

УДК 364.4-053.2
ББК 60.991.3
К 72

М.А. Костенко,

кандидат социологических наук, доцент факультета психологии Алтайского государственного университета, тел.: (3852)291-228

Проблемы социальной поддержки семей с детьми с врожденными нарушениями развития (Рецензирована)

Аннотация. Статья посвящена изучению проблем реализации формальной социальной поддержки семей, воспитывающих детей с врожденными нарушениями развития (ВНР). Обсуждение результатов эмпирического исследования показывает несостоятельность существующей системы формальной социальной поддержки семей, фрагментарность и незаконченность ресурса профессиональной помощи семьям с детьми с ВНР. Анализируется повседневный опыт родителей как непосредственных субъектов реабилитационного процесса, исследуется процесс объективации их роли в государственной системе социальной поддержки. Выявлены основные барьеры реализации социальной помощи, а также профессиональные «мишени» дальнейшей оптимизации структуры и контента социальных услуг для данной категории населения.

Ключевые слова: социальное исключение, социальная помощь детям с врожденными нарушениями развития, социальные услуги, социальный аттитюд, реабилитационный маршрут, формальное и естественное социальное окружение семьи.

M.A. Kostenko,

Candidate of Sociology, Associate Professor of Psychology Department of the Altai State University, tel.: (3852) 291-228

Problems of social support for families with children with congenital disorders of development

Abstract. The paper studies the implementation issues of formal social support to families, bringing up children with congenital disorders of development (CDD). Discussion of the results of empirical research shows that the existing system of formal social support for families is inconsistent and the resource of professional assistance to the families with CDD children is fragmentary and unfinished. The everyday experience of parents as direct subjects of the rehabilitation process is analysed. The process of objectification of their role in the state system of social support is explored. The main barriers to the implementation of social assistance as well as professional “target” of further optimization of the structure and content of social services for this population are identified.

Keywords: social exclusion, social assistance to children with congenital disorders of development, social services, the social attitude, rehabilitation way, formal and natural social environment of the family.

Дети, у которых диагностируют врожденные нарушения развития (ВНР), всегда выделяются среди других людей: у них низкий уровень социализации и адаптации к окружающему миру [1]. Признаки ВНР проявляются еще в младенческом возрасте и постепенно становятся заметнее для окру-

жающих, что приводит к социальной исключенности таких детей. До сих пор в отношении «нетипичных» людей в России придерживаются медицинской модели инвалидности, обуславливая ее тем, что «такие люди» не будут полезны обществу в будущем. Поэтому основная поддержка от государства,

которую они получают, — это социальные выплаты по инвалидности и медикаментозное лечение. Тенденции социальной интеграции, возникшие в конце 20 века, незначительно продвинули идеи инклюзивного общества, но проблемы полного социального включения остаются нереализованными на практике [1]. В предлагаемом исследовании выделены несколько направлений для проведения анализа — актуальная инфраструктура социальных услуг для таких семей, их адекватность потребностям жизнедеятельности семей и развития ребенка с ВНР. Поэтому особое внимание было уделено родителям, которые являются единственным доступным и исчерпывающим источником информации по данному вопросу. В статье обсуждаются результаты авторского эмпирического исследования по оценке удовлетворенности семей с детьми-инвалидами социальными услугами, проведенного в Алтайском крае (полустандартизованные интервью и фокус-группы родителей).

Люди с тяжелыми нарушениями развития нуждаются в специально организованном комплексном сопровождении с момента рождения, иногда до конца жизни. Специализированное сопровождение требуется в семье, в детском саду, в школе, в доме ребенка и интернате, на рабочем месте, по месту жительства. В целях профилактики социального сиротства и сохранения семьи, сопровождение требуется не только ребенку, но и всей семье, в которой он воспитывается. В России в настоящее время социальное обслуживание инвалидов не предусматривает их сопровождения, и законодательное регулирование предоставления услуг сопровождения людям с тяжелыми нарушениями развития отсутствует [2]. Принципы как внутри-, так и межведомственного взаимодействия неопределенны и произвольны, координирующая и контролирующая функция государства по отношению к процессу социальной реабилитации фактически отсутствует, что крайне негативно сказывается на эффективности лечения, воспитания и обучения, абилитации

и реабилитации детей с ВНР, их семейного окружения. Помочь этим людям адаптироваться к внешней среде, создать благоприятные условия для их проживания, помочь сформировать навыки самообслуживания, предотвратить попадание «нетипичного» ребенка (а также когда он станет взрослым человеком) в закрытое лечебное (или социальное интернатное) учреждение — основные задачи социальных исследований и социальной практики ближайшей перспективы.

