психотерапия. Хрестоматия / Автор – составитель Л.С. Сергеева. СПб., 2000.

[4] *Долженкова М. И.* Театротерапия в структуре современных технологий социокультурной реабилитации. Учебное пособие «Педагогика. Вопросы теории и практики». Тамбов, 2016. № 2.

В адаптивной физической культуре наиболее часто применяются такие телесно-ориентированные практики как различные виды двигательной и танцевальной терапии, телесно-дыхательные и звуковые техники, а также восточные виды телесных практик (йога). Однако наиболее оптимальной техникой для глухих детей может являться пантомима – вид сценического искусства, в котором основным средством создания художественного образа является пластика человеческого тела, без использования слов. Занятия пантомимой базируются на требовании уверенного владения телом и его ориентации в пространстве в сочетании с трансляцией эмоциональной информации для создания художественного образа. Поэтому они могут оказать положительное влияние на моторное развитие глухих детей, в частности, на развитие контроля положения тела.

Целью настоящего исследования было обоснование влияния регулярных занятий телесно-ориентированными техниками, в частности пантомимой, на показатели статического и динамического баланса у глухих детей младшего школьного возраста.

Организация исследования. Исследование проходило на базе Муниципального казенного общеобразовательного учреждения «Школа – интернат для глухих детей» в г. Нижний Новгород в период с сентября по ноябрь 2019 г. На базе интерната с 1986 г. по настоящее время успешно работает Театр «Пиано», художественный руководитель и режиссер театра Заслуженный работник Культуры РФ, Лауреат государственной премии Президента РФ В. Н. Чикишев.

Экспериментальную группу (ЭГ) составили 11 глухих мальчиков в возрасте от 8 до 10 лет. Дети данной группы занимались телесно-ориентированными практиками и входили в состав труппы Театра «Пиано». Было сформировано две группы сравнения. В первую группу сравнения (ГС1) вошли 11 глухих мальчиков из той же школы-интерната, которые не занимались телесно-ориентированными практиками и пантомимой. Они занимались адаптивной физической культурой в рамках учебного плана. Вторая группа сравнения (ГС2) включала 11 мальчиков, обучающихся в общеобразовательной школе и не имеющих отклонений в состоянии здоровья.

Возрастной состав трех групп был сходен: средний возраст детей в ЭГ – 8,6 (0,9) лет, в ГС1 – 8,9 (1,6) лет, в ГС2 – 8,8 (1,0) лет.

Дети в ЭГ занимались репетициями в театре 5 раз в неделю (кроме субботы и воскресенья) по 1,5-2 часа. Занятия проводились в дневное время с 14.00 до 16.00 часов. Средний стаж занятий телесно-ориентированными практиками и пантомимой составлял 1 год 4 месяца (от 8 месяцев до 2-х лет 4 месяцев).

В занятия входило выполнение трех типов пластико-драматических приемов и пантомимических техник:

1. Техники, изображающие образы предметов и животных: «волна рукой-парящая шаль», «зеркало», «иллюзия веса – штанга», «стена», «улитка», «пластические техники движения» – различный виды локомоций человека.

2. Техники, изображающие эмоции: «дуэль» – различные варианты взаимодействия двух участников: синонимический, антонимический, гротесковый, сюрреалистический, ритмичный, сенситивный.

3. Техники, изображающие танцевальные и акробатические элементы – «пантомимические шаги, «лунная походка», «упражнение на доверие», «люлька», «кувырок», «маятник».

Основные группы используемых на занятиях (репетициях) техник базировались на тренировке статического и динамического (реактивного и проактивного) баланса и представляли собой удержание заданной позы и динамические переходы из позы в позу.

Для оценки постурального баланса во всех группах выполнялись следующие тесты:

– Статический баланс – «Модифицированная проба Ромберга» с открытыми и закрытыми глазами и тест «Фламинго».

– Динамический реактивный баланс – «Тест ходьбы Фукуды-Унтербергера».

– Динамический проактивный тест – «Педиатрический тест на дотягивание».

«Модифицированная проба Ромберга» выполнялась из исходного положения

стоя в тандемной стойке. Измерялось время, в течение которого ребенок удерживал позу и равновесие (максимум до 60 с). Проба проводилась с открытыми и закрытыми глазами. Делалось 3 попытки, регистрировался лучший результат.

Тест «Фламинго» проводился на устойчивой узкой деревянной балке высотой 5 см, покрытой войлоком. Ребенок вставал одной ногой вдоль балки. Вторая нога была согнута в колене, кисть одноименной руки охватывала лодыжку. Учитывалось количество потерь равновесия (фолов) за 60 с.

«Тест ходьбы Фукуды-Унтербергера» выполнялся в исходном положении стоя в центре системы координат – 2 окружности с радиусом 0,5 м и 1 м с общим центром, разделенные на секции в 30 градусов. Через центр окружностей (нулевая точка) проходила горизонтальная и вертикальная оси. Глаза у ребенка были закрыты плотной повязкой, руки вытянуты вперед под прямым углом. Положение стоп отмечалось на системе координат. По команде ребенок под счет выполнял 50 шагов на месте за 50 секунд. При выполнении шагов нога сгибалась в тазобедренном суставе под прямым углом. После выполнения шагов отмечалось конечное положение стоп. Регистрировалось расстояние и направление смещения из исходного положения, угол смещения и угол ротации (поворота) тела.

«Педиатрический тест на дотягивание (функциональную досягаемость)» выполнялся в положении стоя боком к стене с прикрепленной параллельно полу на уровне плеча ребенка измерительной лентой. Ребенка инструктировали максимально потянуться вперед вытянутой рукой (параллельно прикрепленной ленте), не делая шагов, не вставая на носки, не сгибая туловище и не теряя равновесие и удерживать данное положение 3 с. Измерялось расстояние, на которое рука продвинулась вперед. Выполнялось 3 попытки: 1 попытка пробная, 2 и 3 – зачетные. Рассчитывалось среднее значение 2-й и 3-й попыток.

Результаты. В целом, проведенное исследование продемонстрировало, что показатели постурального баланса у глухих детей младшего школьного возраста (ГС1) существенно ниже, чем у их здоровых сверстников (ГС2). В экспериментальной группе (ЭГ) средние значения всех показателей статического, проактив-

ного и реактивного баланса, за исключением угла ротации в «Тесте ходьбы Фукуды-Унтербергера», были лучше, чем у глухих детей в группе сравнения (ГС1). Кроме того, не было выявлено статистически значимых различий между экспериментальной группой (ЭГ) и группой сравнения, состоящей из здоровых детей (ГС2), в величине средних значений трех показателей постурального баланса (время удержания позы в «Модифицированной пробе Ромберга» с закрытыми глазами, угол смещения и угол ротации в «Тесте ходьбы Фукуды-Унтербергера»).

Положительное влияние пантомимы на способность контролировать положения тела в пространстве может быть объяснено используемой техникой движений. В пантомиме принимаются и удерживаются определенные позы и совершаются движения, перемещающие проекцию ОЦТ к границам или за пределы площади опоры. Это создает угрозу равновесию и инициирует необходимые физиологические стратегии – организованные стереотипные реакции, активирующие определенные мышцы, которые возвращают ОЦТ в состояние равновесия. Различают три постуральные стратегии – голеностопная, тазобедренная и шаговая. Голеностопная постуральная стратегия запускается небольшими медленными колебаниями ОЦТ при стоянии на ровной твердой поверхности. В результате происходят движения в голеностопных суставах, удерживающие ОЦТ в пределах базы опоры. Высокоамплитудные или быстрые смещения ОЦТ инициируют тазобедренную стратегию – перемещение ОЦТ за счет движений в тазобедренных суставах. При существенном отклонении положения ОЦТ, когда он приближается к границам базы опоры или выходит за ее пределы, применяется шаговая стратегия. Человек делает шаг, в результате которого устанавливается новая база опоры, в пределах которой восстанавливается постуральный контроль. Пантомима, как и другие телесно-ориентированные практики, включает техники сенсорного и перцептивного обучения, которые способствуют формированию ощущения своей позы и движения. Данное ощущение является важным условием сохранения баланса в вертикальном положении и безопасного переноса массы тела при совершении движений.

Результаты проведенного исследования показали, что регулярные занятия телесно-ориентированными техниками способствуют улучшению показателей статического, реактивного и проактивного баланса у глухих детей младшего школьного возраста. Занятия пантомимой могут быть рекомендованы для включения в программу адаптивного физического воспитания данной категории детей и в программы социальной поддержки семей, воспитывающих детей с нарушениями слуха.

Михайлова Н. В.

Применение арт-терапии и китайской живописи у-син в социально-психологической реабилитации

Арт-терапия – уникальный, безопасный метод работы с широким кругом проблем, подходящий для всех категорий людей. Различные направления арт-терапии уже успешно используются в школах, детских садах и детских отделениях больниц России. Но у нее, безусловно, есть потенциал стать и неотъемлемой частью системы реабилитации не только в сфере психического, но и физического здоровья.

