

Арчакова Т.О.  
Гусарова Н.В.  
Синкевич А.Ю.

**Подходы к комплексному  
сопровождению семей,  
воспитывающих приемных детей  
с ограниченными возможностями  
здоровья**

БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам»

---

Москва  
2014

УДК 364.04

ББК 65.272

**A88 Арчакова Т.О., Гусарова Н.В., Синкевич А.Ю.** Подходы к комплексному сопровождению семей, воспитывающих приемных детей с ограниченными возможностями здоровья. — М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2014. — 120 с. Тираж 300 экз.

Пособие адресовано специалистам и волонтерам, работающим в проектах сопровождения семей, принявших на воспитание детей-сирот с ограниченными возможностями здоровья, или участвующими в разработке и запуске подобных проектов. Основной фокус пособия — организация работы со случаем в семейно-ориентированном подходе, оценка семейной ситуации и разработка индивидуальных планов сопровождения семьи. В приложении даны образцы документов, которые используются в работе БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам» и могут быть адаптированы читателями для своих проектов. **Подготовлено при поддержке фонда Елены и Геннадия Тимченко.**

ББК 65.272

## Содержание

Вступительное слово.....	5
Описание проекта: цели, задачи, результаты .....	7
Виды помощи (реабилитационные услуги) в рамках проекта.....	14
I. Создание условий для медицинской реабилитации и лечения .....	16
II. Психологическая, педагогическая, социальная реабилитация .....	22
III. Материальная помощь .....	25
IV. Информационная поддержка .....	28
V. Работа с профессиональным сообществом .....	31
Работа со случаем в семейно-ориентированном подходе .....	32
Суть планирования: цели и приоритеты .....	45
Возврат ребенка: профилактика и сопровождение.....	60
Заключение: каков вклад волонтеров в нашу работу .....	69
Приложения .....	71
2 примера карт семьи .....	71
Образец заявления о приеме в проект.....	95
Образец договора о предоставлении платных образовательных услуг со школой .....	97
Образец договора с няней о предоставлении услуг .....	106
Образец договора с коррекционным педагогом о предоставлении услуг .....	112
Проблема возврата: памятка для принимающих родителей.....	116





## Вступительное слово

---

Дорогие коллеги!

Наш опыт работы с семьями в кризисных ситуациях всегда заставлял нас учиться и искать новые способы сотрудничества с родителями, чтобы помочь им. Вы держите в руках пособие, которое стало результатом работы проекта «Близкие люди» благотворительного фонда «Волонтеры в помощь детям-сиротам». Это проект поддержки семей, принявших на воспитание детей-сирот с ограниченными возможностями здоровья.

Проект возник в 2012 году на стыке программы содействия семейному устройству детей-сирот и проекта «Дети в беде», занимающегося организацией и оплатой лечения для детей из домов ребенка, интернатов, детских домов инвалидов. Импульсом к его созданию послужили многочисленные обращения семей: кто-то уже взял на воспитание ребенка, получавшего раньше помощь у проекта «Дети в беде», кто-то только готовился стать приемным родителем и хотел разобраться, есть ли вокруг него ресурсы, чтобы взять «особого» ребенка.

Проект осуществляет работу по всей России, хотя мы считаем, что работа в контексте местного сообщества является наиболее эффективной, и делаем основной акцент на деятельности в Москве и Московской области. Однако многие обращения из регионов не удастся перенаправить в местные организации — таких (пока еще!) нет.

Это пособие адресовано специалистам и волонтерам, работающим в проектах сопровождения семей, принявших на воспитание детей-сирот с ограниченными возможностями здоровья, или участвующими в разработке и запуске подобных проектов. Основной фокус пособия — организация работы со случаем в семейно-ориентированном подходе. Много внимания уделяется тому, как оценить (а в первую очередь — описать, понять) жизненную ситуацию и потребности «особого» ребенка и его новой семьи; как эффективно разработать индивидуальный план сопровождения семьи и правильно расставить в нем приоритеты. В приложении вы найдете



образцы документов, которые используются в нашей работе, и которые вы можете адаптировать для своих задач. Чтобы говорить со всеми отечественными специалистами на одном языке, мы постарались соотнести терминологию пособия с новым законом «Об основах социального обслуживания граждан в РФ» № 442-ФЗ, который вступает в действие с 2015 г.

Нельзя объять необъятное, поэтому многие вопросы остались «за кадром». Это касается как вопросов более высокого управленческого уровня (например, схемы межведомственного взаимодействия), так и конкретных рецептов помощи («что делать, если ребенок — сирота, и у него ДЦП?»). Мы надеемся, что работа подобных проектов постепенно приведет к росту осведомленности разных специалистов — логопедов, дефектологов, педиатров — об их профессиональном инструментарии для помощи детям-сиротам. В свою очередь, мы даем ссылки на другие наши методические пособия по смежным темам там, где это актуально.

Удачи в вашей работе!

### **Мы благодарим**

Врачей-педиатров, генетиков, инфекционистов, реабилитологов, ортопедов, нейрохирургов, нейропсихологов, невропатологов, офтальмологов и ЛОРов, которые принимают участие в консультировании и лечении детей проекта «Близкие люди», сотрудников «Международного исследовательского центра медицинских проблем усыновления и опеки» клиники GMS, являющихся партнерами в этом проекте, всех волонтеров и сотрудников проекта «Близкие люди» за их неоценимый вклад в жизнь детей и семей, за постоянную готовность учиться и развиваться;

Марьяну Соколову, исполнительного директора МОО «Равные возможности», за поддержку и консультации в работе над проектом; Благотворительный фонд Елены и Геннадия Тимченко (<http://timchenkofoundation.org>) за поддержку проекта в 2014 г.

Президент БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам»,  
Елена Альшанская

## Описание проекта: цели, задачи, результаты

**Целью проекта** «Близкие Люди» является помощь принимающим семьям в лечении и реабилитации приемных детей с ограниченными возможностями здоровья.

### Задачи, решаемые в проекте

1. Комплексная диагностика ребенка и семьи.
  - ❖ Обеспечение профессиональной медицинской диагностики, в том числе консультаций специалистов по редким заболеваниям.
  - ❖ Оценка ситуации семьи и ориентировка родителей во всем спектре особых потребностей ребенка: медицинских, социальных, психологических, образовательных и др.
2. Содействие в лечении и (ре)абилитации ребенка.
  - ❖ Решение материальных, правовых и организационных проблем, связанных с лечением и реабилитацией.
  - ❖ Оказание психологической поддержки и помощи смежных специалистов: логопеда, дефектолога и др. для всесторонней реабилитации ребенка и включения в социум.
  - ❖ Помощь в организации жизни принимающей семьи: планирование, консультации, досуг.

### Комплексное сопровождение как технология работы проекта

«Социальное сопровождение» определяется в законе «Об основах социального обслуживания граждан в РФ» №442-ФЗ как «содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам», перечисленным в законе (ст. 22). Мы трактуем сопровождение, как направленное движение «из точки А в точку Б» по индивидуальному плану. Оказание разнообразных услуг при этом выходит за рамки «обслуживания» — оно «продвигает» благополучателей к желаемой ситуации, к намеченному вместе с ними оптимальному состоянию ребенка и семьи.

«Социальное сопровождение осуществляется путем привлечения организаций, предоставляющих такую помощь, на основе межведомственного взаимодействия» (там же, ст. 28). Таким образом,



содержательным основанием для принятия семьи на комплексное сопровождение является *междисциплинарность*, потребность в сотрудничестве разных специалистов для решения ее проблемы. В данном пособии термины «комплексное сопровождение» и «работа со случаем» используются как синонимы, поскольку работа со случаем — технология, лежащая в основе практической реализации такого сопровождения.

.....  
*Например, сексуализированное поведение приемных детей. Это довольно распространенная проблема, ее может вызывать и реально пережитое насилие, и сенсорные нарушения и дефициты ребенка, проживающего в учреждении в течение долгого времени. Ребенку требуется помощь клинического психолога, уже имеющего опыт работы с детьми-сиротами, но также и консультация врача-психоневролога для исключения органических причин проблемы и, возможно, медикаментозной поддержки. Родителям может понадобиться консультация семейного психолога, чтобы выработать единую линию поведения и отреагировать собственные эмоции по поводу проблемы. Если сексуализированное поведение стало причиной конфликтов в детском учреждении, социальный педагог может выступить, как посредник.*  
.....

### **Благополучатели проекта**

Формальные критерии для включения в проект просты:

- ❖ принимающие семьи при любой форме устройства ребенка в семью: усыновление, опека, приемная семья, принявшие на воспитание ребенка-инвалида или ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Ребенок-инвалид — лицо в возрасте до 18 лет, признанное в установленном порядке инвалидом — это формальная категория. Однако уточнение диагнозов и установление инвалидности часто происходит уже в ходе сопровождения. Как определяются «ограниченные возможности здоровья» детей? Методические рекомендации по внедрению института социального сопровождения семей, имеющих

детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, участковыми социальными работниками, в субъектах Российской Федерации предлагают следующий подход:

«Ребенок с ограниченными возможностями здоровья — это лицо моложе 18 лет, имеющее отклонения от норм жизнедеятельности вследствие нарушения здоровья, характеризующиеся ограничением способности осуществлять ориентацию, обучение, самообслуживание, передвижение, общение, трудовую деятельность. Это дети с психическими и (или) физическими недостатками, ограничивающими их жизнедеятельность, подтвержденными в установленном порядке. <...>

К детям с ограниченными возможностями относятся дети, которые:

- ❖ имеют диагностированное отставание в развитии (по шкале KID и CDI-R);
- ❖ имеют медицинские диагнозы (стойкие нарушения здоровья), с высокой вероятностью приводящие к отставанию в развитии;
- ❖ относятся к биологической группе риска (недоношенные и маловесные — рожденные с массой тела менее 1500 грамм);
- ❖ имеют установленную 3 или 4 группы здоровья;
- ❖ имеют серьезные изменения в поведении»<sup>1</sup>.

Фактически, речь идет о детях с широким диапазоном временных или стойких нарушений, включая нарушения развития и (или) функционирования органов и психологические нарушения.

Психологические нарушения у детей-сирот делятся на две большие группы:

- ❖ неспецифические проблемы: последствия сенсорных нарушений; нарушения речи; нарушения эмоционально-волевой сферы; последствия повреждения мозга; нарушения умственного развития (в том числе умственная отсталость); задержка психического развития и трудности в обучении.

---

<sup>1</sup> Социальное сопровождение участковыми социальными работниками семей с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья. — М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2013. — с. 98–99.



- ❖ проблемы, специфические для детей-сирот: расстройства привязанности, посттравматические стрессовые расстройства, негативное социальное влияние депривации на развитие различных сфер личности.

В реальности эти две группы проблем могут усиливать друг друга.

### **Ожидаемый результат проекта**

Максимальная (ре)абилитация ребенка с ОВЗ, принятого в семью; раскрытие его потенциала и благополучное развитие в условиях именно этой семьи.

Важно различать два близких (но не совпадающих!) понятия: реабилитацию и абилитацию.

«Под реабилитацией в детском возрасте принято понимать комплекс координированных медицинских, социальных, педагогических и психологических мер помощи, направленных на возможно быстрое и полное *восстановление* здоровья ребенка и его эффективный возврат к обычным условиям жизни и обучения»<sup>2</sup>.

«Абилитация — меры, направленные на то, чтобы дети, родившиеся с тяжелыми функциональными и физическими нарушениями, с отставанием в развитии, могли *оптимально развиваться* и, следовательно, максимально использовать свои возможности и жить осмысленной, полноценной жизнью»<sup>3</sup>.

Когда мы начинаем работать со случаем ребенка-сироты, принятого в семью, *невозможно провести четкую границу между потребностью в абилитации и реабилитации ребенка*. Мы можем только предположить, где примерно может находиться предел его возможностей на основе диагноза, но индивидуальные адаптивные и компенсаторные возможности ребенка для нас неизвестны. Лишь в процессе работы можно контролировать постоянно изменяющиеся границы возможностей ребенка и корректировать при помощи специалистов направление и план реабилитации.

<sup>2</sup> Выхристюк О.Ф. Медицинская помощь сиротам и детям из неблагополучных семей: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2004.

<sup>3</sup> Приоритеты социальной инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей в России. — М.: ЮНИСЕФ, 2011.

У ребенка с ОВЗ, находящегося с рождения в благополучной семье, потенциал здоровья, отпущенный от рождения, уже во многом реализован, и можно говорить в основном о возникновении новых навыков и умений, то есть об «абилитации». У детей же, которые долго жили в детских учреждениях, многие врожденные способности еще не активизированы и отчасти атрофировались, поэтому для наших подопечных в проекте мы вынуждены говорить о «реабилитации» и «абилитации». На первых этапах всегда осуществляется реабилитация. Специалисты по реабилитации и сенсорной интеграции во всем мире знают, что быстрый прогресс в развитии при реабилитации всегда свидетельствует о предшествующей депривации ребенка. И мы наблюдаем этот быстрый прогресс при реабилитации у всех детей в проекте, что, с одной стороны, заставляет нас радоваться быстрым успехам и, с другой стороны, печалится об упущенных ранее возможностях.

Также в ходе проекта могут достигаться **дополнительные результаты**.

**Профилактика вторичного сиротства**, то есть возврата ребенка в учреждение. Вторичное сиротство может быть как явным (отмена усыновления, расторжение договора об опеке), так и скрытым (помещение ребенка в специализированное интернатное учреждение без принятия каких-либо правовых мер по изменению его статуса).

Опыт возврата из семьи является травмирующим и для здорового ребенка, даже если он получит необходимую психологическую помощь в переживании своих чувств по поводу возврата, а для детей-сирот с ОВЗ он может оказаться вообще непреодолимым, поскольку они гораздо более уязвимы в этой ситуации. Они же относятся к группе риска по вторичному сиротству — даже в странах, где поддержка «особых» детей находится на высоком уровне.

Профилактике вторичного сиротства и работе с ребенком после возврата в учреждение посвящена отдельная глава пособия.

**Снятие неверных диагнозов / постановка отсутствующих диагнозов**. Это можно рассматривать как самостоятельный результат, поскольку может радикально изменить планируемый ход реабилитации и жизнь ребенка в целом.



Пока ребенок находится под опекой государства, его достаточно регулярно наблюдают и лечат на базе детского учреждения или в стационаре. Но из-за отсутствия индивидуального подхода ребенок с редким заболеванием, скорее всего, не получает консультации «штучных» узких специалистов, которые единственные могут поставить ему точный диагноз.

Кроме того, запрос на постановку нового диагноза формируется тогда, когда предшествующий диагноз не может объяснить всей полноты синдрома, наблюдаемого у ребенка. Например, если у «семейного» ребенка происходит усыхание одной ноги, то родители сделают все возможное, чтобы установить причину этого явления, чтобы понять проблему во всей ее полноте и оказать адекватную помощь ребенку. Ребенок из детского учреждения, по нашему опыту, может иметь констатацию факта в виде «укорочение конечности» в качестве диагноза, хотя это является описанием синдрома, а не диагнозом как таковым. Мы в таком случае стараемся обеспечить возможность обследования ребенка специалистами для выяснения предпосылок к возникновению синдрома.

Распространена и обратная ситуация — когда после приема ребенка в семью диагноз снимается или изменяется на более легкий. В нашей практике у ребенка ошибочный диагноз «синдром Тричера-Коллинза» был изменен на обычную ЗПР. На такое развитие событий некоторые принимающие родители возлагают большие надежды. Однако мы должны придерживаться реалистичной позиции: нельзя приниматься серьезных решений на основе универсального рецепта «все нарушения из-за депривации, а родительская любовь все вылечит».

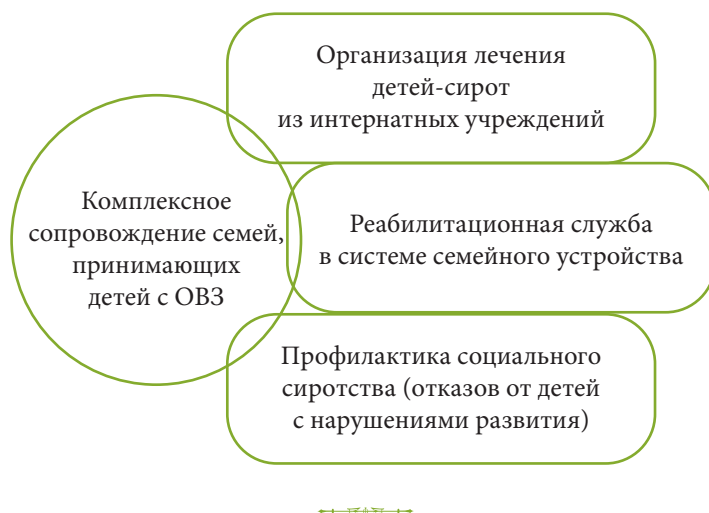
**Воссоединение ребенка с кровной семьей.** Несмотря на всю важность, профилактику вторичного сиротства и воссоединение с кровной семьей нельзя считать основными ожидаемыми результатами подобных проектов — ведь само по себе содействие в комплексной реабилитации ребенка не приводит к ним. Это либо уникальные ситуации, в которых вмешательство специалистов проекта становится «поворотным моментом», либо дополнительные усилия, прилагаемые волонтерами и специалистами проекта сверх запланированной



деятельности. Однако при всей редкости таких случаев, перспективы воссоединения надо учитывать, чтобы определить, какую поддержку мы готовы оказать родителям, вернувшим себе ребенка, но не являющимся нашей целевой группой.

Дополнительные результаты часто возникают на стыке разных сфер помощи детям и семьям (рис. 1).

*Рис. 1.* Соотношение целевых сфер воздействия проекта помощи семьям, принимающим «особых» детей, в комплексной реабилитации ребенка и других проектов по решению проблем социального сиротства





## Виды помощи (реабилитационные услуги) в рамках проекта

Семье, которая приняла ребенка-сироту с особенностями развития, обычно требуется комплексное сопровождение, учитывающее все проблемы, ресурсы и взаимосвязи между ними. Прежде чем перейти к описанию процесса сопровождения (раздел «Работа со случаем в семейно-ориентированном подходе»), мы представим «детали», из которых, как конструктор, может складываться сопровождение семьи.

.....  
*Социальная услуга — действие или действия 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 (442-ФЗ, ст. 3)*  
.....

Мы описали «палитру» тех услуг, которые оказывает наш проект. Не все они совпадают с классификаций, приводимой в текущем законодательстве. Многие из них связаны именно с *координацией* помощи. Из подобных услуг, объединенных общим планом и конкретными целями, и складывается работа по комплексному сопровождению семьи.

Работа с семьями	
Создание условий для медицинской реабилитации и лечения	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Организация обследования и лечения</li><li>❖ Привлечение няни для госпитализации (при наличии нескольких детей в семье)*</li><li>❖ Помощь в размещении и транспорте для иногородних семей, направленных в Москву на лечение</li><li>❖ Общеоздоравливающая реабилитация (отдых, иппотерапия и др.)</li></ul>

Психологическая, педагогическая, социальная реабилитация	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Психологическая помощь (взаимная адаптация ребенка и семьи, профилактика вторичного сиротства и др.)</li><li>❖ Педагогическая помощь (дефектолог, логопед, коррекционный педагог)</li><li>❖ Социальная реабилитация и общее развитие (работа над созданием родительских сообществ, праздничные и культурные мероприятия)</li></ul>
Материальная помощь	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Оплата лечения (медицинские услуги, не входящие в ОМС, и не квотируемые)</li><li>❖ Приобретение лекарств и медицинской техники (не вошедших в ИПР)</li><li>❖ Оплата развивающих занятий со специалистами, чьи услуги не могут быть получены бесплатно по каким-либо причинам</li></ul>
Информационная поддержка	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Горячая линия по вопросам семейного устройства</li><li>❖ Обучающие семинары для приемных родителей и кандидатов</li><li>❖ Консультации юриста (вопросы семейного устройства, льгот и выплат, прав «особого» ребенка на образование и др.)</li></ul>
Работа с профессиональным сообществом	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Сотрудничество со специализированными домами ребенка, ДДИ с целью налаживания доброжелательных отношений и достижения их открытости социуму</li><li>❖ Просвещение специалистов-медиков в области работы с детьми-сиротами и приемными семьями</li></ul>



## I. Создание условий для медицинской реабилитации и лечения

### 1. Организация обследования и лечения ребенка

Проект помогает планировать курсы медицинской реабилитации приемным детям с ОВЗ. Среди этой целевой группы есть много детей с тяжелыми врожденными пороками развития (которые и стали поводом для отказа от ребенка).

.....  
*В настоящее время мы используем в качестве экспертного совета по медицинским вопросам Консилиум врачей в отделении Врожденной патологии «Международного исследовательского центра медицинских проблем опеки и усыновления» клиники GMS. Наш выбор связан не только с тем, что есть возможность одновременно собирать несколько профильных специалистов, что особенно важно для иногородних детей-инвалидов, но и с тем, что руководитель консилиума является специалистом-генетиком и эндокринологом, имеющим многолетний опыт работы с приемными детьми и детьми, оставшимися без попечения родителей.*  
.....

Примерный перечень знаний, которыми специалист-медик должен обладать для работы с детьми-сиротами, принятыми в семью<sup>4</sup>:

- ❖ Этиология заболевания (способность объяснить родителям природу нарушения: генетическое, врожденное, приобретенное).
- ❖ Проблемы здоровья ребенка, требующие немедленного медицинского вмешательства (готовность к расстановке приоритетов).
- ❖ Перспективы развития ребенка с данным диагнозом с учетом опыта депривации.
- ❖ Современные достижения в области воспитания, обучения и социальной адаптации детей с особыми потребностями.

<sup>4</sup> Адаптировано по Рождение ребенка с синдромом Дауна: в помощь медицинскому персоналу родовспомогательных и детских лечебных учреждений. — М.: Даунсайд-Ап, 2008.

- ❖ Контакты медицинских организаций, куда родители могут обратиться за дополнительными консультациями и помощью в случае необходимости.

Опыт работы с детьми, имеющими в анамнезе длительное проживание в детском учреждении, очень важен, поскольку он позволяет отличать органические поражения здоровья от недоразвития на фоне отсутствия стимулирующей среды.

У детей, которым мы помогаем, может быть очень разная социальная история до попадания в приемную семью. Но любой из сценариев, если он привел к тому, что ребенок находился в детском учреждении, чреват тем, что развитием ребенка пренебрегли.

Предположим, ребенок был оставлен матерью сразу после рождения. Тогда, согласно статистике по развитию условно здоровых детей, начиная с возраста 6 месяцев, за каждые 2–3 месяца пребывания в детском сиротском учреждении ребенок будет отставать в развитии на 1 месяц. При этом отставание будет происходить не равномерно, а, так называемым мозаичным образом, то есть в одних областях — стремительно, а в других — более медленно. У ребенка с особыми потребностями неравномерность развития может быть выражена еще сильнее. Кроме того, в зависимости от условий нахождения ребенка, его особые потребности могут оказаться фактором, который будет благоприятствовать развитию и помогать получению персонального внимания, а в других условиях, напротив — усугублять отставание, делая депривацию еще более глубокой.

Если же мы рассмотрим историю ребенка, который попал в детдом из семьи, то, как правило, это следствие того, что интересами ребенка в семье пренебрегли, что и стало причиной его отобрания. Как следствие, ребенок опять-таки будет испытывать депривацию.