Потребность в услугах для семей с детьми с ВНР возникает весьма рано, когда начинают отмечаться особенности развития ребенка. Поэтому проблематика проектирования социальных услуг, адекватных уровню потребностей, развития, контексту социальной жизни семьи и ребенка, всегда является актуальной. Рассматривая любую модель организации социальной помощи, необходимо ориентироваться на два принципиальных момента: кто является получателем услуги, а также в чем заключается суть услуги, какую потребность эта услуга призвана удовлетворить («потребностный» подход в социальной работе) [3].

В этой связи, наиболее перспективным для проектирования социальных семейно-центрированных услуг представляется методология экологической модели помощи У.Бронфенбренера [4]. Согласно данной теории среда развития ребенка состоит из четырех, вложенных одна в другую, систем: микросистема — семья ребенка; мезосистема — детсад, школа, двор, квартал проживания; экзосистема — взрослые социальные организации; макросистема — культурные обычаи страны, ценности, обычаи и ресурсы. Наиболее значимую роль в развитии ребенка играет макросистема, поскольку обладает способностью воздействовать на все другие уровни. Ценности, ресурсы, которые макросистема предлагает для развития других систем напрямую влияют на ситуацию в семьях, которые воспитывают детей. Также макросистема регулирует наличие тех или иных услуг в обществе: будут ли созданы службы, программы, услуги, которые

будут удовлетворять потребности ребенка и его семьи, и в свою очередь, будут способствовать развитию родительских компетенций и развитию ребенка. Для детского развития, то, что происходит между системами, имеет большее значение, нежели происходящее внутри каждой из них. Так, поиск решения только внутри микросистемы (семья), может оказаться достаточно затратным и малоэффективным для достижения желаемого результата. В тот момент, когда ресурсы семьи являются слабыми, необходимо искать поддержку, которую могут обеспечить мезо— и экзосистемы, обеспечивающие социальные связи, например родственники, соседи и т.д. На уровне экзосистемы, обеспечивающей работу соответствующих служб, принимаются решения о дальнейшей судьбе ребенка и семьи, обеспечиваются поддерживающие услуги [5].

Описанная модель дает концептуальное понимание того, как взаимодействуют различные уровни (экологические системы) пространства конструирования социальной помощи детям с ВНР: услуги, оказанные родителями, формирование толерантного и «помогающего» отношения к «нетипичным», «особенным» детям в обществе, имеют опосредованное, но не менее значимое влияние на каждого конкретного ребенка. Поэтому нельзя ограничиваться только лишь помощью ребенку (как центра системы), в процесс его социальной реабилитации необходимо включать «представителей» всех основных экологических систем: основное ухаживающее лицо (родитель или опекун), специалисты «помогающих» сфер, лица, принимающие решения. Для создания эффективных моделей помощи детям с ВНР система поддержки должна отвечать потребностям данной категории, учитывая при этом потребности систем окружающих. Одним из основных требований будет наличие обратной взаимосвязи актуализированных потребностей и системного ответа на них, выраженного в услугах [6].

Многообразие и вариативность оказываемых услуг не могут быть рассмотрены без понимания природы

потребностей, которые лучше всего представлены в теории пирамиды потребностей А. Маслоу [7], что обеспечивает понимание не только содержательного аспекта социальных услуг, предоставляемых ребенку (в чем нужно помочь), но и определяет очередность, выстраивает приоритетные направления поддержки. Динамику удовлетворения и актуализации тех или иных потребностей составляет качество жизни.

Данный подход позволяет сфокусировать все ресурсы, имеющиеся у системы для изменения текущей ситуации к лучшему и помощи, в интересах конкретного ребенка. Признание категории «качества жизни» как основополагающей при разработке плана работы с конкретным случаем расширяет горизонты для внедрения междисциплинарного подхода и актуализирует зоны ответственности для различных сфер «помогающей» деятельности. Субъективная оценка собственных потребностей клиентами — важный инструмент, используемый для оценки результатов оказания услуг и оценки эффективности деятельности системы в целом [8].