В данной статье будет описан опыт введения терапевтических групп с использованием арт-терапии в работе с клиентами Московского городского центра реабилитации (далее ГБУ МГЦР).

Основные характеристики участников групп:

В группу попадают клиенты широкого возрастного диапазона от 18 до 80 лет, имеющие разнообразные диагнозы. Это заболевания опорно-двигательного аппарата, детский церебральный паралич, люди в период восстановления после инсульта и онкозаболеваний, а также клиенты с тяжелыми хроническими заболеваниями.

Говоря о психологических характеристиках данной группы, можно выделить тревожность, обостренную чувствительность к внешним обстоятельствам и

внутренним ощущениям. В свою очередь, повышенный уровень тревожности отличается сильной положительной корреляцией с чувством внутреннего напряжения, высокой вероятностью сниженного эмоционального фона настроения и переживанием чувства печали и отрицательной оценки личной ситуации. Можно также отметить эмоциональную лабильность, раздражительность, проявление инфантильных и демонстративных черт характера и различные проблемы, связанные с самооценкой. Довольно часто можно наблюдать общий уровень напряжения в связи с переживанием, вызванным осознаваемой социальной зависимостью, экзистенциальным переживанием одиночества, страха смерти и отсутствием базового чувства безопасности и уверенности[1].

А.А.Лебедева пишет, что в основе гармоничного развития личности человека с ограниченными возможностями здоровья и субъективного благополучия лежат личностные усилия и активная позиция по отношению к собственной ситуации и стремление к саморазвитию. Эффективная «работа» ресурсов устойчивости личности содействует росту удовлетворенности жизнью, которая является не только следствием осмысленности жизни, но функционирует как независимая переменная, особый ресурс сопротивления жизненным обстоятельствам. Анализ системы личностных ресурсов в группе лиц с ограниченными возможностями здоровья позволяет увидеть особую взаимосвязь ресурсов личности, сформировавшуюся вопреки последствиям инвалидности[2].

Таким образом, мы приходим к пониманию необходимости правильной социальной и психологической поддержки инвалида, работе с ресурсами и помощи в нахождении активной личностной позиции, которая могла бы скомпенсировать психологические последствия заболевания и дать человеку новое видение себя и своей жизни. Именно в арт-терапевтическом подходе появля-

---

[1] *Заборина Л. Г.* Исследование личностных характеристик и особенностей эмоционального реагирования у лиц с ограниченными возможностями здоровья //Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. 2012. No5.

[2] *Лебедева А. А.* Инвалидность как вызов личностному развитию: парадоксальная диалектика ограниченности и благополучия // В кн.: Обратная сторона Луны, или что мы не знаем об инвалидности: антропологический взгляд. М. : ООО "Издательство МБА", 2018.

ется возможность создать условия для бережной и безопасной работы с клиентами с ограниченными возможностями здоровья.

Основные направления работы, по которым может быть выстроена психологическая помочь людям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ): психорелаксация; умение понимать и управлять своими эмоциями; работа с ресурсами; улучшение контакта с телом; нахождение личностных смыслов.

Помимо основных целей существенно выделять важную вспомогательную роль арт-терапевтических групповых занятий для всего реабилитационного процесса в целом.

В центре действуют две формы психологической помощи: индивидуальные консультации (6-10 занятий) и групповые занятия с психологом в формате групп из четырех клиентов. Для тех, кто не готов обращаться к психологу, участие в группе может стать частью решения некоторых проблем или первым шагом на пути к их осознанию или решению. Также занятия в группе рекомендуют на первичной диагностике тем, кто заинтересован возможностью заняться творчеством для расслабления и улучшения настроения. В среднем реабилитационный курс длится 3 недели. Первая неделя более свободная, поскольку перед клиентом стоит задача адаптации к процедурам, специалистам, организации пространства в здании центра. Вторая и третья недели неделя самые интенсивные.

Групповые занятия имеют ряд преимуществ перед индивидуальными занятиями. Большинство клиентов испытывают большую потребность в общении, так как никогда не имели полноценной социальной среды для общения помимо семьи, либо утратили ее в связи с болезнью. Поэтому в процессе занятия специалист создает как можно больше возможностей для общения. Иногда участникам группы предлагается поддержать кого-то, если тот испытывает неуверенность или тревогу относительно своей способности рисовать. В конце занятия каждый участник показывает свою работу и получает обратную связь, и становится, таким образом, увиденным, приобретает новые «части себя самого» через созданный им арт-объект, что так же является важной потребностью для человека с социальной депривацией.

Принципы философии у-син и ее применение в контексте интермодальной терапии экпрессивными искусствами

При создании концепции работы группы за основу была взята методология интермодальной терапии экпрессивными искусствами и система рисования У-син, разработанную Максимом Парнахом и Андреем Щербаковым. По сути, специалист предлагает методику экспрессивного жестового рисования, дополненную философией о пяти первоэлементах у-син. Полимодальность подхода интермодальной терапии экспрессивными искусствами также позволяет естественно делать переход от одного вида искусства к другому: от движения к рисованию, от рисования к сочинению стихов.

В Китае существует представление о том, что все материальное в нашем мире состоит из 5 первоэлементов, 5 стихий (земля, вода, огонь, металл, дерево), которые рождаются из взаимодействия противоположных энергий «Янь» и «Инь». Каждая стихия соответствует определенной стороне света, времени года, части суток, органу в теле. М. Парнах и А. Щербаков соотнесли эту философию, классические мазки китайской живописи и психологическую энергию различных эмоций и состояний. В таблице представлено их описание.

Таблица

Психологические характеристики, развиваемые в арт-терапии и китайской живописи у-син

Стихии	Психические свойства	Вопросы для самопознания:
Энергия воды (зима, ночь). Мягкий волнистый мазок с перекатыванием кисти на растянутом выдохе.	Умение расслабляться и отпускать контроль. Доверие чему-то вне меня. Быть гибким. Интуиция. Следование своим чувствам. Спонтанность.	Есть ли во мне мягкость и текучесть, насколько мне приятно быть в этом расслабленном состоянии, выключать контроль. Чувствую ли я доверие миру и другим? Использую ли я свою интуицию? Свойственна ли мне спонтанность?

Стихии	Психические свойства	Вопросы для самопознания:
Энергия огня (лето, полдень). Резкий быстрый мазок снизу вверх на выдохе.	Активность. Эмоции. Экспрессия, самовыражение, предъявление себя.	Как я выражаю свои эмоции, умею ли говорить другим о них? Могу ли я предъявлять свое собственное, вносить себя в пространство? Много ли у меня энергии? Есть ли в моей жизни радость и праздник?
Энергия дерева (весна, рассвет). Ритмичный равномерный мазок от точки до точки. Вдох равен выдоху.	Энергия роста, развития, продвижения. Плавное решительное уверенное движение. Чувствование своих границ. Гнев.	Легко ли мне начинать новые дела? Как у меня получается достигать целей, защищать себя и проводить свои границы? Легко ли мне говорить «нет» другим?
Энергия Металла (осень, закат). Мягкий мазок по кругу на выдохе.	Гибкость, умение уступать, отпускать. Рефлексия и анализ опыта. Печаль. Прощание.	Получается ли у меня отпускать людей из моей жизни? Отпускать то, что не получается? Разрешаю ли проживать себе печаль? Свойственна ли мне рефлексивность? Хорошо ли мне наедине с самим собою?
Энергия Земли (центр). Отпечаток кисти, точечное движение.	Заземленность, покой, сон, закукливание, созревание. Чувство опоры.	Есть ли у меня чувство опоры? Чувствую ли я свой центр? Где в моем теле я ощущаю свой центр? Понимаю ли я, когда мне нужен отдых.

Данная система во многом упрощает и делает более понятной для самых разных клиентов сложную структуру нашей психики и разные ее аспекты функционирования. Также такая система рисования способствует решению других задач. Для многих клиентов характерны проблемы с крупной и мелкой моторикой руки. Это может быть спастика, гиперкинезы, тремор, другие различные нарушения. Использование больших кистей и простой техники рисования частично компенсируют эти ограничения. Важно помогать человеку раскрывать новые возможности освоения своей моторики руки через рисование. На занятиях используются большие толстые китайские кисти. Такую кисть удобно держать вертикально, зажимая всеми пальцами как флейту. Подобный способ держания кисти способствует более равномерному распределению напряжения в руке и компенсирует отсутствие развитой мелкой моторики кисти. С помощью самого про-

стого прижатия кисти к бумаге можно рисовать разнообразные цветы, насекомых, камушки, почву. Иногда в группу попадают клиенты, у которых присутствует выраженные нарушения моторики. Например, возможность только перемещать руку по вертикали, сверх-вниз, и такие клиенты работают в паре со специалистом, который помогает набирать выбранную клиентом краску и зажать кисть в руке и далее перемещает лист в разные стороны. И даже при помощи только этого мазка возможно создавать полноценные рисунки.

Структура и ход занятия. Продолжительность – 60 минут. Арт-материалы: акварель или гуашь на выбор, акварельная бумага формата А3.

