

Арчакова Т.О.
Базанова Е.С.
Деснянская О.В.

**Волонтерский уход
за детьми-сиротами
в больницах**
Пособие для организаторов

БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам»

Москва
2013

УДК 364.04
ББК 65.272

A88 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. — 84 с. Тираж 500 экз.

Данное пособие предназначено для сотрудников СО НКО и других организаторов проектов волонтерского участия в жизни детей-сирот. В нем представлена технология организации волонтерского ухода за детьми-сиротами в больницах: описаны этапы работы с волонтерами, приводится примерная обучающая программа, образцы документации по проекту. Пособие подготовлено при поддержке Министерства экономического развития Российской Федерации по проекту «Добровольческое участие в решении проблем социального сиротства» (2012–2013).

ББК 65.272

Содержание

Вступительное слово	5
История	7
Цели и задачи проекта	11
Руководство проектом	14
Организация работы с волонтерами	18
Структурированное интервью для отбора кандидатов на роль волонтера, работающего с детьми-сиротами в больницах	21
Обучающая программа.....	28
Сопровождение волонтеров	40
Психологическая служба проекта	47
Освещение работы проекта в СМИ	50
ПРИЛОЖЕНИЯ	53
Памятка для волонтеров	53
Соглашение о неразглашении конфиденциальной информации	55
Договор о сотрудничестве с больницей	58
Соглашение о сотрудничестве с Департаментом здравоохранения города Москвы	69
Опросник К. Леонгарда в модификации С. Шмишека	73

Вступительное слово

Дорогие коллеги!

Наш благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам» вырос из общественного движения, возникшего в конце 2004 г. как реакция на чудовищную ситуацию с отказниками — детьми, оставшимися без заботы своих родителей и помощи государства, вынужденными проживать свою маленькую жизнь... в больничных палатах.

С того времени многое изменилось: и положение детей без родительского попечения в больницах, и наше понимание истоков проблемы и путей ее решения. Мы осознали, что помощь должна основываться на знаниях и на профессионализме, а не только на эмоциях. Что только системный подход к оказанию помощи способен привести к стабильным изменениям.

Неизменной осталась наша уверенность в том, что волонтеры — это люди, которые могут совмещать эмоциональную вовлеченность и профессионализм. Конечно, если грамотно организовать их работу, обеспечить подготовку и сопровождение.

Это пособие адресовано сотрудникам некоммерческих организаций, руководителям общественных объединений, студенческих волонтерских групп и всем, кто хотел бы начать работу по уходу за детьми-сиротами в больницах. Некоторые идеи могут быть полезными для подготовки волонтеров к общению с детьми-сиротами и в рамках других проектов. Мы также будем очень рады, если это пособие заинтересует медицинских работников, и они поделятся своим видением волонтерской помощи в больницах.

Это пособие можно использовать в комплекте с еще одной нашей разработкой — «Волонтерский уход за детьми-сиротами в больницах. В помощь волонтеру» — где собраны практические рекомендации по разным аспектам деятельности добровольцев в больнице.



Мы благодарим

всех наших сотрудников, особенно Анну Виноградову, без которой задача эффективной организации волонтерской работы была бы гораздо труднее;

всех волонтеров за их неоценимый вклад в жизнь детей и саму возможность существования и постоянного развития нашего фонда; Святослава Довбню и Татьяну Морозову — за методическую поддержку и профессиональное вдохновение;

Союз волонтерских организаций и движений и лично Владимира Хромова — за плодотворное сотрудничество и предоставленный текст договора с Департаментом здравоохранения;

Департамент здравоохранения города Москвы — за сотрудничество и предоставленную возможность бесплатно проходить медицинские осмотры и анализы, необходимые волонтерам для допуска в больницы;

Министерство экономического развития Российской Федерации — за поддержку нашего проекта «Добровольческое участие в решении проблем социального сиротства» (2012–2013).

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



История

Дети-сироты попадают в больницу не только на лечение. Младенцы, от которых отказались в роддоме, дети, отобранные из семей из-за угрозы их жизни, беспризорные подростки — их путь в систему интернатных учреждений лежит через обследование в медицинском стационаре. Не меньше 10% отказов от детей происходят из-за того, что родители боятся не справиться с тяжелыми врожденными или генетическими заболеваниями. Конечно, такие сироты — самые уязвимые — проводят в больницах особенно много времени.

Исторически сложилось, что наша система детского здравоохранения возникла как часть системы государственной заботы о детях-сиротах:

.....
«В июне 1763 г. Иван Бецкой представил Екатерине II проект, а 1 сентября 1763 г. императрица подписала манифест об учреждении в Москве «Сиропитального Дома» с госпиталем для бедных родильниц. Эту дату и следует считать днем рождения Московского воспитательного дома, правопреемником которого, судя по всему, стал Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук»¹.
.....

Основанная в 1842 г. детская больница (ныне больница им. Н.Ф. Филатова) вначале также функционировала как детская больница Воспитательного дома.

С первых дней основания заведения придавалось большое значение медицинским аспектам работы, активно изучались некоторые направления как клинической, так и социальной педиатрии. По сути, врачи спасали жизни младенцев-сирот.

Много внимания уделялось вопросам вскармливания грудных детей, возможности искусственного вскармливания при недостатке

¹ Евланова В., Альбицкий В.Ю. Фабрика ангелов // Медицинская газета. 2006. № 66.



кормилиц, а также вопросам питания детей старше года. В Воспитательном доме постоянно отмечалась нехватка кормилиц, поэтому детей вынуждены были кормить коровьим или козьим молоком. Проводились эксперименты по разведению молока и добавлению к нему сахара — по созданию прообраза современных искусственных смесей. К сожалению, эти опыты не привели к уменьшению детской смертности.

Шли годы, появилась новая сфера, объясняющая проблемы ребенка, у которого нет матери или другого близкого взрослого — психология. Вторая мировая война заставила специалистов из разных сфер объединиться, чтобы помочь огромному количеству новых сирот. На этот раз родиной больших перемен стала Великобритания, где Джон Боулби и другие исследователи заложили основы подхода, известного сейчас как теория привязанности.

.....
Ребенок не может существовать один, но является существенной частью взаимоотношений.

Дж. Боулби
.....

Рене Шпиц консультировал детские стационары, где медсестры ухаживали за осиротевшими младенцами. Это происходило в стерильных больничных условиях, но ни жесткие санитарные правила, ни открытие антибиотиков не спасали всех детей (изначально здоровых) от тяжелых болезней и даже гибели. Симптомы, наблюдавшиеся у этих младенцев, он описал как «госпитальный синдром» или «госпитализм». Хроническая невозможность удовлетворить потребности в общении и телесном контакте, в стимуляции и новых впечатлениях (депривация) приводит к отставанию в физическом и психоэмоциональном развитии.

