

Раздел 11

Специализированные модули по подготовке граждан, желающих принять на воспитание в семью ребенка, оставшегося без попечения родителей.

Тема 11.2. С ограниченными возможностями здоровья, ребенка – инвалида.

Цель занятия:

-оказание специальной комплексной психолого-педагогической и социально-правовой помощи семьям желающих принять на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей из числа детей-сирот сложной категории; профилактика вторичного сиротства посредством формирования у слушателей сознательного подхода в решении вопросов принятия, воспитания и развития ребенка-сироты сложной категории.

-особенности развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подросткового возраста;

- психологические барьеры адаптации подростков (Взросление в условиях психической депривации. Влияние алкогольной семьи. Проблема домашнего насилия. Травма, потери семьи);

- факторы, обеспечивающие успешную адаптацию ребенка в замещающей семье;
- критерии оценки ресурсности замещающей семьи для приема подростка.

Задачи занятия:

- обучение навыкам взаимодействия с подростком в замещающей семье. Алгоритм формирования новых навыков.

-помочь слушателям разобраться в своих мотивах, личных возможностях и психологической готовности к приему ребёнка сложной категории;

-помочь слушателям разобраться в своих мотивах, личных возможностях и психологической готовности к приему ребёнка сложной категории

-формирование, развитие специальных родительских компетенций, готовности к приему и воспитанию детей сложных категорий;

-дать знания, необходимые для успешной взаимной адаптации семьи и ребенка сложной категории;

- сформировать установку у замещающих родителей к обращению к специалистам различного профиля в случае затруднений в процессе воспитания приемных детей сложной категории;

-предоставить информацию о возможных способах получения помощи и поддержки специалистов службы сопровождения Центра.

Время проведения занятия: 4акад. час 30мин. В течении 2 дней

Оборудование и материалы: мультимедийное оборудование подключением к сети интернет, листы бумаги формата А4, маркеры, карандаши.

План проведения занятия

Часть занятия	Содержание учебного материала	Дозировка (минут)
I подготовительная	1. Приветствие. 2. Обсуждение домашнего задания 3. Сообщение темы и цели занятия	

II основная	1. Лекция: «Прием в семью детей ОВЗ» 2. Практические занятия «Метод ассоциаций» 3. Кинезиологические упражнения (видео урок)	
III заключительная	Подведение итогов, выдача домашнего задания	

Основная часть

Дети с ограниченными возможностями здоровья (далее - дети с ОВЗ) - это дети-инвалиды, либо другие дети в возрасте от 0 до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания. Синонимами данного понятия могут выступать «дети с особыми нуждами», «дети с особыми потребностями». Дети старшего возраста - дети с 9 (10 лет) до 17 лет включительно.

Дети — сироты с ОВЗ, инвалидностью имеют особые потребности в семейном жизнеустройстве. Они относятся к категории «особых» детей, которая представлена детьми, имеющими различные по степени сложности и характеру отклонения в психическом или физическом развитии - нарушения слуха, зрения, речи, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, процессов коммуникации, расстройства моторно-двигательной сферы. Ограничение психофизических возможностей не является чисто количественным фактором. Это системное изменение всей личности в целом (Иванова В.С., 2012). Категория детей с ОВЗ включает в себя детей с установленной инвалидностью и детей, имеющих недостатки в физическом и (или) психическом развитии, препятствующие получению образования без создания специальных условий.

- Ребенок — инвалид - это ребенок, имеющий нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты. Главной проблемой детей-инвалидов является ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата способности или возможности самостоятельно обслуживать себя, передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Важнейшей задачей семейного жизнеустройства детей-сирот с ментальной инвалидностью является развитие у них *дееспособности*, возможности с различной степенью самостоятельности заботиться о себе после выхода из замещающей семейной заботы.

Прием в семью детей с ОВЗ

Понимание потребностей ребенка с ОВЗ, инвалидностью – ключ к конструктивному взаимодействию при приеме ребенка в семью. Замещающая семья для такого ребенка должна стать реабилитационной структурой, обеспечивающей условия его оптимального развития.