Таким образом, когда начинается оценка состояния здоровья ребенка после попадания в семью, мы даже не можем точно предсказать предел компенсации последствий депривации, за которым начнется борьба с собственно заболеванием. Эта граница между реабилитацией и абилитацией будет определена только в процессе работы на основе того, что следом за быстрыми результатами при реабилитации произойдет снижение темпов, когда мы столкнемся



с началом работы над развитием тех возможностей у ребенка, которые надо отвоевывать у болезни.

Поэтому основным механизмом оказания медицинской помощи в проекте является **консилиум**. По его результатам у семьи выстраивается план действий по коррекции состояния здоровья и психологического состояния ребенка, включающий также и рекомендации по развитию компетенций родителей, если это нужно. Куратор семьи или сотрудник Фонда обязательно присутствуют на консилиуме, и его результаты заносятся в «**Карту семьи**» и учитываются при уточнении промежуточных задач и этапов помощи. В результате консилиума ребенку может быть назначен курс лечения или рекомендованы дополнительные обследования и курсы лечения и реабилитации в иных учреждениях.

Через 6–12 месяцев, в зависимости от каждого конкретного случая, консилиум должен быть повторен для оценки результатов и эффективности лечения. Важно, чтобы рекомендуемые меры по лечению ребенка были специфичны и осуществимы. По результатам консилиума должна быть предоставлена информация о возможных источниках получения помощи.

В проекте «Близкие люди» помощь оказывает детям независимо от диагноза. Однако в практике работы сложился ряд направлений с уже отработанными схемами реабилитации. Сложно сказать, что отражает такая картина: распределение частоты этих заболеваний у детей-сирот или связи в родительском сообществе, когда семьи делятся информацией о проекте с «товарищами по диагнозу».

#### *Направление «Абилитация и реабилитация детей с проблемами опорно-двигательного аппарата».*

Цель: расширение сферы независимости ребенка за счет увеличения возможностей самостоятельного передвижения. Увеличение объема доступных движений и длительности опоры на ноги. Уменьшение риска возникновения вторичных проблем со здоровьем из-за возникновения контрактур.

В рамках проекта оплачиваются консультации и курсы реабилитации и абилитации для детей со следующими проблемами здоровья:

- ❖ миелодисплазия (врожденная спинномозговая грыжа, синдром Арнольда-Киари);
- ❖ ДЦП
- ❖ артрогрипоз

Работа ведется с применением различных двигательных методик реабилитации и методов игло- и рефлексотерапии.

#### *Направление «Реабилитация и абилитация детей с нарушением тазовых функций»*

Цель: Увеличение чувствительности процессов и способности к контролю тазовых функций. Расширение сферы независимости ребенка, снижение риска вторичных инфекций.

В рамках проекта оплачиваются консультации и курсы реабилитации и абилитации для детей со следующими проблемами здоровья:

- ❖ миелодисплазия (врожденная спинномозговая грыжа, синдром Арнольда-Киари);

Работа ведется путем ознакомления семей с практикой правильного регулярного лечебного клизмирования детей, а также использования методов игло- и рефлексотерапии.

#### *Направление «Реабилитация и абилитация детей с грубыми нарушениями психоречевого развития»*

Цель: способствование социальной адаптации ребенка и развитие его сенсомоторной и когнитивной сферы. Основные проблемы, с которыми обращаются в проект:

- ❖ фетальный алкогольный синдром
- ❖ нарушения слуха и зрения различного происхождения
- ❖ синдром Тричер-Коллинза
- ❖ синдром Дауна
- ❖ расстройства аутистического спектра

При реабилитации таких детей в различных центрах используются методы лечебной педагогики и аппаратной помощи.



## **2. Обеспечение няней на время госпитализации для детей, которые не могут сами себя обслуживать**

Иногда детям с ОВЗ требуется длительная госпитализация. У принимающих родителей госпитализированный ребенок часто является не единственным ребенком в семье. Порой они не могут находиться с ребенком в больнице в течение всего времени госпитализации. В то же время, для ребенка, который имеет в анамнезе опыт проживания в детском сиротском учреждении, оказаться одному в больнице, без сопровождения близкого взрослого, может быть сто крат трагичнее, чем для ребенка, не имеющего такого опыта. Оставление ребенка одного в больнице, даже на краткое время, может нанести непоправимый вред процессу адаптации ребенка в семье. В таком случае, на время вынужденного отсутствия родителей, фонд предоставляет няню для ухода за ребенком.

Помимо оформления трудовых отношений, подразумевающих подписание договора и выполнение должностных обязанностей, оговоренных в этом договоре, и оплаты работы няни, фонд берет на себя процесс подбора нянь. Работа в стационаре, с ребенком с ОВЗ, к тому же с опытом депривации сильно отличается от работы няни, приходящей домой к благополучным «семейным» детям. Няня должна не только справляться с ожидаемыми трудностями, но и соблюдать границы, не пытаться «заменить мать» на том этапе, когда ребенок сам еще не до конца понял, кто же его «собственный» взрослый. Естественно, не все особенности каждой конкретной ситуации могут быть учтены в договоре, и в каждом случае возможна специфическая коррекция<sup>5</sup>.

В исключительных случаях наш фонд обеспечивает постоянную работу няни для ребенка или нескольких детей в семье.

Этот вид помощи у нас в проекте получают три семьи:

- ❖ одинокая работающая мама с 7 приемными детьми-инвалидами;
- ❖ одинокая работающая мама с приемным ребенком, который не может двигать ни руками, ни ногами;

<sup>5</sup> Для проведения собеседования с кандидатами в няни можно использовать рекомендации, приведенные в пособии: Арчакова Т.О., Базанова Е.С., Деснянская О.В. *Волонтерский уход за детьми-сиротами в больницах. Пособие для организаторов.* — М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2013.



- ❖ одинокая мама пенсионного возраста, с приемным ребенком-инвалидом с нарушением опорно-двигательного аппарата и синдромом гиперактивности и расторможенности.

В каждом из этих случаев наличие няни снижает риск того, что семья не справится с ситуацией и будет вынуждена вернуть ребенка. Именно это является основным критерием для принятия решения о необходимости оплаты постоянно работающей няни.

### **3. Помощь в размещении и транспорте для иногородних семей, направленных в Москву на лечение**

Помощь в организации приезда семей на лечение и обследование: транспортировки семьи, поселение семьи во время приезда и т. д. Эта помощь очень важна для многих семей, которые проживают за пределами Москвы или других крупных городов, куда они приезжают на диагностику или лечение. Особенно она актуальна для семей, которые приняли детей, лишенных возможности передвигаться самостоятельно.

### **4. Общеоздоравливающая реабилитация**

На консилиуме могут быть даны рекомендации по общеоздоравливающей и специальной реабилитации. Такая реабилитация может казаться менее приоритетной по сравнению с лечением острых заболеваний, но в развитии ребенка в целом именно этот опыт может стать стимулом к прогрессу. Кроме того, в случае заболеваний опорно-двигательного аппарата, только высокопрофессиональная комплексная реабилитация может помочь ребенку развить отпущенный ему природой потенциал.

.....  
*В проекте «Близкие люди» семьям — участникам проекта может быть оплачен летний отдых, связанный с реабилитацией детей, в пределах России. Кроме того, оказывается помощь в организации реабилитационных занятий с животными: циклы занятий иппотерапией.*  
.....



## II. Психологическая, педагогическая, социальная реабилитация

### 1. Психологическая помощь

В проекте «Близкие люди» работают детский и семейный психологи, дефектолог, осуществляя постоянное бесплатное консультирование принимающих семей, обратившихся за помощью. Работающие у нас специалисты осуществляют как разовое консультирование детей с родителями и родителей, так и циклы занятий, направленные на коррекцию детско-родительских отношений и мировосприятия.

Основанием для получения психологической помощи может быть направление врача (консилиума) или самостоятельное обращение семьи. За психологической помощью может обратиться семья, не стоящая на комплексном сопровождении.

.....  
*В БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам» в рамках программы «Содействие семейному устройству» действует информационный центр «Дети в семье». Он включает в себя «горячую линию» по всем вопросам семейного устройства детей, а также очную консультацию, где ведут прием психологи и юристы. Семьи, принявшие детей с ОВЗ, пользуются услугами информационного центра на общих основаниях.*  
.....

Дети, жившие в учреждениях, а также принимающие семьи могут получать адекватную помощь только у специалистов, имеющих опыт работы с детьми-сиротами. Ведь внешне схожие проявления нежелательного поведения у них и у кровных детей могут иметь различную природу и требовать разных приемов при коррекции поведения. Понимание истоков этих проблем и выбор адекватных приемов коррекции требует глубокого знания специфики психологического портрета детей-сирот, учета всех факторов личной истории ребенка. Это же касается и проблем принимающих семей: помимо тревог и беспокоящих факторов в поведении детей, которые возникают при воспитании любого ребенка, у них возникает отдельный сегмент

психологических проблем, связанных с сиротским опытом ребенка, спецификой его заболевания.

Задачи по коррекции психологических особенностей восприятия проблем приемного ребенка родителями и по выстраиванию детско-родительских отношений в принимающих семьях также должны решаться силами психологов, специализирующихся в этой области.

## 2. Педагогическая помощь

Основания для получения педагогической помощи в проекте аналогичны помощи психолога: семья может обратиться по направлению врача (консилиума) или самостоятельно; она может находиться на комплексном сопровождении или обращаться только за данной услугой. Работа проходит как в формате разовых консультаций, так и циклов индивидуальных или групповых занятий с дефектологом (логопедом-дефектологом).

Работающий в проекте дефектолог имеет опыт работы с детьми, чье отставание в развитии связано с социальными причинами. Одни и те же проявления дефектологических проблем у детей, которые всегда жили в семье и у детей, в течение длительного времени проживающих в учреждении, могут иметь различающуюся природу и требовать разных подходов в коррекции.

Дефекты, которые у «семейного» ребенка будут вызваны органическими поражениями, у приемного ребенка, с большой долей вероятности, будут вызваны отставаниями в развитии вследствие недостаточной стимуляции развития до попадания в семью. Естественно, что, в таком случае, они будут требовать и различных подходов в корректировке. Дефектолог, специализирующийся на проблемах приемных детей, должен быть хорошо знаком с этими отличиями. Кроме того, он должен уметь выстроить концепцию возможностей дальнейшего обучения ребенка, исходя из его сегодняшнего состояния и долгосрочных прогнозов его развития. Дефектолог определяет фокусы необходимого педагогического вмешательства в развитие приемного ребенка.



### 3. Социальная реабилитация

Один из наиболее важных факторов социальной реабилитации — создание родительских сообществ. На первых этапах функционирования родительские сообщества способствуют тому, чтобы принимающие семьи не замыкались в своем мире, а обменивались опытом, делились своими проблемами и их решениями. Зрелое родительское сообщество может стать значимой силой, трансформирующей социум, меняющей отношение к инвалидности в целом. Участники родительских сообществ, в отличие от специалистов или других НКО, смотрят на проблему через призму собственного жизненного опыта. Их высказывания «от первого лица» крайне важны в социальной сфере.

Родительскому сообществу, как и любой социальной группе, нужны свои лидеры, активисты и просто мамы или папы, которые готовы на длительное время взять на себя обязанности по поддержке «жизнеспособности» сообщества. Проект «Близкие люди» делает ставку на общение на форумах сайта фонда [www.otkazniki.ru](http://www.otkazniki.ru). Однако специалистам по работе с социальными медиа хорошо известно, что форум или группа в социальных сетях — это не панацея (в том смысле, что сообщество не обязательно возникнет на виртуальной площадке «само по себе»). Поэтому создание сообщества — ответственность как самих родителей, так и сотрудников проекта.

Еще одна форма социальной реабилитации — вовлечение принимающих семей с детьми в культурную жизнь общества. Для этого принимающие семьи информируются о проводимых мероприятиях и обеспечиваются бесплатными билетами в театры, цирки, на тематические представления и прочие культурно-массовые мероприятия. В случае необходимости, например, при наличии детей с проблемами опорно-двигательного аппарата, семьям оказывается помощь в транспортировке до места события.



### III. Материальная помощь

---

#### 1. Оплата обследования, лечения и реабилитации ребенка

Оплата лечения, на первый взгляд, входит в услугу по организации лечения. Однако ресурсы любого НКО безграничны, и требуется дифференцированный подход.

Во-первых, не всякая реабилитация связана с платными процедурами. Иногда в результате анализа обращения семьи становится ясно, что семья нуждается только в консультации или цикле консультаций. Тогда семье оказывается бесплатная консультационная помощь силами психологов, дефектолога и юриста проекта. Юрист помогает сориентироваться в том, на какую помощь от государства ребенок может рассчитывать. Здесь работает принцип адвокации прав ребенка — мы помогаем получить то, что положено ему по закону.

Во-вторых, часто наблюдается обратная ситуация: ребенку положена бесплатная помощь, но она не подходит ему в той форме, в которой предложена. Тогда бесплатные услуги приходится заменять платными аналогами.

Если у семьи изначально существует запрос на помощь в оплате конкретного обследования или лечения или таковой запрос возникает по результатам консилиума, проект помогает в оплате, если:

- ❖ такое лечение не может быть получено в рамках ОМС и на него не выделяется квота
- ❖ ожидание очереди на квоту противоречит интересам ребенка (откладывание медицинского вмешательства усугубляет имеющиеся нарушения или ведет к появлению вторичных нарушений)

БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам» помогает семьям оплачивать реабилитацию в рекомендованных реабилитационных центрах, чья профессиональная репутация не вызывает сомнений. Системное движение к деинституционализации в России имеет не очень давнюю историю, поэтому эффективная реабилитация детей с ОВЗ опирается на мировой опыт. Помимо медиков необходимо



участие специалистов смежных направлений (например, адапционных терапевтов (эрготерапевтов), специалистов по сенсорной интеграции и др.) в работе реабилитационного центра.

## **2. Помощь в приобретении лекарств, расходных материалов и реабилитационной техники**

Многие семьи — участники проекта нуждаются в постоянном приобретении лекарств для детей. Проект помогает семье облегчить финансовое бремя этих вынужденных постоянных расходов.

Детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата нужна реабилитационная техника (инвалидные коляски, вертикализаторы и др.). Семьи детей с установленной инвалидностью могут получать ее бесплатно или покупать с последующей компенсацией средств, если такая техника прописана в индивидуальной программе реабилитации (ИПР) ребенка-инвалида.

.....  
*Индивидуальная программа реабилитации инвалида — разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности (ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», ст. 11).*  
.....

Однако существует ряд факторов, из-за которых ребенок рискует получить технику, которая не подходит ему — а, значит, бесполезна или даже чревата осложнениями. Среди таких факторов<sup>6</sup>:

---

<sup>6</sup> Заблоцкис Е.Ю. Особые дети и взрослые в России: закон, правоприменение, взгляд в будущее: основные проблемы и пути их решения. — М.: Теревинф, 2013.

- ❖ Пренебрежение при составлении ИПР рекомендациями смежных специалистов, не являющихся врачами, или рекомендациями специалистов, работающих в НКО.
- ❖ Разработка рекомендаций ИПР на иных основаниях, нежели реальные потребности ребенка. Например, конкретная модель инвалидной коляски может быть прописана в ИПР просто потому, что она — единственная доступная в регионе.
- ❖ Рекомендации ИПР прописаны недостаточно подробно, поэтому приобретение более индивидуализированной техники рассматривается как выходящее за рамки ИПР и не компенсируется.

Естественно, есть процедуры обжалования и пересмотра (дополнения) ИПР, однако во многих ситуациях покупка реабилитационной техники для ребенка является более оперативным выходом (а скорость — это важное условие успешной реабилитации).

### **3. Оплата развивающих занятий со специалистами вне проекта**

Проект «Близкие люди» оплачивает принимающим семьям с детьми с ОВЗ занятия с логопедами, дефектологами и другими смежными специалистами. При этом проект берет на себя обязательства в случае необходимости:

- ❖ Обеспечить семью диагностическим обследованием и консультацией специалиста, способного перед началом занятий определить, занятия с каким специалистом (например, дефектологом или нейропсихологом) будут наиболее эффективны для ребенка.
- ❖ По возможности, предоставить информацию о помогающей организации или частнопрактикующем специалисте в районе, близком к месту проживания семьи.

Поскольку круг специалистов, работающих с «сиротской» спецификой, довольно узок, направления часто происходят на основе связей, которые одновременно являются профессиональными и личными («раньше работали вместе, а теперь дружим»). Сами по себе такие связи являются ценным ресурсом, но важно периодически пересматривать политику направлений, чтобы убедиться, что они в первую очередь служат интересам детей.



## IV. Информационная поддержка

---

### 1. Горячая линия по вопросам семейного устройства

Горячая линия информационного центра «Дети в семье», которая уже упоминалась в этом пособии, помогает оперативно получить полную и точную справочную информацию, например, о пособиях и льготах, или психологическую поддержку. Такая помощь важна, например, для пожилых опекунов, которые не всегда уверенно пользуются интернетом, или для жителей регионов, в которых нет такой услуги (телефон горячей линии 8-800-700-88-05 — бесплатный по всей России). Горячая линия работает с 10:00 до 20:00 по московскому времени. Она не является круглосуточной, т. к. ее основной характер — не помощь в кризисе, а информирование. Однако ее режим работы позволяет охватить часы, когда в большинстве помогающих учреждений рабочий день уже окончен.

### 2. Обучающие семинары для принимающих родителей и кандидатов

Цель обучающих семинаров для принимающих родителей — расширение их родительских компетенций. Хотя посещение школы приемных родителей является обязательным условием для приема ребенка, информация об особенностях детей-сирот и о помощи детям с нарушениями развития редко бывает избыточной. Даже опытные принимающие родители когда-нибудь сталкиваются с той или иной проблемой впервые.

Родители не всегда готовы искать информацию самостоятельно. Более того, иногда без помощи специалиста у них даже не возникает запрос на какую-то информацию и только после того, как их внимание обращено специалистом на ту или иную проблему, они оказываются готовыми воспринять информацию.

Смещая акценты с лекции и тренинга на сессию вопросов и ответов специалиста или модерлируемую дискуссию между самими родителями, мы перестраиваем обучающий семинар в «родительскую



гостиную», которая также выполняет функции развития родительского сообщества, социальной реабилитации.

Учитывая большую нагрузку на родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, нужно точно отразить в анонсе тему, цели и формат встречи. Люди должны получить то, за чем они пришли, а импровизации приветствуются, если только они инициированы участниками.

Среди собственных запросов родителей преобладают медицинские темы, Это связано с серьезным дефицитом специфических знаний в областях редких генетических заболеваний и в области медицинской помощи детям-сиротам. Но повседневные трудности и, как следствие, запросы на информацию так же часто возникают в сферах психологического развития и образования.

.....  
*Примеры семинаров для родителей, которые проводились в проекте «Близкие люди»:*

- *Роль подражания в эмоциональном развитии ребенка.*
  - *Особенности состояния здоровья детей-сирот и особенности их лечения и ведения после попадания в семью.*
  - *Мой ребенок не рисует... что делать? Как его научить?*
  - *Проблема детского воровства.*
- .....

Отдельно следует обратить внимание на важность просвещения (в том числе, в форме семинаров) по проблемам детей, переживших сексуальное насилие. Эта тема стоит несколько особняком, поскольку, по нашему опыту, родители очень слабо осознают необходимость профессиональной помощи в этом вопросе. У родителей, как правило, бывает 2 типа реакции:

1 тип — «Сделаем вид, как будто ничего такого и не происходило. Будем любить своего ребенка по-прежнему, к этой теме не будем возвращаться, и все как-нибудь само пройдет». При этом травма у ребенка никуда не исчезает, а родители, которые поставили ее «в игнор», воспринимаются ребенком как предатели и обманщики, которым нет дела до его проблем.



2 тип — «Ужас! У ребенка есть опыт сексуального контакта! Мы не можем его больше растить, у нас есть другие дети, которые могут пострадать». Здесь возникает риск вторичного сиротства.

Нашей задачей в такой ситуации является помочь родителям осознать спектр проблем приемного ребенка и помочь выработать адекватную тактику и шаги помощи ребенку.

Поэтому в проектах, связанных с семейным устройством детей с ОВЗ, обучение — это не только «знания и навыки», это материал для принятия ключевых жизненных решений.

### 3. Юридические консультации

Принимающие семьи могут обратиться в проект за получением бесплатной юридической консультации по вопросам, связанным с проблемами детей-сирот и принимающих семей: вопросы по процедуре семейного устройства, льгот и выплат, прав «особого» ребенка на образование и др.

Для большинства семей целевой аудитории нашего проекта существуют два «блока» льгот и выплат: на ребенка сироту и на ребенка-инвалида. Семье нужно сориентироваться в них и соотносить со своими потребностями. Также это необходимый этап социальной диагностики на начальных этапах работы со случаем: проект не должен дублировать помощь государственных органов.

Существует ошибочное представление о том, что детей с ОВЗ берут в семью какие-то особые люди — герои с пробивным характером и эффективными социальными навыками. Такие герои сами найдут необходимую информацию в интернете и смогут отстаивать права ребенка в любых ситуациях.

Но такая «героическая» картина — скорее, миф. Принимающие родители, как и все люди, могут брать ответственность на себя в одних сферах жизни (например, забота и воспитание, лечение, даже самое сложное) и перекладывать ответственность на авторитетные фигуры, специалистов или высшие силы — в других (например, в решении правовых вопросов). При этом большинство принимающих родителей не считают правозащитную деятельность (в значении борьбы за улучшение всей системы помощи сиротам

и инвалидам) своим призванием<sup>7</sup>. Они уже решают непростые задачи со своим конкретным ребенком и могут нуждаться в ком-то, кто сможет помочь с организационными аспектами защиты и реализации их прав.

В каждом случае комбинация оказываемых услуг и детальное содержание каждой услуги индивидуально. Оно определяется и реализуется в рамках технологии «Работа со слухаем».



## V. Работа с профессиональным сообществом

---

Работая с профессиональным сообществом, мы помогаем создать более дружественное социальное окружения для семей, принявших детей с ОВЗ. Эта работа направлена на разные целевые группы специалистов. Мы представим их в том порядке, в котором встречаются с ними принимающие семьи.

- 1) В помощь ведущим школ приемных родителей (ШПР) сотрудники проекта могут выступать, как приглашенные специалисты с рассказами о специфике приема в семью ребенка с ОВЗ.
- 2) Проект выстраивает сотрудничество со специализированными домами ребенка и детскими домами инвалидов (ДДИ) с целью налаживания доброжелательных отношений и достижения их открытости социуму. Такая работа включает в себя не только (и не столько) материальную помощь, но и участие в деятельности попечительского совета, информирование общества о работе учреждения и своем участии в нем<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Форман Ю. От чего зависит активность родителей: результаты научного исследования // Особый ребенок: исследования и опыт помощи. Научно-практический сборник. Вып. 5. — М.: Тервинф, 2006. — С. 65–88.

<sup>8</sup> Естественно, с соблюдением законодательства о персональных данных и о распространении информации о детях, подлежащих семейному устройству.



.....  
*Например, одним из важных последствий нашей работы по превращению ДДИ в более открытые учреждения, можно считать тот факт, что ДДИ № 21 разрешил проведение на своей базе подготовительного семинара для специалистов — преподавателей московских ШПР по модулю «Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата». Ведущие ШПР смогут увидеть детей-сирот с некоторыми опорно-двигательными проблемами, что позволит им понять в самых общих чертах соотношение первичных и вторичных проблем у детей в сиротских учреждениях, а, кроме того, просто осознать те условия, в которых живут дети в ДДИ.*  
.....