Прошло еще полвека, но в отечественной практике работы с детьми-сиротами мало что изменилось. Более того, в 1990-ые и в начале 2000-ых сложилась (или стала более заметной) ситуация, когда дети «зависали» в больнице на годы. Вот современная иллюстрация понятия госпитализма — двухлетняя девочка, которая на момент встречи с психологом всю жизнь провела в детской больнице.

.....
Я наблюдала за девочкой двух с небольшим лет (на момент написания диплома ей 2 года 4 месяца), которая с рождения и по текущий момент находится в больнице. По нервно-психическому развитию девочка соответствует 10–12 месячному младенцу, а по отдельным показателем и того меньше. Конечно, тут имеет место быть комплексная задержка развития, но сильнее всего страдают подготовительные этапы активной речи («гуление») (формируется в норме до 6 месяцев); а также активная и понимаемая речь.

За 5 месяцев я не услышала от нее ни одного слога, ни лепета, единственное, что она произносила при мне — звук: «мммм».

Нарушено моторное развитие — девочка неуверенно ходит, есть нарушения общих движений, движений рук. Девочка не умеет осмысленно играть в игрушки, то есть не сформированы игровые навыки, навыки манипуляции с предметом, развитие крупной и мелкой моторики соответствует опять же 12-ти месяцам. Развитие зрительных, слуховых реакций также соответствует возрастному периоду 12–14 месяцев.

Практически не развита эмоциональная сфера, полностью отсутствуют навыки социального взаимодействия со взрослыми. Не сформирована адаптация к условиям внешней среды, проявляющиеся различными нарушениями поведения, невротическими проявлениями, сильно выраженными стереотипными движениями (раскачиванием), астеническим синдромом².
.....

Кроме неприспособленности больницы для жизни ребенка, который в лечении не нуждается, были и другие проблемы. Отсутствие финансирования (по сути — памперсов, чистого белья, элементарных игрушек), отсутствие или острая нехватка воспитателей, которые успевали бы что-то сделать с детьми кроме кормления и мытья.

.....
Неделю назад увидела-таки то, что всегда боялась увидеть. Мне всегда выносили моего малыша медсестры, а тут медсестра

² Акинфиева О.А. Психическое развитие младенца в условиях депривации и госпитализма. Дипломная работа. МГУ, 2007.



замешкалась и я первая вошла в палату. Семь пар глазенок — и все на меня: «К кому?» Все детишки старше года, все стоят в кроватках. В кроватках нет простыней. Одни на голых матрацах спят, у других поверх только толстые клеенки, которыми кушетки в больницах покрывают.

Наталья Витенко, мама, участница форума 7ya.ru

.....

К 2008 г. длительность пребывания детей-сирот в стационаре для обследования и оформления документов составляла от 2,6 до 5,2 месяцев. При этом каждый четвертый ребенок раннего возраста находился в стационаре более 3 месяцев, а каждый десятый — более года. Из них 2/3 детей в стационарном лечении вообще не нуждались. Само медицинское обследование и подготовка заключения о состоянии здоровья и рекомендациях по дальнейшему ведению ребенка в случае отсутствия показаний для стационарного лечения при правильной организации не должны занимать много времени. Но выполнение этой медицинской задачи затягивалось, так как эти дети не являются группой основного внимания в стационаре (на фоне больных детей, нуждающихся в сложной диагностике и интенсивном лечении), а также из-за сложной для больничного персонала процедуры передачи пациентов в дом ребенка³.

Переломным для нас моментом стало начало волонтерского движения в помощь «больничным» сиротам в Москве и Московской области. Волонтеры не просто помогли множеству детей, но и сделали саму проблему видимой.

16 мая 2007 г. был принят Закон Московской области о внесении изменений в закон Московской области «Об обеспечении дополнительных гарантий по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и предоставлении им полного государственного обеспечения», согласно которому внесено в бюджет финансирование содержания детей-отказников, находящихся в больницах, а также финансирование дополнительных ставок для

³ Зелинская Д.И. Социальное сиротство как одна из проблем здравоохранения Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008. № 1.

педагогического персонала в больницы. К сожалению, на сегодняшний день такие законы приняты далеко не во всех регионах.

Работа с детьми-сиротами в медицинском стационаре, направленная не только на лечение, но и на социализацию нашла свое отражение в нормативных актах Департамента Здравоохранения города Москвы в 2008 г. Приказ № 303 от 4 мая 2008 г. «Об организации взаимодействия органов исполнительной власти по жизнеустройству детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в лечебных учреждениях» предписывает организовать на местах подготовку и обучение волонтеров для работы в подведомственных лечебных учреждениях, где находятся дети, оставшиеся без попечения родителей.

А в 2013 г. Ассоциация некоммерческих организаций «Союз волонтерских организаций и движений», в которую входит наш фонд, подписала с Департаментом здравоохранения города Москвы договор о сотрудничестве в сфере немедицинской помощи пациентам больниц.

Постепенно сокращается количество детей-сирот и сроки их пребывания на обследовании, с некоторыми подмосковными больницами мы прекращаем сотрудничество, потому что детей, лишенных родительского попечительства, там уже нет. Много уже сделано, но много еще предстоит сделать.



Цели и задачи проекта

В нашем фонде проект «Волонтерский уход за детьми в больницах» — часть большой программы, самостоятельного направления работы. Это важно как для устойчивости и развития самого проекта. Например, материальное обеспечение больницы может быть формой сотрудничества, позволяющей сотрудникам больницы и волонтерской организации установить доверительные отношения. Это важно и для волонтеров — они могут обращаться за советом к коллегам,



которые занимаются смежными проблемами, или сами менять сферу деятельности, чтобы не «выгорать».

Программа «Помощь детям-сиротам в больницах и сиротских учреждениях» Проекты:			
Волонтерский уход за детьми в больницах	Отказники в больницах: ресурсное обеспечение	«Дети в беде»: содействие лечению и реабилитации детей-сирот с тяжелыми заболеваниями	«Быть рядом»: социализация воспитанников интернатных учреждений

Цель проекта «Волонтерский уход в больницах г. Москвы»: повысить качество жизни детей-сирот, находящихся на обследовании или лечении в больнице.