Сонацеленность приемных родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, инвалидностью с государственной политикой на обеспечение права любого ребенка, независимо от состояния здоровья, особенностей развития, жить и воспитываться в семье, расширение сферы его жизнедеятельности, поддержание достойного качества жизни, социализацию, а также на создание условий в обществе для его интеграции, создаст надежную почву в воспитании. Дети, оставшиеся без попечения родителей, с ОВЗ и инвалидностью имеют особые потребности в семейном жизнеустройстве. Они относятся к категории "особых" детей, которая представлена детьми, имеющими

различные по степени сложности и характеру отклонения в психическом или физическом развитии – нарушения слуха, зрения, речи, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, процессов коммуникации, расстройства моторно-двигательной сферы. Ограничение психофизических возможностей не является чисто количественным фактором. Это системное изменение всей личности в целом.

Немного о терминах.

Категория детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) включает в себя детей с установленной инвалидностью либо детей в возрасте от 0 до 18 лет, не признанных в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющих временные или постоянные отклонения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающихся в создании специальных условий обучения и воспитания.

Ограничения в жизнедеятельности и социальная недостаточность ребенка с ОВЗ непосредственно связаны не с первичным биологическим неблагополучием, а с его "социальным вывихом" (метафора Л.С. Выготского).

Нарушения слуха.

К категории детей с нарушениями слуха относятся дети, имеющие стойкое двустороннее нарушение слуховой функции, при котором речевое общение с окружающими посредством устной речи затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота).

Тугоухость – стойкое понижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи.

Тугоухость может быть выражена в различной степени – от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости. Детей с тугоухостью называют слабослышащими детьми.

Глухота – наиболее резкая степень поражения слуха, при которой разборчивое восприятие речи становится невозможным. Глухие дети – это дети с глубоким, стойким двусторонним нарушением слуха, приобретенным в раннем детстве или врожденным.

Нарушения речи.

К детям с нарушениями речи относятся дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи. От других категорий детей с особыми потребностями их отличает нормальный биологический слух, зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития. Выделение этих дифференцирующих признаков необходимо для отграничения от речевых нарушений, отмечаемых у детей с олигофренией, ЗПР, слепых и слабовидящих, слабослышащих, детей с РДА и др.

Нарушения зрения.

Невидящие дети. К ним относятся дети с остротой зрения от 0 (0%) до 0,04 (4%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками, дети с более высокой остротой зрения (вплоть до 1, т.е. 100%), у которых границы поля зрения сужены до 10 – 15 градусов или до точки фиксации. Слепые дети практически не могут использовать зрение в ориентировочной и познавательной деятельности.

Слабовидящие дети – это дети с остротой зрения от 0,05 (5%) до 0,4 (40%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками.

Дети с пониженным зрением, или дети с пограничным зрением между слабовидением и нормой, - это дети с остротой зрения от 0,5 (50%) до 0,8 (80%) на лучше видящем глазу с коррекцией.

Нарушения опорно-двигательного аппарата

Это двигательные расстройства, имеющие генезорганического и периферического типа.

Двигательные расстройства характеризуются нарушениями скоординированности, темпа движений, ограничение их объема и силы. Они приводят к невозможности или

частичному нарушению осуществления движений скелетно-мышечной системой во времени и пространстве.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей с патологией опорно-двигательного аппарата отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений.

Задержка психического развития (ЗПР).

Задержка психического развития (ЗПР) – это психолого-педагогическое определение для наиболее распространенного среди всех встречающихся у детей отклонений в психофизическом развитии. Задержка психического развития рассматривается как вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся как случаи замедленного психического развития («задержка темпа психического развития»), так и относительно стойкие состояния незрелости эмоционально-волевой сферы и интеллектуальной недостаточности, не достигающей умственной отсталости. В целом для данного состояния характерны гетерохронность (разновременность) проявления отклонений и существенные различия как в степени их выраженности, так и в прогнозе последствий. ЗПР часто осложняется различными негрубыми, но нередко стойкими нервно-психическими расстройствами (астеническими, церебрастеническими, невротическими, невротоподобными и др.), нарушающими интеллектуальную работоспособность ребёнка.