Одним из основных факторов, снижающих эффективность помощи детям с ВНР, является позднее попадание в поле зрения специалистов — обычно не ранее 3-4 лет, когда особенности развития становятся достаточно явными для естественного окружения ребенка. [8] Возраст начала социального вмешательства напрямую определяет его результат — чем раньше ребенку начинают оказывать помощь, тем позитивнее изменения в функциональном развитии ребенка с РАС. Сегодня уже на первом году жизни возможно выявить особенности в поведении и реакциях ребенка, но отсутствие необходимого минимума знаний у родителей, иногда и профессионалов (медицинские и социальные работники) приводит к потере времени, что снижает реабилитационные результаты.

Проблемы ранней помощи детям с ВНР являются актуальными. Около 57% опрошенных родителей отметили, что они сами стали замечать некоторые особенности или признаки отставания в развитии у своих детей в достаточно

раннем возрасте (до 1,5-2 лет). Они заметили некоторые отличия своих детей от других, но на тот момент не владели никакой информацией о специфике заболевания своего ребенка (например, синдром Дауна, аутизм и др.). Первые признаки того, что «что-то не так», замечали либо сами, либо им говорили об этом друзья или родственники:

«Я сама начала обращать внимание на какие-то, скажем, особенности, где-то в годовалом возрасте. Я не была точно уверена... С 3-5 месяцев до года я просто наблюдала за ребенком и пыталась что-то изменить».

Установление диагноза качественно повлияло на жизнь всей семьи. Ответы на данный вопрос также дают нам представления о некоторых трудностях личного и социального характера, которые испытывают семьи:

«Впала в панику...самое главное, принять ребенка, какой он есть»; «Все изменилось. Дошло до развода с мужем, остались вдвоем с сыном»; «Я стараюсь со своим ребенком лишний раз на улице не гулять...».

Родители обращали внимание, на то что существуют проблемы в поиске информации и понимании определенного алгоритма действий, когда они получают диагноз ребёнка: *«Хотелось бы, чтоб, как поставили диагноз, дальше мы уже не мыкались по всем углам и сторонам, чтобы нам сказали — вот у вас такое заболевание, сначала вы делаете то, потом вы делаете то, потом это».*

После выявления особенностей своего ребенка типичный «реабилитационный маршрут» выглядит следующим образом: обращение в поликлинику (к педиатру) по месту жительства, затем их направляли к «узкому» специалисту (неврологу, психиатру и т.д), госпитализировали в психоневрологическую больницу, менее 25% родителей направляются на социальную реабилитацию в учреждения социального обслуживания.

«Когда мы пришли к неврологу, она сказала: «А что с Димой?», а я хотела у Вас узнать, что с Димой, понимаете. Направила — мы обследовались

там через поликлинику в больницу и поставили неврологическое поражение центральной нервной системы. С чем это было связано, я вообще понятия не имею, мне никто ничего не пояснил, вообще не разговаривали со мной. Потом нас отправили в психдиспансер, потом легли к четырем годам в... [городская психиатрическая больница], что там обследовали, я вообще не могу сказать».

Таким образом, государственная система помощи априори объективирует роль родителей в реабилитационном процессе, редуцирует их участие в качестве сопровождающего ребенка, в лучшем случае — функционального воспитателя, но не активного агента реабилитации и социализации собственного ребенка. Позиция родителя в качестве одного из активных субъектов реабилитационного процесса является фрустрированной. Последнее обстоятельство детерминирует рост напряжения в семье, возникновение новых кризисов мнению родителей, которые наслаиваются друг на друга постепенно приводя некоторые семьи в состояние выученной беспомощности и социального капсулирования — усиливается социальная самоизоляция, семья становится закрытой. Данный вывод подтверждается результатами замера удовлетворенности государственной социальной помощью. Семьи, воспитывающие детей с ВНР, в большинстве своем низко оценивают степень удовлетворенности услугами, предоставляемыми государственными учреждениями (среднее значение — 4,67 балла по 10-ти бальной шкале) и значимо выше удовлетворены услугами общественных организаций (8,65).

Участники фокус-группы склонны объяснять свою неудовлетворенность услугами гос. учреждений высокой рассогласованностью между потребностями семей и возможностями этих учреждений при оказании услуг, излишней регламентацией деятельности последних, их «нечувствительностью» к индивидуализированным нуждам ребенка и семьи.

«Они действуют порядка своих регламентов, своих стандартов, своих рамочных возможностей. Во всем цивили-

лизованном мире нет рамок. Там есть ребёнок с его потребностями и каждому ребёнку готовится индивидуальная программа развития, которая пересматривается с какой-то периодичностью. Освоил ребёнок умение держать ложку, его учат пить из стакана. Освоил стакан, они пошли дальше. Освоил букву, начали вторую букву. А у нас, если он за четверть не освоил весь алфавит, ребёнок не вписывается ни в какую систему. Поэтому наши потребности никогда не состыкуются с их возможностями, если они их не пересмотрят».