Задачи проекта:

1. Обеспечить немедицинский уход (эмоциональное общение, игру, развивающие мероприятия).
2. Предотвратить отставания от школьной программы или отставания в развитии (для детей раннего возраста).
3. Снять часть нагрузки с медицинского персонала (выполнение уборки и других функций, которые в стационаре часто делегируются родителям госпитализированных детей).
4. Сделать больничную среду более дружелюбной для детей (организация игровых комнат, детских площадок, украшение стен).
5. Отбирать, готовить и сопровождать волонтеров для эффективной реализации вышеперечисленных задач.

Важно понимать, что даже регулярные визиты в больницу вряд ли заложат основу для отношений привязанности между волонтером и ребенком (детьми). Но у детей появляется новый опыт — опыт индивидуального внимания, эмоциональной близости со взрослым. Это именно то, чего не хватает детям в условиях групповой заботы, даже если их окружают специалисты — воспитатели, логопеды, психологи.

Поэтому миссия проекта «Волонтерский уход в больницах»: быть с ребенком. Следовать за его интересом, эмоционально поддерживать, играть и даже дурачиться на протяжении тех нескольких часов, которые отводятся на общение в больничной палате. Это не означает отказ от развивающих занятий и других полезных педагогических мероприятий. Такая расстановка приоритетов позволяет достичь максимальных результатов за сравнительно короткое время общения волонтеров и детей.

Конкретные задачи волонтерской работы, время общения с детьми, условия — в палате, в игровой, на улице — зависят от профиля больницы и от особенностей самих детей.

.....
В детском отделении Морозовской больницы круглогодично находятся около 30 человек. В среднем госпитализация длится 2–3 недели, но есть тяжелобольные лежащие дети, которые лежат подолгу, месяцами. Волонтеры кормят, поят, переодевают детей, играют, сопровождают на обследования, помогают с гигиеной и уборкой, укладывают спать.

В Центре протезирования дети-сироты находятся не постоянно. Мы на связи с представителями учреждений, и они сообщают нам, когда планируется очередная госпитализация детей. К этому сроку волонтеры готовятся к посещению больницы. Здесь дети проходят длительное лечение от 1 до 3 месяцев. [...] Команда больничных волонтеров ортопедического отделения состояла из 16 человек, которые два раза в неделю навещают ребят, гуляют с ними и играют.

Годовой отчет фонда, 2012.

.....

В московских больницах находятся дети-сироты и дети, фактически лишенные родительского попечения, с очень разными потребностями:

- ❖ Дети-сироты, поступившие в стационар на обследование после отказа (новорожденные) или отобрания их из семьи. Длительность пребывания — две-три недели, однако по ряду причин может изменяться в большую сторону.



- ❖ Дети-сироты, поступившие в стационар на операцию или проходящие длительное (порой, многомесячное) лечение или обследование в стационаре.
- ❖ Дети из семей, приехавшие из других регионов на длительное лечение и таким образом оторванные от родителей.

В крупных больницах для детей-сирот могут выделяться отдельные палаты или целые отделения, специализирующиеся на уходе за младенцами («Нежность» в Морозовской больнице до реструктуризации), обследовании беспризорных и безнадзорных подростков перед помещением их в социально-реабилитационные центры (ДГКБ № 11) и т.д. В небольших населенных пунктах больница, как правило, выполняет все эти функции сразу.



Руководство проектом

В проекте можно выделить несколько организационных **ролей**: координатор проекта, координатор психологической службы, координатор больничной группы.

Примерные обязанности координатора проекта

1. Работа с медицинскими учреждениями:

- ❖ Установление сотрудничества с новыми учреждениями.
- ❖ Организация переговоров с целью выяснения потребностей и организации волонтерской работы.
- ❖ Регулярное посещение подшефных больниц с целью отслеживания потребностей, урегулирования правил, разрешения конфликтных ситуаций в случае их возникновения.
- ❖ Документальное сопровождение работы волонтеров в больницах: заключение договоров с учреждениями, заключение соглашений с волонтерами.

2. Работа с волонтерами:

- ❖ Привлечение волонтеров, организация отбора.
- ❖ Постановка задач для психологов по сопровождению волонтеров.
- ❖ Постановка задач для координаторов больничных групп.
- ❖ Организация обучения и сопровождения: семинары, тренинги, лекции, группы поддержки, командообразующие мероприятия.
- ❖ Сопровождение волонтеров: ведение базы данных, формирование групп, написание инструкций и памяток.

3. Административные функции.

- ❖ Взаимодействие с руководством Фонда для решения организационных вопросов.
- ❖ Координация взаимодействия команды с другими командами (проектами) организации.
- ❖ Планирование бюджета, написание грантовых заявок, составление отчетов.
- ❖ Освещение работы команды на сайте организации или в социальных сетях: размещение отчетов и прочих материалов. Контакт со СМИ или сотрудничество с пресс-службой организации.

Обязанности координатора проекта включают в себя так текущие рутины, так и деятельность по развитию проекта, а также работу с конфликтными или форс-мажорными ситуациями. Поэтому может оказаться полезным привлечение ответственного волонтера на позицию помощника координатора.

При значительном количестве действующих волонтеров удачной стратегией является разделение их на группы, в каждой из которых — около 20 человек. В такой группе проще устанавливать доверительные отношения и открыто обсуждать проблемы с коллегами, эффективно обмениваться информацией и просто часто встречаться (чем меньше волонтеров, тем легче согласовать дату и время). Группы могут выделяться по какому-нибудь основанию, сближающему волонтеров: по «топографическому» принципу — больница, отделение; по времени — будни, выходные дни.



Примерные обязанности координатора больничной группы

- ❖ Составляет расписание посещений больницы и отслеживает посещаемость.
- ❖ Взаимодействует с медицинским и административным персоналом больницы, является проводником информации между персоналом, волонтерами и организаторами проекта.
- ❖ Способствует обмену информацией внутри команды: следит за ведением Журнала посещений, организует неформальные встречи группы.
- ❖ Помогает новичкам включиться в работу группы.

Обязанности координатора психологической службы. Участие профессионального психолога с опытом работы является одним из важных условий для реализации проекта. Однако если среди организаторов проекта нет людей с психологическим или смежным образованием, возникают закономерные вопросы: Какой психолог подойдет нам? Где найти такого специалиста? Может ли психолог проекта быть волонтером? Поэтому специфике задач, которые приходится решать психологу в проекте, о требованиях к его подготовке и другим вопросам мы посвятили отдельный раздел «Психологическая служба проекта».

Документация

Чтобы «волонтерский» проект не превращался в «стихийный», он должен основываться на письменно закреплённых обязательствах. Рассмотрим основные типы документов, которые потребуются для организации присутствия волонтеров в детской больнице. С примерами большинства упомянутых здесь документов вы можете ознакомиться в Приложении.