### **3) Проект занимается просвещением специалистов-медиков и волонтеров в области работы с детьми-сиротами и приемными семьями.**

Для специалистов проводятся семинары про риски и способы профилактики эмоционального выгорания; про семейное устройство детей с ОВЗ; про семейно-ориентированный подход и уважение к автономии семьи; про проблемы с выстраиванием отношений приемных детей с детскими образовательными учреждениями.



## **Работа со случаем в семейно-ориентированном подходе**

### **Почему семейно-ориентированный подход?**

Семейно-ориентированная социальная работа — это подход, направленный на укрепление семьи, чтобы дать ей возможность благополучно ухаживать за детьми, опираясь на свои собственные семейные и культурные традиции.

Очевидно, что взяв на воспитание ребенка, семья не только несет за него ответственность, но и принимает «правила игры»: например, элементы контроля со стороны государства и отчетности перед ним

при оформлении опеки или приемной семьи. Прием ребенка с ОВЗ также подразумевает отношение к мнению медиков как к авторитетному источнику.

Однако семьи не всегда готовы досконально и не критично воплощать в жизнь рекомендации специалистов. Даже при общем видении проблем ребенка, у родителей есть свои приоритеты («дотягивать» ребенка до условной нормы или помочь адаптироваться в обществе таким, какой он есть; учить или лечить в первую очередь?) и свои (небезграничные) ресурсы.

В отличие от семей, где рождаются «особые» дети, принимающие родители делают такой выбор сами. Но это не делает их беспристрастными диагностами: принимающие родители могут переоценивать возможности реабилитации, недооценивать проблемы или надеяться на естественное «чудо» — стремительный скачок в развитии, который происходит у многих детей после переезда из учреждения в семью.

С другой стороны, скептическое отношение специалистов к знаниям родителей, к достоверности получаемой от них информации, не имеет под собой рациональных оснований. Современные исследования показывают надежность родительских оценок, если у родителей есть четкие схемы и ориентиры для оценивания. Поэтому многие опросники для определения уровня развития ребенка предназначены для родителей, которые наблюдают за ребенком больше времени и в более разнообразных условиях, чем самый высококлассный специалист<sup>9</sup>.

Медики — эксперты по диагностике и лечению болезней, родители — «эксперты по детям», которых они воспитывают. Задача социальных работников — организовать их встречу и конструктивное сотрудничество.

---

<sup>9</sup> Ключкова Е.В., Рыскина В.Л. Интердисциплинарная программа помощи детям с церебральным параличом: оценка и выбор стратегии вмешательства // Особый ребенок: исследования и опыт помощи. Научно-практический сборник. Вып. 5. — М.: Теревинф, 2006. — С. 34–51.



## Технология «работа со случаем»

Междисциплинарное ведение случая (casemanagement) представляет собой индивидуальную профилактическую работу команды специалистов с клиентом. В проектах по поддержке семейного устройства детей-сирот с ОВЗ клиентом является *семья в целом*. Хотя значительная доля мероприятий направлена на лечение и реабилитацию ребенка, их нельзя рассматривать в отрыве от принимающей семьи и ее окружения. Например, выполнение назначений врача зависит от мотивации родителей, семейной «логистики» (кто, когда и как отвозит ребенка на процедуры), доступности этих процедур в районной поликлинике и т. д.

За семьей закрепляется постоянный специалист по социальной работе (менеджер случая), который поддерживает контакт с ней и выполняет функцию координатора работы специалистов, служб и учреждений, участвующих в помощи конкретному ребенку или семье. Обязательным компонентом является соблюдение **последовательности этапов работы** — от первичной оценки до закрытия случая, а также **координация работы** всех служб и наличие **единых для всех целей, задач и плана мероприятий**.

Этапы:

- ❖ Выявление случая и установление контакта с семьей.
- ❖ Первичная диагностика состояния и потребностей клиента.
- ❖ Разработка индивидуального плана сопровождения
- ❖ Реализация индивидуального плана сопровождения
- ❖ Регулярная оценка и мониторинг.
- ❖ Закрытие случая.

### 1. Выявление случая и установление контакта с семьей

В проект БЛ принимаются семьи, сами обратившиеся за помощью и предоставившие пакет требуемых документов и подавшие заявление о вступлении в проект (см. Приложение). Также в нашем проекте направление может исходить от сотрудников «горячей линии» по вопросам семейного устройства или партнерских государственных учреждений.

.....  
*Также в проект могут включаться семьи, которые приняли на воспитание детей, с которыми наш фонд уже работал по программам «Дети в беде» (содействие в организации лечения детей из интернатных учреждений) или «Территория без сирот» (распространение информации о детях, подлежащих семейному устройству). В этом случае оказывается, что волонтер фонда, курировавший ребенка, знает его дольше, чем новые родители. Волонтер при желании может пройти обучение и присоединиться к проекту «Близкие люди», взаимодействуя уже с семьей. Однако в таких случаях от волонтеров требуется честно осознавать (а от организаторов их работы — отслеживать, обсуждать, супервизировать) конфликты лояльности и ревность к семье.*  
.....

Первичные запросы о помощи со стороны семей, в основном, делятся на две группы.

- 1) Семья просит помочь с организацией и оплатой конкретного обследования или процедуры. В процессе оценки ситуации либо обнаруживаются другие потребности семьи, открывается случай и оказывается комплексное сопровождение, либо принимается решение об оказании разовой помощи / перенаправлении в другие организации по профилю.
- 2) После размещения ребенка семьи не могут правильно выстроить последовательность шагов, необходимых для эффективной медицинской помощи их приемному ребенку. Они оказываются в ситуации, когда их ребенку нужно одновременно участвовать в процессе неизбежной адаптации в семье к появлению нового ребенка (может занимать от 1 года до 3 лет), лечения заболеваний, связанных с длительным пребыванием ребенка в неблагоприятных условиях, и лечения, связанного с врожденной патологией ребенка. Семьи оказываются в растерянности, поскольку им непонятны приоритеты в этом сложном процессе. Такой запрос — основание для комплексного сопровождения.



Оценка семейной ситуации и запроса осуществляется путем выезда социального психолога к семье домой или встречи с семьей на нейтральной территории. Социальный психолог выстраивает план работы с семьей, согласует его с куратором семьи и семьей, обсуждает с координатором проекта. Обеспечивает семью информацией об образовательных, медицинских и финансовых ресурсах, предоставляемых государством и коммерческими организациями. В процессе работы с семьей «Карта семьи» может изменяться и уточняться. Социальный психолог продолжает работу с семьей и ее Картой в течение всего времени нахождения семьи в проекте.

В проекте есть формальные, социально-демографические требования к семье, которая может получать сопровождение: это прием ребенка с нарушениями развития и/или тяжелыми заболеваниями (не ограничиваясь инвалидностью) на любую из существующих форм семейного устройства. Однако неизбежны прецеденты, когда в проект по какой-либо причине принимается семья, не подходящая под формальные критерии. Часто это связано с отсутствием мест, куда обратившуюся семью можно было бы перенаправить за эффективной помощью.

.....  
*Одно из таких исключений в нашем проекте — кровные семьи. Отказавшись от новорожденного ребенка с патологиями, через какое-то время они начинают его искать или даже встречают случайно (!) — и начинается работа по воссоединению семьи. В нашем проекте есть два мальчика с миелодисплазией, которые уже в процессе работы с ними из приемной семьи вернулись к своим кровным родителям. Мы не сочли возможным отказать им в помощи, которая им была необходима, просто потому, что дети перестали быть приемными.*

*В случаях, которые попадают в проект, часто юридические ограничения являются «камнями преткновения», которые ставят перед нами трудноразрешимые нравственные проблемы. В основе этих проблем часто лежит тот факт, что кровные дети-инвалиды зачастую получают меньше помощи*



*и поддержки государства, чем приемные. В нашей стране в целом поддержка кровных семей меньше, чем приемных. Это всегда провоцировало у малообеспеченных слоев населения попытки «обойти» законодательство. Так не редкостью являются случаи, когда кровные матери отказываются от детей, а кровная бабушка берет ребенка под возмездную опеку, получая таким образом дополнительные средства к существованию семьи. В кровных семьях, сопровождаемых в нашем проекте, целенаправленного жульничества не было. Просто напуганные появлением ребенка-инвалида матери, в обоих случаях под давлением врачей в больнице, отказывались от своих детей. А проживающие отдельно бабушки, не испытывавшие такого давления и имеющие большой жизненный опыт и эмоциональную устойчивость в этой ситуации, брали детей под опеку в свою семью. Матери после рождения ребенка-инвалида испытывают эмоциональный кризис: им надо пережить потерю образа здорового ребенка, которого они ждали, и принять появление ребенка с особыми потребностями. Это переживание требует времени и помощи профессионалов. Со временем, когда матери выходили из ситуации эмоционального кризиса, они уже были готовы принять реальную ситуацию и полюбить своего ребенка таким, какой он есть. Тогда они восстанавливались в родительских правах.*

.....

Проект — одно из звеньев координации, помогаем родителям сориентироваться в списках людей и организаций, которые они находят сами. Некоторые семьи готовы заниматься реабилитацией ребенка без помощи извне или с минимальной помощью, если (1) получают четкую картину возможностей и (2) выстрают «стратегическую линию» реабилитации, участвуя в междисциплинарном консилиуме.

Поэтому в ряде случаев семье достаточно разовой помощи (например, юридической консультации или организации консилиума), сопровождения только в одной сфере (например, цикла занятий с дефектологом, имеющим опыт работы с детьми-сиротами) или включения в сообщество единомышленников (возможности общаться



с другими принимающими семьями и специалистами на интернет-форуме и обучающих семинарах).

Выявление таких семей, которые не нуждаются в комплексном сопровождении, помогает рационально расходовать ресурсы проекта. Активным и ресурсным родителям не нужно искусственно создавать ситуацию, в которых часть (посильной для них!) ответственности берет на себя НКО. В то же время очень важно рассматривать семейную ситуацию с точки зрения профилактики: нет ли признаков вероятных проблем, которые лучше предотвратить или решить на ранней стадии их развития?

## 2. Первичная оценка состояния и потребностей клиента

В рамках технологии работы со случаем диагностика представляет собой оценку ресурсов и потребностей, сильных сторон и проблемных аспектов жизни семейной системы и приемного ребенка в ней. На основе этой оценки принимается решение о характере и объеме помощи, которую проект оказывает семьям. Она позволяет выделить в каждом отдельном случае **общее** (и подобрать семье необходимые услуги из фиксированного перечня услуг, доступных в проекте / в данном регионе) и **уникальное** (вместе с семьей разработать план сотрудничества, подходящий именно ей).

Также правильно проведенная оценка позволяет:

- ❖ Определить состав междисциплинарной команды, необходимой для работы с семьей; увидеть потребность в помощи экспертов по тому или иному вопросу для выстраивания маршрута ведения случая.
- ❖ Сформировать целостное системное видение случая у всех сотрудничающих сторон (участников междисциплинарной команды, членов семьи, а также людей из социального окружения семьи, привлекаемых для дополнительной поддержки).
- ❖ Эффективно обмениваться информацией как при межведомственном взаимодействии, так и при смене куратора семьи / других ключевых участников проекта. В этом проявляется и уважение к членам семьи, которым не приходится снова и снова повторять одну и ту же информацию.

- ❖ Обеспечить преемственность работы с семьей на всех этапах (например, при переходе от комплексного сопровождения к оказанию отдельных услуг, когда семья уже уверенно справляется с реабилитацией в целом, или, наоборот, при возникновении острого кризиса в семье).

Сохраняя результаты оценки, можно:

- ❖ Использовать их для целей мониторинга, обобщения статистических данных (а на данный момент в сфере семейного устройства детей с ОВЗ их накоплено еще очень мало).
- ❖ Использовать их как материал для супервизии по работе со случаем.
- ❖ Отталкиваться от них, если через какое-то время после закрытия случая клиенты понимают, что снова не справляются, и возвращаются в проект. В такой ситуации архивные записи помогут понять, вызвано ли возвращение проблем стихийными изменениями в жизни семьи или его можно было предотвратить, выстроив работу с семьей по-другому.

Процесс комплексной оценки иногда рассматривается как самостоятельная технология, отдельно от работы со случаем<sup>10</sup>:



<sup>10</sup> Лукашов С. Индивидуальная социальная работа: концепт лекций. Technical Assistance to Sector Policy Support Programme in the Social Protection Sector — Service Delivery Component, Tajikistan. [http://sdcc-eu.info/RDF/3\\_26K\\_4.pdf](http://sdcc-eu.info/RDF/3_26K_4.pdf)



Место комплексной оценки среди диагностических мероприятий:



Важная задача, которая решается в ходе оценки — помочь родителям осознать их собственные потребности и сформировать правильные представления о потребностях ребенка даже в тех сферах, с которыми ваша организация не работает. Даже если семья по каким-то соображениям откажется от участия в проекте, она получит ценную для себя информацию. Некоторые семьи именно на этом этапе понимают, что сориентировались в ситуации и дальше могут справляться сами.

Методически работа с каждым случаем выстраивается при помощи составления «Карты семьи» для каждой семьи в проекте.

### 3. Разработка индивидуального плана сопровождения

Эффективность выполнения индивидуального плана во многом зависит от правильного определения потребностей семьи и ребенка, а также от четко сформулированных целей и задач. Даже если первый вариант ИПС будет подвергаться радикальной корректировке, конкретные и измеряемые цели и задачи помогут понять, что именно получается / не получается и что надо изменить.

В работе с семьями, принявшими «особого» ребенка, важно сразу выстроить правильный ИПР и получить правильную реабилитационную технику. В противном случае есть риск развития вторичных

нарушений — возникающих из-за основного нарушения и/или его некорректного лечения. Например, ребенок с ослабленным слухом может оказаться в группе детей с «задержкой психического развития» из-за того, что он даже при сохранном интеллекте, фактически, не может общаться и учиться.

	Индивидуальный план сопровождения	Рекомендации консилиума	ИПР
Сфера применимости	Вся система реабилитационных мероприятий; изменения в жизни семьи в связи с приемом ребенка; взаимные обязательства семьи и фонда	Медицинские назначения; рекомендации для коррекционных занятий с педагогами; схема дальнейшего наблюдения. Рекомендации по составлению ИПР	Описание положенной помощи от государства.
Характер рекомендаций	Гибкие, основаны на имеющихся ресурсах семьи, фонда и доступных специалистов, учитывают цели и ценности самих родителей	Конкретные медицинские рекомендации; при возможности — вариации	Закрытый список конкретных услуг и реабилитационной техники (вплоть до определенной марки).
Основания для создания	Необходим: основа для работы	При наличии у ребенка системных заболеваний	При наличии у ребенка установленной инвалидности
Частота пересмотра	По запросу семьи, либо 1 раз в 6 мес.	По заключению первичного консилиума. Повторный обычно назначается через 1 год (после окончания периода адаптации).	Медико-социальная экспертиза по запросу родителей и предоставлению медицинских документов с новой информацией
Степень участия семьи	Семья — равный партнер, имеет право «вето»	Семья — представители ребенка, в диалоге с экспертами	Получатели помощи



При этом расхождения в видении ситуации у семьи и у специалистов проекта — неизбежная часть работы.

.....  
*Одна семья приняла на воспитание девочку-дошкольницу со спинномозговой грыжей. Родители уделяют очень много времени, сил и денег на медицинскую реабилитацию. Мама озвучивает свою цель так: «Я сделаю все, чтобы девочка встала на ноги». Вероятность того, что ребенок будет ходить, теоретически есть, но очень маленькая. Однако родители делают ставку именно на возможность ходить, при этом упуская возможности для социальной реабилитации, адаптации ребенка к своему диагнозу. Другая семья, воспитывающая мальчика с таким же диагнозом, ставит целью «чтобы ребенок адаптировался в обществе» и решает задачи «правильного подбора техники и выстраивания коммуникаций с ребенком». Второй вариант сотрудникам проекта кажется более адекватным с точки зрения интересов ребенка.*  
.....

Мы не можем настаивать на том, чтобы семья полностью приняла нашу точку зрения. Нельзя сбрасывать со счетов и вероятность, что их мечта осуществится. Чтобы ожидания и надежды родителей поддерживали их, но не искажали оценку состояния ребенка, мы предложили включить в план сроки, в которые надо оценить объективные улучшения и сделать выводы о реабилитационной динамике. Если существенных улучшений не произойдет, но и семья не захочет пересмотреть свои цели, мы можем ограничить сотрудничество только теми сферами, в которых наши представления о пользе для ребенка совпадают.

#### **4. Реализация индивидуального плана сопровождения**

Обычно цели и задачи изменяются, уточняются, детализируются в процессе сотрудничества. Часто изначально сформулированные цели оказываются отличными от того, что действительно важно для членов семьи, отвечая, скорее, внешним ожиданиям. Это может даже выглядеть со стороны как сопротивление изменениям и саботаж сотрудничества.

Успешная реализация плана с одной стороны зависит от степени его разработанности и реального (а не декларируемого) включения семьи в процесс планирования, а с другой — от регулярного пересмотра и оценки эффективности. План, который устарел или просто «не работает», подрывает мотивацию не только членов семьи, но и куратора случая.

## 5. Регулярная оценка и мониторинг

Основные типы мониторинга работы со случаем можно разделить на мониторинг процесса работы и мониторинг результатов.

Мониторинг процесса работы должен отвечать на следующие вопросы:

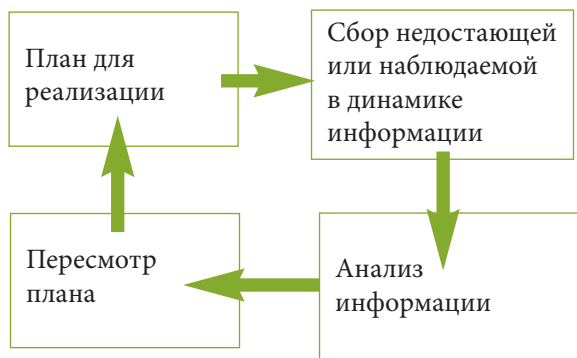
- ❖ Реализуются ли мероприятия, которые были запланированы? (Не замещаются ли они другими, более простыми в реализации мероприятиями? Не возникает ли каких-то непредвиденных препятствий?)
- ❖ Вовремя ли реализуются мероприятия?
- ❖ Соответствуют ли услуги стандартам качества?
- ❖ Мониторинг промежуточных результатов работы должен отвечать на вопрос:
- ❖ Помогают ли запланированные и выполняемые по плану действия в достижении целей, поставленных вместе с семьей?

Мониторинг — это действие по контролю качества нашей работы. Рука об руку с мониторингом должна идти непрерывная оценка семейной ситуации. В отличие от начальных этапов работы, перед нами не стоит задача зафиксировать вообще все, что происходит в семье и стать ее «летописцами». На этапе составления плана нужно выделить области, которые необходимо отслеживать — например, быстро изменяющиеся, наиболее проблемные или связанные с переходом к следующему шагу («когда стабилизируется А, начнем делать Б»). Дальнейшую оценку можно сосредоточить на этих областях. Так она становится частью плана.

При пересмотре целей и задач работы важна активная позиция куратора случая (и сотрудников проекта вообще), его готовность



«держать руку на пульсе». Лучше увидеть новые потребности или проблемы заранее, чем реагировать на уже возникшую экстренную ситуацию в семье.



## 6. Закрытие случая

Проект Близкие Люди не ставит своей задачей постоянное сопровождение принимающих семей с детьми с ОВЗ. Мы стремимся к тому, чтобы после участия в выстраивании программы развития принимающей семьи методом составления индивидуальной «Карты семьи» и в процессе ее корректировки и доработки, семьи стали самостоятельно справляться со своей жизненной ситуацией и смогли покинуть проект.

Работа с клиентом выстраивается на принципах взаимного уважения и *совместной* ответственности. Поэтому при невозможности найти точки соприкосновения с семьей или при постоянном невыполнении ИПС мы также можем принять решение о закрытии случая.





## Суть планирования: цели и приоритеты

### Специфика постановки целей в работе с семьями, принявшими детей-сирот с ОВЗ

Реабилитация приемных детей с особыми потребностями отличается тем, что ее цели расходятся на несколько «ветвей», настолько разных, что иногда приходится делать выбор между развитием той или иной сферы; делать приоритетным один аспект работы, а не другой.

Пример 1. Выбор между техническими преимуществами и физическими возможностями

.....  
*Активная (управляемая ребенком) инвалидная коляска лучше пассивной (в которой ребенка кто-то должен возить) по ряду параметров. Но небольшая квартира, где такая коляска не сможет развернуться и/или дом без пандусов на лестничных клетках и лифта, склоняют к выбору в пользу пассивной, но складной коляски. (Но мы можем предположить, по сравнению с вынужденной пассивностью в детском учреждении, любая из этих колясок способствует развитию самостоятельности и двигательной активности ребенка).*  
.....

Пример 2. Выбор между лечением и преодолением отставаний

.....  
*У ребенка одновременно могут быть отставание в речевом развитии и заболевание (например, артрогриппоз), при котором к 18 годам ему требуется сделать серию из, предположим, 10 операций. Ребенка берут в семью в 7 лет, а ни одной операции еще не сделано. Специалисты и семья должны определиться, действительно ли необходимо срочно наверстывать упущенные вмешательства. Ведь стресс от госпитализации и самой операции, скорее всего, будет препятствовать развитию речи и формированию привязанности между ребенком и родителями — ценные недели и месяцы будут упущены уже в этой сфере.*  
.....



Вообще противоречие между потребностями в медицинских вмешательствах и формированием привязанности к новой семье является довольно глубоким и трудно преодолимым. Иногда родитель вынужден быть в глазах ребенка не только заботливым взрослым, но и «злодеем», который отводит на болезненный массаж или уколы.

На процесс адаптации «особого» ребенка влияет разница требований, явных и скрытых посланий, которые транслировали ему взрослые раньше и транслируют сейчас. Позиция учреждения: «Будь физически здоров — насколько можешь — и не создавай проблем, чтобы мы тебя благополучно передали в учреждение следующей формации». Позиция семьи: «Развивайся и становись самостоятельным, ты можешь!». Можно, конечно, представить и другие варианты родительского отношения в случаях, когда особые потребности ребенка обуславливают непоправимые ограничения возможностей (например, «оставайся таким же хрупким, а мы будем тебя оберегать, чтобы ты со временем стал психологически зрелым и независимым»), но вряд ли они будут совпадать с позицией дома ребенка или интерната.

Пример 3. Выбор между запросом родителей и собственной потребностью ребенка

.....

*Иногда особенности ребенка связаны с его внешностью, но никак не влияют на развитие. Например, у ребенка с амниотическими перетяжками может быть всего два пальца на руке, но этими пальцами он успешно захватывает предметы, и его мелкая моторика ничуть не страдает. У родителей есть понятное желание приблизить ребенка к норме. Часто оно диктуется страхами, что ребенка будут отвергать или даже травить сверстники или что он будет глубоко переживать свое отличие, задаваясь вопросом «Почему это случилось со мной?». Но если ребенок на пороге подросткового возраста действительно начнет задаваться этим вопросом, его отношение к операции, боли, пребыванию в больнице, будет другим. Он будет готов. Но на сегодняшний момент страх от вновь переживаемого одиночества в больнице, боль от операций для*

*него гораздо страшнее гипотетических дразилок и косых взглядов.*

.....

