

## **Социальное обследование детей 7–14 лет, имеющих психические отклонения**

До 1990-х гг. в России при лечении детей, имеющих психические отклонения, не использовались программы социализации подростков, социальной реабилитации и ресоциализации, не осуществлялось комплексное взаимодействие со специализированными учреждениями для несовершеннолетних пациентов. Принцип биопсихо-социальной терапии не соблюдался, преобладала биотерапия.

Британская программа «Детское психическое здоровье», учитывающая социальные факторы, реализуется с 1970-х гг., а в России апробация этой программы прошла в Санкт-Петербурге в 1992 г. Успех Санкт-Петербургского проекта способствовал внедрению на Урале программы «Детское психическое здоровье» с осени 1996 г. Она разработана на основе многодисциплинарного подхода в деятельности служб детской и подростковой психиатрии. Многодисциплинарный подход базируется на работе многопрофильной бригады, состоящей из различных специалистов (врач-психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, логопед-дефектолог, специалист по социальной работе и др.).

Опыт деятельности многопрофильной бригады в Свердловском областном центре психического здоровья детей и подростков позволяет выделить преимущества и недостатки реализации многодисциплинарного подхода, а также возможности специалиста по социальной работе (таблица).

Возможности профессиональной деятельности специалиста по социальной работе в многопрофильной бригаде следующие:

- социальное обследование детей 7–14 лет и выявление причин возникновения психосоциальной дезадаптации;
- организация групповых и индивидуальных мероприятий по социальной реабилитации и ресоциализации, направленных на расширение социальных знаний и умений, формирование представлений о социальном опыте, социальном поведении;
- проведение бесед с родственниками, опекунами и другими законными представителями по социальному взаимодействию с деть-

ми вне стационара и формирование у них адекватного отношения к лицам с психическими расстройствами;

- взаимодействие с различными административными, правоохранительными, благотворительными учреждениями и организациями, оказывающими социальные услуги и помощь детям-инвалидам с целью социализации и реабилитации;

- взаимодействие с учителями, родителями (или лицами их заменяющими), специалистами социальных служб, семейных и молодежных служб занятости, благотворительными организациями для оказания помощи пациентам, попавшим в экстремальную жизненную ситуацию;

- осуществление посреднической деятельности между пациентом и учреждениями, семьей, службой, специалистами различных социальных служб, ведомств и административных органов;

- изучение инноваций в деятельности специалиста по социальной работе, социального работника (чтение специальной литературы по социальной работе, психиатрии, участие в конференциях и др.).

#### Преимущества и недостатки многопрофильной бригады

Преимущества	Недостатки
Возможность профессионального обмена знаниями в различных областях (медицина, социология, социальная работа, психология, дефектология)	Различные основания научных теорий, рассматривающих личность как субъекта общественных отношений; отсутствие общего понятийного аппарата
Осуществление сбора информации и анализа проблемы пациента с различных точек зрения	Отсутствие целостной критериальной базы оценки проблем пациентов
Комплексная диагностическая работа, поиск эффективных технологий в решении проблем, комплексное воздействие на пациента	Отсутствие научно обоснованного порядка (очередности) разрешения проблем пациентов; отсутствие механизма определения потребности в конкретном специалисте для разрешения индивидуальной ситуации
Профессиональная ответственность каждого члена многопрофильной бригады в установлении диагноза и поэтапного устранения проблемы	Отсутствие стандартов деятельности, размывание границ профессиональных функций и дублирование деятельности специалистов бригады

Социальная работа в условиях стационара заключается в рассмотрении проблем и причин, приводящих к психическим расстройствам, вызванным патологическим семейным воспитанием, социально-педагогической депривацией и асоциальным окружением несовершеннолетнего. Специалист по социальной работе стремится восстановить «нормальное функционирование» пациента и устранить нарушения жизнедеятельности. Определению программы восстановления нормального функционирования предшествует социальное обследование.