Умственная отсталость.

Умственно отсталые дети - дети, имеющие стойкое, необратимое нарушение психического развития, прежде всего, интеллектуального, возникающее на ранних этапах онтогенеза вследствие органической недостаточности ЦНС.

Множественные нарушения.

К множественным нарушениям детского развития относят сочетания двух или более психофизических нарушений (зрения, слуха, речи, умственного развития и др.) у одного ребенка.

Например, сочетание глухоты и слабозрения, сочетание умственной отсталости и слепоты, сочетание нарушения опорно-двигательного аппарата и нарушений речи. В качестве синонимов в литературе используются и другие термины: сложный дефект, сложные аномалии развития, сочетанные нарушения, комбинированные нарушения и, все более утверждающееся в последнее время, - сложная структура дефекта, сложная структура нарушения или множественное нарушение.

Детский аутизм.

Детский аутизм в настоящее время рассматривается как особый тип нарушения психического развития. У всех детей с аутизмом нарушено развитие средств коммуникации и социальных навыков. Общими для них являются аффективные проблемы и трудности становления активных взаимоотношений с динамично меняющейся средой, которые определяют их установки на сохранение постоянства в окружающем и стереотипность собственного поведения.

Ребенок-инвалид – это ребенок, имеющий нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты. Главной проблемой детей-инвалидов является ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата способности или возможности самостоятельно обслуживать себя, передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Важнейшей задачей семейного жизнеустройства детей, оставшихся без попечения родителей, с инвалидностью является развитие у них *дееспособности*, возможности с различной степенью самостоятельности заботиться о себе после выхода из замещающей семейной заботы.

Абилитация ребенка-инвалида предполагает более полное и качественное формирование социальных навыков, компенсацию функций ограниченной жизнедеятельности для достижения адаптации в обществе. Понятие абилитации включает в себя и обучение ребенка-инвалида тому, что он никогда не мог делать. Абилитация учитывает конкретную проблему индивидуума, мешающую ему полноценно существовать в социуме. Основная цель абилитации ребенка-инвалида – интеграция в окружающее общество, приспособление условий жизни в обществе и для детей данной категории. Социализация ребенка с ОВЗ, инвалидностью невозможна без усилий по его реабилитации и абилитации.

Образование и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья предусматривает создание для них специальной коррекционно-развивающей среды, обеспечивающей адекватные условия и равные с обычными детьми возможности для получения образования в пределах специальных образовательных стандартов, лечение и оздоровление, воспитание и обучение, коррекцию нарушений развития, социальную адаптацию. В этих условиях неизмеримо возрастает роль семьи, которая может и должна стать активным субъектом коррекционно-образовательного процесса системы образования.

Семейное воспитание детей, оставшихся без попечения родителей, с ОВЗ и инвалидностью оказывает позитивное влияние на развитие детей, так как:

- инициирует "скачок" в развитии ребенка;
 - удовлетворяет потребности детей в стимулирующей развитие обстановке на сенсорном, когнитивном, эмоциональном, социальном уровнях;
- формирует адекватное отношение к своему состоянию;
 - дает возможность для жизненного выбора, расширяет границы его жизнедеятельности, самостоятельности, ориентирует на развитие и социализацию;
 - формирует адекватное представления о себе как о личности, ориентированной на развитие и социальные достижения;
- формирует идентификацию и идентичность.

К основным принципы воспитания ребенка с ОВЗ, в т.ч. с инвалидностью, в замещающей семье целесообразно отнести:

- ребенок с ОВЗ (инвалидностью) имеет те же потребности, что и обычные дети, но главная из них – потребность в стимулирующей развитие обстановке;
- ребенок с ОВЗ (инвалидностью) должен вести жизнь, максимально приближенную к жизни обычных людей;
- лучшим местом для ребенка с ОВЗ (инвалидностью) является семья, поэтому государство должно найти формы и механизмы стимулирования активности семей (биологических, замещающих) и способствовать тому, чтобы эти дети воспитывались в семьях;
- у детей-инвалидов обычная психика, развивается по тем же психологическим законам, что и у детей, которых мы называем нормальными; у инвалидов те же духовные потребности, но их жизненная ситуация иная.