В таких случаях готовность зависит не только от компромисса между переживаниями ребенка и родителей, но и от медицинских факторов. Вердикт о возможности отложить операцию должен вынести врач. С одной стороны, врач — авторитет для родителей, с другой стороны — он не позволит упустить возможности, если операция объективно необходима или может быть сделана только в раннем возрасте.

Пример 4. Разные стратегии лечения сложных нарушений.

Порой у различных медицинских школ формируются разные подходы к ведению одних и тех же заболеваний. Например, европейский подход к детям с полной или частичной парализацией нижних конечностей диктует обучение ребенка виртуозному владению креслом, чтобы расширить его возможности в передвижении и социализации за счет реабилитационного оборудования. Восточная же медицина категорически запрещает использование кресла для передвижения ребенка на весь период реабилитации ребенка при помощи иглоукалывания и рефлексотерапии, чтобы мозг ребенка постоянно ощущал дефицит возможностей передвижения и продолжал искать компенсационные механизмы для передачи сигналов в ноги и, таким образом, создавал дополнительные стимулы для возвращения чувствительности и подвижности конечностям.

.....

*Неоднозначными могут быть и подходы к реабилитации ребенка с артрогрипозом. Так, в зависимости от особенностей картины заболевания в том или ином случае для достижения возможности независимого передвижения ребенка прибегают к различным тактикам. Иногда приходится проводить серию операций на суставах и мышцах, чтобы сделать возможным передвижение в ортезах или на костылях. Иногда, если болезнь очень сильно изменила топологию тела, приходится ампутировать искаженные заболеванием ноги, чтобы была возможность пользоваться костылями, поставив человека на протезы, что*



*осуществимо, только если плечевые суставы могут удерживать костыли.*

.....

**Установка приоритетов: вопросы к самим себе<sup>11</sup>**

- ❖ Указывают ли семья или сам ребенок на проблему, с решением которой они хотели бы начать в первую очередь / которая больше всего их беспокоит?
- ❖ Для какой проблемы есть наибольшая вероятность успешного решения?
- ❖ Достаточно ли конкретно и детализировано мы определили проблему?
- ❖ Действительно ли вы, с вашими текущими ресурсами, готовы к решению этой проблемы?
- ❖ Каков риск, что задержка с решением именно этой проблемы приведет к наиболее негативным последствиям?
- ❖ Открывает ли решение этой проблемы новые возможности для решения других проблем?
- ❖ Приведет ли работа по решению этой проблемы к заметным результатам, которые могут повысить мотивацию семьи к работе с другими проблемами или укрепить ее веру в свои силы?

Помимо описанных противоречий, в которых необходимо ориентироваться при помощи семьям, принимающим детей с ОВЗ, есть и «глобальные» проблемы.

Во-первых, отсутствие в обществе «ролевой модели» для таких семей. Существующая в нашем сознании модель благополучной кровной семьи допускает очень широкие вариации укладов, образовательных уровней родителей, уровня жизни, целей и амбиций семьи. При этом приемная семья всегда может найти для себя более или менее адекватную «модель для подражания» и с ней сверяться по ходу воспитания приемного ребенка. Иногда жизненные ценности перестраиваются, и тогда приемная семья всегда может выбрать

<sup>11</sup> A Guide to Record Keeping for Adult Services Social Workers. Chapel Hill, 1994.

для себя новый ориентир, чтобы отслеживать свое положение по отношению к нему.

Кровные семьи с детьми с ОВЗ получают мало поддержки со стороны государства, общество до сих пор нетерпимо относится к детям с особыми потребностями. Все действия семьи — от посещения детского сада и школы до организации отпуска — превращаются в проблему. В результате большая часть кровных семей с детьми с особыми потребностями оказывается в социальной изоляции и ощущает себя неудачниками.

В результате приемным семьям, воспитывающим детей с ОВЗ, трудно найти пример для подражания и даже просто для конструктивного сравнения своей жизненной позиции с позицией другой кровной семьи. Таким образом, они оказываются несколько дезориентированными и общаются, в основном, с приемными семьями, что приводит к формированию некоторой «кастовости» и затрудняет адаптацию ребенка в социуме.

Во-вторых, проблемой является построение перспективы отдаленного будущего. Наиболее острой проблемой и для кровных и для принимающих родителей детей с ОВЗ является проблема организации взрослой жизни подрастающих детей-инвалидов в тот период, когда родители в силу возраста уже не смогут полноценно за ними ухаживать. Оптимальное решение — сопровождаемое проживание для взрослых инвалидов — развивается в нашей стране в виде отдельных инициатив.

Расстановка приоритетов, попытка проектирования (ведь готовых решений пока нет!) отдаленного будущего детей и даже развитие своей семейной идентичности в предпочитаемом направлении — все это происходит в контексте работы по **планированию**. Продуктом этой работы является Индивидуальный план сопровождения семьи.

План должен содержать цель и задачи, ведущие к этой цели. Ответственность за выполнение каждой задачи должны нести сотрудники проекта, отдельные специалисты или семья, либо ответственность должна быть определенным образом распределена между ними. Ведь выполнение задачи зависит от конкретного исполнителя — его ресурсов, мотивации и т. д.



Выше мы привели примеры противоречий, которые возникают в процессе реабилитации приемного ребенка с ОВЗ и иногда вынуждают родителей и специалистов делать выбор в пользу той или иной цели. Ни одну из этих целей нельзя считать «плохой» или «хорошей», т.к. за ними стоит намерение принести пользу ребенку с поправкой на то, как родители видят ситуацию и какими ресурсами обладают. «Качество» цели можно оценить технически, по критериям SMART/СИДОРОВ — например, она может опираться на четкую систему критериев или быть смутной и плохо измеримой (что, естественно, поправимо в ходе работы над планом).

Классические требования к «хорошим целям» описываются акронимом SMART (в русской версии — СИДОРОВ):

S	specific	специфичный, конкретный	С
M	measurable	измеримый	И
A	attainable	достижимый релевантный, значимый	ДО
R	relevant		Р
T	time-bounded	ограниченный во времени, имеющий конкретные сроки	ОВ

**Специфичность** — учет потребностей и приоритетов конкретных ребенка и семьи.

Специалисты по реабилитации взрослых отмечают, что правильно сформулированная цель представляет собой ответ на вопрос «Что клиент хочет начать делать из того, что не удастся ему сейчас?» или «В каких аспектах текущей ситуации клиент хочет добиться изменений?», но не на абстрактное вопрошание «Что делать?». Это основано, когда речь идет о взрослых людях, перенесших тяжелое заболевание или травму, и в целом представляющих, чего они могли раньше и на что могут рассчитывать с поправкой на текущее состояние.

Однако в работе с приемными детьми с ОВЗ мы часто ставим цели «вслепую», не имея возможности заранее оценить потенциал ребенка. При многих диагнозах есть надежда, что когда компенсируются последствия депривации и/или разлуки с кровной семьей, ребенок покажет отличную позитивную динамику или даже догонит нормально развивающихся сверстников.

**Измеримость** — для каждой цели должны быть критерии (индикаторы) ее достижения или меры приближения к ней.

Это особенно важно, когда наиболее очевидный показатель — полное излечение — недостижим. Помимо контроля и возможности принятия управленческих решений такие индикаторы помогают работать с родителями: дают им возможность контроля над ситуацией, помогают замечать успехи, даже если они не бросаются в глаза и за ними стоят много часов рутины. Таким образом, измеримость целей — это профилактика эмоционального выгорания у всех, кто работает со случаем, включая специалистов и родителей.

**Достижимость** — ряд целей может быть недостижим в рамках проекта. Иногда это зависит от широты ее охвата. Например, в регионе может быть недоступен какой-либо вид очень узкоспециализированной помощи. Противоположная проблема — желание повлиять на общественное мнение, на отношение к приемным детям, детям с ОВЗ. Эта важная, но *широкая* цель не укладывается в рамки *индивидуального* плана.

Цель становится достижимой, когда соотносится с возможностями ребенка и родителей, с их «зоной ближайшего развития».

.....  
*Например, если мы имеем дело с неговорящим или слабоговорящим ребенком, нет смысла сразу замахиваться на достижение вербального общения. Правильно начать с овладения, словами «нет» и «да», причем именно в такой последовательности,*



*т. к. она соответствует последовательности овладения этими словами у маленького ребенка. Когда и если ребенок овладеет этими словами, то можно поэтапно включать «еще», «спасибо» и т.д. Если же ребенок не может достичь поставленных задач, то можно заменить задачи и, например, попробовать общаться знаками.*

.....

**Реалистичность** — принципиальная возможность достичь цели. Для многих родителей — это наиболее дискуссионный аспект, а специалисты не всегда могут сделать точный прогноз.

**Сроки** — определяются по договоренности с семьей. Постановка цели может включать в себя отказ от конкретного срока или привязываться не к дате, а к каким-то ожидаемым событиям, но это должно быть осознанным шагом, который вы можете объяснить себе, клиентам (и, кстати, спонсорам).

.....

*Например, ребенок полностью обездвижен, поэтому ему нужна няня на период отсутствия матери дома. Среднесрочная цель сопровождения — помочь подростку в профессиональной ориентации. Однако пока ребенок не вырастет, не получит специальность и не сможет зарабатывать на оплату сиделки, семье будет требоваться помощь няни.*

.....

**Цель** — это «глобальный» образ результата. Она отвечает на вопрос: «Какой будет наша жизнь и жизнь ребенка после реабилитации? Что такое „успешная реабилитация“?». **Задачи** — конкретные шаги для достижения цели, привязанные к определенным срокам и критериям успешности.

Важно не путать **задачи с мероприятиями** — действиями, направленными на их достижение. «Посещать занятия с логопедом по развитию фразовой речи 2 раза в неделю» — это реабилитационное мероприятие. «Достичь фразовой речи через 3 месяца. При отсутствии успеха в работе с логопедом прояснить причину у невролога» — это



задача. Однако мы уже говорили о том, что в некоторых случаях мы вынуждены планировать именно мероприятия (процедуры, курсы лечения) с очень туманными перспективами конкретных результатов. Иногда также требуется заложить в план задачи или мероприятия, не работающие непосредственно на достижение цели, а служащие «подводкой» к собственно рабочим задачам. Примером такой «подводящей» задачи может служить установление контакта специалиста с приемным ребенком, который боится и активно избегает посторонних взрослых.

В реабилитационной социальной работе с людьми с ОВЗ предлагают следующую структуру задач<sup>12</sup>:

1. Какая сфера жизни изменится?
2. В чем это изменение будет заключаться?
3. Насколько выраженным будет это изменение?
4. В какой момент времени мы устанавливаем «контрольную точку»

для оценки изменения?

Пункты 1–2 могут быть достаточно обширными ((1) улучшится поведение в школе — (2) прекратятся вспышки агрессии), но пункты 3–4 должны быть реалистичными и конкретно сформулированными ((3) не более 1 эпизода в неделю и без попыток травмировать одноклассников — (4) так будет продолжаться не менее 2 месяцев, прежде чем мы перейдем к решению следующей задачи в сфере школьного обучения).

Наличие индивидуального плана сопровождения в письменном виде служит не только для совместной с клиентами постановки целей и задач, но и для своеобразного «перевода» «с медицинского на русский». Все произнесенное на консилиуме должно доноситься до родителей — иначе нельзя говорить о сотрудничестве и информированном согласии на реабилитацию. При этом объем информации нужно дозировать, чтобы она успевала осознаться. Письменная фиксация — основной инструмент для этого.

<sup>12</sup> Адаптировано из *A Guide to Record Keeping for Adult Services Social Workers*. Chapel Hill, 1994.



.....  
*Родителям, получающим помощь в проекте, мы стали перед госпитализацией ребенка выдавать список вопросов, на которые надо получить ответ у врачей в конце госпитализации. В результате повысилась не только эффективность стационарных обследований, но и удовлетворенность родителей условиями пребывания в больнице: «Мы спим на лавочках, но понимаем, ради чего это надо».*  
.....

Также важно обучать родителей грамотному обращению за ИПР: помогать формулировать запросы, выстраивать аргументацию и даже (при наличии таковых) сообщать инсайдерские знания — «аналогичную помощь уже давали кому-то еще».

Наконец, при планировании работы нужно помнить про принцип **«не навреди»**. Понимание родительских обязанностей и требуемого объема родительских компетенций очень зависит от традиций семьи, образовательного уровня родителей и многих других факторов. Часто семьи, приходящие в проект, не совпадают по концепции воспитания и образования ребенка с сотрудниками проекта. Многие семьи бывают многодетными, родители перегружены делами и не могут оказывать ребенку из нашего проекта столько внимания, сколько нам бы казалось правильным. Мы стараемся не быть им «судьями» и делать акцент не на контролирующей, а на помогающей функции во всех случаях, когда не нарушается закон и не возникает угроза жизни и здоровью приемного ребенка. Мы обеспечиваем их доступной информацией, предлагаем разные виды помощи, но, если семья не готова ею воспользоваться, никогда не настаиваем на своей правоте, считая, что это право семьи — решать, как им поступать и какой выбор делать в том или ином случае.

В конечном итоге, мы убеждены, что для семьи и ребенка лучше расти в семье с благоприятным эмоциональным климатом, но, допустим, недополучить физической реабилитации, чем расти в напряженной и эмоционально истощенной семье, которая при этом постаралась сделать «невозможное» для «блага ребенка». В этом смысле любой нажим на семью, даже в направлении, которое кажется нам правильным, может оказаться чрезмерным и нарушить

благоприятный климат в семье. Наше решение откликаться на запрос семьи, а не навязывать семье шаги, которые могут казаться правильными нам, продиктованы следованию медицинскому принципу «не навреди». Мы не претендуем на решающий голос в семейных делах, ради сохранения семейного суверенитета и равновесия.

Пример: Карта семьи.

**Благотворительный Фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам»**  
**Программа «Близкие люди»**  
**Карта семьи.**

**Данные семьи.**

\*\*\* (заполняет руководитель проекта)

1. ФИО ребенка. Дата рождения.

Семенова Ольга. 03.07.2011

2. ФИО опекуна/приемного родителя/усыновителя. Контакты (все имеющиеся).

Анастасия Петровна Сидорова, телефон, адрес регистрации и прописки, мейл

3. Основной диагноз ребенка.

- ❖ Выписка из мед. карты от 11.08.2011 г., Диагноз: ДЦП.
- ❖ Справка из Института им. Турнера, отделение №10, от 31.07.2014. Диагнозы: Артрогрипоз, резидуально-органическое поражение ЦНС, задержка психо-моторного развития, астеноневратический синдром

4. Причины первичного обращения семьи (как их сформулировала сама семья).

Проведение консилиума для определения лечения и выбора тактики стратегии реабилитационных мероприятий. Получение курса реабилитации в центре «Галилео».

5. Ожидаемый результат.

Уточнение диагноза, проведение реабилитационных процедур.



## План работы с семьей.

\*\*\**(заполняет руководитель проекта совместно с куратором семьи)*

1. Состав семьи. Ближайшее окружение. Отдельно указать наличие/отсутствие других приемных детей в семье.

Семья состоит из четырёх человек. Мамы, папы, сына Максима (7 лет) и Оли (3 года). Старший ребёнок усыновлён в возрасте 11 месяцев. Бабушки и дедушки со стороны мамы и папы семью поддерживают и помогают с детьми по мере необходимости.

2. Мотивация приёма ребёнка в семью.

История рождения и развития этой семьи не простая. Сначала Анастасия усыновила Максима, затем вышла замуж и после нескольких лет в браке у неё с мужем возникло желание взять ещё одного ребёнка. Ребёнка-инвалида выбрали сознательно, у них есть силы и время и материальные возможности для воспитания ребёнка с особыми потребностями.

3. Ресурсы семьи.

Полная семья, стабильный доход, собственное жильё, возможность маме не работать и заниматься воспитанием и реабилитацией Оли, широкая социальная сеть, поддержка родственников. Психологическая устойчивость мамы, высокие родительские компетенции мамы (пишу только о маме, т. к. с папой познакомиться не удалось)

4. Слабые стороны семьи.

У старшего ребёнка есть особенности в развитии, которые проявляются в сложном поведении. Окончательный диагноз ребёнка не установлен, предварительный — СДВГ. Маме, несмотря на невероятное терпение, иногда бывает сложно.

5. Цели и конкретные задачи работы с семьей.

Уточнение основного диагноза, реабилитационные мероприятия.

6. Ожидаемые результаты с указанием сроков.

Задача	Мероприятия	Сроки	Результат	Комментарии
Знакомство психолога с семьёй для знакомства с семьёй и определения потребностей и ожиданий от программы.	Первичный выезд психолога в семью.	Сентябрь 2014 г.	Первичный визит состоялся 12 сентября 2014 года.	Описание в приложении.
Уточнение основного диагноза	Консультация у Беловой Н.А.	16 сентября 2014	По результатам приёма у НА было рекомендовано проведение МРТ для уточнения основного диагноза (возникли сомнения в его правильности )	
Укрепление мышечного корсета, формирование навыка хождения	Реабилитация в центре «Галилео»	Сентябрь-октябрь 2014	Пройден первый курс в Галилео, появились первые устойчивые результаты.	Оля получила не полный курс, а укороченный, т.к. обычно дети проживают рядом с клиникой и ходят на процедуры два раза в день, Оля с мамой приезжали каждый день из дома и не всегда получалось пройти две процедуры в день. Возможно, им будет рекомендовано повторить курс не через 6 месяцев, а через 3.
Уточнение основного диагноза	Проведение МРТ ГМ и позвоночного отдела.	Ноябрь 2014 года.	Было проведено МРТ 2 декабря 2014 года. Описание в карте.	



Проведение консилиума с участием всех специалистов	Постановка окончательного диагноза, уточнение тактики реабилитационных процедур.	Декабрь 2014 года		
--	--	-------------------	--	--

### **История взаимодействия с семьей.**

\*\*\* (заполняет куратор семьи)

1. Виды оказанной помощи. Регулярность. Суммы.

- ❖ Консультация Н.А. Беловой — 5490 руб.
- ❖ Комплексная прививка — 4100  
Реабилитация в Галилео — 52 250 руб.
- ❖ МРТ головного и спинного мозга — 31 350 руб.

2. Виды запрашиваемой помощи, которую фонд НЕ смог оказать.

Причины отказа.

3. Особенности взаимодействия с семьёй (заполняется вместе с куратором).

Куратор — Юлия Панюкова.

Они обращались в «Галилео», проходили там реабилитацию. Все договоренности прошли мимо меня, напрямую с Аленой и «Галилео».

«Особенностей» в общении нет. Мама адекватная, обращается по мере необходимости, диалог конструктивный.

#### **Первичный выезд в семью.**

Я познакомилась с семьёй Оли Семеновы 12 сентября 2014 года. Семья состоит из четырёх человек. Мама, папы, Оли и старшего приёмного ребёнка Максима, семи лет.

Семья проживает в просторной, светлой двухкомнатной квартире. Одна комната занята детьми, вторая — взрослыми. И Оля и Максим — приёмные дети. По словам мамы, она сначала усыновила старшего ребёнка, затем у мальчика появился отец, мама вышла замуж, и после уже они с мужем приняли решение о принятии второго ребёнка в семью.

Старшего ребёнка Анастасия взяла около шести лет назад, мальчику было меньше года. Обилие диагнозов в карте (таких, как ПЭП, задержка психомоторного развития и пр..) не остановило Настю, в детском доме ей объяснили, что диагнозы могут помешать развитию ребёнка, а могут и быть компенсированы в процессе роста и развития. Однако, к семи годам у Максима наблюдаются довольно серьёзные поведенческие особенности. Мальчик очень подвижный, создаёт впечатление «расторможенного ребёнка». Бегает, бьётся о диван и балконную дверь (сенсорная депривация?), крепко обнимает меня, с разбегу прыгает на колени. На просьбы и объяснения, мои и мамы реагирует мало. На мою просьбу не прыгать на ноги потому, что мне больно, ответил: «А я хочу, чтобы тебе было больно». Мама обращалась за консультацией к районному психиатру, ей предложили госпитализировать сына в детскую психиатрическую больницу № 6. Анастасия отказалась и обратилась за частной консультацией к известному детскому психиатру Елисею Осину. Он диагностировал у мальчика СДВГ и прописал лечение, которое, к сожалению, не помогло. Мама проявляет необыкновенное терпение и выдержку при коммуникации с мальчиком. Многократно, терпеливо повторяет просьбы, объясняет по несколько раз, не выказывает раздражения или агрессии. Похоже, что не испытывает стыда и смущения от сложного поведения сына (что нередко свойственно родителям особых детей или детей с поведенческими сложностями), полностью принимая его и проявляя сочувствие к его проблемам.

На момент моего визита Оля в семье находилась около месяца. Очень привязана к маме, всё время находится на руках, ко мне проявляла выраженную настороженность и нежелание идти на контакт. Отвергала сходу любые попытки наладить коммуникацию. На мои слова, заканчивающиеся её именем, грозно хмурила брови и басила: «Не надо „Олечка“». Я не настаивала, у меня была гипотеза, что ребёнок не очень долго находится дома и опасается незнакомых людей. Мама очень внимательна к девочке, старается всё время её чем-то занять, развлечь. Дома много развивающих игрушек, пособий. Анастасия производит впечатление очень компетентного родителя.



Физически Оля развита очень слабо. По основному заболеванию Оли (артрогипоз), у Оли назначены госпитализации в институт им. Турнера, но кроме этого, у Оли очень слабые мышцы, девочке 3 года, но она не стоит самостоятельно. Питание разнообразное, твёрдую пищу Оля ест.

Социально семья благополучная. Со стабильным доходом, собственным жильём, широкой сетью социальных контактов. Анастасию поддерживает мама, помогает по мере необходимости с детьми. Это всё является хорошим ресурсом для Анастасии и её мужа.

На 16 сентября Оля идёт на приём к Н.А. Беловой в клинику GMS.

\*\*\*

По результатам приёма у Н.А. Беловой возникли сомнения в правильности поставленного диагноза. Рекомендовано проведение МРТ головного мозга и позвоночника и проведение консилиума с участием невролога. Также Оле была сделана комплексная прививка (...).

Важной частью Карты семьи являются все медицинские заключения, полученные за время работы с семьей и, по возможности, до ее начала, т.к. информация из них должна быть учтена при составлении плана работы с семьей и его коррекции. Мы не прикладываем эти выписки и заключения врачей для соблюдения конфиденциальности информации о здоровье ребенка.



## **Возврат ребенка: профилактика и сопровождение**

В России ежегодно около 5000 детей из принимающих семей возвращают в интернатные учреждения по инициативе родителей<sup>13</sup>. Официальная статистика (форма № 103-РИК «Сведения о выявлении и устройстве детей-сирот и детей, оставшихся без попечения

<sup>13</sup> Семья Г.В. О ситуации в связи с правонарушениями в отношении детей-сирот, в том числе при их усыновлении. Аналитический доклад, 2012. <http://www.myshared.ru/slide/294920>



родителей») объединяет возврат с другими ситуациями расторжения договора с семьей (например, при изменении формы семейного устройства или воссоединении с кровными родителями), и указанная цифра объединяет все эти случаи и поэтому получается еще более внушительной. Но хотя «эпидемия возвратов» не соответствует действительности, эта проблема требует особого внимания.