На уровне волонтера

Договор с волонтером. Конкретное содержание договора с волонтером может варьировать в зависимости от того, чем он будет заниматься в проекте. Владимир Хромов предлагает общую «рамку», которая поможет любому НКО составить договор с волонтером⁴:

Волонтер	Некоммерческая организация или волонтерское сообщество
Права	
На правдивую информацию; На обучение, помощь, поддержку; На общение с единомышленниками; На самореализацию; Начать работу в любой момент [возможны ограничения в связи с необходимостью подготовки]; Прекратить работу в любой момент.	На правдивую информацию; Принять волонтера и расстаться с ним по своему усмотрению; Предложить волонтеру варианты применения его знаний и навыков.
Обязанности	
Разделять миссию организации; Уважать внутренние правила организации; Уважительно относиться к благополучателям; Уважать распорядок медучреждения, его сотрудников; Исполнять взятые на себя задачи.	Подготовить и обеспечить безопасное место труда волонтера; Обеспечить волонтера материалами; Подготовить среду для общения, досуга, развития волонтера.

Документы о разрешении использования организацией **персональных данных** волонтера и о неразглашении волонтером персональных данных и врачебной информации о детях, которые они могут узнать в больнице.

Должностная инструкция волонтера (своя собственная для каждой больницы / отделения). Подписывается всеми волонтерами группы, описывает уникальные требования данного лечебного учреждения. Второй экземпляр может храниться у руководства больницы (отделения).

На уровне проекта / больницы

Договор о сотрудничестве с больницей.

И снова **должностная инструкция волонтера**. Этот документ используется не только для инструктажа, но и в процессе урегулирования конфликтов между волонтерами и медицинскими работниками.

⁴ 100 вопросов про НКО: Что нужно знать, чтобы ваша деятельность была успешной? / Минисправочник для руководителя некоммерческой организации. — М.: АСИ, 2012. — с. 70.



Совместное составление правил волонтерской работы в отделении является первым этапом реального сотрудничества между волонтерской организацией и медицинским учреждением, помогает увидеть специфику понимания целей и задач работы каждой из сторон, наладить взаимодействие.

Внутренняя документация проекта (например, отчеты психологов о собеседованиях; планы образовательных семинаров).

На уровне населенного пункта / региона

Возможность заключить договор на уровне департамента или министерства — это серьезный шаг. Он открывает для волонтеров возможность помогать детям во всех подведомственных медучреждениях (что, конечно, несет в себе как пользу, так и риски). Мы надеемся, что московский опыт в этой сфере поможет вам мотивировать медиков на сотрудничество и самим подготовиться к такому шагу.



Организация работы с волонтерами

В зависимости от того, для каких задач привлекаются волонтеры, им нужен разный объем подготовки, а организации — разная степень строгости отбора.

	Вспомогательные функции в проекте	Работа непосредственно с детьми
Требуют специальной подготовки (квалификации, навыков)	Психолог, проводящий собеседования Ведущий обучающих семинаров Автор материалов для СМИ	Волонтер, посещающий детей-сирот в больнице
Не требуют специальной подготовки	Участник акций по сбору материальной помощи больницам Ведущий страницы проекта в социальных сетях	Даже волонтеры с педагогическим и медицинским образованием проходят отбор и обучение

Этапы работы с волонтерами

Проект, в котором участвуют волонтеры, требует большой организационной работы с людьми. При этом организаторы не могут рассчитывать только на активную жизненную позицию добровольцев. Человек, готовый отдавать время и силы детям, может быть не готов становиться активистом еще и в организационных вопросах. Тем более, когда речь идет о работе в медицинских учреждениях, где не все инициативы одинаково уместны. Поэтому мы подробно остановимся на этапах работы с волонтерами.

1. Привлечение волонтеров.

- ❖ Привлечение в сети интернет. Заполнение анкет на сайте организации (контактная информация, интересующие сферы деятельности в рамках волонтерской организации).
- ❖ «Дни открытых дверей» — сотрудники и опытные волонтеры фонда встречаются со всеми желающими, проводят презентацию проектов фонда, отвечают на вопросы.
- ❖ Благотворительные акции. На мероприятиях по сбору материальной помощи волонтеры могут раздавать листовки и консультировать всех интересующихся на предмет того, чем, кроме пачки памперсов, они могли бы помочь фонду.

2. Отбор волонтеров.

Производить отбор волонтеров необходимо, чтобы:

- ❖ Ограничить доступ к детям для людей, в силу личностных особенностей не способных к адекватному общению с ними.
- ❖ Переориентировать людей, для которых непосредственная работа с детьми в больницах может оказаться чрезмерной психологической нагрузкой, на другие формы волонтерской помощи.
- ❖ Проводить «профорientацию» волонтеров: оценивать, на каком участке работы его помощь будет наиболее эффективной.

Одним из средств отбора является собеседование с психологом. В спорных случаях оно может быть дополнено наблюдением за потенциальным волонтером в ходе вводного тренинга: как он взаимодействует с членами группы, что рассказывает о себе и какие вопросы задает.



3. Подготовка (обучение) волонтеров.

Проводить обучающие мероприятия для волонтеров необходимо, чтобы:

- ❖ Достичь единства понимания проблем, целей и задач работы; включить разрозненные сведения, собственных наблюдений и выводов в целостную картину, описывающую потребности неблагополучных семей, детей, растущих в них, и необходимую для них поддержку.
- ❖ Передать умения и навыки, необходимые для общения с неблагополучными семьями и осуществления реабилитационных мероприятий.
- ❖ Познакомить с работой различных специалистов (юрист, социальный работник, психиатр и др.), мотивировать на взаимодействие с ними.
- ❖ Удовлетворить их собственные потребности в личностном развитии и новых знаниях. Конечно, есть люди, для которых такая подготовка — формальность, но для многих других — это значимый «бонус» от волонтерства.

4. Сопровождение волонтеров.

Является важной составляющей работы, в которой решаются очень разные задачи — от разрешения конфликтов до профилактики эмоционального выгорания. Название «психологическое сопровождение» было бы слишком узким, но психологической проблематики здесь много.

Задачи сопровождения волонтеров:

1. Выработка общего понимания целей и задач помощи детям-сиротам в больницах.
2. Осознание волонтерами условий и границ своей деятельности; адаптация волонтеров к требованиям, предъявляемым к ним лечебным учреждением.
3. Профилактика эмоционального выгорания и других негативных состояний, возникающих в связи с особенностями волонтерской деятельности.