1. Трудности формирования, нарушения детско-родительских отношений в замещающей семье:

Что может препятствовать воспитанию ребенка, оставшегося без попечения родителей с ОВЗ, инвалидностью?

- недостаточность взаимопонимания, взаимопринятия, сотрудничества, дистанцированность в общении с детьми;
- недостаток родительского авторитета и эмоциональной близости с приемным ребенком, трудности в отношениях приемных детей с другими членами семьи;
- недостаток согласия в супружеской подсистеме и родительской последовательности; непоследовательность в воспитании: выражение недовольства детьми сменяется потворствованием в удовлетворении их потребностей;

- конфликты с детьми на основании несогласованности оценок замещающих родителей и детей к предъявляемым требованиям (родители оценивают свои требования как низкие, дети – как чрезмерно высокие).

2. *Неадекватное восприятие болезни ребенка*, неправильные воспитательские подходы со стороны родителей формируют личностную неустойчивость ребенка-инвалида, наносят вред его психическому здоровью.

Адекватное отношение к болезни предполагает осознание родителем и ребенком необходимости лечения и всесторонней реабилитации. Оно также во многом зависит от умело выстроенного, высокопрофессионального общения с ними. К неадекватному отношению замещающих родителей к ограничениям возможности здоровья, болезни, инвалидности ребенка можно отнести:

- недооценивание родителями серьезности состояния здоровья ребенка с ОВЗ, инвалидностью, недостаточное понимание необходимости оказания специализированной помощи, неадекватное восприятие внутренней картины болезни и инвалидности ребенка;

- психологический феномен сопротивления болезни, который выражается либо в полном отказе от обращения за медицинской помощью, либо во внезапном прекращении начатого лечения;

- восприятие ребенка с ОВЗ как здорового, ребенок не может соответствовать общепринятым стандартам; такое восприятие ребенка не позволяет учитывать его "собственные интересы и склонности, обрекая на установление сниженного уровня притязаний и ожиданий, на неуспех, потерю самоуважения и "путаницу" в самоопределении";

- склонность замещающих родителей рассматривать ограничения возможностей здоровья, инвалидность подопечного ребенка с позиции медицинской модели, что снижает реабилитационный потенциал семьи.

3. *Нарушения воспитания приемного ребенка по типу чрезмерной опеки, а также игнорирование его возможностей и потребностей в активной самостоятельной деятельности*, что нередко способствует еще большей инвалидизации ребенка.

Родительские установки замещающих матерей противоречивы. С одной стороны, мать может излишне опекать ребенка, проявлять о нем чрезмерную заботу, стремиться обеспечить ему безопасность, с другой – испытывать раздражение по поводу ребенка, его внешнего вида или поведения. Замещающие родители, воспитывающие приемных детей с ОВЗ, придают большее значение нарушениям поведения ребенка, чем кровные.

4. *Неадекватность, противоречивость ожиданий от ребенка*. С одной стороны, замещающие родители ждут от ребенка взросления и самостоятельности, с другой – способствуют его зависимости и инфантилизации. Неадекватность ожиданий от ребенка может выступать фактором, способствующим эмоциональным нарушениям или препятствующим их коррекции у детей.

5. *Изменения некоторых сторон семейной системы:*

- нарушения структуры семейной системы: низкая сплоченность, хаотичность или чрезмерная жесткость внешних и внутренних границ семейной системы; хаотичность или жесткость иерархии;

- динамические нарушения семейной системы: трудности в приспособлении к текущим требованиям жизни и развития семьи, недостаточный обмен информацией в семье, неадекватность выражения чувств, недостаточная взаимная забота, трудности в удовлетворении эмоциональных потребностей членов семьи, проблемы в организации автономной жизни, уровень конфликтности в семье, отрицание или нарушение обычного порядка воспитательных ролей родителей.