Среди причин возвратов, называемых самими родителями, есть непосредственно связанные с тематикой нашего проекта:

- ❖ Не нравится внешность, развитие, поведение (29%)
- ❖ Много проблем со здоровьем (9%)
- ❖ Плохая наследственность (10%)

Вторая группа причин имеет социальный характер и подчеркивает важность семейно-ориентированного подхода и опоры на сильные стороны самого родителя<sup>14</sup>:

- ❖ Серьезные конфликты из-за приемных детей в семье (10%)
- ❖ Приемный ребенок негативно влияет на родных детей (5%)
- ❖ Неуверенность в собственной компетентности как замещающего родителя (6%)

Зарубежные исследователи предпринимали попытки количественно измерить, чем же отличаются детей, от которых отказываются приемные семьи и родственные опекуны (и есть ли они вообще, эти отличия). Группа калифорнийских ученых составила список из 30 распространенных проблем в поведении детей, и просила родителей отмечать, с какими проблемами они сталкивались в течение дня. В исследовании участвовали около 250 семей, которые заполнили опросники не менее 3 раз.

Оказалось, что приемные семьи сообщали в среднем о 5,77 проблемах с ребенком в течение дня. Число поведенческих проблем оказалось линейно связано с риском отказа от ребенка в течение последующего года. Пороговым количеством проблем в день, которое и родственные, и неродственные опекуны могут терпеть без увеличения риска отказа — 6 и менее. Каждая дополнительная

---

<sup>14</sup> Там же



проблема, начиная с 7, увеличивала риск отказа примерно на 25%. Для неродственных приемных семей риск отказа от ребенка оказался выше, чем для родственных опекунов<sup>15</sup>.

Также сравнивались факторы, влияющие на отмену приемной семьи у детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами и условно благополучных детей. Исследование двух этих групп, куда вошло примерно по 360 детей с нарушениями и без них, при помощи клинического протокола наблюдения за поведением ребенка, показало серьезные различия.

Дети с клиническими эмоциональными и поведенческими нарушениями в 2,5 раза чаще переживали множественные (4 раза и больше) смены семьи в течение 3 лет. У этих детей прогнозировать возврат из семьи можно было на основе факта разлуки с братьями или сестрами и наличия депрессивных состояний. У условно благополучных детей единственным значимым фактором риска был возраст ребенка<sup>16</sup>.

Необходимость профилактики возврата приемного ребенка с ОВЗ вполне очевидна. Часть этой функции берут на себя школы приемных родителей, рассказывая о возможных проблемах, помогая честно и реалистично оценить свои ресурсы, передумать брать ребенка с ОВЗ или вообще брать ребенка (и это тоже позитивный результат работы ШПР).

В процессе сопровождения нужно обращать внимание на динамику отношений семьи и ребенка. В ней есть не просто кризисные моменты, но и «точки бифуркации», прохождение которых в «неправильном направлении» ведет к возврату ребенка в учреждение.

Вот приблизительная модель динамики отношений, ведущей к возврату<sup>17</sup>:

---

<sup>15</sup> Patricia Chamberlain, Joe M. Price, John B. Reid, John Landsverk, Phillip A. Fisher, Mike Stoolmiller Who disrupts from placement in foster and kinship care? // Child Abuse & Neglect 30 (2006) 409–424 [http://www.mtfc.com/2006\\_chamberlain\\_et%20al\\_a.pdf](http://www.mtfc.com/2006_chamberlain_et%20al_a.pdf)

<sup>16</sup> Richard P. Barth, E. Christopher Lloyd, Rebecca L. Green, Sigrid James, Laurel K. Leslie and John Landsverk Predictors of Placement Moves Among Children With and Without Emotional and Behavioral Disorders // Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2007; 15; 46.

<sup>17</sup> Адаптировано на основе: Райкус Дж., Хьюз Р. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска: Практическое пособие в 4 томах. Т. IV. Размещение и стабильные условия жизни. — М.: ЭКСМО, 2009.

1. **«Медовый месяц».** В первые дни совместной жизни все члены семьи испытывают удовлетворение, приятное волнение и оптимизм.
2. **Снижение уровня удовлетворенности.** Родители начинают ощущать напряженность в своем взаимодействии с приемным ребенком. Некоторые формы поведения, которые казались родителям забавными, терпимыми или временными трудностями, никуда не исчезают и теперь вызывают раздражение.
3. **Кризис адаптации.** Усиление напряженности приводит к еще большему ухудшению поведения ребенка, отсюда родительский вывод — ребенок оказался «неправильный». Ребенок также может пользоваться стратегией изоляции, а это трактуется родителями как «неблагодарность» или ощущение, что «новенький» так и остается чужим в новой семье.

Важно отметить, что все модели взаимной адаптации ребенка и семьи (например, Красницкая Г.С.<sup>18</sup>, БФ «Врачи-детям»<sup>19</sup>), включают этап кризиса адаптации, а некоторые (Ослон В.Н.<sup>20</sup>) — даже несколько таких кризисов. Они начинаются после более-менее спокойного («ориентировка») или даже эйфорически окрашенного («медовый месяц») первого этапа.

Но если семья справляется с этим кризисом, то он выполняет ряд положительных функций: помогает ребенку методом суровых «проб и ошибок» исследовать свое место в семье, дает опыт совместного преодоления трудностей. Одна из причин кризиса адаптации — это положительная динамика, когда ребенок достаточно привык к новым родителям, чтобы выражать при них даже самые интенсивные эмоции и требовать от них удовлетворения своих потребностей.

Если семья справляется сама или получает помощь на этом этапе, то дальнейшие отношения развиваются благополучно. Однако

---

<sup>18</sup> Красницкая Г.С. Адаптация ребенка в новой семье [http://innewfamily.ru/menu2/21\\_adoption.php](http://innewfamily.ru/menu2/21_adoption.php)

<sup>19</sup> Настольная книга приемного родителя — СПб.: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», 2007. [http://www.vd-spb.ru/files/foster\\_parents\\_edit.pdf](http://www.vd-spb.ru/files/foster_parents_edit.pdf)

<sup>20</sup> Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. — М.: Генезис, 2006.



восприятие приемного ребенка как источника проблем, отсутствие информации о природе кризиса и эмоциональной поддержки, делают этот этап первым шагом на пути к возврату.

- 4. Выход проблемы за пределы семьи.** Даже если родители не хотят «выносить сор из избы», постоянный конфликт с ребенком становится заметным посторонним: либо трудное поведение продолжается и за пределами семейного круга — в детском саду, школе, у репетитора, либо родитель и/или ребенок «срываются» друг на друга в присутствии свидетелей. В зависимости от увиденного во время этих инцидентов и от своей позиции в конфликте, окружающие могут встать на сторону родителей или ребенка, жалеть принимающую семью или даже обвинять ее в жестоком обращении.
- 5. Поворотный момент.** В напряженной атмосфере происходит некое событие, после которого члены семьи уже не могут жить, как раньше. Это может быть абсолютно неприемлемым для семьи поступком ребенка (сексуально-окрашенным поведением, агрессией в адрес других детей или домашних животных) или собственными действиями взрослого, вызывающими острое чувство вины («после того, как я его наказала, я не заслуживаю быть его матерью»).
- 6. Установление крайнего срока или предъявление ультиматума.** Родители требуют от ребенка изменить свое поведение под угрозой возврата в учреждение; решают подождать определенное время, не улучшится ситуация, и если она не улучшится — вернуть ребенка. В качестве временного ориентира может служить не условный промежуток времени, а определенные действия, например, ожидание результатов психоневрологического обследования или «решающей» консультации у авторитетного специалиста.
- 7. Итоговый кризис.** Меры, принятые на предыдущем этапе, не срабатывают: ультиматум нарушается, время не лечит или специалисты говорят нечто, чего родители уже не могут принять.
- 8. Реализация решения о возврате ребенка.** Окончательное решение могло быть принято давно, но откладываться, как болезненное и социально-нежелательное, или действительно возникнуть только на этом этапе.

Пример из работы нашего проекта показывает применимость такой модели:

.....  
*Петя был усыновлен 1 год и 10 месяцев назад в возрасте 3,5 лет. При знакомстве в детском доме был не очень контактен, при последующих визитах от встречи с будущими родителями особой радости не проявлял. После переезда семью «медовый месяц» длился около 3 дней (1), затем начался сложный адаптационный период. Прием ребенка в семью совпал с беременностью мамы и рождением младшего сына. Этот факт также сильно повлиял на адаптацию мальчика, проявление ревности и требование повышенного внимания (2).*

*Дальнейшие события мама описывает несколько путанно, но общий смысл таков: мальчик вёл себя плохо и не очень предсказуемо, воздействовать на него можно было только физическими наказаниями (3). Семья не видела ничего страшного в телесных наказаниях, т. к. папа ребёнка имел такой же опыт в детстве. Мама рассказывала, что ребёнок «буквально вынуждал» использовать физическое наказание в качестве меры пресечения плохого поведения, и с течением времени наказания серьёзно ужесточились до появления следов и синяков на теле (3). В этот момент в ситуацию вмешалась бабушка ребёнка, к которой ребёнок отправлялся на выходные (4). Бабушка, увидев жестокое обращение с ребёнком в семье, написала заявление в опеку. К этому моменту мама уже очень устала от проблем во взаимоотношениях с ребёнком и попросила сотрудников опеки помочь ей. Опека предложила оправить ребёнка в санаторий, родители согласились (4).*

*В санатории Петю несколько раз навестила мать, но по её словам, особой радости он не демонстрировал. По возвращении домой конфликты возобновились, и мама обратилась за помощью в нашу программу, подозревая у мальчика нарушения ментального или психического характера. Основная жалоба матери — на неуправляемое поведение, истерики, аутоагрессивное поведение.*



На консилиуме ребёнок был обследован нейропсихологом и психиатром, а также заведующей центром патологии новорожденных. Был констатирован ряд нарушений в развитии ЦНС, но также и сохранные стороны и положительная динамика за время жизни в семье. Основной рекомендацией были регулярные занятия с психологом, специалистом в области усыновления.

Семья была включена в программу, к ней был прикреплен куратор случая. Однако в течение недели после консилиума семьёй было принято решение о помещении ребёнка в психиатрическую клинику (5) для прохождения обследования и постановки диагноза с последующим намерением отказаться от ребёнка и вернуть его в детский дом.

За время нахождения ребёнка в клинике куратор случая, подрастая у мальчика реактивное нарушение привязанности, встретила с папой мальчика и передала ему специальную литературу для родителей о проблемах привязанности у сирот. Книга произвела на семью эффект разорвавшейся бомбы: семья нашла не только описание поведения своего ребёнка, но и конкретные рекомендации по эффективному взаимодействию и коррекции нежелательного поведения. С этого момента начался перелом в отношении ребёнка и переоценка проблем и возможных путей решения. Родители приняли решение забрать сына из психиатрической больницы (в которой он провёл около сорока дней) и попробовать иначе выстроить с ним взаимоотношения. Мама была очень воодушевлена, энергична и полна энтузиазма. На этом этапе подключилась я, в качестве психолога, который может помочь наладить коммуникацию между мамой и сыном. На момент возвращения Пети из больницы родители формулировали своими намерениями словами: «Мы попробуем сделать всё, что в наших силах, чтобы помочь Пете, но мы не знаем, насколько нас хватит» (6). Однако уже через несколько дней родители все-таки приняли решение о возврате (8).

.....

На поздних этапах возможности повлиять на решение родителей крайне ограничено.

**Другой важной задачей становится поддержка ребенка в процессе и после возврата его в учреждение.**

Даже переживания взрослых в ситуации возврата ребенка представляют собой такую смесь эмоций — от стыда до облегчения — что проще описать их формулировкой «не знаю, что и думать». Ребенок дезориентирован еще больше. Ему в силу возраста или особенностей развития может быть трудно даже восстановить сюжетную канву: сначала он жил в одном месте, потом в другом, в третьем...

Амбивалентные (т. е. двойственные, неоднозначные) переживания потери — это термин, обозначающий горе или стресс, вызванный потерей значимых лиц или отношений в ситуации, когда остается неопределенность по поводу этих лиц или отношений<sup>21</sup>. Обычно это два типа ситуаций:

- ❖ Когда значимый человек физически присутствует, но эмоционально недоступен (например, родитель, страдающий психическим расстройством),
- ❖ Когда человек остается значимым и близким для ребенка, но не может быть с ним рядом по непонятным для ребенка причинам.

Амбивалентные переживания потери могут накладываться на нарушения привязанности и посттравматические стрессовые расстройства (с последними они имеют сходную симптоматику у детей):

- ❖ Сложности при изменениях в укладе жизни.
- ❖ Сложности с принятием решений, «паралич» или неконтролируемый наплыв эмоций в ситуациях принятия решений,
- ❖ Неспособность справиться с нормальными для детей и подростков потерями, «застывание» в них,
- ❖ Выученная беспомощность, чувство безнадежности.
- ❖ Симптомы депрессии и/или тревожности,
- ❖ Чувство вины.

---

<sup>21</sup> Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief. Pauline Boss, (1999). Cambridge, MA: Harvard University Press; K.A. Powell, T.D. Afifi Uncertainty management and adoptees' ambiguous loss of their birth parents. (2005). Journal of Social and Personal Relationships, Vol. 22(1): 129–151.



В целом, чем больше неопределенности заключает в себе потеря, тем сложнее ее пережить, тем сильнее депрессия, тревога и конфликтность в отношениях со взрослыми. Это связано с тем, что:

- ❖ Сложно оплакать расставание, если неизвестно, временное оно или окончательное,
- ❖ Отсутствуют ритуалы, помогающие пережить потерю,
- ❖ Потерянные отношения не признаются социумом, скрываются от посторонних и т. д.,
- ❖ Обстоятельства, которые привели к потере, воспринимаются окружающими, как нечто дурное («поиграли и отдали»).

Что мы делаем, чтобы уменьшить травмирующие последствия возврата ребенка:

1. Социальный психолог проекта (в идеале — тот человек, который работал с семьей в процессе сохранения ребенка в семье) сопровождает процедуру возврата ребенка семьей, чтобы ответить на все вопросы ребенка к психологу, если они возникнут, и проследить, чтобы мама ответила на все вопросы, возникающие у ребенка. Помогает матери оставить ребенку что-нибудь на память. Что именно может выступать в качестве прощального подарка, заранее обсуждается психологом и мамой с учетом ее готовности поддержать ребенка.
2. Социальный психолог убеждается, что ребенок понимает происходящее в доступном ему объеме и что ему не сообщают ложной информации.
3. Социальный психолог договаривается с органами опеки и попечительства о дальнейшем посещении ребенка в детском учреждении и объясняет, почему это важно. Рассказывает сотрудникам ООиП, какие эмоции испытывает ребенок сейчас и какие переживания предстоят ему в дальнейшем. Просит об оказании помощи в выстраивании отношений с детским учреждением.

<sup>22</sup> Подробнее об этой технологии можно узнать в книге: Пичугина (Капилина) М.В., Панюшева Т.Д. *Методические рекомендации по реабилитационной работе с ребенком, оставшимся без попечения родителей, в системе семейного устройства. Статьи для специалистов и приемных родителей.* — М. : АНО Центр «Про-мама», 2013.



4. Социальный психолог посещает ребенка в детском учреждении, целенаправленно давая ему возможность поговорить о его утраченной семье. Выстраивает с ним доверительные отношения, работает с его «Книгой жизни»<sup>22</sup>.
5. Другой сотрудник, вовлеченный в этот случай, оставляет возможность родителям, отказавшимся от ребенка продолжить общение с психологом. И профессионалам, и родителям легче, если общение ребенка и родителей будет проходить с разными людьми. Психолог, помогающий ребенку, часто вызывает у родителей агрессию в ответ на его жесткие функции во время процедуры возврата ребенка.
6. В идеале, психолог сопровождающий процедуру возврата, должен быть и тем специалистом, который представит ребенку новых потенциальных родителей, если таковые найдутся.

### **Заключение: каков вклад волонтеров в нашу работу?**

Работа нашего проекта была бы невозможна без волонтеров. Они играют вспомогательные (но при этом незаменимые!) роли — участвуют в сборе средств, в оказании транспортной помощи, в проведении досуговых мероприятий, работе со СМИ и многих других областях.

Также волонтеры в проекте становятся кураторами случая, но не совсем типичными — они разделяют ответственность с социальным психологом — штатным сотрудником проекта. Социальный психолог активно включается в оценку семейной ситуации и планирование, а реализацию индивидуального плана сопровождения ведет и контролирует волонтер-куратор.

Работа с волонтерами имеет свою специфику:

---

<sup>22</sup> Познакомиться с подробными программами обучения и технологиями сопровождения волонтеров в этой области вы можете в пособии: Арчакова Т.О., Базанова Е.С., Деснянская О.В. *Волонтерский уход за детьми-сиротами в больницах. Пособие для организаторов.* — М.: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2013. <http://otkazniki.ru/index.php?id=771>



**Необходимость обучения.** Чтобы помогать семьям, принявшим ребенка с ОВЗ, волонтер должен получить знания и навыки в нескольких ключевых сферах:

- 1) принципы и алгоритм работы со случаем в семейно-ориентированном подходе;
- 2) особенности развития детей-сирот и детей с ОВЗ<sup>23</sup>;
- 3) базовые сведения о семейном устройстве: правовые основы, психологическая динамика адаптации ребенка в семье, существующие услуги для принимающих семей;
- 4) базовые сведения о медицинской помощи: наиболее распространенные заболевания / нарушения развития, существующие медицинские услуги.

**Необходимость сопровождения.** Волонтера-куратора (и вообще любого волонтера) нельзя просто обучить и отправить в «свободное плавание». Мероприятия по сопровождению включают в себя:

- 1) контроль над текущей деятельностью, мониторинг реализации планов;
- 2) анализ работы над конкретными случаями и разбор сложных случаев: супервизия и интервизия;
- 3) тренинги по профилактике эмоционального выгорания;
- 4) поощрение волонтеров: досуговые мероприятия, благодарственные письма и др.

**Этические и организационные вопросы.** Нужно учесть вопросы, которые касаются ответственности и прав волонтера:

- 1) сформулировать «политику» работы с волонтерами: основания для приема в проект или отказа в приеме в ходе собеседования, сценарии решения споров между волонтерами и семьями, когда таковые возникают;
- 2) четко очертить круг обязанностей и прав волонтера и зафиксировать их письменно, в форме договора с волонтером;
- 3) оценить необходимость и полноту раскрытия всей личной информации о семье (например, возможность введения «закрытых» разделов в Карте семьи — только для сотрудников — если знакомство/незнакомство волонтера-куратора с ними не влияет на реализацию плана).

Привлечение волонтеров к кураторской работе с семьями, помимо увеличения кадрового ресурса в помощи семье, играет еще очень важную роль в общей социализации семьи и формировании в обществе толерантного отношения к детям (и вообще, ко всем гражданам) с особыми потребностями и к приемным детям и принимающим семьям. Волонтеры — люди самых разных профессий, не только «помогающих». Их участие в работе проекта выводит эту работу из узкопрофессионального круга специалистов помогающих профессий в более широкие общественные круги и создает частную модель «поддерживающего общества» в конкретном случае курируемой этим волонтером семьи.



## Приложения

---

### Приложение 1

*Карта семьи 1 (случай возврата ребенка из семьи)*

**Благотворительный Фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам»**

**Программа «Близкие люди»**

***Карта семьи.***

**Данные семьи.**

\*\*\* (заполняет руководитель проекта)

6. ФИО ребенка. Дата рождения.

Иванов Петр Иванович. 12 ноября 2008.

7. ФИО опекуна/приемного родителя/усыновителя. Контакты (все имеющиеся).

❖ Иванова Маргарита Алексеевна.



- ❖ телефон
- ❖ Адрес.

#### 8. Основной диагноз ребенка.

Задержка психоречевого развития (ЗПР), гиперметропия со снижением зрения обоих глаз.

9. Причины первичного обращения семьи (как их сформулировала сама семья).

Поведенческие сложности. Агрессия со стороны ребёнка. Подозрение на психиатрические проблемы.

Заявление в БЛ от 10.03.2014

#### 10. Ожидаемый результат.

Прояснение основного диагноза, психологическая помощь, восстановление коммуникации между мамой и ребёнком.

### **План работы с семьей.**

*\*\*\* (заполняет руководитель проекта совместно с куратором семьи)*

7. Состав семьи. Ближайшее окружение. Отдельно указать наличие/отсутствие других приемных детей в семье.

В семье проживают мама — Маргарита, 30 лет, папа — Семен, около 35 лет, Петя 5 лет (усыновлён), Артем, 1 год (биологический). Также в воспитании детей принимает участие бабушка со стороны матери, но с ней отношения сложные, натянутые. Именно она написала заявление в опеку с жалобой на жестокое обращение с ребёнком со стороны родителей.

#### 8. Мотивация приёма ребёнка в семью.

Желание помочь ребёнку (мама 5,5 лет проработала волонтером в реабилитационном центре для беспризорных детей и желание помочь ребёнку сформировалось именно тогда).

Желание иметь собственного ребёнка.

## 9. Ресурсы семьи.

- ❖ Желание Маргариты иметь усыновлённого ребёнка вынашивалось не один год, Мотивация принятия ребёнку в семью была очень высока.
- ❖ Полная семья. Муж, который поддерживал намерение Маргариты усыновить ребёнка.
- ❖ Обращение в фонд, возможность получить медицинскую и психологическую помощь.

## 10. Слабые стороны семьи.

- ❖ Сложные бытовые условия, отсутствие канализации и водопровода в доме. Тесное помещение.
- ❖ Не слишком устойчивое материальное положение.
- ❖ Удалённость от города (невозможность пользоваться услугами психологов Фонда, логопедов и дефектологов)
- ❖ Рождение младшего ребёнка.
- ❖ Обеднённая развивающая среда для ребёнка.
- ❖ Низкие родительские компетенции.

## 11. Цели и конкретные задачи работы с семьёй.

- ❖ Организация медицинского консилиума.
- ❖ Первичный выезд, знакомство с семьёй.
- ❖ Долгосрочная психологическая помощь:

1. Обучение родителей основным родительским компетенциям.

Задача	Мероприятия	Сроки	Результат	Комментарии
Определить диагноз ребёнка и степень ЗПР	Консилиум в GMS	26 марта 2014	Подтверждённая ЗПР, выявлены нарушения органического генеза	Получены рекомендации для регулярных занятий с психологом — специалистом в области усыновления



Знакомство с семьёй	Первичный выезд психолога	29 июня 2014	Установление контакта, выяснение психологических и социальных особенностей семьи. Обсуждение запроса семьи. Обсуждение контракта и условий работы	См. описание визита в приложении.
Восстановление нарушенной коммуникации между мамой и ребёнком	Длительная психологическая работа.	С 6 июля в течение длительного времени	–	Мальчика вернули в детский дом

2. Налаживание эффективной коммуникации между всеми членами семьи.
3. Работа с поведенческими проблемами Пети.
4. Работа с ревностью между детьми и работа с агрессией по отношению к младшему ребёнку.

12. Ожидаемые результаты с указанием сроков.

13. **Проведённые мероприятия, рекомендации, реабилитационное оборудование.**

### **История взаимодействия с семьёй.**

\*\*\* (заполняет куратор семьи)

3. Виды оказанной помощи. Регулярность. Суммы.
  - ❖ Подарочная карта «Детского мира» — 26.03.2014. 1000 руб.
  - ❖ Консилиум в GMS — 26. 03. 2014 — 16 470 руб.
  - ❖ Консультация психиатра — 28.03.2014 (сумма включена в общий счёт).

4. Виды запрашиваемой помощи, которую фонд НЕ смог оказать. Причины отказа.