4. Разрешение конфликтов между волонтерами, волонтерами и лечебным учреждением, волонтерами и подопечными.
5. Дополнительное психолого-педагогическое просвещение, обучение навыкам общения с детьми-сиротами.
6. Получение обратной связи о процессе волонтерской деятельности.
7. Командообразование, создание условий для поддерживающего общения волонтеров, трансляции опыта по принципу «равный — равному». Предотвращение «текучки кадров» среди волонтеров.
8. Помощь в поддержании баланса между волонтерской деятельностью и другими сферами жизни.



Структурированное интервью для отбора кандидатов на роль волонтера, работающего с детьми-сиротами в больницах

Общая информация

1. ФИО
2. Дата рождения. В больницы не допускаются люди в возрасте младше 18 лет. Других специальных ограничений по возрасту нет.
3. Семейное положение, наличие детей.
4. Образование
5. Место и график работы
6. Увлечения, интересы, хобби
7. Место жительства, наличие машины
8. Контакты (мобильный телефон, e-mail)
9. Организационные вопросы. В нашем фонде активно используются интернет-ресурсы и база данных волонтеров, поэтому интервьюер уточняет, заполнял ли кандидат в волонтеры анкету на сайте и под каким именем регистрировался на форуме.

Основные критерии: три ключевых вопроса, которые влияют на отказ при собеседовании.



1. Характер мотивации. Важно, чтобы в центре ее был именно ребенок-сирота, а не молодой человек, которого надо «приучать к детям» и поэтому ходить вместе с ним; не планируемый ребенок и репродуктивные проблемы, которые тут же решатся, как только начнешь помогать детям и т. д. Также важно оценить сформированность и продуманность мотивации, чтобы в будущем не сталкиваться с «отсевом» быстро потерявших интерес волонтеров. Мотивация, основанная на исключительно эмоциональном порыве — «зажигать улыбки на лицах детей» — ведет к быстрому развитию эмоционального выгорания, а также уменьшает пользу, которую дети могут извлечь из общения и совместной деятельности со взрослым. Такие виды мотивации как самоутверждение или компенсаторная мотивация (не всегда осознаваемая) проявляются в ответах на другие вопросы интервью.

Поскольку прямые вопросы о мотивации, как правило, вызывают социально желательные ответы, можно спросить:

Когда и как вы узнали о волонтерском движении в больницах? Почему вы решили присоединиться именно к этому проекту? Как вам пришла в голову эта идея? Какова ее история?

2. Есть ли риск для детей (физический или психологический)?

При малейших сомнениях происходит отказ.

Есть ли опыт общения с детьми? Что было положительного в этом опыте, а что отрицательного? С какими проблемами сталкивались? Что для вас важно в воспитании ребенка?

Многим людям очень сложно оценить свой опыт и навыки общения с детьми, если у них еще нет своих собственных детей (или они давно уже выросли). При ответе «У меня совсем нет опыта общения с детьми», нужно помочь кандидату структурировать свой опыт, учитывая младших братьев или сестер, племянников, детей друзей. Отсутствие такого опыта является противопоказанием только для работы с младенцами, которая тесно сопряжена с гигиеническим уходом и требует практических навыков.

Абсолютные противопоказания: жестокость, равнодушие, отсутствие эмпатийности, способности к сопереживанию в ответах кандидата и, естественно, подозрения на психические заболевания.

Психолог не может поставить точных диагнозов в силу своих компетенций, его задача в такой ситуации — перестраховаться, ставя безопасность детей во главу угла. В ходе собеседований выявлялись и такие случаи:

.....
Серьезное расстройство личности — с идеями спасительства и мессианства, с нарушениями мышления, с неспособностью воспринимать ребенка как отдельное существо со своим внутренним миром.

Отсутствие эмпатии, понимания ребенка, скрытая агрессия: трактовка крика и плача ребенка как проявление «дурной генетики», с соответствующим намерением погасить досаждающую реакцию малыша инъекцией транквилизатора — у кандидата с медицинским образованием и многолетним опытом работы в детском отделении больницы.
.....

На интервью оцениваются именно личностные качества кандидата, независимо от его профессионального образования. В целом педагогическое или психологическое образование является ценным ресурсом, но есть и специфические проблемы. Некоторые педагоги привыкли ориентироваться скорее на развивающие занятия, чем на эмоциональное общение, а психологам, привыкшим обращать внимание на нюансы контакта, бывает очень тяжело наблюдать за положением детей-сирот. Опыт успешного руководства детским коллективом может приводить к завышенным ожиданиям от волонтерской деятельности.

Как Вы думаете, чем дети-сироты отличаются от обычных детей?

От кандидатов волонтеры не требуются точные научные знания, нас интересует общая адекватность. Если представления о детском развитии и/или о специфике детей-сирот у кандидата в волонтеры неадекватны, важно понять причину: недостаток знаний и опыта или когнитивные искажения защитного или посттравматического характера.

Что Вы будете делать, если придете в больницу, а там девочка 12 лет с умственной отсталостью в грязном белье и с соответствующим запахом?



Еще одно распространенное противопоказание — брезгливость, общее негативное отношение к людям с особыми потребностями, психическими особенностями, к «другим».

3. Есть ли риск (психологический) для самого человека?

Источники риска — это проблемы с установлением границ и собственный незавершенный травматический опыт.

Способность к установлению границ проверяется с помощью трех кейсов (либо всех, либо одного на выбор, если видим, что этого достаточно):

- ❖ *Ребенок в ДД Вас обнимает, залезает на колени и говорит: «Возьми меня домой, я хочу, чтобы ты была моей мамой».*
- ❖ *Ребенок агрессивен: вы случайно прервали его игру, а он кричит матом и кидается на вас с кулаками, швыряет игрушкой.*
- ❖ *Вы приходите, а ребенок на вас вообще никак не реагирует, сидит и смотрит в пространство.*

Ответы помогут понять не только способность волонтера устанавливать границы, но и покажут, как он регулирует собственные реакции в подобных ситуациях, насколько (не)гибкие его воспитательные установки.

Информация о травматическом незавершенном опыте, ситуации острого горя может быть выявлена по вопросам о семейном положении, взаимодействии с детьми (гибель детей, развод, неудачные ЭКО и др.). Но здесь возможны нюансы. Иногда риск для человека есть, но отказ может нанести большую травму. Взвешиваем возможные риски и принимаем решение с учетом информированного согласия самого кандидата.

4. Есть ли риск конфликтов с персоналом?