6. *Нарушения межличностных отношений у приемных детей с ОВЗ, инвалидностью:*

- недостаток положительного отношения к близким людям и значимым сверстникам, трудности во взаимодействии с членами семьи, социальной адаптации и

контроля своего поведения, а также высокий уровень конфликтности и неумение сотрудничать;

- семейную ситуацию дети указанной категории зачастую воспринимают как конфликтную, а отношения в семье как напряженные, недостаточно сплоченные и теплые;

- подопечные склонны конкурировать с кровными детьми замещающих родителей.

7. Переживание "особых критических состояний".

Семьи при приеме детей с ОВЗ, инвалидностью переживают "особые критические состояния", обусловленные:

- эмоциональным привыканием членов семьи к особенностям внешнего вида, поведения ребенка с ОВЗ, инвалидностью;

- включением ребенка в систему образования (образовательное пространство), обеспечением его доступа в образовательную организацию, включением в образовательный процесс; переживанием реакций сверстников на нарушения развития ребенка;

- возникновением проблем, связанных с нарушением взаимоотношений со сверстниками (возможной изоляцией);

- планированием общей занятости ребенка в подростковом возрасте;

- окончанием периода опеки, когда нужно решать проблему его "выпуска" из замещающей семьи, принимать решение о дальнейшем месте проживания повзрослевшего ребенка, когда семья переживает дефицит возможностей для его социализации.

Как дети с ОВЗ, инвалидностью переживают кризисные состояния, связанные с болезнью (инвалидностью) в подростковом возрасте?

- Уход в фантазии – эффект отрицания болезни, когда подросток выстраивает фантазийный мир, в котором дефект отсутствует. В результате он оказывается закрыт для общения. При попытке эти психологические барьеры разрушить или смягчить, возникает реакция агрессии в отношении человека – специалиста или матери, которые делают попытки проникнуть в этот фантазийный мир.

- Самоизоляция, болезненно-угнетенная фиксация и депрессия у подростков, как следствие ограничений, связанных с состоянием здоровья и неудовлетворенностью в общении. Как реакция на эту депривацию в системе общения, могут возникнуть выраженные, нередко тяжелые эмоциональные переживания у подростка:

- вторичная аутизация как реакция на особую трудную для него ситуацию ("Я изолирован, но и сам так хочу" – проявляется негативизм к другим людям);

- повышение уровня агрессивности, а также аутоагрессии, которая может закончиться попытками суицида или завершённым суицидом.

- Подростки с ОВЗ, инвалидностью нередко переживают чувство "остановленности" жизни, ее "прерванности".

Ресурсная (подходящая) семья для воспитания ребенка-сироты с ОВЗ, инвалидностью

1. Наличие в семье кровного, приемного ребенка с ОВЗ, инвалида с аналогичным заболеванием (особенно с ДС)

2. Наличие в детском опыте матери отношений с сиблингом с ОВЗ, инвалидностью

3. Стабильность семейных отношений, согласованность воспитательных воздействий у родителей, стабильная, хорошо продуманная организация жизни и быта;

4. Высокий уровень самоорганизации родителей;

5. Наличие хорошо организованной социально – поддерживающей сети.

Специальные родительские компетенции для воспитания ребенка-сироты с ОВЗ, инвалидностью

Способность и готовность: к осознанию и проработке собственных психологических барьеров в отношении особого ребенка на сенсорном, когнитивном, эмоциональном и социальном уровнях, формированию позитивного образа ребенка.

Способность и готовность к созданию «психологической ниши» для приемного ребенка (детей) с ОВЗ, инвалидностью.

Способность и готовность к развитию возможностей ребенка, участию в программах реабилитации, роли кооператора.

Способность и готовность к рациональной организации своей жизни и времени, распределению своего внимания, сил между всеми членами семьи.

Способность и готовность к уходу за ребенком — инвалидом.

При намерении взять на воспитание нездорового ребёнка вполне объяснимо желание людей узнать, на какую помощь от государства могут рассчитывать приёмные семьи с детьми-инвалидами, компенсируются ли затраты на лечение и как будет проходить самостоятельная жизнь инвалида, после достижения им совершеннолетия.