Семья просила найти няню на выходные, куда мама могла бы отправлять Петю для отдыха. Фонд начал поиск такой няни, нашёл, но не успел заключить договор с няней, а мама не рискнула отправить мальчика к незнакомому человеку без юридического оформления. В течение нескольких дней после начала поиска няни семья приняла решение отказаться от ребёнка.

5. Особенности взаимодействия с семьёй (заполняется вместе с куратором).

**Куратор — ФИО.**

\*\*\*

Я познакомилась с мамой Пети, Маргаритой во время консилиума в клинике GMS. Маргарита была обеспокоена, много говорила, рассказывала о ситуации дома. Она достаточно охотно выслушивала рекомендации и отвечала на вопросы. Затем, мы общались с Маргаритой по телефону. Она звонила мне, когда что-то происходило, когда она узнавала какую-то новую информацию или приходила к какому-то решению. Во время телефонных разговоров она подробно рассказывала о своей позиции. По большей части, мы обсуждали ее переживания и эмоции, рассуждали о том, как поступить в данной ситуации. Состоянии и настроение Маргариты периодически менялось, так же как и вектор их с мужем решения. Казалось, что Маргарита колеблется и постоянно что-то перевешивает в одну из сторон. После выписки Пети из больницы, Маргарита разговаривала с коллегами из нашего фонда, мы с ней больше не созванивались.

#### **Описание случая Синкевич А.**

Маргарита позвонила мне и описывала трудные отношения с приемным сыном. Просила помощи. Открытым текстом не говорила, что они хотят Петю вернуть, но говорила, что нужна помощь, чтобы его не пришлось возвращать. Во время описания ситуации несколько раз говорила про Петю в прошедшем времени, что меня настроило пессимистически. Я попросила прислать документы для



вступления в программу БЛ и стала организовывать консилиум. Через несколько дней Маргарита позвонила и сказала, что опека предложила отправить Петю на месяц в санаторий, что им этот месяц нужен для передышки и принятия решения. Я полагала, что больше Маргарита мне не позвонит, а ребенка они вернут.

Но после месяца пребывания в санатории Петю забрали домой и были полны энтузиазма по налаживанию с ним отношений. Пришли документы. Был организован консилиум в GMS.

На консилиуме Петя отслеживал Маргариту, но старался дистанцироваться от нее. Словесные просьбы не выполнял, но можно было его уговорить пойти навстречу, если вступить с ним в игру. В ответ на доброжелательное общение он не сразу, но выполнял просьбу. В конце, когда надо было уходить их клиники, Петя затеял в шкафу-купе игру в поезд и не хотел идти домой. Маргарите уже было пора кормить младшего ребенка, одна грудь была на пару размеров больше другой, но она достаточно терпеливо ждала, возможно, под воздействием наших нравочений, и в конечном итоге смогла мирно увести Петю домой.



***Благотворительный Фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам»***

***Программа «Близкие люди»***

***Карта семьи. Приложение.***

**Знакомство. Петя Иванов, 5 лет. Дата 26.03.2014.**

Первое знакомство с семьёй произошло до моего начала работы в проекте. Руководитель проекта Алёна пригласила меня присутствовать на консилиуме в клинике GMS. На приёме у нейропсихолога был Петя с мамой. В клинике Петя ведёт себя соответственно возрасту и ситуации. Умеренно контактен (первая мысль о нарушении аути-



стического спектра), послушен. На контакт со взрослыми идёт не очень охотно, но даёт возможность договариваться с ним. На маму реагирует, слышит её просьбы и по желанию их выполняет. Мама производит впечатление напряжённой, но уверенной в себе и своих действиях. Основная жалоба — не управляемое поведение, истерики, аутоагрессивное поведение.

В ходе беседы выяснилось, что Петя — усыновлён, в семье 1, 10 мес. При знакомстве в д/д был не очень контактен, при последующих визитах от встречи с будущими родителями особой радости не проявлял. После переезда из д/д в семью, по словам мамы, «медовый месяц» длился около 3 дней, затем начался сложный адаптационный период. Приём ребёнка в семью совпал с беременностью мамы и рождением младшего сына. Этот факт также сильно повлиял на адаптацию мальчика, проявление ревности и требование повышенного внимания.

Дальнейшие события мама описывает несколько путанно, но общий смысл таков: мальчик вёл себя плохо и не очень предсказуемо, воздействовать на него можно было только физическими наказаниями. Семья не видела ничего страшного в телесных наказаниях, т. к. папа ребёнка имел такой же опыт в детстве. Мама рассказывала, что ребёнок «буквально вынуждал» использовать физическое наказание в качестве меры пресечения плохого поведения, и с течением времени наказания серьёзно ужесточились до появления следов и синяков на теле. В этот момент в ситуацию вмешалась бабушка ребёнка, к которой ребёнок оправлялся на выходные. Бабушка, увидев жестокое обращение с ребёнком в семье, написала заявление в опеку. К этому моменту мама уже очень устала от проблем во взаимоотношениях с ребёнком и попросила сотрудников опеки помочь ей. Опека предложила оправить ребёнка в санаторий, родители согласились.

В санатории Петю несколько раз навестила мать, но по её словам, особой радости он также не демонстрировал. По возвращении домой конфликты возобновились, и мама обратилась за помощью в нашу программу, подозревая у мальчика нарушения ментального или психического характера.



На консилиуме ребёнок был обследован нейропсихологом и психиатром, а также заведующей центром патологии новорожденных Беловой Н.А. Результаты обследования — в приложении. Основная рекомендация — регулярные занятия с психологом, специалистом в области усыновления.

Также семье был выделен куратор для выявления актуальных потребностей и посильной помощи в рамках программы. Однако, в течение недели семьёй было принято решение о помещении ребёнка в психиатрическую клинику для прохождения обследования и постановки диагноза с последующим намерением отказать от ребёнка и вернуть его в д/д.

Контактировала мама только с руководителем программы Алёной Синкевич, и в течение полутора месяцев было неясно, что ожидает Петю после выхода их больницы.

За время нахождения ребёнка в клинике Алёна, подозревая у мальчика реактивное нарушение привязанности, встретила с папой мальчика и передала ему книгу Нэнси Томас «Когда одной любви недостаточно». Книга произвела на семью эффект разорвавшейся бомбы. В ней описано поведение детей с реактивным нарушением привязанности. И семья нашла не только описание поведения своего ребёнка, но и конкретные рекомендации по эффективному взаимодействию и коррекции нежелательного поведения. С этого момента начался перелом в отношении ребёнка и переоценка проблем и возможных путей решения. Родители приняли решение забрать сына из психиатрической больницы (в которой он провёл около сорока дней) и попробовать иначе выстроить с ним взаимоотношения. Мама была очень воодушевлена, энергична и полна энтузиазма. На этом этапе подключилась я, в качестве психолога, который может помочь наладить коммуникацию между мамой и сыном. На момент возвращения Пети из больницы родители формулировали своими намерениями словами: «Мы попробуем сделать всё, что в наших силах, чтобы помочь Пете, но мы не знаем, на сколько нас хватит».

**Первичный выезд в семью. Петя Иванов. 5 лет. 29.06.2014.**

Первичный выезд был осуществлён 29 июня 2014 по просьбе мамы. Планировалось посещать семью в течение длительного времени в режиме один раз в неделю.

Перед этим была получена супервизия психолога Фонда Татьяны Панюшевой, 1 июня 2014 года по поводу выбора стратегии и мишени работы. На супервизии присутствовала Алёна Синкевич.

Основное моё опасение заключалось в том, что я не работаю с травматическим опытом, и что делать с ребёнком, как именно с ним работать — мне не было понятно. В ходе супервизии был разработан формат, при котором основной целью работы было налаживание коммуникации между мальчиком, мамой и младшим братом. Планировалось проводить в семье около двух часов один раз в неделю. Занятия должны были проходить в присутствии мамы.

Семьей я была встречена радушно. Семья состоит из мамы Маргариты — 30 лет, папы Семена — примерно 35 лет, подопечного Фонда, Пети — пяти лет, усыновлён, в семье живёт 1,9 лет и младшего, биологического мальчика Артема, 1 год и 2 мес.

Я познакомилась с детьми и рассказала, что я психолог, который приехал, чтобы заниматься с ними и мамой, и что я буду приезжать один раз в неделю.

Семья живёт в сложных бытовых условиях. Дом барачного типа, комната 8 метров, кухня около 4. В доме нет канализации и водопровода. Особое моё внимание привлекла обеднённая развивающая среда. Мало игрушек, в корзине преобладает пластиковый конструктор и мягкие игрушки. Также мало книг. Книги преимущественно о животных и дидактический материал. Набор из 6 цветных нена точенных карандашей. Не увидела раскрасок, цветной бумаги и пластилина. По словам мамы всё это есть, но убрано в пакеты, т. к. Петя всё быстро приводит в негодность. На вопрос о развивающих игрушках и книгах со сказками был получен такой же ответ: «Машинки Петя уничтожает до основания, книги есть, но убраны».

Сам дом расположен на обочине шоссе. Рядом нет специально оборудованных мест для прогулок. Сам участок также не приспособлен для прогулок и активных игр. На прогулки, по словам мамы дети выходят не каждый день, а как получится. Мне показалось, что



Петя испытывает трудности из-за отсутствия необходимых ему по возрасту развивающих игр, ограниченного пространства, отсутствия ежедневной физической активности.

После установления первичного контакта, я попросила Петю нарисовать рисунок семьи, для этого мы вместе наточили карандаши и взяли листок бумаги, но мальчик категорически отказался. Я пробовала заинтересовывать Петю разными способами, однако ничего не имело эффекта. Чуть позже, во время игры, Петя попросил меня нарисовать человечка. Затем попросил нарисовать человечку лицо и волосы. Вид нарисованного человека привёл мальчика в восторг. Он сказал, мне, что это мама и попросил отдать этот рисунок, чтобы подарить маме. На мою просьбу пририсовать на рисунке хоть ему хоть что-то, ответил категорическим отказом. Когда я попыталась взять его руку с карандашом в свою, оказалось, что он не понимает, что надо делать. Моя гипотеза состояла в том, что он или не умеет рисовать любые элементы или испытывает затруднения в произвольном владении карандашом. Однако, ничего из этого я не могу утверждать с определённостью, т. к. не было возможности эту гипотезу подтвердить или опровергнуть.

Во время моего визита Петя был доброжелателен, умеренно контактен, охотно откликнулся на мои предложения поиграть и показать игрушки. Не удалось определить уровень актуального развития мальчика, т.к он не согласился ни на какие игры, связанные с интеллектуальной деятельностью. С чем это связано — со сложностями в наличных знаниях, умениях и навыках, которые мальчик мог испытывать или в недостаточным хорошо установленным контактом во время моего визита — не представляется возможным оценить корректно (планировалось сделать это на втором занятии, но оно, к сожалению, не состоялось).

В конце визита мне удалось поговорить с мамой наедине, обсудить возможность покупки развивающих игрушек, оборудовать во дворе песочницу.

Передо мной серьёзно встал вопрос выбора мишени работы. С одной стороны, Пете и маме необходимо было помогать выстраивать позитивную коммуникацию, с другой стороны, он также сильно

нуждался в долгосрочной коррекционной работе, занятиях с логопедом и дефектологом.

К сожалению, через три дня после моего визита родителями было принято решение о возврате Пети в детский дом.

### **Возврат в детский дом. 5 июля 2014 г.**

Родителями было принято решение о возврате Пети в детский дом. По просьбе мамы я сопровождала процесс передачи ребёнка из семьи в опеку. Накануне мной была получена консультация у психолога Фонда Юлии Курчановой о наилучшей тактике сопровождения возврата. Важной мишенью работы оказалась дать мальчику максимально полную информацию о том, что происходит, провести процедуру прощания, ответить на все задаваемые им вопросы.

К сожалению, мама не позволила провести процедуру прощания, сказав мне, что они с мужем уже это сделали. Также я с трудом получила возможность поговорить с Петей дома, Маргарита предлагала встретиться меня на улице, а беседовать с мальчиком в машине.

Петя обрадовался встрече со мной и на первый взгляд не выглядел ни расстроенным, ни встревоженным. В доме также находился папа, который оставался с младшим ребёнком. Я спросила у Пети, знает ли он, куда мы едем. Он ответил утвердительно, да, к птичкам. Мама пояснила, что так он называет детский дом. Я сказала, что я здесь для того, чтобы отвечать на все его вопросы. Я особенно подчеркнула, что он может задавать мне любые вопросы, и я буду на них отвечать. В этот момент с ребёнком произошла резкая перемена. Он отрицательно замотал головой, резко от меня отпрянул, на глазах появились слёзы. В разговор вступила мама, она повторяла фразу о том, что «время вышло» и поэтому они больше не могут быть вместе. Петя послушно кивал и повторял, да, время вышло, я всё понимаю. У меня не проходило стойкое ощущение, что мальчик не понимает вообще ничего. Фраза «время вышло» является абстрактной и не несущей никакого смысла для ребёнка. Мне казалось, что мальчик не осознает ни что происходит, ни почему.

По дороге в опеку мама была аффективно заряжена, сильно тревожилась и много говорила. Мальчик вёл себя спокойно, не демон-



стрировал негативных реакций, был недоволен обычными бытовыми вещами, такими, как затор на дороге или высокая скорость автомобиля. При подъезде к опеке, Петя начала проявлять сильное беспокойство, плакать и задавать вопросы. Он спросил, сразу ли он поедет «к птичке», и я рассказала, что он сначала поедет в больницу, побудет там немного и потом поедет в детский дом. Осознав, Петя начал плакать, и спрашивать мамы, приедет ли она за ним. Маргарита не отвечала. После третьего вопроса я попросила Настю ответить ребёнку, чем вызвала локальный приступ агрессии в свой адрес, но, тем не мене, Петя получил ответ на вопрос.

В опеке Петя также был очень беспокоен и не хотел уходить от мамы. Сотрудники опеки увели ребёнка и были предельно внимательны к нему, чтобы отвлечь его от неприятных переживаний. Маргарита написала заявление, а я познакомилась с сотрудниками и заведующей. Моей целью было получить доступ к ребёнку во время его пребывания в больнице и, затем, в детском доме. Заведующая поначалу была настроена резко отрицательно и не хотела допускать меня до ребёнка, но в ходе беседы, смягчилась и дала мне список необходимых документов, которые надо собрать, чтобы опека выдала разрешение на посещение Пети.

16 июля разрешение от опеки ни посещение мальчика в «Социально-реабилитационном центре» было подписано заведующей.

### **Первый выезд в ДД.**

К моменту моего посещения реабилитационного центра, в который попал ребёнок, его уже перевели в противотуберкулёзный санаторий. Для посещения Пети, мне приюте выдали второе разрешение на посещение ребёнка именно в п/т санатории.

При посещении персонал меня встретил нейтрально. Особого радужия воспитатели не выказывали, но и враждебности я не почувствовала. До моего визита персонал санатория не встречался с такой формой работы с детьми. После соблюдения необходимых формальностей (разговор с главврачом, объяснение целей своего визита) меня проводили в группу, где находился Петя.

Увидев меня, Петя обрадовался, подбежал и обнял, сразу же начал спрашивать про маму, когда она придёт, приехала ли она со мной. Вместе с руководителем программы Алёной Синкевич мы сформировали позицию для работы с ребёнком, которая включала в себя максимально бережное, но правдивое отношение и открытые и честные ответы на все его вопросы. Для нас было важным в ходе работы не оставить его вопросы без ответов, и помочь прожить ему травму отрыва от второй семьи, находясь вместе с ним. Поэтому, на вопрос Пети о маме я ответила, что мама не сможет прийти за ним. В этот момент поведение ребёнка изменилось. Он начал плакать и убегать от меня, заходиться в крике, требуя присутствия мамы. На попытки пойти за ним, обнять реагировал резким отказом. Убегал и кричал: «Уходи, уходи, я не буду с тобой разговаривать». Некоторое время я не подходила, затем, когда мальчик немного успокоился, подошла на безопасное расстояние, и, чтобы он слышал, спросила — хочет ли он, чтобы я осталась. Петя ответил отрицательно, но к этому моменту он немного успокоился и начал проявлять интерес к моим перемещениям, начал следить за мной глазами. Я ещё немного посидела на безопасном расстоянии, но так, чтобы он меня видел и заверила его, что буду сидеть столько, сколько потребуется, но подходить близко не буду. Воспитатели начали проявлять беспокойство — пришло время прогулки, но мальчик не соглашался выйти из душевой и пойти гулять. Я попросила воспитателей оставить ребёнка со мной. Всё это время я не слишком настойчиво, но периодически говорила о том, что хотела бы с ним поиграть или поговорить, или почитать ему сказку. Когда ребёнок успокоился я ещё раз уточнила, хочет ли он, чтобы я осталась и получив отрицательный ответ сказала, что собираюсь уезжать, но обязательно ещё вернусь. В процессе сборов мне удалось переключить внимание Пети на балкон за окном, мы рассмотрели его в деталях, и, обратив внимание на детей на улице, я предложила Пете выйти со мной погулять. К моему удивлению, он согласился.

На улице мне удалось поговорить с воспитателями о той ситуации, в которую попал ребёнок, объяснить, что поведение его может долго оставаться нестабильным и непредсказуемым, и заручиться



их поддержкой (я опасалась того, что Петя будет демонстрировать реакцию отторжения, а воспитатели припишут эту реакцию не сложной ситуации, а «визитам психолога» и будут препятствовать моим посещениям).

На прогулке Петя был сдержан, но на контакт шёл охотно. После того, как время прогулки подошло к концу, я начала прощаться в Петей, он отпускал меня неохотно, цеплялся за колени и просил остаться. Я пообещала приехать через неделю. На этом мой первый визит завершился.

### **Второй выезд в ДД.**

Второй визит начался также, как и первый, Петя очень обрадовался мне, подбежал, обнял, но сразу же после начал спрашивать про маму, плакать, отрицательно мотать головой из стороны в сторону и убегать от меня. К этому моменту я поняла, что Пете нужно время, чтобы адаптироваться к моему визиту. Что я — это напоминание о семье, напоминание довольно травматичное. От того и амбивалентное отношение: он одновременно был рад мне, не хотел разговаривать и просил, чтобы я не уезжала. После эмоционального всплеска, Петя упокоился и согласился пойти со мной гулять. На прогулке, ребёнок очень старался рассказать мне о том, что происходит в группе. У Пети диагностировано ЗППР, ему трудно пользоваться речью, тем более ценным было для меня то, что он очень старался рассказать о своей жизни и интересах, выстраивал длинные предложения, все предложения связывал воедино, сталкивался в очевидными сложностями, но очень старался преодолеть их.

Я привезла карандаши, бумагу, фломастеры, пластилин, детские книги, маленькие игрушки из киндер-сюрпризов и Лего. Ко всем предметам Петя проявил интерес: повертел в руках, посмотрел, но категорически отказался рисовать, лепить, слушать сказки и, даже, рассматривать иллюстрации. Единственный стойки интерес возник к игрушкам он немного поиграл, играть вместе со мной отказался, на предложение выбрать и забрать себе игрушку выбрал Лего-человечка.



Во время прогулки ребёнок увёл меня на другую площадку с игровым домиком и горками и с разрешения воспитателя мы всё время провели именно там. Петя играл со мной, активно коммуницировал, закрывал и открывал меня в домике, просил его закрыть, но постоянно проверял голосом моё присутствие, просил ловить его внизу горки.

Вспоминал про маму, спрашивал, придёт ли она, вспоминал брата, говорил, что скучает по Артемке. По окончании прогулки, Петя отпустил меня, взяв обещание приехать и привезти что-нибудь вкусненькое.

### **Третий визит в ДД.**

Третий визит начался хорошо, Петя не плакал, очень обрадовался, увидев меня, сразу же повёл меня гулять и на ту площадку, на который в прошлый раз мы гуляли вдвоём без других детей. Вспомнил про вкусненькое, съел все гостинцы. Также не проявил интереса к фломастерам, карандашам и другим книгам, которые я привезла. У нас состоялся любопытный диалог:

— «Петя, ты любишь слушать сказки?»

— «Да, очень люблю»

— «Хочешь, я тебе прочитаю?»

— «Нет!»

Также отвечал категорическим отказом на предложение посмотреть иллюстрации и что-то рассказать ему про них. Отдавал предпочтение активным играм, горкам, качелям, иногда незначительно вовлекал меня в это взаимодействие. Спонтанно и неожиданно вспоминал про то, что папа бил, когда Петя не слушался, но про маму и её возможный визит больше не спрашивал. Рассказывал про друзей их группы, про воспитателей.

К сожалению, во время этого посещения случился неприятный инцидент. Ко мне с Петей подошла женщина, представившаяся сотрудником администрации и попросила поподробнее рассказать о цели моего визита, о методах работы. Во время беседы начала требовать от мальчика беспрекословного выполнения своих указаний (Петя сложно переносит давление и приказной тон, мне удалось



установить с ним хороший контакт всё время договариваясь, разрешая то, о чём он просил, уговаривая, если он не соглашался со мной, договариваясь подождать «ещё пять минут», и в результате, после многочисленных интеракций, мне стало довольно просто выстраивать коммуникацию с мальчиком), критиковать его, дёргать, устанавливать свои правила в нашей с ним коммуникации (критиковать Петю за то, что он полез в мою сумку, оценивать его поведение, как недопустимое, притом, что у него было моё разрешение на осмотр сумки). Я не смогла вовремя отследить ситуацию и заметить особенность коммуникации этой сотрудницы, не смогла сориентироваться и переключить её или под благовидным предлогом уйти с мальчиком, наша беседа закончилась грандиозной Петинной истерикой. Это оказалось ещё одним поводом для обвинения мальчика в неадекватном и неуправляемом поведении. Кроме того, время посещения подошло к концу, и она стала вполне серьёзно меня просить покинуть территорию. Формально, время посещения подходило к концу, и я не стала обострять ситуацию, и, отведя Петю в сторонку, лично с ним пообщалась, пообещала вернуться через неделю и уехала.

#### **Четвёртый визит.**

Петя мне очень обрадовался. Рассказывать о себе не очень стремился, фразы стали односложными, инициативы при рассказе не проявлял. Приходилось буквально «тащить клещами» истории о его жизни за прошедшие дни. У него сложился чёткий стереотип: мой приезд — прогулка на площадке, на который обычно дети не гуляют. Он сразу же повёл меня туда. Спрашивал про гостинцы. Получив — всё съел и побежал играть. Моё присутствие его интересовало умеренно. Он был готов вступать со мной в коммуникацию, отвечал на вопросы, взаимодействовал, но сам активно не проявлял желания совместной игры, скорее воспринимал меня, как доброго взрослого, с которым можно получить больше, чем в обычных обстоятельствах при воспитателе. Рисовать, лепить, играть в машинки отказался, предпочёл всем играм горку и качели. Я не настаивала, но предлагала разные варианты, на которые Петя, к сожалению, не согласился. Мне

показалось, что в этот день он был внутренне гораздо более закрытым, чем в прошлые визиты.

### **Пятый визит.**

Во время моего визита в санаторий, выяснилось, что срок Петиного пребывания в санатории закончился, и он вернулся в приют.

### **Мама.**

За прошедшие два месяца мама, Маргарита, звонила мне и Алёне Синкевич дважды. Первый раз сообщила о том, что Петю в приюте посещает бабушка. Также, просила совета — говорила о том, что размышляет: не забрать ли мальчика обратно. Я вернула ответственность за это решение ей, совершенно точно не готовая давать советы на такую сложную тему. Однако, я не отказывала ей в разговоре и говорила столько, сколько ей было нужно. Также, я не готова была принимать роль судьи и старалась быть максимально нейтральной и в своих высказываниях и своих внутренних оценках.