Структура занятия: 10 мин – приветствие\знакомство и разминка; 20 мин – практика освоения мазка; 20 мин – свободное творчество; 10мин – обратная связь и обсуждение.

В начале занятия – знакомство друг с другом, если группа новая, или участники делятся своим состоянием, и озвучиваются правила работы. После этого участники группы выбирают тот элемент, который наиболее созвучен им по своему настроению, и начинаем его прорисовывать, проживая его через звук и тело, движение руки и всего корпуса. Специалист показывает различные способы использования данного мазка в абстрактном рисовании, рисовании цветов, деревьев или любого природного явления. Это дает возможность каждому участнику группы создать простой рисунок. Для людей с сильным нарушением моторики или когнитивной сферы это имеет очень большое значение, поскольку они могут быть в значительной степени фрустрированы невозможностью рисовать или даже провести ровную линию. Исследование той или иной «энергии» направлено на самопознание: есть ли во мне такая энергия; это моя сильная сторона, мой ресурс или новый для меня опыт; где мне могли бы помочь такие качества; хотел бы я развить их у себя, чтобы чувствовать себя более гармоничным. Очень ценно бывает обнаружить свои сильные стороны или наоборот свою зону развития. Ведь через тело и движение мы может осваивать новый психологический опыт и затем мягко переносить его в

жизнь. В конце занятия участникам предлагается поделиться ощущениями и впечатлением от этого этапа занятия и придумать свой собственный мазок, который выражал бы состояние или какую-то черту характера человека.

Рис. Пример занятия арт-терапией и китайской живописью у-син

Клиентам предоставляется определенный художественный инструментарий, который отчасти снижает тревогу, неизбежно возникающей у человека, который не умеет рисовать, поскольку он получает возможность изобразить какой-либо природный объект, используя буквально два-три самых простых мазка. В конце занятия члены группы дают друг другу обратную связь. Оставаясь на территории искусства, люди учатся безоценочно принимать других, становиться более чувствительными и бережными к другим, что также имеет большое значение для развития отношений с собой.

Работа с телом.

Арт-терапия может стать частью не только психологической, но и физической реабилитации. Для этого является существенным максимальное включение своего тела в творческий процесс. Поэтому хотелось бы немного подробнее описать момент включения тела. Для того чтобы участники в процессе занятия

больше задействовали свое тело, были более внимательными к процессам, протекающим внутри них, в начале каждого занятия я предлагаю разминку и знакомство, в процессе которой происходит знакомство с участниками, непосредственно связанное с движениями тела. Например, каждому участнику группы нужно назвать свое имя, соединив его с движением рук, либо выразить любым движением свое настроение. Также специалист предлагает попробовать рисовать, включая не только кисть, но и весь корпус. Важной частью процесса такого рисования является дыхание. Оно помогает лучше «сонастроиться» с энергией мазка, уловить его смысл. «Сонастройка» с дыханием и телом дает возможность интеграции тела, сознания и эмоции в арт-процессе. Человек получает возможность рисовать через тело и через его движение, и в конце занятия чувствовать себя более целостно просто от самого факта согласованности движения, дыхания и творчества. Клиенты знакомятся с новым способом выражения своих эмоцией и состояний, исследуют связь с телом и получают абсолютно новый опыт взаимодействия со своим телом, в результате которого можно отпускать телесное и связанное с ним эмоциональное напряжение.

Таким образом, можно говорить о таком типе групповой терапии искусством, где люди с ограниченными возможностями здоровья, имеют возможность выразить себя в творческой экспрессии, побыть в атмосфере принятия, восполнить ресурсы психики, безопасно прожить и скомпенсировать болезненные части структуры психики. Занятия могут стать не только поддерживающей, но и важной частью всего реабилитационного процесса и успешно работать на цели курса.

Наблюдение за группами дают возможность предполагать, что сочетание интермодальной терапии экпрессивными видами искусства и системы у-син помогает в восстановлении связи со своим телом. Атмосфера поддержки и принятия помогает улучшить самопринятие, скомпенсировать самооценку и научиться адекватно принимать поддержку других. Творческие процессы помогают найти личностные ресурсы и стабилизировать психоэмоциональное состояние.

Мурадян М. П.

Арт-терапия в музейном пространстве

Арт-терапия или изо-терапия в отечественной литературе определяется как психотерапия искусством. Такой вид психотерапии включает в себя четыре модальности: арт-терапия, драматерапия (вид психотерапии с помощью сценической игры), танцевально-двигательная терапия (терапия с применением танца и движений) и музыкальная терапия (психотерапия, осуществляемая с помощью музыки и звуков).

Еще один вид деятельности, с которым тесно связана данная практика – это художественная деятельность. Специалист, занимающийся арт-терапией, должен быть компетентен в области искусства, а именно, знать возможности различных художественных материалов и форм художественных практик.

Рассмотрим практическую составляющую арт-терапии. Искусство само по себе обладает исцеляющим свойством, арт-терапия позволяет направить эту силу на определенную проблему и применить ее правильно. Арт-терапия в музейном пространстве рассматривается как средство развития личности и творческого потенциала; основными методами являются сублимация и трансформация. Специалист помогает клиенту довериться своему восприятию и исследовать плоды своего творчества как самостоятельно, так и с группой. На первом месте остаются терапевтические цели, творческие занимают второстепенное значение и воспринимаются как дополнение к основным методам психотерапии, к которым относится также и арт-терапия. Одним из ее методов является трансфер, когда клиент постепенно движется к осознанию своего внутреннего мира путем визуализации. Арт-терапевт, занимающийся с группой, поощряет свободные ассоциации и стремление самостоятельно интерпретировать свои работы.

Цели арт-терапии разнообразны: самопознание, самовыражение, внутренняя интеграция личности, интеграция с внешней реальностью и расширение личного

опыта. Например, лепка или рисование являются инструментами арт-терапии, которые используются в музейной работе. Изобразительное творчество способствует развитию фантазии. Вторым важнейшим понятием этого направления психотерапии является сублимация. Она заключается в выражении бессознательных инстинктов и влечений, иногда деструктивных, с помощью выражения их в искусстве. Оно может помочь выразить различные эмоции, чувства, такие как страх, тревога, боль.

Польза и преимущества арт-терапии перед другими направлениями психотерапии:

– арт-терапия способствует выражению различных чувств и эмоций, преимущественно агрессивных. Работа с красками или лепка являются безопасными и наиболее подходящими вариантами для такой цели;

– используется как дополнительный инструмент для ускорения процесса терапии. Внутренние конфликты легче выражаются с помощью зрительных образов, нежели в разговоре во время вербальной психотерапии. Невербальные формы снимают все ограничения и сознательную цензуру;

– дает основания для интерпретаций и диагностической работы в процессе терапии. Содержание и стиль работы дает возможность терапевту узнать много информации о клиенте, кроме того, пациент сам может рассказать о внутренних конфликтах в ходе интерпретации своей работы;

– арт-терапия позволяет работать с чувствами и мыслями (утраты, перенесенные травмы, страхи). Порой невербальные средства оказываются единственно эффективными, они вскрывают и проясняют интенсивные чувства и убеждения;

– помогает укрепить терапевтические взаимоотношения. Элементы, в которых члены группы совпадают в чувствах, могут развить эмпатию и положительные чувства;

– усиливают и развивают внимательность к своим чувствам;

– способствует возникновению чувства самоконтроля и внутреннего порядка;

– арт-терапия помогает усилить ощущение личностной значимости, помогает выявить скрытые таланты и способности.

Руководитель терапевтической группы обеспечивает всеми необходимыми

материалами и проявляет максимум лояльности для стимуляции художественного творчества. Помещение должно быть достаточно большим, чтобы можно было устроить игры. Что касается руководителя группы, он должен быть, безусловно, специалистом в сфере психотерапии и при этом, как минимум, разбираться в искусстве. В некоторых центрах арт-терапии этим занимаются разные люди, в других – эти должности совмещены в одну, и руководитель группы сочетает в себе и психотерапевта и искусствоведа. Главная роль руководителя – способствовать творчеству участников арт-терапии; инструкции в таких группах – полностью отдаться своим чувствам и не беспокоиться о художественности своих работ.

Санкт-Петербург – город-музей, который одним из первых начал применять метод арт-терапии в музейном пространстве.

Российский центр музейной педагогики и детского творчества в рамках Государственного Русского музея начал свою работу еще в 1989 г., когда был учрежден образовательный комплекс «Школа – детский сад», с 1991 г. он перешел в статус Гимназии при Государственном Русском музее. Одновременно с этими событиями был создан Российский центр музейной педагогики и детского творчества. Спустя 2 года, в 1993 г., сотрудники центра разработали первую многоуровневую музейно-педагогическую программу «Здравствуй, музей». В настоящее время Русский музей перенимает стандарты Европейского сообщества для создания доступности музейного пространства для инвалидов.