Содержание

1 Есть ли отличия в требованиях к родителям, если они хотят взять ребенка-инвалида?

2 Помощь приёмной семье с ребенком-инвалидом

2.1 Компенсация за лечение

3 Жизнь инвалидов после совершеннолетия в приёмных семьях

3.1 Опекунство над недееспособным

3.2. Есть ли отличия в требованиях к родителям, если они хотят взять ребенка-инвалида?

Уход за ребенком-инвалидом — нелегкая миссия, требующая как моральных усилий, так и крепкого физического здоровья.

Законодательная база в отношении образования и существования приемных семей представлена такими документами: ст. ст.54, 151-155 СК РФ; Законом № 159-ФЗ от 21 декабря 1996 г.; ПП РФ от 17 июля 1996 г. N 829 «О приемной семье». В этих законодательных актах перечислены требования к приемным родителям. Не могут претендовать на звание приемных родителей такие граждане: признанные судом недееспособными полностью или частично; ранее признанные судом ограниченными в родительских правах или лишенными таковых; те, кто был ранее усыновителем, опекуном и не справился с возложенными обязанностями (был отстранен за ненадлежащее их исполнение); больные, если их заболевание входит в список патологий, исключающих совместное проживание с ребенком; судимые за тяжкие преступления.

Приемная семья. Приемные родители должны подготовить свежие справки, в том числе и о наличии жилплощади достаточного размера, а также об уровне обеспеченности. Приемная семья — особая среда воспитания детей, при этой форме, граждане оказывают государству услуги, осуществляя заботу по воспитанию, обучению, лечению нездорового дитя. Услуги приемных папы с мамой, оплачиваются на основании договора с органами опеки. Однако ни в одном документе нет отдельных указаний относительно дополнительных требований, предъявляемых к приемным родителям, желающих опекать ребенка-инвалида. Круг лиц, имеющих право взять в семью серьезно больного ребенка, остается тем же, что и при патронаже здоровы детей.

Помощь приемной семье с ребенком-инвалидом

Помощь на ребенка-инвалида в приемной семье в 2017 г. складывается из таких выплат, установленных на федеральном уровне: пенсия инвалиду- 11 903,51 руб.; ежемесячная выплата — 1478,09 руб. Начиная с февраля 2017г., выплачиваемые суммы индексируются, и к выплате ребенок-инвалид получит еще на 7% больше. Установлен размер пособий за уход неработающему лицу, равный 5500 руб., если это близкий человек, а неродственнику положено всего 1200 руб. Региональное законодательство вправе регулировать размер помощи приемным семьям, где есть ребенок-инвалид.

Выплаты патронажным родителям включают: вознаграждение за заботу; средства на содержание. К примеру: в Москве, как субъекте РФ, установлены постановлением Правительства Москвы № 376-ПП от 2005 г. такие размеры плат: ежемесячное пособие на сироту-инвалида — 27500 руб.; вознаграждение родителю за патронаж больного — 28390 руб. Несовершеннолетний, в статусе инвалида, требует еще и средств на лечение, на постоянное приобретение медикаментов.

Компенсация за лечение

Мед. Помощь малолетнему инвалиду оказывается совершенно безвозмездно. При наличии заключений о необходимости спец. питания или технических средств, вопрос об обеспечении ими больного дитя также решается без внесения плат.

На компенсацию затрат по санаторно-курортному лечению ежегодно выделяется на 1-го малолетнего инвалида — 807,94 руб. (или в натуральном виде лекарств на ту же сумму). При выделении путевки в санаторий положены такие выплаты: на путевку — 124,99 руб.; на проезд до санатория — 116,04 руб. Ребенку с особыми потребностями, ограниченному в движении из-за болезни опорно-двигательного аппарата, положено 2 коляски: одна для перемещения по улице, а другая — домашняя.

На такую услугу государство выделяет 296 тыс. руб., но выплачивает их только после покупки колясок и предъявления оплаченных счетов.