Социальное обследование – это процесс выявления и описания причин социального проявления личности, особенностей внутрисемейных отношений и поведения пациента, специфики социального взаимодействия подростка с окружающими его людьми и др. Процесс выявления включает в себя сбор информации от различных источников о «социальном» пациента, ее анализ и оценку (заключение о состоянии «социального здоровья» детей). Обследование предполагает обязательное изучение истории болезни пациента. После этого проводится первичная беседа с каждым подростком. Живое общение дополняется использованием различных социальных методов, позволяющих собрать максимально полную информацию (интервью, рисунок, игра и др.). Например, изучение актуального состояния ребенка можно проводить по следующей схеме.

*Мой лучший друг* .....

*Моя школа* .....

Самый несчастный день  
в твоей жизни?

Твое любимое занятие?

Что делает тебя  
счастливым?

Что тебя беспокоит?

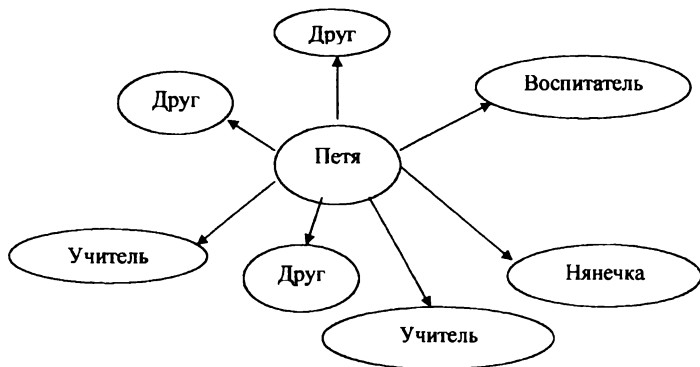
Чего ты боишься?

Что тебя раздражает?

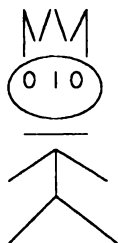
Когда ты можешь собой  
гордиться?

### *Отношения с окружающими*

Проведи красную стрелочку к тем, с кем ты часто общаешься и у тебя с ними хорошие взаимоотношения. Нарисуй черные стрелочки к тем, с кем у тебя бывают ссоры, конфликты.



Далее ребенка просят нарисовать себя на отдельном листе бумаги. Восемилетний Петя видит себя таким:



О чем говорит этот рисунок? Большая голова предполагает большие интеллектуальные претензии или недовольство своим интеллектом, большие глаза – подозрительность, а также проявление озабоченности и гиперчувствительности по отношению к общественному мнению. Отсутствие ушей означает не восприятие любой критики и замечаний в свой адрес. Выделенный рот предполагает примитивные оральные тенденции или возможную затрудненность речи. Отсутствие кистей рук говорит о нарушении контакта с окружающим миром, длинные ноги – о потребности в независимости.

Отсутствие ступней ног может означать недовольство социальным положением.

После анализа и оценки информации специалист по социальной работе определяет направления социальной реабилитации, социализации и ресоциализации детей 7–14 лет. С результатами социального обследования специалист по социальной работе знакомит членов многопрофильной бригады на консилиуме.

Приведем пример результата социального обследования пациента (его возраст и фамилия изменены).

### ***Карта социального обследования Иванова Петра (8 лет)***

**Социальные показатели.** Несовершеннолетний воспитывается в социально-реабилитационном приюте для детей и подростков. Мальчик остался без попечения родителей в трехлетнем возрасте (мать и отец лишены родительских прав). В настоящий момент воспитанием занимается педагогический коллектив приюта (психолог, логопед, младший обслуживающий персонал). Асоциальные проявления пациента: многочисленные побеги из социально-реабилитационного приюта; бродяжничество; попрошайничество; получение удовольствия от нанесения себе порезов и ушибов; открытая физическая и вербальная агрессия, направленная на другого (взрослого, сверстника), на себя, предметный мир. Состоит на учете в отделе по профилактике правонарушений несовершеннолетних.