В Русском музее существует несколько направлений арт-терапии:

– психологическая помощь методами арт-терапии: коррекция эмоционального состояния, работа со страхами и тяжелыми переживаниями, оказывается умственно отсталым детям, подросткам и молодым людям; детям, страдающим от соматических заболеваний и неврозов; условно здоровым учащимся начальных школ, испытывающим трудности в обучении и поведении, а также зависимым молодым людям и их родственникам;

– культурные проекты острой социальной направленности, ориентированные на депривированные слои населения: инвалидов, сирот, пожилых людей, подростков-правонарушителей. В проектах изобразительное искусство

рассматривается в качестве экзистенциальной поддержки, и творческая работа осуществляется при участии современных художников, артистов, музыкантов.

Художественный музей – особенная среда исследования и хранения художественного, исторического, эмоционального опыта человечества, выраженного символическим языком изобразительного искусства. Он понятен всем – детям с проблемами развития, подросткам с асоциальным поведением, пожилым людям, столкнувшимися с тяжелыми условиями или людям с психическими или физическими отклонениями. В настоящее время музейная арт-терапия воспринимается как метод психологической работы, который использует возможность изобразительного искусства и музейной среды для достижения положительных изменений в эмоциональном, интеллектуальном и личностном развитии человека.

На примере Русского музея понятно, что арт-терапевтические занятия активно задействуют коллекции музея. Список произведений, включенных в программы, формируется с учетом психологических, физических и эмоциональных особенностей участников групп. Художественный музей с такой богатой коллекцией – наилучшее место для проведения арт-терапевтических занятий, так как предоставляется возможность работы с большим количеством различных групп. Арт-терапия является современной эффективной методикой в музейно-педагогической практике. Это направление становится все более популярным и востребованным в музейных сообществах. Несомненно, арт-терапия займет значимое место в ряду музейных инструментов в работе с аудиторией.

Стряпухина Ю. В., Погребный Ю. А.

Арт-терапия в работе группы поддержки для членов семей зависимых

О созависимости как о психологическом феномене стали говорить в середине XX века. И сегодня все чаще психолог может столкнуться в своей практике с клиентом, который формулирует на первой встрече манипулятивный

запрос. Человек уверен, что помощь требуется только его близкому. На свои собственные проблемы и болевые точки он не готов обращать внимание и часто реагирует на эти предложения с определенной долей агрессии.

В большинстве случаев можно говорить о том, что такие люди являются созависимыми. Они, как правило, испытывают подсозательное желание контролировать поведение другого человека, сверхответственны, то есть стремятся брать на себя ответственность за потребности, решения и поступки других людей и при этом совершенно не заботятся об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей, не говоря уже о желаниях и мечтах.

Некоторые специалисты говорят о феномене «слишком сильной любви», а также о том, что к созависимости может добавляться другой вид зависимости. Часто это пищевая зависимость или зависимость от любовных отношений[1].

Обычно созависимость формируется еще в детстве, если ребенок воспитывается в дисфункциональной семье. К таким семьям можно, например, отнести:

– семьи, где один или несколько членов семьи имеют патологическую зависимость;

– эмоционально репрессивные семьи;

– семьи, где отец или мать заняты на руководящих должностях, в силовых структурах и тому подобное;

– семьи, в которых род деятельности родителей относится к помогающим профессиям (учитель, психолог, врач и тому подобное)

– семьи, в которых есть тяжелобольные члены семьи.

Психолог Клаудиа Блэк в книге «Это никогда со мной не случится» сформулировала правила проблемной семьи предельно кратко: «Не говори, не чувствуй, не доверяй»[2].

В целом, можно говорить о том, что воспитание в дисфункциональной

---

[1] *Москаленко В. Д.* Зависимость – семейная болезнь / В. Д. Москаленко // М.: Пер Сэ, 2009; *Норвуд Р.* Женщины, которые любят слишком сильно / Р. Норвуд // М.: Добрая книга, 2004.

[2] *Москаленко В. Д.* Зависимость – семейная болезнь / В. Д. Москаленко // М.: Пер Сэ, 2009.

семье является предпосылкой для формирования у человека ряда психологических особенностей, которые определяют основные проявления созависимости[1]. Это низкая самооценка, курс на внешние ориентиры, предрасположенность к страданиям, психосоматическим болезням, отказ от себя и собственных чувств, вызванный попыткой заглушить, «обезболить» хроническую душевную боль, отрицание, целый комплекс негативных чувств, таких как страх и тревога, стыд и вина, гнев, затянувшееся отчаяние. Течение жизни созависимого человека сопровождают навязчивые мысли, склонность к резким суждениям. Границы личности при этом крайне размыты или вообще отсутствуют.

Эти особенности могут характеризовать психическую сферу созависимых. Но на самом деле, проявления созависимости довольно многообразны. Они охватывают все аспекты жизни человека: его физическое, психическое и духовное здоровье, мировоззрение, взаимоотношения с окружающими.

Созависимый человек – человек страдающий. Он остро нуждается в помощи и поддержке, но в большинстве случаев не готов признать эту необходимость для себя. Мы предлагаем участие в психотерапевтической группе поддержки для членов семей зависимых как возможность бережно и осторожно, шаг за шагом перевести фокус внимания с того, кто рядом, на себя самого.

Целью программы является обеспечение психологической помощи и поддержки родственникам зависимых. Программа позволит участникам:

– научиться безопасным способам выражения негативных чувств, расширить эмоциональный спектр;

– отказаться от контролирующего поведения и начать заботиться о себе;

– научиться определять и реализовывать свои потребности, права, интересы;

– выстраивать личностные границы;

– выработать навыки здоровой самооценки;

– повысить уровень осознанности;

---

[1] *Москаленко В. Д.* Зависимость – семейная болезнь / В. Д. Москаленко // М.: Пер Сэ, 2009.; *Битти М.* Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости / М. Битти. // М., 1997.

– научиться способам выстраивания здоровых отношений;
– расширить понимание духовной стороны зависимого поведения;
– получить духовную и молитвенную помощь и поддержку.

Группа формируется по закрытому типу, то есть после образования сообщества новые члены не принимаются. Численность группы составляет от 7 до 12 человек. Встречи проводятся в дистанционном режиме один раз в неделю. Продолжительность каждого занятия составляет 2,5-3 часа.

Наряду с групповой психотерапией по запросу проводится просветительская работа с изложением концепции зависимости и созависимости, предоставлением информации по тематике программы, а также индивидуальное психологическое сопровождение участников.

Каждое занятие начинается с короткого рассказа каждого из участников о своем самочувствии и о том, что нового и хорошего произошло с ним в промежутке между занятиями. В качестве обратной связи с группой используется практика обязательного подведения итогов каждого занятия. После каждого занятия участникам предлагается домашнее задание.

Основные темы занятий взяты из психотерапевтической программы В. Д. Москаленко[1]. Это такие темы, как работа с чувствами, контролирующее поведение, отделение, акция-реакция, границы, родительская семья, самооценка, избавление от психологии жертвы, умение думать, работа с утратой, принятие себя. Однако содержание программы отличается от предложенного.

Всего программа включает 14 занятий, в отличие от программы, предложенной В. Д. Москаленко, состоящей из 12 занятий. Мы выделяем занятие-знакомство и заключительное занятие программы. На первом занятии-знакомстве участникам предлагается рассказать о себе и своей проблеме, озвучить свои ожидания от участия в группе, далее обсуждаются правила группы и общие цели, технические особенности работы в группе и проводится авторский сеанс психической саморегуляции, направленный на восстановление утраченного в большинстве случаев, в

[1] *Москаленко В. Д.* Возвращение к жизни. Как один человек может изменить судьбу семьи / В. Д. Москаленко // М.: Никея, 2020.

той или иной степени, контакта с собой и своим телом. В качестве домашнего задания предлагаются к прослушиванию сеансы психической саморегуляции доктора Г. И. Григорьева[1]. Заключительное занятие посвящено подведению итогов программы в целом и созданию личного «банка ресурсов» каждого участника.

В процессе занятий применяются различные виды арт-терапии, такие как изотерапия, кинотерапия, сказкотерапия, психодинамические игры.

Изотерапия. Участникам предлагается заранее подготовить различные художественные материалы, которые будут им подходить и нравиться больше всего (например, карандаши, фломастеры, восковые мелки, пастель, краски и так далее, бумага для рисования). В ходе занятий эти материалы можно использовать для изображения чувств, создания иллюстраций к сказкам и фильмам, выполнения различных упражнений, направленных на выражение внутреннего состояния человека[2]. Например, на занятии, посвященном чувствам, участникам предлагается выполнить упражнение «Рисунки-линии чувств-состояний». При обсуждении темы отделения можно нарисовать круги взаимодействия с разными людьми в своей жизни. При разговоре о родительской семье – изобразить семью, в которой они выросли, жили, и подписать каждого члена семьи, а также нарисовать рисунок с позиции себя, находящегося в возрасте пяти-шести лет. На занятии «Самооценка» – выполнить упражнение «Автопортрет». На занятии, посвященном принятию себя, предлагается упражнение «Три рисунка». Полученные результаты могут обсуждаться в процессе групповых занятий, на индивидуальной консультации, либо участники могут записать свои размышления и идеи для дальнейшей работы.