Следующий блок вопросов, который обсуждался участниками в рамках фокус-групп, касается существующих услуг, которые получают их дети или которые они могли бы получать. Результаты исследования подтверждают наличие нуждаемости семей, воспитывающих детей-инвалидов, в получении различного рода социальных услуг. Так, согласно данным опроса, более 90% респондентов либо постоянно, либо время от времени нуждаются в помощи сторонних лиц для улучшения условий развития ребенка.

Многие родители говорили о большом количестве медицинских услуг, как изначально необходимых для постановки диагноза, так и в последующем. При обсуждении медицинских услуг основной сложностью является то, что с ребенком с ВНР достаточно сложно получить обычную медицинскую помощь из-за его физиологических и поведенческих особенностей. Нахождение в обычной поликлинике вызывает у родителей много проблем:

«У нас нет специалистов, к которым можно прийти с таким ребенком. Поликлиника — это пытка и для меня, и для ребенка. И то еще в очереди надо постоять. И приходишь туда — а что мы можем сделать?»

При общении с родителями обсуждался вопрос необходимых изменений, которые могут улучшить жизненную ситуацию. На первом месте были предложения, связанные с возможностью социализации их детей, включения их в общество, возможность общаться с другими на равных:

«Общения для детей, чтобы можно было их оставить на какое-то время, чтобы хотя бы друг с другом поиграли под присмотром. Хотя бы немножко, чтобы для себя было времени, чтобы дети что-нибудь посещали на время, общения».

По мнению родителей, социальная стигматизация их детей способствуют фрустрированности потребности в общении и социальном взаимодействии. Дети с ВНР хотели бы общаться больше, но все же предпочитают узкий круг людей (родственники, соседи), т.к. опасаются выражения непонимания, недовольства, а порой и агрессии со стороны окружающих по отношению к ним.

«... Ещё проблема самая главная: охота, чтобы, когда выходят наши дети на улицу играть, чтобы от них не чурались. Боятся наших детей. Ты не играй с нами, ты же «китаец». Почему «китаец»? Ребёнок просто плохо разговаривает. Он может играть со всеми. Ему сказали дурачок, китаец, он отошёл в сторону, ему больше не нужны люди. Теперь он боится, не общается ни с кем. Всю отбили охоту».

Родители также говорят об ограниченности своего свободного времени или необходимости помощи со стороны ближайших родственников, что иногда приводит к конфликтам с ними:

«У меня (жизнь) менялась тяжело, потому что ребенок с мамой моей, с бабушкой постоянно. Я работаю. Приходишь, начинаешь что-то говорить маме, что она немножко неправильно сделала — конфликт с мамой, конфликт с ребенком».

Важным позитивным изменением жизненной ситуации, с точки зрения родителей, является возможность им самим как-то «оторваться» на время от ребенка, начать общаться с обычными людьми, вести обычную социальную жизнь:

«Я хочу какую-то другую информацию слышать просто от нормальных людей, которых это не затронуло, пусть там самые бытовые и простые вещи, но не это».

По результатам исследования были определены наиболее востребованные

семьями услуги и виды социальной помощи, а также сформирован их рейтинг. Так, в лидирующую семерку услуг, которые необходимы самим семьям-респондентам, вошли следующие (по убыванию рангового номера):

1. Услуги по повышению реабилитационной компетентности родителей, имеющих детей с НР (групповые занятия и индивидуальные консультации) — 27,6% респондентов отметили необходимость для них данной услуги;

2. Услуга социального, социально-педагогического и социально-психологического патронажа, которая предполагает проведение общеразвивающих и коррекционных занятий с ребенком на дому (за исключением медицинских манипуляций, массажа и т.п.). В процессе таких визитов специалист помогает наилучшим образом организовать домашнее пространство, с тем, чтобы близкие люди и окружающая обстановка способствовала всестороннему развитию ребенка. Итогом каждого визита в домашних условиях становится индивидуальная программа развития ребенка на ближайшие 1-2 недели, которая подробно обсуждена с родителями и максимально приспособлена к домашнему режиму и условиям проживания — 25,0%;

3. Услуга по организации семейного летнего отдыха и оздоровления (специальные заезды в летние загородные лагеря) — 25,0%;

4. Услуги по организации детско-родительских индивидуальных занятий-консультаций по развитию двигательной сферы, эмоциональной сферы, по развитию познавательной деятельности — 23,7%;

5. Услуга «Лекотека» (специально оборудованная развивающая игровая площадка для детей с НР и их родителей) — 22,5%;

6. Услуга «Передышка» (краткосрочная до 4-х недель в год передача ребенка на проживание в тщательно отобранные и подготовленные приемные семьи, позволяющая родителям отдохнуть, выполнить необходимые мероприятия (ремонт квартиры и др.) — 21,7%;

7. Услуга по содействию в коллективном посещении театров, выставок, концертов, экскурсий — 21,1%.