**Факторы, приводящие к социальной дезадаптации:**

- **семейные:** физическое насилие по отношению к ребенку (жестокое обращение отца в детстве), неблагоприятные жизненные события (алкоголизм родителей);
- **школьный:** проблемы с обучением (трудности с усвоением учебного материала);
- **социальные:** дезориентированность в большинстве социальных ситуаций, неадекватное поведение в группе (легко поддается чужому влиянию со стороны сверстников).

**Форма психосоциальной дезадаптации** – значительная и устойчивая социальная дезадаптация. Неспособность справляться с новыми социальными ситуациями, явное отсутствие друзей, трудности во взаимоотношениях с взрослыми. Нуждается в наблюдении и заботе со стороны других людей для поддержания минимального

уровня каждодневного функционирования, периодически возникающий риск причинения серьезного вреда самому себе и другим. Социальное расстройство обусловлено семейной, школьной и социальной дезадаптацией, физическими и психическими особенностями личности. Частично сформированы навыки личной гигиены, не сформированы навыки бытового и домашнего (приготовление пищи и т.д.) самообслуживания.

Нет представлений о правилах и культуре поведения (не различает «хорошие» и «плохие» поступки, отрицательно относится к критике поведения), нет представлений о навыках социального поведения в общественных местах. Не строит планы на будущее. Отсутствует познавательный интерес к учебным дисциплинам, не имеет интересов, хобби, увлечений. Требуется постоянного контроля и наблюдения за выполнением своих действий. Не восприимчив к педагогическим воздействиям. Социально дезадаптирован к жизни в обществе.

#### *Направления социализации:*

1. Коррекция межличностной сферы общения (формирование адекватного восприятия замечаний значимых взрослых, социального окружения несовершеннолетнего).
2. Формирование представлений о денежных операциях, элементарных навыках самообслуживания для поддержания каждодневного функционирования.
3. Коррекция эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей пациента (формирование представлений об особенностях агрессивного и вспыльчивого поведения, поиск выходов из конфликтной ситуации).

*Социальная реабилитация в условиях стационара (формы работы с пациентом).* Проведено 7 групповых занятий, направленных на реабилитацию и ресоциализацию утраченных контактов и социальных связей. В ходе занятий формировались представления об одобряемом поведении, адекватном восприятии замечаний со стороны взрослых; умения по выходу из конфликтных ситуаций. В реабилитационном отделении подросток учился пользоваться домашними и бытовыми предметами, готовить пищу. В стационаре ребенок приобретал навыки самообслуживания, ухода за жилищем, общественно-полезного труда.

Социальное обследование позволяет выявить и описать причины социального проявления личности, особенности внутрисемейных отношений и поведения, специфику социального взаимодействия подростка с окружающими его людьми, определить пути социальной реабилитации и ресоциализации пациентов. Специалист по социальной работе в учреждениях здравоохранения расширяет круг возможностей для «нормального» функционирования в социальной макро- и микросреде пациента.

*Т.А.Бобылева,  
А.С.Розенфельд*

### **Проблема коррекции физического развития детей, имеющих задержку психического развития, усугубленную геоклиматическими факторами Крайнего Севера**

В настоящее время число детей, которые по разным причинам не в состоянии усвоить программу начальной ступени обучения, постоянно увеличивается. Одной из причин этого является задержка психического развития (ЗПР) школьников. Их количество, по данным Н.Д.Соколовой и Л.В.Калинниковой, колеблется от 20 до 32 % [1].

Проведенный нами анализ критических фактов показал, что одним из определяющих симптомов у детей с задержкой развития является недоразвитие эмоционально-волевой сферы по типу инфантилизма. У детей с ЗПР отмечается сниженная работоспособность вследствие возникающей церебрастении, психомоторной расторможенности, повышенной возбудимости.

Познавательная деятельность у таких детей характеризуется низким уровнем активности и замедлением переработки информации. Вместе с тем у них не нарушены абсолютные пороги чувствительности, возможности слуха и зрения остаются в пределах нормы. Дефекты восприятия обнаруживаются при усложнении воспринимаемых объектов или в условиях, затрудняющих восприятие (необычное положение объектов и т.п.). Внимание характеризуется