Кинотерапия. Участникам в качестве домашнего задания предлагается просмотр художественных и мультипликационных фильмов по проблематике занятия, с последующим их обсуждением.

---

[1] *Григорьев Г. И.* Сеансы психической саморегуляции. https://yadi.sk/d/9MNvsBDX3DL3ZJ

[2] *Киселева М. В.* Загадка арт-терапии, или Пробуждение внутреннего ребенка / М. В. Киселева // СПб.: Речь, 2018.; *Киселева М. В.* Арт-терапия в работе с детьми: руководство для детских психологов, врачей и специалистов, работающих с детьми / М. В. Киселева // СПб.: Речь, 2014.

Для обсуждения темы контролирующего поведения используется художественный фильм «Похороните меня за плинтусом» (2009). Приведем основные вопросы, которые при этом можно задавать участникам. Какие мысли, чувства, ощущения в теле возникают как реакция на словосочетание «контролирующее поведение»? Как соотносятся контроль и забота? Что может стоять за стремлением контролировать? Как стремление контролировать ребенка влияет на его развитие? Что происходит с человеком, когда его контролируют? Что происходит с человеком, когда контролирует он? Что можно сделать, чтобы выйти из порочного круга контроля?

Фильм «Приходи на меня посмотреть» (2000) можно использовать при обсуждении психологии жертвы, других ролей треугольника Карпмана, разницы между позицией жертвы и жертвенностью с христианской точки зрения. Может обсуждаться также тема передачи ответственности своим пожилым родителям, родственникам, принятия на себя ответственности за свою жизнь, свои решения, свой выбор.

Для работы с темой утраты предлагается фильм «Реквием по мечте» (2000). В нем можно увидеть развитие зависимости и созависимости у главных героев, постепенную утрату ими связи с реальностью, утрату здоровья, мечтаний, социальных контактов и тому подобное.

Фильм «Отпуск в чистилище» (1992) предлагается для работы с постановкой целей, обсуждения баланса «брать-давать», а также как наглядный пример того, что изменения в одном человеке приводят к изменениям всей семейной системы.

Фильм «Ешь, молись, люби» (2010) предлагается для обсуждения темы принятия себя, как путь изучения своих потребностей, предпочтений, системы ценностей, путь к построению здоровых отношений.

Мультипликационные фильмы «Пуповина» (2018) и «Про Сидорова Вову» (1985) предлагаются участникам для просмотра при обсуждении темы «Отделение». «Ба-буш-ка!» (1982) – при обсуждении темы «Акция-реакция». «Добро пожаловать» (1986) – при обсуждении темы личных границ. Мультфильмы «Ням-ням» (1986) и «Варежка» (1967) – на занятии, посвященном родительской семье.

Сказкотерапия предлагается участникам в смешанной форме – чтение и дальнейшее обсуждение сказки, и в активной форме – создание собственной истории на основе наглядных материалов. Например, в ходе занятия, посвященного контролю, предлагается к обсуждению сказка «Дом»[1]. На занятии, посвященном обсуждению утрат, сказка «Возвращенный сон»[2]. На занятии, посвящено принятию себя, сказка «Деревья»[3]. При работе с самооценкой участники могут создать свою историю про кошку по картинкам с последующим ее прочтением и обсуждением[4], а также выполнить упражнение «Мое имя», которое предполагает постепенную настройку со своим именем, создание жизненного девиза и стихотворения.

Психодинамические игры используются как метод разрядки чувств: игры «Рубим дрова», «Лев и козленок», «Выпусти пар», «Медвежата», «Бой подушками»[5], для настройки на выполнение изотерапевтических упражнений и улучшение межполушарного взаимодействия – игры «Распальцовка», «Волна», «Веер».

Поскольку арт-терапия является высокоэффективным методом психокоррекции, мы надеемся, что прохождение данной программы поможет участникам вернуться к самим себе, повысить уровень осознанности, создать положительный эмоциональный настрой, раскрыть творческий потенциал, поставить личные цели и изменить свою жизнь к лучшему.

---

[1] *Гнездилов А. В.* Ключи от забытых дверей: терапевтические сказки / А. В. Гнездилов // СПб.: Речь, 2008.

[2] *Гнездилов А. В.* Авторская сказкотерапия. Дым старого камина (сказки доктора Балу) / А. В. Гнездилов; под редакцией Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой; рисунки В. Лань. СПб.: Речь, 2004.

[3] Там же.

[4] *Киселева М. В.* Загадка арт-терапии, или Пробуждение внутреннего ребенка / М. В. Киселева // СПб.: Речь, 2018.

[5] *Фоппель К.* Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: Практическое пособие: Пер. с нем.: В 4-х томах. Т. 1. М.: Генезис, 1998.

Тимуца О. В.

Арт-терапевтическая практика в социальной поддержке семей с детьми-инвалидами и инвалидами с детства с ментальными особенностями в некоммерческом секторе

Арт-терапия сегодня – зрелая и научно-обоснованная система лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий, реализуемых большим числом специалистов, прошедших дополнительную профессиональную подготовку. В данной работе арт-терапия рассматривается как процесс, целью которого является облегчение, снятие или устранение проявлений того или иного состояния, иного нарушения жизнедеятельности, нормализация нарушенных процессов жизнедеятельности. Для этого арт-терапия использует собственные, а также заимствованные у других научных дисциплин методы диагностики, исследования, коррекции и реабилитации. Имея разные формы, методики, упражнения и техники, арт-терапия воздействует на личность человека, группы, сообщества. В нашей статье мы рассмотрим изобразительную деятельность, рисование, как одну из форм арт-терапии, применяемую в нашей практике. На примере проектов некоммерческих организаций проследим за результатами такого влияния.

Социологическая интерпретация основных понятий. Разработка этих понятий активно предпринимается многими исследователями – социологами в науке в последние двадцать лет. В качестве основного критерия выделяется включенность в общественную жизнь такого человека посредством помощи извне – при наличии постоянного помощника. В данной работе проводится анализ этого существенного социального показателя как у ребенка, так и взрослого человека, который и является неотъемлемым моментом социализации его личности. В исследовании подчеркивается опора на термин «ментальных особенностей», которое рассматривается более корректным по сравнению с определениями, ранее часто употребляемыми, такими как «умственная отсталость», «интел-

лектуальная недостаточность», «ментальная инвалидность», «ментальные проблемы», другие. Само понятие «ментальные» взято из словарей иностранных языков (на примере французского), где оно обозначает mental (e, aux) – умственный (ая, ые). В качестве примера читаем: «Как говорится в отчете, это приводит к экстремальным физическим и умственным нагрузкам, вплоть до серьезных заболеваний: comme le décrit le rapport, il en résulte un stress physique et mental extrême, pouvant aller jusqu'à l'apparition de maladies graves». Еще примеры: «Это делается только в уме, без устного или письменного написания. Счет в уме. Что касается интеллектуальных функций, психики. Мыслительные процессы: Qui se fait dans l'esprit seulement, sans expression orale ou écrite. Calcul mental. Qui a rapport aux fonctions intellectuelles, au psychisme. Les processus mentaux»[1].

Личность формируется, существует и проявляется в деятельности и общении. Личность как качество индивида, приобретается им в социокультурной среде в процессе совместной деятельности и общения. Следовательно, организованная деятельность любого человека, независимо от его особенностей – важная составляющая всей жизнедеятельности, и человека, и его окружения, и общества в целом. Организация такой деятельности для людей с ментальными особенностями ложится на социальные учреждения и некоммерческие организации (государственного и «третьего сектора» соответственно, часто при поддержке частных лиц и коммерческих организаций). Отметим, что все, кто ведут подобную проектную деятельность, отмечают ряд трудностей, связанных с ее организацией, основная из которых – преодоление стигматизации людей с ментальными особенностями. В подтверждение слов приведу часть интервью заведующей Международной лаборатории исследований социальной интеграции НИУ ВШЭ Еленой Ярской-Смирновой: «По опросам, детям-сиротам, детям с инвалидностью хотят помогать более половины населения, а если речь идет о детях с множественными нарушениями, с ментальными нарушениями, то этот показатель существенно снижается», «…в нашей стране социальная дистанция преодолевается вообще очень трудно – поскольку до недавнего

[1] «Mental [электронный ресурс] / Полный и современный словарь французского языка «Le Rober», 2020. — Режим доступа: https://dictionnaire.lerobert.com/definition/mental

времени мы не видели ни по телевизору, ни на улицах, ни в школе отличающихся от нас людей. У нас очень маленький опыт жизни в разнообразном окружении, так сказать. Самая серьезная стигма, конечно, на людях с ментальными отклонениями, на шкале социальной дистанции, по данным опросов, они находятся существенно дальше слабовидящих, слабослышащих, людей с ДЦП и т.д.»[1].