Второй раз мама позвонила сообщить о том, что суд прошёл, произошло разусыновление Пети, кроме того, Маргарита вернула мальчику его прошлую фамилию. Суд присудил Маргарите выплачивать Пете алименты до совершеннолетия.

Маргарита чувствует себя хорошо, её семья потихоньку восстанавливается, и по её словам, она «оторвалась от Петьки».

### *Комментарий от Алены Синкевич:*

Во время звонков Ритины рассказы о пережитом опыте с Петей сформированы скорее по типу «легенд», она повторяет абсолютно одинаковые фразы в разговоре со мной и с Натальей. Порой содержание этих фраз не совпадает с тем, что она говорила раньше, носит более «залакированный» характер. Не исключено, что это те формулировки, которые она выработала в процессе подготовки к суду.





## Приложение 2

---

Карта семьи 2 (случай неоднозначного выбора цели развития ребенка)

*Благотворительный Фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам»*

### Программа «Близкие люди»

#### *Карта семьи.*

##### **Данные семьи.**

\*\*\**(заполняет руководитель проекта)*

11. ФИО ребенка. Дата рождения.

Катя Попова, 05.09.2006

12. ФИО опекуна/приемного родителя/усыновителя. Контакты (все имеющиеся).

Ольга Евгеньевна Семина, тел.

адрес регистрации, проживания и электронный.

13. Основной диагноз ребенка.

Аномалия развития ЦНС, мальформация Арнольда-Киари 1 типа, Spina Bifida пояснично-крестцового отдела с гидроцефалией. Миелодисплазия спинного мозга. Нижняя вялая параплегия. Нарушение функций тазовых органов. Дисплазия тазобедренных суставов, сгибательная контрактура тазобедренных и коленных суставов, эквинусная деформация стоп, укорочение левой нижней конечности на 2 см. Аномалия развития 3–4 ребёр справа в виде сращения задних отростков. Хронический пиелонефрит непрерывно рецидивирующее течение. Хронический цистит. Задержка психоречевого развития. Дизартрия. Общее недоразвитие речи второго уровня.



Причины первичного обращения семьи (как их сформулировала сама семья). Помощь в лечении и реабилитации основного диагноза. Заявление в БЛ от 4.07.2013

#### 14. Ожидаемый результат.

Для мамы — чтобы ребёнок начал ходить, однако, для сотрудников Фонда — это успешное преодоление адаптации в семье, развитие социализации (посещение дошкольных учреждений, школы), адаптации в детском коллективе, а также адаптация в социуме с учётом имеющихся нарушений.

#### План работы с семьей.

\*\*\**(заполняет руководитель проекта совместно с куратором семьи)*

14. Состав семьи. Ближайшее окружение. Отдельно указать наличие/отсутствие других приемных детей в семье.

Задача	Мероприятия	Сроки	Результат	Комментарии
Организация консилиума для определения тактики и стратегии дальнейшей реабилитации девочки.	Консилиум в клинике GMS.	9 октября 2013	Пройден консилиум в клинике GMS, получены рекомендации по дальнейшей реабилитации девочки.	Мнение мамы и мнение врачей консилиума не совпало. О мнению докторов, девочке не надо проводить всё время в реабилитационных клиниках, т. к. вероятность хождения у Кати очень мала, а маме стоит сосредоточиться на адаптации ребёнка.
Продолжение реабилитационных мероприятий				

Девочка растёт в полной семье. Вместе с ней проживают мама и папа, есть двое взрослых детей, которые с родителями не проживают. Также, есть маленькие внуки.

#### 15. Мотивация приёма ребёнка в семью.

Желание помочь ребёнку.

Ольга долго была волонтером девочки, навещала Катю в д/д. Благодаря регулярным визитам между Ольгой и Катей сформировалась стойкая привязанность, которая и побудила маму принять ребёнка в семью.

#### 16. Ресурсы семьи.

- ❖ Помощь БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам».
- ❖ Помощь других БФ и спонсоров.
- ❖ Упорство мамы в желании сделать Катю ходячей.
- ❖ Коммуникативные способности мамы.
- ❖ Умение искать и находить помощь на текущие нужды девочки.
- ❖ Полная семья.

#### 17. Слабые стороны семьи.

- ❖ Отсутствие благоприятной социальной среды (ограниченность контактов преимущественно медицинскими работниками и центрами реабилитации).
- ❖ Отсутствие профессиональной социализации у матери (уход с работы).
- ❖ Нестабильное материальное положение.
- ❖ Сильный невротизирующий фактор — постоянный поиск средств на дорогостоящую реабилитацию.
- ❖ Высокая чувствительность мамы.

#### 18. Цели и конкретные задачи работы с семьей.

- ❖ Организация и оплата консилиума специалистов широкого профиля по специфике заболевания ребёнка.
- ❖ Обеспечение ежегодного консилиума для определения эффективности лечения.
- ❖ Оплата курсов лечения и реабилитации на территории РФ.



19. Ожидаемые результаты с указанием сроков.

**История взаимодействия с семьей.**

\*\*\* (заполняет куратор семьи)

6. Виды оказанной помощи. Регулярность. Суммы.

Оплата счета на лечение 59 500 руб.

Оплата счета на лечение 107 000 руб. — лечение в клинике «Сакура»

Оплата счета за электростимулятор 9 900 руб.

Счет на лечение 57 000 руб. — клиника в Йошкар-Оле

Счет на лечение 57 000 руб. — клиника в Йошкар-Оле

Счет на лечение 22 000 руб.

на лечение 35 500 руб. — дополнительный курс процедур в «Сакуре»

Оплата консилиума в клинике GMS — 15 000 руб.

Лечение в «Сакуре» — 56 350 руб.

7. Виды запрашиваемой помощи, которую фонд НЕ смог оказать.

Причины отказа.

Согласно Уставу Фонда оплачивать реабилитацию можно только в клиниках, находящихся на территории РФ. Фонд не оплачивает лечение и реабилитацию в других странах.

Выезд в семью. 19.11.2014. Опекун: Ольга Семина

Личное знакомство с семьёй у меня произошло 19 ноября 2014.

Катя пришла в программу больше года назад. Девочка прошла консилиум в клинике GMS. По мнению врачей консилиума диагноз Кати не предполагает самостоятельного передвижения даже в перспективе, однако мама была готова к такому заключению и не согласилась с ним. До консилиума и все два года, что девочка попала в семью, она регулярно, с минимальными перерывами возит Катю на различные реабилитационные курсы. Основной страной, где ребёнок получает восстановительное лечение, стал Китай. Китайская медицина существенно отличается от медицины России, т.к официальное заключение врачей в Катином случае — «не будет ходить самостоятельно



никогда», мама, которая не смогла смириться с этим прогнозом, выбрала путь постоянной реабилитации и путь «маленьких побед». В действительности, в ходе многомесячных курсов (иглорефлексотерапии, массажа, ЛФК, водолечения) были достигнуты существенные успехи. Когда Катя появилась в семье, чувствительности в ногах от левого бедра и до пятки не было. Ягодица, внутренняя поверхность бедра были нечувствительны. После второго курса в клинике Китая у Кати возникла чувствительность в области бёдер и промежности при проведении гигиенических процедур. Постепенно, зоны чувствительности увеличивались и на сегодня в правой ноге у Кати есть чувствительность до пятки, в левой — только до колена. Также, после второго курса мама заметила, что Катя стала гораздо интенсивнее развиваться когнитивно. Ольга отмечает качественный скачок в сложении, письме, чтении. Катя стала быстрее, искуснее и аккуратнее писать, складывать двузначные числа. Невозможно однозначно судить о причине улучшений: является ли причиной тактика лечения, выбранная китайскими докторами, повлиявшая на когнитивный рост, или нахождение в семье и персональное внимание, однако, Катя в этом (2014) году пошла в первый класс общеобразовательной школы, и, когда не находится на реабилитации в других городах, посещает по два урока в день. В школе Кате очень нравится. Ограничение подвижности не усложняет ей коммуникацию со сверстниками, с объёмом заданий Катя справляется хорошо.

Проживает Катя вместе с мамой и папой в большой однокомнатной квартире. Братьев и сестёр нет. Отношения с родителями очень тёплые. В семье ребёнка любят, заботятся, максимально удовлетворяют её потребности. По квартире Катя ловко передвигается на попе или животе, сложностей, связанных с отсутствием подвижности в ногах я не заметила.

При встрече Катя была насторожена, на контакт шла неохотно. В телефонном разговоре мама предупредила, что девочка не хочет со мной разговаривать и на вопросы отвечать не будет. Объяснила это Катиным страхом перед сотрудниками опеки и страхом, что её заберут обратно в детдом. Я заверила маму в том, что не собираюсь настаивать или давить на Катю и если она не захочет разговаривать,



я надолго задерживаться не буду. Приехав, я сообщила Кате кто я и зачем приехала, спросила, не возражает ли она, если я ненадолго задержусь, получив утвердительный ответ, расспрашивала в основном маму. Позиция сотрудников Фонда несколько отличалась от выбранной мамой тактики лечения Кати. У сотрудников есть несколько ограничений: по Уставу Фонд не может оплачивать лечение за границей и при выборе лечебных и реабилитационных мероприятий сотрудники опираются не только на запрос родителей, но и на мнение врачей, которые проводили консилиум. Так как, по официальному заключению Катя не сможет ходить, то и усилия, которые мама тратит на лечение девочки (многие процедуры довольно болезненные и лечение, и проживание в другой стране на протяжении трёх месяцев стоит больших денег) можно было потратить на организацию удобной и доступной среды в квартире, покупку сложных технических средств для передвижения. А силы и время тратить ещё и на адаптацию ребёнка в социуме с теми ограничениями, которые есть у девочки. Также у сотрудников было опасение, что мама все силы отдаёт сверхидею — поставить Катю на ноги и не допускает мысли о том, что этот результат не будет достигнут, и тогда это станет большим ударом для семьи, однако мама придерживается другой позиции. Мама рассказала, что готова к любому исходу и к тому, что Катя не будет самостоятельно ходить, но она не может не использовать все шансы и остановиться на полпути. То, что у Кати восстановилась чувствительность очень важно для мамы (мы предположили, что у ребёнка, с восстановлением чувствительности, может меняться образ представления о себе, а это, в конечном итоге, улучшает качество жизни человека). Во-первых, это свидетельствует о прогрессе о результативности, о том, что «потолок» ещё не достигнут. Во-вторых, это даёт маме силы двигаться дальше — по предварительным расчётам китайских медиков, первый этап — это ещё около года. И к окончанию лечения, максимальный результат, на который рассчитывают врачи — это полное восстановление чувствительности в ногах. Если это произойдёт, то следующий этап — работа с мышцами. Сама девочка рассказала об этапах лечения, о том, что именно иногда бывает сложно, но неоднократно, с гордостью заявляла, что она «ни

разу не пикнула даже, и на иголках, и на уколах, и на капельницах». Катя очень стойко и мужественно переносит трудное лечение, но, когда видит результат — очень радуется. Один из важных результатов — научение плаванию. Катя сама, без нарукавников, плавает в большом бассейне и очень любит плавать, кроме того ей нравится, что она может это делать самостоятельно.

С моей точки зрения, мама делает максимум возможного в такой сложной ситуации. Фонд считает необходимым в дальнейшем продолжать поддерживать Катю и ее семью в том лечении, которое можно обеспечить, не нарушая Устав программы «Близкие люди».





## Приложение 3

Заявление на прием в проект Близкие люди + список документов

*Перед вами текст заявления, которое должно быть полностью переписано от руки, а та информация, которая тут называется, должна быть раскрыта. Пожалуйста, сопроводите его фотографиями ребенка и Заявлением в произвольной форме о том, какую именно помощь вы просите оказать. В конце заявления есть список документов, который должен быть предоставлен в копиях. Кроме предоставления перечисленных документов, представителю ребёнка необходимо встретиться с социальным психологом программы для заполнения «Карты семьи».*

Президенту Благотворительного фонда  
«Волонтеры в помощь детям-сиротам»  
Альшанской Е.Л.

от \_\_\_\_\_  
(ФИО)

Заявление.

Я, \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_, прошу оказать материальную помощь моей семье в связи с тем, что наша семья воспитывает ребёнка \_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения, указать форму приёма в семью)

ребенка, нуждающегося в лечении и реабилитации в связи со сложными заболеваниями.

Мой несовершеннолетний ребенок страдает \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(указать основные диагнозы)

имеет инвалидность (указать, если имеет).

Наша семья является многодетной (указать, если имеют трех и более детей),

малообеспеченной (указать, если есть справка от соцзащиты).

Настоящим я, \_\_\_\_\_,

(ФИО заявителя)

в целях получения материальной, организационной и другой помощи от Благотворительного Фонда «Волонтеры в помощь детям-сиротам», выражаю свое согласие на сбор, уточнение, использование и иную обработку сотрудниками и волонтерами Фонда, а также передачу третьим лицам (интернет ресурсам — партнерам Фонда) на территории Российской Федерации, а также в сети Интернет, на срок оказания мне и моей семье помощи Фондом в целях сбора средств и оказания нам помощи следующей информации:

дата и место моего рождения, паспортные данные, адрес, телефон, количество, возраст, имена и состояние здоровья детей, воспитывающихся в моей семье,

фотографии детей, воспитывающихся в моей семье,

ФИО супруга / супруги,

место работы, доходы семьи.

Дата.

ФИО (подпись)

К Заявлению должны прилагаться копии следующих документов:

1. Паспорта супругов/одинокого родителя (все заполненные страницы)
2. Свидетельства о рождении ребенка/детей, нуждающихся в помощи.



3. Документы, подтверждающие факт принятия ребенка в семью (решение суда об установлении усыновления / постановление органа опеки и попечительства о назначении опекуна, договор о создании приемной семьи)
4. Справка об инвалидности ребенка (если есть).
5. Выписка из медицинской карты с указанием основных диагнозов (не ранее одного года).
6. Банковские реквизиты для перевода средств: полное наименование банка, БИК, кор.сч, расч.сч. Если средства будут переводиться в Сбербанк, то обязательно указать наименование/номер филиала! Номер личного счета (не путать с номером пластиковой карты или с номером сберкнижки!) Лучше всего все эти данные попросить распечатать в отделении банка, объяснив, что нужны реквизиты для перевода денег.
7. ИНН родителя, на счет которого будут переводиться средства.
8. Свидетельство пенсионного страхования родителя, на счет которого будут переводиться средства.



## Приложение 4

---

### Образец договора со школой.

ДОГОВОР №

ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

г. Москва

« \_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ 2014 г.

Автономная некоммерческая организация «Средняя общеобразовательная школа «-----», действующая на основании Устава и Лицензии Министерства образования Московской области № ----- от 16 февраля 2011г. (бессрочная) в лице директора -----, именуемая в дальнейшем «Исполнитель» и Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам», именуемое в дальнейшем «Плательщик»,

в лице президента Фонда Альшанской Елены Леонидовны, действующей на основании Устава, с другой стороны, и -----, ---.---.---- г.р., именуемая в дальнейшем «Заказчик», являющаяся законным представителем ----- -----, ---.---.---- г.р, именуемого в дальнейшем «Ребенок», с третьей стороны, заключили в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законами Российской Федерации «Об образовании» и «О защите прав потребителей», а также Правилами оказания платных образовательных услуг в сфере дошкольного и общего образования, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил оказания платных образовательных услуг в сфере дошкольного и общего образования» от 05.07.2001 № 505 (в ред. Постановления Правительства Российской Федерации от 01.04.2003 № 181), настоящий договор (далее — Договор) о нижеследующем:

#### Термины и определения

Педагогическая коллегия — коллектив педагогов и представителей администрации Школы, принимающий решения по организации учебного процесса, вопросам воспитания и обучения учеников.

#### 1. Предмет договора

Исполнитель предоставляет, а Платательщик оплачивает образовательные услуги по обучению и воспитанию Ребенка в рамках дошкольного, начального общего, основного общего, среднего полного общего образования в Автономной некоммерческой организации «Средняя общеобразовательная школа «-----» (именуемой в дальнейшем — Школа), за исключением дополнительных занятий, посещений кружков, консультаций специалистов.

Исполнитель осуществляет обучение Ребенка по образовательным учебным программам, в соответствии с учебным планом, годовым календарным учебным графиком и расписанием занятий, разработанных Исполнителем с учетом возрастных особенностей детей.

Уровень учебных программ, разработанных Исполнителем, не может быть ниже установленных федеральных государственных образовательных стандартов.



## 2. Обязанности Исполнителя

Исполнитель обязан:

2.1. Зачислить Ребенка в Школу в случае положительного решения, принятого Педагогической коллегией Школы (по окончании испытательного срока, если таковой был назначен). О чем Исполнитель информирует Заказчика в письменной форме.

2.2. Организовать надлежащее исполнение услуг, предусмотренных в разделе 1 настоящего Договора. Образовательные услуги оказываются в соответствии с учебным планом, годовым календарным учебным графиком и расписанием занятий, разработанными Исполнителем.

2.3. Обеспечить для проведения занятий помещения, соответствующие требованиям Роспотребнадзора, ОГПН, а также оснащение, соответствующее обязательным нормам и правилам, предъявляемым к образовательному процессу.

2.4. Обеспечить Ребенка необходимыми учебными пособиями.

2.5. Проявлять уважение к личности Ребенка, оберегать его от всех форм физического и психологического насилия, обеспечить условия укрепления нравственного, физического и психологического здоровья, эмоционального благополучия Ребенка с учетом его индивидуальных особенностей.

2.6. Обеспечить охрану жизни и здоровья Ребенка, его интеллектуальное и личностное развитие, развитие его творческих способностей и интересов.

2.7. Обеспечить Ребенку выдачу свидетельства об основном общем образовании, а прошедшему полный курс обучения и успешно прошедшему аттестацию по программе, соответствующей уровню полного среднего общего образования в соответствии с установленными федеральными государственными образовательными стандартами, выдачу аттестата.

2.8. Выдать Ребенку соответствующий документ об освоении тех или иных компонентов программ общего образования (за класс, за освоенные учебные предметы) в случае ухода Ребенка из Школы до завершения им обучения в полном объеме, предусмотренном настоящим Договором.



2.9. Сохранять место за Ребенком в случае его болезни, карантина и в других случаях пропуска занятий по уважительным причинам (в случае оплаты услуг, предусмотренных разделом 1 настоящего Договора) сроком до 30 дней, а также во время школьных каникул.

2.10. Довести до сведения Заказчика о нецелесообразности оказания Ребенку образовательных услуг в объеме, предусмотренном разделом 1 настоящего договора, вследствие его индивидуальных особенностей, делающих невозможным или педагогически нецелесообразным оказание данных услуг в том виде, как это предусмотрено настоящим Договором.

### 3. Обязанности Заказчика

Заказчик обязан:

3.1. При поступлении Ребенка в Школу и в процессе его обучения своевременно предоставлять все необходимые документы.

3.3. Незамедлительно сообщать классному руководителю (ведущему воспитателю) об изменении контактных телефонов, e-mail и места жительства Заказчика.

3.4. В письменном виде извещать классного учителя, ведущего воспитателя о причинах отсутствия Ребенка на занятиях.

3.5. Взаимодействовать с классным учителем, ведущим воспитателем, Педагогической коллегией, администрацией Школы по вопросам воспитания и обучения Ребенка. Участвовать в проводимых классным учителем, ведущим воспитателем и администрацией Школы родительских собраниях, культурно-массовых мероприятиях.

3.6. По просьбе Исполнителя приходить для беседы при наличии претензий Исполнителя к поведению Ребенка и его отношению к получению образовательных услуг.

3.7. Возмещать ущерб, причиненный Ребенком имуществу Исполнителя, в соответствии с законодательством РФ.

3.8. Соблюдать ритм жизни Ребенка, обеспечивать своевременный приход и уход Ребенка в Школу. Обеспечить посещение занятий Ребенком согласно учебному расписанию Школы.

3.9. Обеспечить посещение Ребенком выездных практик, походов, экскурсий и т. п. согласно учебному расписанию Школы.



3.10. До начала обучения известить Исполнителя о лицах, которым может быть доверен Ребенок после окончания учебного дня (няня, родственники) с обязательным указанием их паспортных данных, контактных телефонов и адреса проживания.

3.11. Заказчик несет полную ответственность за Ребенка как его законный представитель с момента окончания занятий или окончания работы группы продленного дня.

При этом под моментом окончания занятий и ухода Ребенка из Школы понимается:

- ❖ Для воспитанников детского сада и учеников 1 класса-передача Ребенка одному из родителей или доверенному лицу.

Если Ребенка не встретили на остановке, встречающий сам звонит сопровождающему. В противном случае, Ребенка забирает сопровождающий — оплата 500 руб./час.

- ❖ Для учащихся, начиная со 2-го класса — доставка ребенка на школьном автобусе до остановки, согласованной с родителями Ребенка в соответствии с графиком движения школьного автобуса.

3.12. Заказчик обязан согласовать с классным учителем порядок посещения Ребенком группы продленного дня.

3.13. В случае необходимости, по решению Педагогической коллегии, обеспечивать посещение ребенком дополнительных занятий.

#### 4. Обязанности Плательщика.

Плательщик обязан:

4.1. Своевременно до 10 числа каждого месяца вносить плату за обучение Ребенка в соответствии с пунктом

#### 5. Права Исполнителя, Заказчика и Плательщика.

5.1. Исполнитель вправе назначить испытательный срок при приеме ребенка в Школу, о чем Исполнитель информирует Заказчика в письменной форме.

5.2. Исполнитель вправе выносить на рассмотрение Педагогической коллегии вопросы, связанные с воспитанием и обучением Ребенка и, в случае необходимости, приглашать родителей Ребенка на дополнительные собеседования (встречи).

5.3. Заказчик вправе требовать от Исполнителя предоставления информации:

по вопросам, касающимся организации и обеспечения надлежащего исполнения услуг, предусмотренных разделом 1 настоящего договора, образовательной деятельности Школы и перспектив ее развития;

об успеваемости, поведении, отношении Ребенка к учебе в целом и по отдельным предметам учебного плана.

5.4. Заказчик вправе участвовать в работе родительских мастерских, ярмарках, школьных праздниках, семинарах, проводимых Школой, в работе органов управления Школы в соответствии с Уставом.

5.5. Учеников 1–4 класса Заказчик вправе оставлять в группе продленного дня, при условии предварительного согласования с классным учителем графика посещения и подачи письменного заявления.

## 6. Оплата услуг

6.1. Плательщик оплачивает услуги, оказываемые исполнителем за 2014/2015 уч. год в размере: плата за обучение — ----- руб. в месяц, плата за еженедельные дополнительные занятия (2 раза в неделю) — ----- руб в месяц.

Вышеназванная сумма должна быть внесена до 10.05.2015г. равными долями в течение 8 месяцев (по ----- рублей ежемесячно).

6.2. Оплата вносится до 10го числа текущего месяца (подлежащего оплате).

6.3. Размер оплаты за предоставленные услуги остается неизменным независимо от количества пропущенных дней и от вызвавших их причин.

6.4. Заказчик вправе по согласованию с Исполнителем оплачивать услуги авансом за несколько месяцев.

В случае, если Договор будет расторгнут до окончания срока его действия, все авансовые платежи возврату не подлежат.

6.5. На текущий учебный год Ребенок, Попов Владислав Борисович, 12.10.2004 г. р., освобождается от уплаты вступительного взноса на развитие школы.