Дополнительно к прямому вопросу был задан проективный вопрос «Отметьте, пожалуйста, в каких конкретно видах социальных услугах нуждается, на Ваш взгляд, *большинство семей*, воспитывающих детей с нарушениями развития». Иерархическая структура услуг, в которых гипотетически нуждается большинство семей с детьми-инвалидами, иная. При этом значимо больший ранговый вес приобрела услуга «Передышка», а в лидирующую семерку вошли услуги «Группа поддержки для родителей и иных членов семьи ребенка с НР», «Адаптационные группы», Услуга по продленному присмотру за ребенком с НР работающих родителей и пр.

Таким образом, по мнению респондентов, более половины (более 50%) семей, воспитывающих детей с нарушениями развития, нуждаются в следующих услугах:

1. Услуга по организации семейного летнего отдыха и оздоровления (специальные заезды в летние загородные лагеря) — 62,5%;

2. Услуга «Передышка» — 60,9%;

3. Услуга по содействию в коллективном посещении театров, выставок, концертов, экскурсий — 60,5%;

4. Услуги по организации и проведению культурно-развлекательных программ для семей с детьми с НР — 60%;

5. Услуга «Адаптационные группы» (групповые дошкольные занятия для детей от двух с половиной лет, представляющие собой своеобразный переход, мостик, соединяющий занятия в домашней обстановке и занятия вне дома, то есть в условиях приближенных к обстановке детского дошкольного учреждения) — 55,2%;

6. Услуга по продленному присмотру за ребенком с НР работающих родителей, включающая соответствующие развивающие занятия, питание и другие мероприятия — 52,4%;

7. Услуги по организации детско-родительских индивидуальных занятий-консультаций по развитию двигательной сферы, эмоциональной

сферы, по развитию познавательной деятельности, логопедические занятия — 50,0%.

В фокус-групповом интервью также затрагивался вопрос о востребованных услугах и существующих потребностях, удовлетворение которых требует развитие определенных видов услуг. Особо участники отметили необходимость индивидуального сопровождения семьи с особым ребенком, о необходимости ранней помощи и раннего вмешательства.

«Нужна ранняя помощь... как только выявилась любая проблема в развитии: ДЦП, синдром Дауна, любая. Должен прийти социальный работник, должен обязательно с мамой поработать психолог. Социальный работник должен раз в две недели приходить смотреть ребёнка, смотреть условия, и говорить вам, сейчас бы вот это сделать с ребёнком, вам бы вот такие игрушки этому ребёнку. А если вдруг он видит, что семья не способна оказывать такие услуги, найти, пригласить массажиста, пригласить педагога, который будет делать то, что этому ребёнку в данный момент надо. И составить программу, написать маме: первые две недели вы делаете вот это, второе — делаете вот это, третье — делаете вот это, через две недели встретимся. Приходит и смотрит, что мама делала, получилось или нет. За каждой семьёй был бы патронаж».

Таким образом, целесообразно говорить о необходимости изменений в системе формальной социальной поддержки семьям с детьми с ВНР: клиентом должен быть не только ребенок, но и его ближайшее окружение — среда первичной социализации, в первую очередь — семья [9]. Следовательно, в арсенале специалистов социальных служб должны появиться инструменты, которые направлены не только на оценку развития и функциональных особенностей ребенка, но и на оценку потребностей семьи, предоставление услуг в соответствии с проведенной оценкой. Такой подход к оказанию социальных услуг предполагает серьезные структурные и организационные изме-

нения в деятельности государственных учреждений.