Автор настоящей статьи является разработчиком и руководителем более 25 социальных проектов по социализации, социальной поддержке и социально-психологической реабилитации людей с ментальными особенностями (с 1998 г. и до настоящего времени). В большинстве проектов использовалась изобразительная форма арт-терапии. Рисование – это способ самовыражения, который помогает интерпретировать свои мысли и ощущения через изображение для людей любого возраста. Оно улучшает зрительное восприятие окружающего мира и помогает выражать себя через рисунок. Позволяет поднять настроение, раскрыть творческий потенциал, внести эмоции в жизнь, помогает снять напряжение и расслабиться. Оно развивает когнитивные функции. Улучшается зрительная память, восприятие, мелкая моторика. Рисуя, раскрывается личностный потенциал и новые ресурсы. Рисование развивает коммуникативные навыки, участники учатся понимать свои чувства, адекватно передавать их и говорить об этом с другими. Рисунок и живопись являются средствами общения. Рисование развивает концентрацию внимания, повышает самооценку. Использование рисунка в диагностике и терапии требуют от специалиста ответственного отношения как к профессиональному инструменту.

В проекте «Социально–психологическая реабилитация детей с ограниченными возможностями методами оздоровительной верховой езды» в 2003 г. помимо основного и центрального метода – иппотерапии – использовались различные психологические и педагогические практики, включая арт-терапию. Так, при диагностике в начале

[1]«Самая серьезная стигма – на людях с ментальными отклонениями». Социолог Елена Ярская-Смирнова о взаимоотношениях общества и инвалидов [электронный ресурс] / текст Е.А. Дранкиной – Электрон. дан. – М.: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2020. — Режим доступа: https://www.hse.ru/our/news/422377011.html

проекта, психолог использовал кинетический рисунок семьи, представляющий собой процедуру, отражающую восприятие ребенком своего места в семье, его отношения к семье в целом и отдельным ее членам. Анализ результатов исследования семейной ситуации детей экспериментальной и контрольной групп по методике «Кинетический рисунок семьи» до и после иппотерапии показал, что семейная ситуация, а, следовательно, и социализированность детей-инвалидов в экспериментальной группе значительно улучшилась. По результатам диагностики, осуществлялось консультирование родителей. Коррекционные мероприятия направлялись на устранение и профилактику негативных проявлений в эмоциональном и коммуникативном развитии детей. При осуществлении реабилитационных мероприятий, психологом проводились групповые и индивидуальные занятия, которые сочетали в себе вербальные и невербальные методы. Результаты исследования подтверждают выводы о необходимости проведения целевых реабилитационных мероприятий для детей совместно с родителями для оптимизации их внутресемейной и личностной социализации. Помимо комплексного метода изучения семьи и кинетического рисунка, применялись методы несуществующее животное», «рисунок семьи», «дом, дерево, человек», методика «цвет вашего характера» М.Люшера, метод коррекции страха и тревожности. Использование психологических методов в проекте позволило выявить круг проблем, влияющих на развитие детей и детско-родительские отношения. Также это позволило воздействовать и корректировать поведение и отношения участников проекта, преодолевать социально-психологическую отчужденность. Таким образом, получилось определить те проблемы, которые существуют в семьях с детьми-инвалидами, и, которые, на наш взгляд, мешают позитивной социализации личности ребенка-инвалида и нуждаются в корректировке специалистов. Занятия с педагогом и психологом по арт-терапии побуждали детей к дальнейшему творчеству и познанию. Возможность реализации своих способностей и желаний. В процессе занятий художественным творчеством – например, рисованием или аппликацией – тренировались и закреплялись навыки мелкой моторики рук. Результаты проекта подтверждают мысль, что специально организованные условия, включающие мероприятия по социальной реабилитации, образованию, психологической помощи ребенку и его семье способны в целом улучшить состояние детей-

инвалидов и способствовать оптимизации их социализации.

Проект помог детям в достижении целей социализации: развитие жизненно важных познавательных навыков; повышение самооценки личности; объединения индивидуальностей в общность; развитию творческого самовыражения; приобщение детей с инвалидностью к активной жизни общества; формирование у детей и подростков с инвалидностью коммуникативных умений; расширение круга общения и культуры общения; развитие психических функций; изменение отношения к детям-инвалидам близкого окружения и гуманизация общества в целом. Но главной целью стала помощь в осознании ребенком собственного «Я» и его осмысления. Родители, участвовавшие в проекте в процессе реабилитации совместно с детьми, научились принимать своих детей такими, какие они есть на самом деле, стали лучше оценивать возможные причины эмоционального состояния детей; у них появилось стремление к большему телесному контакту. Взаимодействие ребенка и значимого взрослого определяет прогресс в формировании личности ребенка, готовит его к дальнейшей жизни в обществе.

Проект «Особый ребенок – особый родитель» создавался с целью социально-психологической поддержки методами арт-терапии матерей взрослеющих людей с ментальными особенностями. Мероприятия проходили в «Созвездии талантов» – структурном подразделении Казанского инновационного университета. В процессе реализации в проект были включены и сами особенные подопечные. За три года (2017-2019 гг.) в проекте на постоянной основе приняли участие 15 мам и их 15 детей (от 16-28 лет). В проекте были задействованы психолог, арт-терапевт, художник, конфликтолог, педагог. Специалисты отмечали высокую напряженность матерей в начале работы, которых сложно было убедить в наличии у них внутренних ресурсов. Все женщины, принявшие участие в проекте на момент его старта, прибывали в состоянии стресса или затянувшейся трудной жизненной ситуации. Наличие в семье тяжелого больного, требующего круглосуточного ухода (присмотра) – это не только ответственность, а тяжелейшая ситуация, когда постоянно ухаживающий человек, без отдыха и при отсутствии системной поддержки, не может правильно оценить свои возможности и поверить в свои силы. У таких мам болит и душа, и тело, нет сил. В начале проекта

были дни, когда мамы не могли прийти на занятие: «Не могу собрать себя», так они говорили, находили причины, чтобы не приезжать. Но со временем ситуация изменилась, встречи стали нужными, участницы их ждали с нетерпением. Во время занятия арт-терапевт придерживалась определенных правил, с которыми ознакомила участников, одно из них – в групповой работе нельзя отвлекаться на бытовые и травмирующие темы. Все сосредоточивались на своих ощущениях и работали со своим внутренним миром. Арт-терапевт использовала техники изучения своего внутреннего мира, развития изменений, гармонизации межличностного общения, принципы и приемы эффективной фасилитации, базовые техники (работа с предметами и расстановками, освоение материалов, работа с глиной, каракули, линии) и методики (метафорический автопортрет, мандалы). По отзывам мам-участниц мы сформулировали основные выводы по работе с арт-терапевтом в проекте: она помогла увидеть «свое ресурсное состояние», посмотреть на себя со стороны, выйти из замкнутого круга проблем, по-другому посмотреть на свою жизнь, улучшить душевное состояние, положительно повлиять на отношения в семье, улучшить отношения с детьми как нормотипичными (на которых всегда не хватает времени), так и особенных. В качестве результатов можно назвать успехи мам-участниц, с которыми они вышли из проекта: одна мама стала лидером некоммерческой региональной организации, другая мама вышла замуж и решилась на переезд, у третьей мамы родился третий ребенок, четвертая мама открыла компанию.

Несколько творческих проектов для взрослых людей с ментальными особенностями, реализуемых в России и за рубежом последние 10-20 лет, демонстрируют то, как меняется общество в отношении этих людей. А сами проекты дают возможность своим участникам реализоваться социально и профессионально: «Наивно? Очень» (Москва), «Благое дело» (Екатеринбург), «Новые городские художники» (Санкт-Петербург). Первые два проекта реализуются в творческих мастерских, давая возможность одним участникам проявить свои творческие способности (в искусстве, в частности, в рисовании и в прикладном творчестве), другим – в получении профессии и работы. В третьем проекте «…люди с особой ментальностью раскрывают свой

художественный талант»[1].

Во все времена исцеление связано не только с технологиями и развитием медицины, но и с возможностью поддерживать отношения и связи с другими людьми. Современная арт-терапия базируется не только на известных данных психологии, психотерапии, но и на современных данных нейробиологических наук, нейропсихологии и нейролингвистики. Являясь междисциплинарной областью исследования, она использует и одновременно добавляет знания в искусствоведение, психологию, социологию. Уникальность арт-терапии для людей с ментальными особенностями и их ближайшего окружения, ее одной из форм – изобразительного творчества (которую тоже можно рассматривать с двух сторон – пассивной и активной деятельности – созерцания и создания произведений), состоит в том, что она раскрывает мир этих людей, дает нам возможность быть частью их мира, а им – частью нашего общего мира. Арт-терапия выполняет важную функцию, она – средство коммуникации, ее среда комфортная для самовыражения и безопасна, или как принято сейчас говорить – экологична. Арт-терапевты в свою очередь, помогают преодолеть стигму, становятся той силой, которая меняет отношение к людям с ментальными особенностями, утверждая человеческое достоинство[2].

Подвиг Е. Д., Мечинская Е. В., Хамзатова И. Э.

