

- повышение уровня образованности ребенка-инвалида и его близких;
- профессиональные успехи родителей;
- повышение материального уровня жизни семьи;
- активизация участия семьи в общественной жизни (например, в деятельности общественной организации инвалидов по месту жительства, общественных акциях, проводимых при участии МУ ГЦР «Талисман», центр социальной защиты и т.д.);
- повышение культурного уровня членов семьи, проявляющегося, в частности, в активном участии в досуговых и развивающих мероприятиях, организуемых специалистами МУ ГЦР.

С учетом этих факторов, полностью адаптированными, после проведения нескольких циклов реабилитации, признаны 63% обследованных семей. На этапе первичного обследования эти семьи составляли только 29%.

Приведенные данные характеризуют динамику уровня социальной адаптации семьи в процессе реализации ИПКР и оказания семье социально-педагогической поддержки. Таким образом, можно сделать вывод, что социально-педагогическая поддержка, оказываемая семье в процессе реабилитации ребенка-инвалида по ИПКР, в условиях реабилитационного центра, способствует повышению уровня ее социальной адаптации с достаточно высокой эффективностью.

<sup>1</sup> Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Метод. рекомендации. М.–СПб., 1998.

*А.В.Гриценко*

### **Социальная работа с подростками, имеющими психические отклонения**

За последние десять лет общество пережило множественные изменения, связанные с экономическими, социальными и культурными сферами. Психическая неуравновешенность у подростков в значительной степени является отражением массовых проявлений, состояния психоэмоционального напряжения, связанного с социальными – экономическими изменениями в обществе. В условиях неста-

бильной ситуации в стране, адаптационный потенциал человека снижается, что приводит к увеличению психических расстройств.

За 2001 год среди контингента поступивших в стационар преобладают пациенты с резидуальной церебральной органической недостаточностью (50,4 %); процент пациентов имеющих умственную отсталость составил (27,9 %) от числа поступивших; аффективные нарушения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте, - 18,6%; психозы - 3,1%. Наиболее распространенными причинами госпитализации являются последствия родовых травм и социальные расстройства поведения несовершеннолетних. Социальное расстройство обусловлено патологическим семейным воспитанием - (81,6%); социально-педагогической депривацией - (59,3%); социальным окружением несовершеннолетнего - (66,2%). Психические отклонения личности несовершеннолетних приводят к значительным нарушениям жизнедеятельности, а в последствии и социальной дезадаптации личности. Нарушение жизнедеятельности - это прекращение нормальной деятельности, общения, развития индивида под влиянием субъективных и объективных факторов и причин. Нарушения межличностных отношений со сверстниками, плохая адаптация к учебному процессу, конфликт с учителями наблюдается у 59,3 % пациентов. Социально-педагогическая депривация приводит к самовольному оставлению учебы, снижению мотивации к учебному процессу. Неправильное семейное воспитание приводит к нарушениям: психического и физического развития личности, навыков домашнего и бытового самообслуживания, навыков личной гигиены, общественных навыков поведения (30,0%). Социальное окружение несовершеннолетнего приводит к асоциальным (эпизодическое потребление спиртных напитков - 45%; табакокурение - 51%; злоупотребление токсическими веществами - 4%) и делинквентным проявлениям несовершеннолетних (бродяжничество - 12%; на учете по делам несовершеннолетних состоит - 13,5%).

Преимущество амбулаторного лечения в том, что не происходит изоляции пациента от социальной среды (дом, близкое окружение) и не возникает дискомфорт личности. В условиях стационара осуществляется круглосуточное наблюдение за пациентом (сбор наиболее достоверной информации о пациенте), проводится социальное обследование в динамике, выявляются личные и физические возможности пациента.

Многопрофильные бригады в социально-реабилитационных центрах, муниципальных учреждениях, центрах особого ребенка, психического здоровья детей и подростков позволяют оказать ком-

плексное воздействие на пациента различными специалистами (врач – психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, логопед – дефектолог, специалист по социальной работе и т.д.). Многопрофильная бригада позволяет осуществить более информативный анализ проблемы пациента с различных точек зрения специалистов. После прохождения в условиях стационара медикаментозного лечения возникает необходимость социальной реабилитации и ресоциализации пациентов, длительно находившихся в стационаре. Под социальной реабилитацией понимается система и процесс, направленный на восстановление социального статуса личности (прав, здоровья), способностей к самостоятельной общественной и семейно – бытовой деятельности. Наш двух летний опыт работы в стационаре позволяет сделать предположение о том, что дополнение социальной реабилитации процессом ресоциализации позволит установить и закрепить способность пациента к нормальному функционированию в социуме. Ресоциализация – это процесс усвоения индивидом новых социальных норм и культурных ценностей, шаблонов поведения, которые приняты в социальной микро – и макросреде, овладение дополнительными знаниями и навыками, без которых личности трудно будет сориентироваться в быстро меняющемся мире. Необходимость ресоциализации диктуется условиями современного быстро изменяющегося общества. Ресоциализация не оказывает существенного воздействия на характер индивида, его мотивационную структуру, потребности, ценностные ориентации. Эти компоненты личности сформировались ранее, поэтому модифицируются в незначительной мере у личности. Проведение групповых и индивидуальных мероприятий в условиях стационара направленных на социальную реабилитацию и ресоциализацию пациентов (преимущественно в игровой форме), повышает адаптационный потенциал к новым социальным ситуациям вне стационара, расширяют навыки социального поведения в социуме, увеличивают представления о домашних и бытовых навыках самообслуживания, дают представления о взаимодействии и общении с социальным окружением, направлены на профилактику асоциальных и делинквентных проявлений пациентов.

Специфика социальной работы в условиях стационара заключается в рассмотрении проблем и причин психических заболеваний, вызванных патологическим семейным воспитанием, социально – педагогической деprivацией и асоциальным окружением несовершеннолетнего. Специалист по социальной работе совместно с другими членами многопрофильной бригады наряду с медикаментозным и

психотерапевтическим лечением осуществляет «социальное лечение». В условиях стационара он проводит социальную диагностику пациентов, определяет аномальность психосоциальных ситуаций, оценивает психосоциальную дезадаптацию пациентов. Специалист по социальной работе организует и проводит групповые и индивидуальные занятия с пациентами, взаимодействует с социальным окружением пациента (родителями и опекунами, иными законными представителями), проводит беседы о формировании адекватного отношения к детям, имеющим психические отклонения личности. В необходимых случаях взаимодействует с различными государственными, административными, правоохранительными учреждениями и организациями, оказывающими социальные услуги и помощь для полноценной социальной реабилитации и ресоциализации пациентов.

*М.С.Лазукина, Н.С.Сажина*

### **Правовая защита многодетных семей: сравнительный анализ**

Проходящая в последние годы социально – экономическая и политическая трансформация российского государства и общества привела к коренной ломке экономических и социальных структур. Реформы российского общества оказали на семью неоднозначное воздействие, привели к глобальным изменениям ее жизнедеятельности.

Исследования последних лет говорят о том, что с появлением на свет третьего ребенка, семья попадает в группу социального риска по всем показателям: по охране здоровья, потребительской нагрузке на каждого члена семьи, занятости родителей, решению жилищных проблем и др. То есть многодетные семьи нуждаются в особой государственной поддержке.

За последние годы в Российской Федерации принят целый пакет законодательных актов, направленных на решение проблем семьи, ее социальной защиты. Что же касается социальной политики в отношении многодетных семей, то она почти десять лет определяется Указом Президента Российской Федерации от 5 мая 1992 г. № 431 «О мерах по социальной защите многодетных семей», однако хочет-