Доминирующие социальные установки специалистов, формального и естественного социального окружения семьи с «особенным» ребенком воспроизводят механизмы социальной исключенности, что приводит к формированию семьи в качестве объекта социального взаимодействия, но не равноправного субъекта. Редуцирование субъектного потенциала семьи с ребенком с ВНР прямо и опосредованно способствует формированию социальной фрустрированности основных групп потребностей семьи (каждого ее члена в отдельности), снижению реабилитационного потенциала ребенка, делает практически невозможным реализацию социальной интеграции и адаптации «нетипичных» индивидов в современном обществе. В то же время изучение микро-системы ребенка с РАС позволяет сформулировать модели помощи, конструировать социальные услуги, которые могут быть транспонированы на структуры, находящиеся на экзо- и макро-уровне, формировать политический и программный контент данных уровней. Представляется, что такой подход позволит обеспечить необходимые конструктивные изменения в политике и деятельности в сфере работы с семьями, воспитывающими «нетипичных» детей.

Планирование системы поддержки и внедрение услуг, разработанных с учетом потребностей семей, позволит не только снизить или вовсе исключить социальную исключенность семей, но и активизировать внутренний потенциал семьи, который является одним из важнейших факторов плозивных (подразумевающих социальную и эмоциональную стабильность) изменений как для ребенка, так и для семьи в целом.

В настоящее время основным ресурсом удовлетворения доминирующих потребностей развития и жизнедеятельности семей, затронутых проблемой детскими ВНР, является неформальная поддержка со стороны ближайшего естественного социального окружения семьи. Однако остается

значимый перечень жизненных потребностей, которые не могут быть удовлетворены за счет упомянутого ресурса, и эти потребности остаются фрустрированными, поскольку услуги существующей профессиональной системы помощи не ориентированы на их удовлетворение или недостаточно развиты. Это возможно, если услуги, оказываемые социальными учреждениями, незначительны и не влияют (или влияют в незначительной степени) на качество жизни ребенка; или — услуги носят вспомогательный характер и не отвечают на актуальные потребности ребёнка и семьи; или — необходимые ребёнку, родителям и семье услуги не предоставляются по месту проживания. Для удовлетворения фрустрированных потребностей необходимо развивать и/или реформировать сложившуюся национальную систему помощи в области оказания услуг семьям и детям с ВНР.

В целях социальной поддержки семей необходимо разработать методоло-

гию семейно-центрированной помощи ребёнку с ВНР, где в фокусе оказания помощи должна быть вся его семья. В арсенале специалистов учреждений должны появиться инструменты, которые направлены не только на оценку развития и функциональных особенностей ребёнка, но и на оценку потребностей семьи и предоставление услуг в соответствии с проведенной оценкой. Родителей необходимо рассматривать не только как получателей услуг, но и как равных партнеров в процессе планирования и реализации программ помощи. Планирование системы поддержки и внедрение услуг, разработанных с учетом потребностей семей, позволит не только снизить или вовсе исключить имеющуюся социальную исключенность семей, но и активизировать внутренний потенциал семьи, который является одним из важнейших факторов позитивных изменений как для ребёнка, так и для семьи в целом.

Примечания:

1. Смирнова Е.Р. Семья нетипичного ребенка. Социокультурные аспекты. Саратов, 1996.
2. Костенко М.А., Костенко Н.Б. Жестокое обращение в отношении несовершеннолетних: проблемы предотвращения и организация психосоциальной помощи. Барнаул, 2013.
3. The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis / L. Geeraert, W. Van den Nootgate, H. Grietens, P. Onghena // Child Maltreatment. 2004. №9. P. 276-297.
4. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
5. Rycus J. Huges R. Filed guide to child welfare. Washington DC: CWLA, 2009.
6. Harper-Dorton K., Herbert M. Working with Children and Their Families. Chicago, 2000.
7. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу. СПб.: Питер, 2008.
8. Gilliland B., James R. Crisis Intervention Strategies. University of Memphis, 1999.

References:

1. Smirnova E.R. Family of an atypical child. Sociocultural aspects. Saratov, 1996.
2. Kostenko M.A., Kostenko N.B. The cruel treatment of juveniles: problems of prevention and organization of the psychosocial help. Barnaul, 2013.
3. The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis / L. Geeraert, W. Van den Nootgate, H. Grietens, P. Onghena // Child Maltreatment. 2004. №9. P. 276-297.
4. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
5. Rycus J. Huges R. Filed guide to child welfare. Washington DC: CWLA, 2009.
6. Harper-Dorton K., Herbert M. Working with Children and Their Families. Chicago, 2000.
7. Maslow A. Motivation and personality / A. Maslow. SPb.: Piter, 2008.
8. Gilliland B., James R. Crisis Intervention Strategies. University of Memphis, 1999.