Арт-педагогика и приемы арт-терапии в развитии эмоционального интеллекта у дошкольников в разновозрастной группе для детей с задержкой психического развития

[1] Проект «Новые городские художники», в котором люди с особой ментальностью раскрывают свой художественный талант [электронный ресурс] / Гордость России – Электрон. дан. М.: Истории простых людей о чьих подвигах знают не многое, 2020. – Режим доступа: https://priderussia.ru/

[2] Благотворительный фонд «Окно в надежду», г. Казань (1998-2020 гг. Режим доступа: https://www.facebook.com/groups/226178904178813).

В современной педагогической практике перед специалистами дошкольных учреждений, работающими с детьми, которые имеют нарушения физического и психического развития, стоят задачи не только познавательного развития воспитанников, но и их социальной адаптации, в том числе создания условий для реализации возможности быть максимально включенными в систему всех человеческих отношений.

Согласно целевым ориентирам, федеральный государственный образовательный стандарт дополнительного образования (ФГОС ДО), на этапе завершения дошкольного образования у детей формируется установка «положительного отношения к миру»[1], ребенок умеет договариваться, учитывать интересы и чувства других, сопереживать неудачам и радоваться успехам других, адекватно проявляет свои чувства, а также старается мирно разрешать конфликты.

В то же время детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), и, в частности, с задержкой психического развития (ЗПР), без специального обучения труднее освоить навыки общения как со взрослыми, так и со сверстниками, сложнее понимать друг друга, управлять своими эмоциями. Это проявляется в повышенной тревожности, агрессии, неумении находить выход из конфликтных ситуаций, сочувствовать другим, осуществлять совместную игровую деятельность.

Исходя из этого, нас заинтересовала проблема развития эмоционального интеллекта у дошкольников с ОВЗ, как способности отслеживать свои собственные эмоции, и эмоции других людей, перерабатывать информацию, содержащуюся в эмоциях, и использовать эту информацию для управления своим мышлением и действиями.

В качестве основы взяты четыре компонента эмоционального интеллекта, а именно:

1. Восприятие эмоций и их идентификация;
2. Использование эмоций для стимулирования умственной деятельности;

[1] Об утверждении и введении в действие федерального государственного стандарта начального общего образования: приказ Минобрнауки России от 06.10.2009 № 373 (ред. от 18.12.2012) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. № 12. 22.03.2010; Российская газета. 2011. 16 фев. № 5408.

3. Понимание эмоций, причин их возникновения и умение обозначить вербально при общении;

4. Управление эмоциями для достижения результата.

В данной работе были поставлены следующие задачи:

1. Способствовать формированию у детей представлений об основных видах эмоций.

2. Научить ребенка распознавать различные эмоции, понимать эмоциональное содержание картинки, выражение лица человека.

3. Научить детей выражать различные эмоции, используя возможности арт-педагогики и средства арт-терапии.

4. Научить выражать свое эмоциональное состояние в свободной деятельности, используя уже наработанные навыки взаимодействия друг с другом.

5. Познакомить родителей с понятием «эмоционального интеллекта» и важности его формирования, а также привлечь их к совместной деятельности.

В качестве рабочего инструментария мы опирались на программу коррекционного воздействия на эмоциональную сферу детей Д. Г. Кайль «Радуга настроений» [1] и учебно-методическое пособие по театрализованной деятельности М. И. Родиной и А. И. Бурениной «Кукляндия»[2], сочетая их вместе с педагогическими приемами и технологиями развития критического мышления.

Кроме того, в своей работе мы значительное внимание уделили использованию таких методов арт-терапии, как сказкотерапия, куклотерапия, музыкотерапия и изодеятельность.

Этот вид терапии часто используется в дошкольном возрасте, так как не ставит своей целью целенаправленное обучение детей, формирование навыков и умений в каком-либо определенном виде, а позволяет свободно проявлять свою фантазию и личностное самовыражение. «Терапия искусством» служит

---

[1] Коррекция и развитие эмоциональной сферы детей 6-7 лет: программа театрально-игровой деятельности, планирование, занятия/авт.-сост. Д. Г. Кайль.: Учитель, 2016.

[2] *Родина М. И., Буренина А. И.* «Кукляндия»: Учеб.-метод. пособие по театрализованной деятельности. СПб.: Изд-во «Музыкальная палитра». 2008.

эффективным способом освобождения личности ребенка от внутренних конфликтов и негативных эмоциональных переживаний, средством повышения самооценки и личностного роста ребенка, что особенно важно для нашей работы, связанной с развитием эмоционального интеллекта у детей с ЗПР.

На первом диагностическом этапе работы на основании результатов «Диагностики развития эмоциональной сферы» (по адаптированной методике «Волшебная страна чувств» Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой) [1] и мониторинга развития уровня общения (методом наблюдений) дети условно были разделены на 3 подгруппы.

Дети первой подгруппы взаимодействовали с людьми кратковременно, в течение 1-5 минут, и по инициативе взрослого. К сверстникам относились равнодушно, молчали, не обращали внимания, или смотрели только в первые минуты.

Дети второй подгруппы общались в рамках ситуации фрагментарно. Ориентировались на взрослого, были привязаны к конкретной предметно-бытовой ситуации. Интересовались конкретными действиями, предметами и игрушками.

Дети третьей подгруппы с помощью взрослого ситуативно взаимодействовали со сверстником. Ведущими являлись познавательные мотивы общения ситуативного характера. Дети вербально оформляли интерес к деятельности, к педагогу, к сверстнику, к игрушке. С эмоциональной помощью взрослого взаимодействовали со сверстником, частично согласовывая с ним свои действия и начиная игру.

Такое разделение детей позволило уделять каждому ребенку особое внимание и отслеживать динамику развития индивидуально.

На втором этапе работы дети учились определять характер эмоциональных состояний, отличать и выражать их. В течение календарного учебного года дети знакомились с такими эмоциями: как радость, грусть, страх, злость, обида, сочувствие, удивление и восхищение.

На глубинную проработку каждой эмоции отводился 1 месяц, во время

[1] Тренинг по сказкотерапии. СПб. 2000.

которого разыгрывались различные упражнения – «Мое настроение», «Волшебное зеркало», «Твои достоинства», проигрывались этюды «Я в образе»[1] на создание конкретного эмоционального образа с использованием музыкальных фрагментов различного характера: грустного, веселого, настороженного, агрессивного, лирического.

Третий этап работы был направлен на развитие эмпатии, на формирование навыков социально приемлемого поведения в обществе, на развитие вербального и невербального коммуникативного общения. С детьми рассматривались дидактические пособия, проводились беседы и различные коммуникативные игры – «Коршун и Наседка», «Давайте поздороваемся», «Поймай мой взгляд»[2].

Четвертый этап работы включал в себя упражнения с применением сказкотерапии, куклотерапии, изодеятельности, музыкотерапии, танцевально-двигательной терапии. Активно применялась совместная драматизация, в ходе которой использовались куклы штокового театра, изготовленные детьми с участием педагогов. Были разыграны сказки В. Сутеева «Петушок и Краски», сценка «Зайчишка-трусишка», авторские сказки педагогов «Почему грустил Котенок», «Сказка про полезное слово Надо», и заключительная сказка-драматизация «Петушок и его друзья».

Знакомство с эмоциями обязательно сопровождалось самостоятельной изодеятельностью детей, как основным способом выражения чувств и эмоций ребенка, которая позволяла им отрефлексировать каждую эмоцию отдельно. В результате рождались неожиданные сюжеты, как например, про злого снеговика, в котором мышь устроила норку. Или история про Злую волшебницу, которую Ангел превратил в Добрую. Для детей с определенными нарушениями психического и физического развития подобные размышления являются поистине большим достижением.

Знакомство с эмоцией страха совпало с темой «Блокада Ленинграда», которая была представлена детям в форме сказочного сюжета и литературно-музыкальной

---

[1] *Родина М. И., Буренина А. И.* «Кукляндия»: Учеб.-метод. пособие по театрализованной деятельности. СПб.: Изд-во «Музыкальная палитра». 2008.

[2] Коррекция и развитие эмоциональной сферы детей 6-7 лет: программа театрально-игровой деятельности, планирование, занятия / авт.-сост. Д. Г. Кайль.: Учитель, 2016.

драматизации, представленной педагогами. Благодаря чему дети смогли пережить и прочувствовать целую палитру различных эмоций, а нам, как педагогам, удалось добиться глубинного восприятия этой сложной темы современными детьми.

На каждом этапе было активное взаимодействие с родителями воспитанников. Родители получали рекомендации по развитию эмоционально-волевой сферы детей. Дети и взрослые выполняли совместные задания, вызывающие определенные эмоции. Например, к празднику Нового года нужно было придумать: «Если бы я был помощником Деда Мороза, как бы я порадовал своих близких?». Глубокий отклик нашла также и тема «Мой ангел-хранитель».