Пожалуйста, вспомните какую-нибудь из недавних конфликтных ситуаций, о которой могли бы немного рассказать? Кто был инициатором конфликта? Как удалось его разрешить? Что вы чувствовали при этом?

При подозрениях на то, что человек склонен к провоцированию и эскалации конфликтов, не готов идти на компромисс, с ним лучше

расстаться. Конфликты с персоналом — риск для всего проекта. Также важно оценить уровень импульсивности — агрессивные импульсы часто направляются на медицинский персонал, что не облегчает ситуацию.

Что обычно выводит вас из себя? Когда вы в последний раз испытывали очень сильные чувства, неважно, положительные или отрицательные?

Также противопоказаниями являются:

- ❖ Активный поиск приемного ребенка — это должно происходить предусмотренными законом путями.
- ❖ Отсутствие опыта ухода за детьми — в случае больничных волонтеров, желающих ухаживать за младенцами.

Есть ряд тем, которые психолог может дополнительно обсудить с кандидатом, если видит их актуальность.

Собственный детский опыт

Если в основе действительно лежат травматические детские переживания, важно оценить тяжесть травматизации и, следовательно, возможность участия в волонтерской деятельности. Часто травматические события связаны со смертью сиблингов, их болезнью или инвалидностью. В таком случае одним из косвенных показателей способности справиться с задачами помощи детям-сиротам в больнице является осознание иррационального чувства вины перед умершим, перевод его в конкретные конструктивные шаги.

Свой тяжелый опыт может быть эффективным стимулом волонтерской деятельности, и в целом ситуацию, когда человек помогает другим, сознательно или бессознательно реабилитируя этим себя, нельзя по умолчанию считать «неправильной». Но когда потребность в «исправлении» собственного мироощущения выходит на первый план, это говорит о потребности в помощи специалиста.

В процессе собеседования такой человек с его поиском позитивных путей решения внутреннего конфликта вызывает у психолога искреннее сочувствие. Однако вывод о готовности или неготовности его к волонтерской работе с детьми-сиротами должен делаться исходя из интересов детей.



Поддержка от ближайшего окружения

Некоторые волонтеры приходят к этой деятельности через пример значимых людей: участие друга / подруги в волонтерском движении, просто «работа с детьми» (в самых разных контекстах) кого-то из родных. Наличие такого примера обычно повышает стабильность волонтерской деятельности.

Бывают ситуации, когда кандидат в волонтеры вообще ни с кем не делится своими планами начать помогать детям. Это бывает связано как с нежеланием говорить о том, что еще не случилось, так со страхом (или даже твердой уверенностью), что никто не поддержит их в этом решении.

Адекватность оценки времени, которым располагает кандидат в волонтеры

Как часто вы готовы ходить в больницу? На сколько часов?

В какое время заканчивается ваша работа / учеба?

Сколько времени отнимает дорога от работы / от дома до больницы?

Какие еще важные дела у вас приходятся на выходные дни?

Кто будет сидеть с вашим ребенком в ваше отсутствие? Насколько эта помощь постоянная? Приходилось ли вам так долго уходить от ребенка (если он совсем маленький)?

Независимо от развития навыков планирования, кандидаты в волонтеры (как и все люди) склонны переоценивать количество времени, которое могут посвящать детям в больнице. Надо увязать регулярность и длительность посещений, которые заявляет интервьюируемый, с его реальным расписанием.

Некоторые люди приходят на собеседование на потому, что на данном этапе реально собираются заниматься помощью детям-сиротам, а потому, что где-то услышали о проблеме «больничных» сирот, были глубоко эмоционально затронуты этой темой. Они нуждаются в контейнировании этих эмоций и / или хотят предпринять какой-нибудь практический шаг, чтобы не быть молчаливыми свидетелями сложившегося положения дел. Крайне редко, но осознание этого факта может происходить прямо в процессе интервью. Они могут плакать во время беседы или выражать гнев, призывая к ответу «власть имущих» и т. д.

В случае, когда у психолога остаются сомнения и требуется дополнительный источник информации для принятия решения, можно использовать диагностические методики. Наши психологи выбрали для этих целей опросник Шмишека в модификации Леонгарда (см. Приложение).

Завершение интервью:

1. Полный отказ от сотрудничества.
2. Мягкий отказ в работе с детьми, по причине того, что кандидат к этому еще не готов. Можно предложить другие варианты волонтерства в организации — участие в акциях, работу на складах и т. д.
3. Прием волонтера в команду и завершающий интервью первичный инструктаж.

Важные моменты, которые нужно проговорить в конце беседы:

- ❖ Положение о конфиденциальности. ФИО, диагнозы, сведения о семье, фотографии детей и т. д. разглашению не подлежат.
- ❖ С персоналом не конфликтуем! Если есть какие-то непримиримые противоречия, то решать их должен координатор больницы группы или координатор проекта.
- ❖ Темы кровной семьи, вопросы о приемных родителях в разговоре с детьми не поднимаем. Реакция ребенка может быть самой непредсказуемой.
- ❖ Очень важно, чтобы подарки ребенку были личные и не столько дорогие, сколько идущие от души (пирог вашего приготовления, открытка, вязание, альбом с фотографиями и т. д.)

Таким получается портрет нашего волонтера:

- ❖ Он психически здоров, у него нет химических зависимостей и личностных особенностей, представляющих потенциальную угрозу для ребенка.
- ❖ Он способен нести ответственность за жизнь и здоровье ребенка, соблюдать правила.
- ❖ У него сравнительно адекватная мотивация — альтруистическая, «от избытка» ресурсов, при этом он может компенсировать некоторые свои проблемы, если осознает это и держит ситуацию под контролем.



- ❖ Он готов выполнять «грязную» работу (смену памперсов) в случае необходимости.
- ❖ Он эмпатичен.
- ❖ У него адекватные представления о развитии и потребностях ребенка, об особенностях детей-сирот (а при отсутствии достаточной информации — готов к обучению).
- ❖ Он способен адекватно оценивать границы своих возможностей, сохранять дистанцию между своей личной и профессиональной жизнью.
- ❖ Он умеет работать в коллективе и готово сотрудничать с другими людьми, имеющими отношение к заботе о детях-сиротах.
- ❖ Он обладает достаточной гибкостью — личностной чертой, необходимой для адаптации к волонтерской деятельности в условиях медицинского учреждения и при общении с детьми-сиротами, имеющими очень разный уровень развития относительно своего календарного возраста, разные проблемы.
- ❖ Он стрессоустойчив и/или знает как позаботиться о себе в трудные моменты.