Очередное приобретение колясок разрешено (с компенсацией от государства) через 6 лет.

Существует также государственная программа «Доступная среда», в рамках которой предусмотрено получение компенсации за лечение, но только 1 раз в год.

Самая высокая сумма, которую можно получить, равняется 50 тыс. руб. Обращаться патронажным родителям больного ребенка необходимо в местный Департамент здравоохранения и соц. защиты.

Продолжительность санаторно-курортного лечения установлена для больных детей — 21 день.

Жизнь инвалидов после совершеннолетия в приемных семьях

В 18 лет больной молодой человек должен пройти мед. переосвидетельствование, статус инвалида после достижения им совершеннолетия меняется.

Теперь ему установят группу инвалидности, в соответствии с тяжестью состояния, и он сможет получать социальную пенсию по инвалидности.

Приемные родители лишаются оплаты своих услуг. Важно знать, что инвалиды с детства при установлении им 1-й или 2-й групп, получают значительно больший размер пенсии, чем лица с приобретенными ограничениями в жизнедеятельности. Если присвоена 3-я группа с детства, или это приобретено после 18 лет, значения не имеет: сумма пенсии при наличии 3-й группы одинакова.

Ставший взрослым, молодой человек с ограниченными возможностями (взрослый инвалид в приемной семье) получает доступ к управлению личным счетом, теперь своими выплатами в праве распоряжаться самостоятельно. Приемная семья больше не актуальна, и гражданин с особыми потребностями вправе воспользоваться законом на льготное получение жилья в соответствии с Законом 29 февраля 2012 года № 15-ФЗ. Пока что жилье предоставить всем сиротам сразу государство не имеет возможности, но есть шанс арендовать на льготных условиях квартиру, комнату, и найти способ зарабатывать на жизнь.

Если ребенок по достижении им 18 лет признан недееспособным, то самостоятельно такой гражданин жить не сможет.

Опекунство над недееспособным. В случае, когда родители изъявляют желание продолжать жить с недееспособным приемным ребенком перешагнувшим 18-летний рубеж, необходимо оформить опекунство. Недееспособность должна быть признана судом на основании мед. освидетельствования, с учетом всей истории ребенка-инвалида, выросшего, но остающегося таким же беспомощным. Недееспособность может быть

признана как при наличии физического хпроблем, так и при психическом расстройстве. В последнем случае будет назначена судебно-психиатрическая экспертиза, ее вердикт примут в суде в качестве основания признания недееспособности. Имея на руках решение суда о недееспособности ставшего взрослым ребенка, бывшие патронажные родители для оформления попечительства должны собрать нужные бумаги и подать их в службу опеки. Если все справки есть в наличии, а сами желающие стать опекунами подходят под требования закона, тогда процесс длительным не будет: больному, неспособному себя обслуживать, лучше находиться в привычной обстановке приемной семьи, под присмотром хорошо знакомых, приветливых бывших патронажных родителей. Никакими деньгами невозможно измерить ту услугу, которую оказывают обществу патронажные родители берущие на себя заботу о больном сироте. В реальной жизни те пособия, которые выделяются приемным семьям, далеко не покрывают расходы на лечение и реабилитацию ребенка с инвалидностью, но усилия государства позволяют надеяться на полное замещение центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей приемными семьями.

Практические задания

1. Метод ассоциаций:

- Вербальный ассоциативный эксперимент, позволяющий выявить (вербализовать) и проработать переживания родителей в отношении ребенка — сироты с ОВЗ и инвалидностью. Возможно использовать следующие слова-стимулы: «ребенок», «ребенок-сирота», «ребенок с ОВЗ», «ребенок-инвалид», «болезнь».

- Цветоассоциации (ЦТО), связанные с будущим ребенком.
- Рисунки ребенка в 3-х репрезентациях.
- Незаконченные предложения по типу: Когда я..., то думаю...; чувствую...;
- Ролевые игры, в т.ч. с реакцией на замечания окружающих по поводу особого вида, поведения приемного ребенка и т.д.

2. Кинезиологические упражнения (видео урок)