На пятом, заключительном этапе была проведена повторная диагностика, которая показала несомненную динамику развития эмоциональной сферы детей. Если на начало года дети из всего списка эмоций выделяли в основном радость, грусть, злость, страх, а такие эмоции как обида, удивление, восхищение были непонятны им, то в конце года дети уже имели четкое представление обо всех эмоциях, изучаемых в течение года, и осознанно их идентифицировали.

Кроме этого, положительная динамика нашла свое отражение и в способности детей коммуницировать. Дети первой и второй подгруппы стали чаще вступать во взаимодействие друг с другом, выражать свои эмоции. А большинство детей третьей подгруппы значительно чаще целенаправленно и более доброжелательно стали взаимодействовать друг с другом, давать оценку своим поступкам и находить адекватные способы разрешения конфликтных ситуаций.

Таким образом, можно сказать, что приемы арт-терапии в сочетании с возможностями арт-педагогики можно отнести к эффективным, и без сомнения, экологичным компонентам педагогической деятельности в условиях работы с детьми с ОВЗ, в том числе и в процессе формирования эмоционального интеллекта в дополнение к интеллекту как таковому.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Алимбекова Юлия Евгеньевна – психолог Санкт-Петербургского государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания «Психоневрологический интернат №3»; alimbekova-25@inbox.ru.

Балашов Алексей Игоревич – ректор Санкт-Петебургского государственного института психологии и социальной работы, заведующий кафедрой управления социальной сферой, доктор экономических наук

Волкова Ирина Васильевна – педагог-психолог краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Психоневрологический интернат для детей «Солнышко» (Краснодарский Красноярский край, пгт. Березовка); 24IrinaWolf@mail.ru.

Гасумова Светлана Евгеньевна – доцент кафедры социальной работы и конфликтологии юридического факультета и кафедры информационных технологий механико-математического факультета федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный национальный исследовательский университет», кандидат социологических наук, доцент; svetagasumova@ya.ru.

Геворкян Гульхадыча Мухаметалиевна – педагог-психолог краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей-инвалидов, детей и подростков с ограниченными возможностями «Виктория» г. Норильска, педагог-психолог; qul.qevork18@mail.ru.

Гусева Наталья Александровна – доцент кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, кандидат психологических наук; gusevoj@yandex.ru.

Давтян Ольга Владимировна – психолог краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Реабилитационный

центр для детей-инвалидов, детей и подростков с ограниченными возможностями «Виктория» г. Норильска; olgadawtyan@yandex.ru.

Захватова Юлия Александровна – психолог Санкт-Петербургского государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания «Психоневрологический интернат №3»; Zaxvatova1@yandex.ru.

Зверев Юрий Павлович – доцент кафедры адаптивной физической культуры федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», кандидат медицинских наук; yzverev@yahoo.com.

Иванович Юлия Леонидовна – генеральный директор Автономной некоммерческой организации «Центр взаимодействия природы и человека «Оберег» (Ленинградская область); ivanovich@mail.ru.

Капустина Виктория Владимировна – руководитель Изостудии «Акварель» Муниципального казенного учреждения «Центр культуры и спорта «Лаголово» (Ленинградская область); vika.kapustina.81@mail.ru.

Киселева Марина Вячеславовна – доцент кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, кандидат медицинских наук; marina.v.kiseleva@gmail.com.

Ковалева Антонина Валентиновна – заместитель директора по социальным вопросам Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения «Центр учета и социального обслуживания граждан Российской Федерации без определенного места жительства»; kovalevatonja@rambler.ru.

Крайнюков Сергей Владимирович – заведующий кафедрой клинической психологии Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, кандидат психологических наук; sv_krayn@mail.ru.

Кузьменкова Лидия Всеволодовна – заведующий кафедрой консультативной психологии и психологии здоровья Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, кандидат психологических наук; sondy@mail.ru.

Куликова Яна Геннадиевна – учитель-логопед государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №83»; kylikovajanalogoped@yandex.ru.

Курникова Мария Владимировна – заведующий кафедрой адаптивной физической культуры федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»; старший научный сотрудник международной лаборатории исследований социальной интеграции Национального исследовательскиого университета «Высшая школа экономики»; mkurnikova@yandex.ru.

Маргошина Инна Юрьевна – доцент кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы»; inna_che@rambler.ru.

Мецлер Андрей Владимирович – директор государственного бюджетного учреждения «Пансионат для ветеранов труда № 31 Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы»; avmetsler@mail.ru.

Мечинская Елена Вячеславовна – воспитатель государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №29 комбинированного вида Выборгского района Санкт-Петербурга»; mechinskaya@bk.ru.

Минина Ксения Владимировна – доцент кафедры прикладной социальной психологии и конфликтологии Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы; ksu.minina@mail.ru.

Михайлова Наталья Владимировна – психолог отделения абилитации, социальной и профессиональной реабилитации государственного бюджетного учреждения г. Москвы «Московский городской центр реабилитации»; natalliami@yandex.ru.

Морозова Елена Александровна – доцент кафедры социальной работы социологического факультета Смоленского государственного университета, кандидат социологических наук; rabotamorozova@inbox.ru.

Мурадян Марина Павловна – педагог отделения дошкольного образования государственного бюджетного образовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа № 358 Московского района Санкт-Петербурга»; m.p.mur358@gmail.com.

Николаева Алла Алексеевна – заведующая кафедрой теории и практики управления, руководитель магистерской программы «Педагогическая конфликтология» Московского государственного психолого-педагогического университета, доцент; mgppu.2015@yandex.ru.

Новоселова Ксения Сериккалиевна – стажер-исследователь Социально-психологического института Кемеровского государственного университета; k.novoselova1993@mail.ru.

Погребный Юрий Александрович – стажер-исследователь частного образовательного учреждения высшего образования «Русская христианская гуманитарная академия»; georgui@list.ru.

Подвиг Елена Дмитриевна – воспитатель государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №29 комбинированного вида Выборгского района Санкт-Петербурга»; elena-podvig@mail.ru.

Савинова Эльвира Павловна – директор Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Центр социальной помощи семье и детям Приморского района»; cs@cspsd.tuprim.gov.spb.ru.

Савченко Ирина Алексеевна – доцент Московского государственного психолого-педагогического университета; arin76@mail.ru.

Сатикова Светлана Валентиновна – доцент кафедры прикладной социальной психологии и конфликтологии Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы; svsatikova@gmail.com.

Секретарева Елена Анатольевна – заведующий отделением психолого-педагогической помощи «Тайм клуб на Гражданском» Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной помощи семье и детям Калининского района Санкт-

Петербурга»; easekret@list.ru.

Семенова-Полях Галина Геннадьевна – заместитель декана по науке, доцент кафедры психологии развития и психофизиологии Казанского инновационного университета имени В.Г. Тимирясова, кандидат психологических наук; semenovap@ieml.ru.

Сократова Ирина Николаевна – психолог Санкт-Петербургского государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания «Психоневрологический интернат №3»; sokratova.irina@yandex.ru.

Стрекач Наталья Казимировна – директор Санкт-Петербургского государственноно бюджетного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной помощи семье и детям Калининского района Санкт-Петербурга»; natastrek@yandex.ru

Стряпухина Юлия Витальевна – ассистент кафедры психологии Частного образовательного учреждения высшего образования «Русская христианская гуманитарная академия»; kurry@yandex.ru.

Тимуца Ольга Вадимовна – доцент кафедры «Институты гражданского общества» Казанского инновационного университета им. В.Г. Тимирясова, кандидат социологических наук; o.timutsa@gmail.com.

Трапезникова Ирина Сергеевна – доцент кафедры социологических наук Социально-психологического института Кемеровского государственного университета; trapeznikova_1976@mail.ru

Филатова-Сафронова Маргарита Александровна – доцент кафедры психологии развития и психофизиологии Казанского инновационного университета имени В.Г. Тимирясова, кандидат психологических наук; filatovas@ieml.ru.

Хамзатова Ирина Эдуардовна – педагог-психолог государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 29 комбинированного вида Выборгского района Санкт-Петербурга»; irinaxamz@yandex.ru.

Черкашина Татьяна Федоровна – психолог Социально-гериатрического центра «Опека», психолог; tatyanaorbit@mail.ru.

Чеснокова Людмила Валерьевна – директор Автономног учреждения социального обслуживания Удмуртской Республики «Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»; mila-mila-ches@mail.ru.

Яницкий Михаил Сергеевич – директор, заведующий кафедрой социальной психологии и психосоциальных технологий Социально-психологического института Кемеровского государственного университета, доктор психологических наук; direktorspi@kemsu.ru.

Научное издание

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ИНСТИТУТА ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Выпуск 1

Под редакцией
доктора экономических наук А. И. Балашова

Адрес редакции:
199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., д. 13 литера А, к. 507

Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная
Печать цифровая. Усл. печ. л. 9,8. Тираж 500 экз. Заказ № 115

Отпечатано в ООО «Русская коллекция СПб»
199178, Санкт-Петербург, В.О., 13-я линия, 30, оф.4
Тел./факс: 327-73-00, 327-49-46
E-mail: russian@collection.spb.ru
http://www.ruscol.spb.ru