В целом ситуация с обеспечением больниц волонтерами такова, что речь идет не о выборе «идеальных» волонтеров, а об отсеивании людей, неспособных конструктивно общаться с детьми или выдерживать нагрузку.



Обучающая программа

Задачи обучения волонтеров:

- ❖ Достичь единства понимания проблем, целей и задач работы.
- ❖ Актуализировать уже имеющиеся у волонтеров знания, объединить их жизненный опыт, наблюдения и знания в целостную картину.
- ❖ Познакомить с закономерностями нормального развития ребенка и влиянием на него депривации, т. е. помочь понять,

почему дети-сироты отличаются от «семейных», почему ведут себя именно таким образом.

- ❖ Помочь увидеть жизнь ребенка в длительной перспективе (что помогает волонтерам преодолеть ощущение «бесполезности» своей деятельности, связанное с отсутствием видимых результатов и сравнительно быстрой разлукой с детьми).
- ❖ Передать умения и навыки, необходимые для занятий с детьми, для общения с ними.
- ❖ Познакомить с различными специалистами, мотивировать на взаимодействие с ними.

Форма работы	Организация группы	Этап работы
Дискуссионные клубы	Открытая форма работы для всех желающих	Значима на стадии принятия решения о начале волонтерской деятельности.
Вводный тренинг	Желательно в составе группы, которая собирается в одну и ту же больницу (отделение), чтобы тренинг помог знакомству и командообразованию.	Настойчиво рекомендуется для новых волонтеров после собеседования и перед началом работы.
Обучающая программа	В открытых группах (желательно поддержание стабильности их состава).	Рекомендован для уже приступивших к работе волонтеров, уже имеющих практические вопросы, реальные ситуации, которые они хотели бы вынести на обсуждение.

Клубные (дискуссионные) встречи.

Формат клубных встреч позволяет:

- ❖ «Перетасовать» новичков и опытных волонтеров, чтобы организовать обмен опытом в ситуации, интересной и тем, и другим,
- ❖ Обсудить «философские» вопросы: понимание миссии организации, глобальные цели и задачи (в отличие от обучающих семинаров на конкретную тематику),



- ❖ Дать новичкам возможность сориентироваться в сфере волонтерской деятельности по помощи детям-сиротам.

«Джон»

Дискуссионные встречи можно выстраивать вокруг просмотра тематических фильмов, например, «Джон». Этот фильм был снят в Великобритании в 1969 г. В нем показаны несколько дней из жизни благополучного «семейного» ребенка в возрасте полутора лет. Его отец не мог взять отпуск, когда мать отправилась в роддом, родственники жили далеко, поэтому родители на несколько дней поместили Джона в дом ребенка. Фильм показывает этапы переживания ребенком разлуки со значимым взрослым и негативные жизни в учреждении, которые не сглаживаются даже усилиями воспитателей, хорошо относящихся к детям.

Чтобы организовать продуктивное обсуждение фильма, желательно познакомиться с историей и контекстом его создания. Подробнее об этом можно прочесть в пособии *Довбня С.В., Морозова Т.Ю. В поисках решения: материалы к фильмам «Дорога домой», «Джон».* СПб: Издательство Санкт-Петербургского Института раннего вмешательства, 2007. — 2-е, исправленное и дополненное.

Приведем здесь некоторые факты:

- ❖ Родители Джона дали разрешение на съемку и ее использование. Они понимали, что Джон будет переживать без них, но считали свое решение наилучшим выходом из ситуации. Чтобы подготовить ребенка к разлуке, они заранее посетили дом ребенка вместе с ним.
- ❖ Съемки проводились в доме ребенка, который был создан некоммерческой организацией и служил также базой для практики будущих воспитателей домов ребенка — это объясняет частую смену студенток-воспитательниц.
- ❖ Авторы фильма — Джеймс Робертсон, социальный работник и исследователь, и его супруга Джойс, специалист по работе с детьми-дошкольниками (иногда она появляется в кадре, но, к сожалению, она не может вмешиваться в происходящее с Джоном). Они создали еще четыре фильма о детях, лишенных

родительской заботы, которые оказали сильное влияние как на общественное мнение, так и на социальную политику в Великобритании (Довбня С.В., Морозова Т.Ю., 2007).

http://new.eii.ru/informacionnyj_centra/video_materialy/film_dzhon/

Главные условия работы с фильмами — документальными или художественными:

- ❖ Человек, который руководит просмотром и обсуждением, должен внимательно посмотреть фильм заранее (учитывая количество различных рецензий и отзывов в интернете, есть соблазн нарушить это простое правило).
- ❖ Время мероприятия должно быть рассчитано таким образом, чтобы оставить возможность для полноценного обсуждения увиденного. Это правило не только эффективности, но и безопасности — увиденное может быть травматичным для зрителей, им нужно дать возможность проговорить свои чувства, страхи, сомнения. Парадоксально, но иногда даже опытный волонтер, спокойно переживающий повседневные проблемы своих подопечных, не готов видеть подобное «на большом экране», со стороны.
- ❖ Смотрите то, что вы готовы видеть снова и снова. Если перспективы показать один и тот же фильм уже десятому потоку новичков вас не радует, попросите коллегу или опытного волонтера помочь вам. Невовлеченность и усталость от материала у ведущего довольно заметны и негативно влияют на всех участников группы.

Вводный тренинг

Вводный тренинг решает следующие задачи:

- ❖ Более тщательный отбор (по результатам тренинга некоторым волонтерам может быть рекомендовано пересмотреть свое решение о работе в больнице).
- ❖ Повышение готовности волонтеров к работе с детьми-сиротами.
- ❖ Повышение готовности волонтеров к сотрудничеству с медицинским персоналом, к выполнению организационных требований.
- ❖ Командообразование.



Он состоит из трех обязательных блоков: «Введение в проблему социального сиротства», «Влияние депривации на развитие ребенка», «Роль волонтера в жизни ребенка-сироты в больнице».

«Введение в проблему социального сиротства»

Информационная часть, в которой рассказывается о том, как дети становятся детьми-сиротами или оставшимися без попечения родителей, о разных типах интернатных учреждений и, конечно, о том, что происходит в жизни ребенка, когда он попадает в больницу на лечение или — после отобрания из кровной семьи — на обследование.

Упражнение: мозговой штурм на тему «Что приходит вам в голову, когда вы слышите словосочетание “дети-сироты”»? Все идеи, ассоциации, признаки ребенка-сироты записываются на флип-чарт.