6.6. В случае ухода Ребенка из Школы, при повторном зачислении вопрос о выплате вступительного взноса решается индивидуально Правлением Школы.

6.7. По инициативе Исполнителя допускается изменение стоимости услуг с начала любого календарного месяца в течение срока действия Договора: при существенном возрастании стоимости материалов, оборудования и услуг, поставляемых третьими лицами, которые нельзя предусмотреть при заключении настоящего Договора. Оплата, внесенная авансом, перерасчету не подлежит. Изменение стоимости услуг Исполнителя производится соразмерно возрастанию стоимости материалов, оборудования и услуг.

При этом Исполнитель обязан предупредить Заказчика об изменении суммы оплаты любым разумным способом не позднее, чем за 15 дней до начала месяца.

Изменение стоимости услуг, указанной в п. 5.1. оформляется Дополнительным соглашением и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.8. В отдельных случаях, по согласованию с Исполнителем и по решению Правления Школы, Заказчику может быть предоставлена отсрочка по оплате услуг.

## 7. Основания изменения и расторжения договора

7.1. Условия, на которых заключен настоящий договор, могут быть изменены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по соглашению сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению сторон. По инициативе одной из сторон Договор может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Исполнитель вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке и отчислить Ребенка из Школы в случае:

7.3.1. невозможности продолжения обучения Ребенка по медико-психологическим причинам по решению Педагогической коллегии Школы;

7.3.2 злостное намеренное нарушение требований, установленных Правилами внутреннего распорядка Школы более двух раз;

7.3.3. при наличии задолженности за текущий месяц до 01 числа следующего месяца.

7.4. Договор считается расторгнутым с момента принятия соответствующего решения. О чем Исполнитель обязуется письменно известить Заказчика за 5 дней до момента расторжения договора.

7.5. Исполнитель вправе отказать Заказчику в заключении договора на новый срок по истечении действия настоящего Договора, если Заказчик имел задолженности по оплате услуг Исполнителя по предыдущему договору, и/или если он в период действия договора допускал нарушения, определенные действующим законодательством РФ и настоящим Договором и дающие Исполнителю право в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора.

7.6. В случае возобновления договора после расторжения в соответствии с п. 6.3.3., Заказчик обязан единовременно оплатить сумму в размере 3000 (три тысячи) рублей.

8. Ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору

8.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения сторонами обязательств по настоящему договору они несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ и настоящим Договором.

9. Прочие условия

9.1. Учебный год в Школе начинается 1 сентября, его продолжительность не может быть менее 33 недель. Продолжительность каникул определяется Педагогической коллегией и не может быть менее 15 учебных дней в зимнее время и 10 недель в летнее время.

О дате начала и окончания каникул классный учитель, ведущий воспитатель или администрация Школы извещает Заказчика не позднее, чем за 5 учебных дней до начала каникул.

9.2. Продолжительность учебной недели в Школе составляет 5 (пять) дней. В старшей ступени Школы (с 7 класса) — 6 (шесть) дней.

9.3. Ребенок может быть принят в Школу по достижении следующего возраста: в ясельную группу — с 2-х лет; в детский сад — с 4-х лет;



1 класс — с 6 лет и 6 мес.; 2 класс — с 7 лет; 3 класс — с 8 лет; 4 класс — с 9; 5 класс — с 10; 6 класс — с 11; 7 класс — с 12; 8 класс — с 13; 9 класс — с 14; 10 класс — с 15 лет; 11 класс — с 16 лет.

9.4. Группа продленного дня открыта для занятий школьников 1–4 классов с 13.30 до 18 часов ежедневно. Условия и режим посещения группы продленного дня согласовываются Исполнителем и Заказчиком индивидуально на основании письменного заявления Заказчика. Режим пребывания детей в классах школы и группах д/сада устанавливается решением Педагогической коллегии.

#### 10. Срок действия договора и другие условия

10.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания сторонами и действует до 31 мая 2015 г. Договор может быть продлен на очередной учебный год, о чем составляется дополнительное соглашение.

10.2 Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

Исполнитель: Автономная некоммерческая организация  
«Средняя общеобразовательная школа «-----»

адрес:  
ИНН  
КПП  
РС  
БИК  
ОСБ

Директор АНО «-----» \_\_\_\_\_ /-----./

«Плательщик»:

Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам»  
Юридический адрес: 119049, г. Москва, ул. Донская, д. 8  
Почтовый адрес: 125009, г. Москва, ул. Тверская, а/я 38  
Факс: 89015315492

ИНН/КПП 7706412841 / 770601001  
Р/с 40703810438040104602 в СБ (ООО) «Судостроительный банк»,  
г. Москва  
К/с 30101810400000000225 БИК 044525225  
Президент Благотворительного фонда  
«Волонтеры в помощь детям-сиротам» \_\_\_\_\_

Альшанская Е.Л.

Заказчик: ФИО,  
Паспорт: серия номер выдан  
Зарегистрирован:  
Контактный телефон:  
e-mail

Текст Договора мной полностью прочитан и понят. С условиями Договора согласен5(на)



## Приложение 5

---

Образец договора с няней

**Договор оказания услуг № \БЛ**

г. Москва

«01» ноября 2013 г.

Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам», именуемый в дальнейшем «Заказчик» или «Фонд», в лице Президента Фонда Альшанской Елены Леонидовны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес регистрации, СНИЛС, ИНН, № лицевого счета и название банка, БИК, КПП, ИНН, Кор/счет,



именуемая в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее — Договор) о нижеследующем.

### **1. Термины и определения.**

В настоящем Договоре, помимо общепризнанных, используются термины, значение которых Стороны определяют следующим образом:

1.1. **Ребенок** — усыновленный / взятый под опеку ребенок, указанный в Акте, нуждающийся в дополнительном уходе по состоянию здоровья в рамках программы Фонда «Близкие люди».

1.2. **[Приемная] семья** — физические лица, усыновившие / взявшие под опеку ребенка.

### **2. Предмет договора.**

2.1. Исполнитель, в соответствии с условиями настоящего Договора, обязуется оказать Заказчику услуги по обеспечению дополнительного ухода за ребенком (детьми), находящимся в [приемной] семье, а Заказчик обязуется эти услуги оплатить.

2.2. Конкретный перечень услуг, данные о ребенке, которому должен быть обеспечен дополнительный уход, а также адрес проживания [приемной] семьи указывается в Акте оказанных услуг.

### **3. Права и обязанности Сторон.**

#### *3.1. Исполнитель обязан:*

3.1.1. Выполнять обязанности лично, не передоверяя выполнение своих обязанностей по настоящему Договору другому лицу, в полном объеме в течение срока действия настоящего Договора.

3.1.2. Осуществлять дополнительный уход за ребенком в строгом соответствии с диагнозом ребенка, указаниями и рекомендациями лечащего врача и членов семьи по дополнительному уходу за ребенком, в том числе, не допускать опрелостей, аллергических реакций (в случае появления признаков аллергии, немедленно сообщить медицинскому персоналу), следить за полноценным питанием ребенка, заниматься интеллектуальным, эстетическим и физическим развитием ребенка в соответствии с его возрастом и с использованием инвентаря и оборудования, предоставленного семьей и/или Фондом.



3.1.3. Своевременно информировать семью обо всех существенных фактах, касающихся состояния здоровья и поведения ребенка.

3.1.4. Возместить ущерб, причиненный Исполнителем жизни и/или здоровью вверенного ему ребенка. Исполнитель также несет материальную ответственность за ущерб, причиненный имуществу ребенка, семьи, фонда или третьим лицам, как в результате умышленных действий, так и в результате небрежного или недобросовестного отношения к своим обязанностям. Размер материального ущерба рассчитывается из среднерыночных цен на данное имущество.

3.1.5. В случае возникновения невозможности исполнения своих обязанностей по настоящему Договору, незамедлительно информировать об этом семью и Фонд, а также приложить все усилия для устранения препятствий в исполнении своих обязанностей.

### 3.2. *Исполнитель вправе:*

3.2.1. Требовать от Заказчика исполнения его обязанностей по настоящему Договору.

3.2.1. Получение оплаты в порядке и размере, предусмотренном настоящим Договором.

3.2.2. Отказаться от оказания услуг по настоящему Договору в одностороннем порядке, известив об этом Фонд за 3 (три) рабочих дня. В течение 7 (семи) рабочих дней с момента уведомления Фонда о досрочном прекращении оказания услуг по Договору Стороны проводят расчеты за фактически оказанные услуги за вычетом штрафных санкций или размера нанесенного ущерба и подписывают Акт оказанных услуг.

### 3.3. *Заказчик обязан:*

3.3.1. Обеспечить Исполнителю безопасные и эффективные условия, необходимые для выполнения Исполнителем своих обязанностей по настоящему Договору.

3.3.2. Обеспечить Исполнителя необходимыми принадлежностями по дополнительному уходу за ребенком (гигиеническими средствами, одеждой, методическими пособиями по развитию ребенка) для надлежащего оказания услуг по настоящему Договору.

3.3.2. Оплачивать Исполнителю оказанные услуги в порядке и размере, предусмотренном настоящим Договором.



### 3.4. Заказчик вправе:

3.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязанностей по настоящему Договору.

3.4.2. Осуществлять периодический контроль надлежащего выполнения Исполнителем его обязанностей, предусмотренных настоящим Договором.

3.4.3. Получать достоверную информацию о состоянии здоровья и нуждах ребенка.

3.4.4. Получать информацию об исполнении Договора от семьи.

3.4.5. Отказаться от исполнения настоящего Договора в одностороннем порядке, известив об этом Исполнителя за 3 (три) рабочих дня и при условии оплаты Исполнителю фактически оказанных услуг за вычетом штрафных санкций или размера нанесенного ущерба.

## 4. Цена договора и порядок расчетов.

4.1. Стоимость 1 (одного) дня (режим работы — круглосуточное пребывание) услуг Исполнителя по дополнительному уходу составляет ---- рублей -- копейка (сумма прописью). Сумма вознаграждения включает в себя налог на доходы физических лиц, подлежащий удержанию у источника выплат.

4.2. Оплата услуг Исполнителя, установленная в п. 4.1. настоящего Договора, производится в течение 5 (пяти) рабочих дней после подписания Акта оказанных услуг за отчетный период, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.3. В случае изменения объема и/или сложности услуг размер вознаграждения Исполнителя может быть пересмотрен. Все изменения оформляются Дополнительным соглашением к настоящему Договору.

4.4. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации Фонд является налоговым агентом Исполнителя и при выплате стоимости услуг удерживает у Исполнителя все подлежащие уплате Исполнителем налоги.

## 5. Персональные данные.

5.1. Исполнитель несет ответственность за разглашение производной и иной информации о ребенке (фамилии, имени, отчества,

даты рождения, пола, возраста, примет, физического и умственного развития, особенностей характера, состояния здоровья, наименования диагноза/перечня заболеваний, данных о родителях ребенка, о биологических родителях, состоянии здоровья родителей, наличия у ребенка братьев и сестер, их возраста и состояния здоровья, наличия совершеннолетних родственников и информация об их отказе принять таких детей на воспитание в семью, наименования и адреса Больницы, в которой проходит/ проходил лечение ребенок), включая опубликование/размещение фотографий на Интернет-ресурсах и др., ставшей ему известной во время дополнительного ухода за ребенком, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **6. Ответственность Сторон.**

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения условий настоящего Договора Исполнителем, Фонд вправе:

6.1.1. Применить к Исполнителю штрафные санкции в размере 50 % (пятидесяти процентов) от стоимости услуг оказываемых Исполнителем в течение отчетного периода, в котором произошло нарушение условий Договора. Срок отчетного периода определяется в соответствии с Актом оказанных услуг.

6.1.2. Отказаться от исполнения настоящего Договора в одностороннем порядке.

6.2. Иные меры ответственности, не предусмотренные настоящим Договором, применяются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель обязуется находиться с ребенком в помещении / на территории, согласованной с семьей. Все передвижения Исполнителя и ребенка за пределами оговоренной территории (квартиры, двора, парка) должны быть предварительно согласованы с семьей. За нарушение указанного пункта Исполнитель выплачивает штраф в размере 50% (пятидесяти процентов) от стоимости услуг оказываемых Исполнителем в течение отчетного периода, в котором произошло нарушение условий Договора. Срок отчетного периода определяется в соответствии с Актом оказанных услуг.



## 7. Прочие условия.

7.1. Настоящий договор вступает в силу с «19» ноября 2013 г. и действует до «27» ноября 2013 г. включительно.

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору совершаются в письменном виде, подписываются обеими Сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

7.3. Споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, разрешаются путем переговоров на основе действующего законодательства Российской Федерации.

7.4. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов между Сторонами, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации

7.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

## 8. Реквизиты и подписи Сторон.

### «Заказчик»:

Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам»

Юридический адрес: 119049, г. Москва, ул. Донская, д. 8

Почтовый адрес: 125009, г. Москва, ул. Тверская, а/я 38

Факс: 89015315492

ИНН/КПП 7706412841 / 770601001

Р/с 40703810438040104602 в СБ (ООО) «Судостроительный банк»,  
г. Москва

К/с 3010181040000000225 БИК 044525225

Президент Благотворительного фонда

«Волонтеры в помощь детям-сиротам»

\_\_\_\_\_

Альшанская Е.Л.

**«Исполнитель»:**

ФИО, дата рождения, паспорт, адрес регистрации, СНИЛС, ИНН, банковские реквизиты

\_\_\_\_\_ Фамилия И.О.



## Приложение 6

### Договор на оказание образовательных услуг

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

на оказание услуг

г. ----- 01 сентября 2014 г.

ИП ----- «-----», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице ФИО, действующей на основании Устава, с одной стороны, БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», именуемый в дальнейшем «Плательщик», в лице президента Альшанской Елены Леонидовны, действующей на основании Устава, со второй стороны, и ФИО, именуемая в дальнейшем «Получатель», законный представитель **несовершеннолетнего ФИО**, дата рождения г. р. (далее — Ребенка), с третьей стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель предоставляет услуги Получателю по **индивидуальной программе и в мини-группах по коррекционной работе с Ребенком**, а Плательщик оплачивает фактически оказанные Исполнителем услуги, в соответствии с условиями настоящего договора.

#### 2. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

2.1. Организовать и обеспечить надлежащее исполнение услуг, предусмотренных разделом 1 настоящего договора. Платные услуги оказываются в соответствии с графиком работы Исполнителя.



2.2. Обеспечить для организации консультаций помещения, соответствующие санитарным и гигиеническим требованиям, а также оснащение, соответствующее обязательным нормам и правилам, предъявляемым к данному виду услуг.

2.3. Установить режим обучения: четверг — с 16-00 до 18-00, суббота — с 15-00 до 17-00.

2.4. Обеспечить охрану жизни и здоровья Ребенка, осуществлять индивидуальный подход к Ребенку, учитывая особенности его развития, заботиться об эмоциональном благополучии Ребенка.

2.5. Уведомить Плательщика и Получателя о нецелесообразности оказания Ребенку услуг в объеме, предусмотренном разделом 1 настоящего договора, вследствие его индивидуальных особенностей, делающих невозможным оказание данных услуг.

### **3. ОБЯЗАННОСТИ ПЛАТЕЛЬЩИКА**

3.1. Своевременно вносить плату за предоставленные услуги, указанные в разделе 1 настоящего договора.

### **4. ОБЯЗАННОСТИ ПОЛУЧАТЕЛЯ**

4.1. Незамедлительно сообщать Исполнителю об изменении контактного телефона и места жительства, состоянии здоровья Ребенка, препятствующем получению услуг.

4.2. Извещать Исполнителя о причинах отсутствия Ребенка на консультации.

4.3. По просьбе Исполнителя приходить для беседы.

4.4. Проявлять уважение к специалистам, администрации и техническому персоналу Исполнителя.

4.5. Возмещать ущерб, причиненный Получателем и (или) Ребенком имуществу Исполнителя, в соответствии с законодательством РФ.

4.6. Обеспечить Ребенка предметами, необходимыми для надлежащего исполнения Исполнителем обязательств по оказанию услуг, в количестве, соответствующем возрасту и потребностям Ребенка.

4.7. Обеспечить посещение Ребенком индивидуальных занятий с учетом режима их проведения (п. 2.3 Договора). Не допускать пропуска посещения Ребенком консультаций по неуважительным причинам.

## 5. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ, ПОЛУЧАТЕЛЯ И ПЛАТЕЛЬЩИКА

5.1. Исполнитель вправе отказать Получателю и Плательщику в заключение договора на новый срок по истечении действия настоящего договора, если Получатель или Плательщик в период его действия допускал нарушения, предусмотренные гражданским законодательством и настоящим договором и дающие Исполнителю право в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора или расторгнуть его;

5.2. Получатель и Плательщик вправе:

- ❖ требовать от Исполнителя предоставления информации по вопросам, касающимся организации и обеспечения надлежащего исполнения услуг, предусмотренных разделом 1 настоящего договора;
- ❖ присутствовать вместе с Ребенком на консультациях.

5.3. Заказчик, надлежащим образом исполнивший свои обязательства по настоящему договору, имеет преимущественное право на заключение договора на новый срок по истечении срока действия настоящего договора.

## 6. ОПЛАТА УСЛУГ

6.1. Плательщик ежемесячно в рублях оплачивает услуги, указанные в разделе 1 настоящего договора, согласно Прейскуранту Исполнителя (Приложение № 1).

6.2. В случае изменения стоимости услуг, данные изменения оформляются сторонами дополнительным соглашением к настоящему договору с момента изменения стоимости услуг.

6.3. Исполнитель ведет учет посещаемости консультаций Ребенком. Оплата услуг Исполнителя производится Плательщиком за фактически посещенные Ребенком в течение календарного месяца консультации, не позднее 30 числа следующего месяца.

## 7. ОСНОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Условия, на которых заключен настоящий договор, могут быть изменены либо дополнены по соглашению сторон, либо в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Настоящий договор может быть расторгнут до окончания срока его действия:



7.2.1. по соглашению сторон;

7.2.2. по инициативе одной из сторон договор, может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным законодательством РФ;

7.2.3. по инициативе Исполнителя, если Платательщик нарушил сроки оплаты услуг по договору более чем на два месяца;

7.2.4. по инициативе Исполнителя, если Платательщик отказывается заключить (подписать) дополнительное соглашение в связи с изменением стоимости оказываемых услуг.

## **8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания с 01 сентября 2014 г. и действует в течение одного календарного года. В случае, если ни одна из сторон не заявила о расторжении договора по истечении указанного срока, и Ребенок продолжает посещать консультации, договор считается продленным на неопределенный срок.

## **9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

### **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

#### **ИП ФИО**

«-----»

ИНН

ОГРН

Юридический адрес:

Фактический адрес:

р/с № ОАО АКБ «Пробизнесбанк» г. Москва

БИК

к/с №

\_\_\_\_\_ ФИО.

### **ПЛАТЕЛЬЩИК:**

Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам»



Юридический адрес: 119049, г. Москва, ул. Донская, д. 8  
Почтовый адрес: 125009, г. Москва, ул. Тверская, а/я 38  
Президент Благотворительного фонда  
«Волонтеры в помощь детям-сиротам»

\_\_\_\_\_ Альшанская Е.Л.

### **ПОЛУЧАТЕЛЬ:**

Гражданка РФ

ФИО

Паспорт РФ серия №

выдан,

код подразделения

Адрес регистрации:

\_\_\_\_\_ ФИО



## **Проблема возвратов: памятки для принимающих родителей**

---

### **Памятка для усыновителей (приемных родителей) в случае невозможности и дальше жить с ребенком<sup>24</sup>**

1. Необходимо нормализовать широкий спектр сильных эмоций, пережитых в ходе кризиса, который, как смерть в семье, взрывает души родителей и близких членов семьи. Стресс в течение длительного времени — обычная вещь после потрясения. Семьи, которые переживают отказ от усыновления, часто становятся жертвами посттравматического расстройства и нуждаются во вмешательстве, которое направлено на преодоление последствий утраты или горя.



2. Поскольку родители, пережившие отказ от усыновления, вступают в конфликт с личными, общественными и культурными представлениями о родительских обязанностях, они могут быть неверно поняты и подвергнуты осуждению. Не пытайтесь найти понимание у тех, кто не обладает достаточными знаниями или способностью к пониманию.

3. Объединяйтесь с родителями, которые пережили подобное, чтобы получить поддержку. Если те, от кого вы ждали помощи, откажут вам в ней, создайте новую систему поддержки среди тех, кто понимает проблему.

4. Обратите внимание на последствия отказа от усыновления для детей, родных или приемных, которые остаются у вас в семье. Выслушайте их и расскажите им, как вы опечалены.

5. Возможно, супругам придется восстанавливать основы своего брака, которые могут быть подорваны отказом от усыновления.

6 Больше говорите о своих переживаниях — это первый шаг к возврату вашей жизни в нормальное русло.

7. Возьмите за правило рассказывать, как вы переживаете случившееся, причем больше говорите о себе, а не о ребенке или усыновлении.

8. Не вините во всем социальных работников. Будет лучше, если вы откажетесь от постоянного поучения других, пока вы не почувствуете себя достаточно восстановившимся и не сможете давать советы таким образом, чтобы вас услышали.

9. Старайтесь вспоминать о взаимоотношениях с ребенком по-доброму и тепло.

10. Когда сможете, составьте список тех хороших черт, которые вы обнаружили в себе, когда пытались воспитать этого ребенка.

**Памятка для усыновителей (приемных родителей), принимающих в семью ребенка, пережившего отказ от усыновления**

Adoption Disruption Factsheet after Rick Tsukada // Minnesota Adoption Support and Preservation

- ❖ Привлеките психолога или психотерапевта, знакомого с этой проблемой.
- ❖ Так же как ребенку необходима подготовка к каждому этапу процесса усыновления, взрослые должны объяснить каждый шаг отказа от усыновления так, чтобы ребенок смог его понять.
- ❖ Вместе с психологом или психотерапевтом подумайте о том, как вы обставите процесс отказа от усыновления. Если надо, проведите этот ритуал таким образом, чтобы ребенок смог его понять и принять в нем участие.
- ❖ Поскольку первым стремлением будет разрыв всех связей между ребенком и «бывшей» семьей, подумайте, будет ли это наилучшим вариантом и насколько это выгодно всем сторонам. В некоторых случаях возможно продолжение контактов для завершения нерешенных задач.
- ❖ Некоторым детям школьного возраста необходимо получить символическое «разрешение» от значимого в прошлом человека (в форме личной встречи, видео или аудио записи или в виде письма), прежде чем они придут к мысли о возможности стать членом другой семьи. Задача построения «моста» для ребенка от одного усыновления к другому является чрезвычайно важной.
- ❖ Необходимо воссоздать историю усыновления ребенка. Если вам удастся при этом определить человека, к которому ребенок смог привязаться, попробуйте привлечь его к сотрудничеству для планирования дальнейшей жизни ребенка.
- ❖ Если это возможно, окажите постоянную заботу ребенку, пережившему отказ от усыновления, восстановите круг его общения, например, отправьте в ту же школу и к тем же учителям.
- ❖ Так же как родителям необходимо делиться своими переживаниями, чтобы идти по пути выздоровления, то же самое необходимо и детям. Специальная работа ведется под руководством профессионалов в период адаптации после отказа от усыновления, однако и новые родители должны быть готовы к обсуждению волнующих ребенка тем (пусть даже «тяжелых»).