Волонтеры могут разделять некоторые мифы о детях-сиротах, существующие в обществе, как позитивные, так и негативные. При этом у ведущего нет задачи сразу же объявить эти представления «неправильными». В ходе обсуждения можно исследовать источники этих сведений (Откуда мы это узнали?), их универсальность (Всегда ли дети-сироты бывают именно такими?), а также задуматься о причинах (Почему дети начинают вести себя так? Чем им помогает такое поведение?). Когда мы задаем вопросы, выстраиваем аналогии, это создает конструктивную атмосферу, помогающую понять переживания детей.

.....

Другой пример: ребенок не хочет учиться. Слушает и как будто не слышит, не понимает элементарных вещей. Гены? Патология? А что бывает со взрослыми благополучными людьми, пережившими трагедию (стихийное бедствие, теракт, потеря близких и др.)? Способны ли они после случившегося проявлять любознательность и внимание, быть сосредоточенными? Между тем для ребенка изъятие из семьи — это еще большая катастрофа. Ведь разрушился его мир, и он пока не знает, что все образуется, не понимает причин происходящего. А ему объясняют таблицу умножения...

Людмила Петрановская, специалист по семейному устройству

.....

Бывает, что в группе оказываются волонтеры, которые настроены на обсуждение острых социальных проблем или тех, кого считают в них виноватыми. Они могут резко критиковать кровные семьи («они все алкаши»), не доверять органам опеки и попечительства («безопасность ребенка — это отговорки, они отнимают детей у нормальных родителей»), подозревать приемных родителей в меркантильности, мечтать немедленно закрыть все детские дома... или считать их не таким уж плохим местом для воспитания ребенка.

Естественно, что у организации и у ведущего лично есть определенная позиция в отношении этих проблем. Например, наш фонд в целом толерантно относится к родителям, которые не очень справляются со своими обязанностями (но любят детей и не причиняют им сознательный вред).

Надо понимать, что не по всем вопросам необходим консенсус с волонтером: так обсуждение темы кровных родителей в больницах подчиняется простым правилам, одинаковым для всех. Не начинать разговор о них самому, внимательно выслушать рассказ ребенка, но не развивать эту тему дальше. Для того, чтобы их соблюдать, от человека не требуется менять систему взглядов на мир.

Неизбежно, что часть волонтеров не будут продолжать свою активность после вводного тренинга. «Отрицательный отбор», когда люди понимают, что на самом деле хотят заниматься другим, не имеют достаточно времени на первом этапе — более желательный результат, чем «текучка» волонтеров, уже приступивших к работе в больницах. Поэтому ведущий должен помнить: может быть, непримиримый оппонент просто хочет быть услышанным, и на этом его сотрудничество с вами закончится.

.....
Был как-то раз у нас на встрече мужчина. В Москве проездом. Еще до встречи он сказал, что у него было сложное детство. Но тогда я не совсем поняла, зачем он пришел: времени и возможности для помощи у него не было. Со встречи он ушел очень довольный. Возможно, ему стало легче от осознания того, что есть люди, которые помогают детям в ситуациях, сходных с той, которая была у него.

Галина Александровская, координатор по работе с волонтерами
.....



Если по вопросам к информационной части видно, что обсуждение уходит к вопросу «Кто виноват?» или участники группы затрудняются описать свои ассоциации с понятием «дети-сироты», можно попробовать обратиться к литературным и кино-героям — сиротам.

Упражнение 2. Задание: «Назовите любых литературных или киногероев, которые являются детьми сиротами». Ведущий записывает их имена на флип-чарте. Время на выполнение задания — 10–15 минут. В список персонажей, которые чаще всего фигурируют при обсуждении, входят Маугли, Том Сойер и Гекльберри Финн, Оливер Твист, Гарри Поттер, Колобок, Золушка, Дюймовочка, Гадкий Утенок, Пеппи Длинный Чулок, Карлсон, Белоснежка, Гаврош, Мио, Кун-Фу Панда, сестрица Аленушка и братец Иванушка. Уже на этом этапе выполнения задания и обсуждения его в группе звучат такие мнения: «Как их оказывается много!», «Надо же! Никогда не думал!» — таким образом формируется представление о том, что тема детей-сирот — это большая тема и не всегда она была «закрытой», что о ней писали и размышляли многие авторы.

Следующее задание, которое получает группа: «Решить для себя, кого бы из этих детей вы согласились бы взять в свою семью [*в нашем случае — с кем бы вы хотели общаться*], а кого бы нет, и объяснить причины». По итогам выполнения задания в группе могут образоваться персонажи, которые одновременно оцениваются как положительные, желаемые для принятия в семью, одними участниками, и как отрицательные — другими. Обычно это касается взрослых персонажей и персонажей с известным трудным поведением (Том Сойер, Маугли, Гарри Поттер, Пеппи). Ведущий группы открывает дискуссию, в ходе которой обе стороны могут высказать свое отношение и обсудить положительные и отрицательные качества персонажа.

Другое вариант выполнения этого упражнения: ведущий группы предлагает к обсуждению персонаж, наиболее предпочтительный для взятия в семью [*для общения, установления дружеских отношений*] и предлагает найти у него негативные характеристики, которые бы препятствовали его помещению туда. И, наоборот, выбирается персонаж — аутсайдер, и у группы просят найти у него положительные черты (Франтова Д.К., 2012).

«Влияние депривации на развитие ребенка»

Мозговой штурм и последующая дискуссия из первого блока — непосредственный переход ко второму блоку.

Информационная часть: понятия о депривации и госпитализме, о привязанности и ее нарушениях. Волонтерам, посещающим детей в больницах, важно понимать, что у них не будет времени на установление отношений привязанности со своими подопечными, и от них не требуется реализовывать функции приемного родителя или терапевта. Их основная роль в развитии ребенка — создание нового опыта общения с заинтересованным, поддерживающим, принимающим взрослым. Поэтому знания о привязанности и ее типах важны в контексте того, какими могут быть реакции ребенка на нового взрослого, способы вступления в контакт (или его избегания), особенности поведения.

Важно не перегрузить слушателей большим объемом информации — эта тема еще раз, в интерактивном формате и с использованием упражнений должна войти в обучающую программу. Можно использовать яркие метафоры, помогающие запомнить главную мысль.

.....
Я приведу простой пример. Акушеры в Англии учат говорить молодым мамам следующее: «Ваш ребенок родился с половиной мозга. Одна половина дана ему природой, а вторая половина — это то, что у него появится в результате вашего с ним общения».

Станислав Довбня, детский невролог
.....

Но не забывайте про жизнестойкость детей, их потенциал к восстановлению. Вряд ли нашей задачей является уверить волонтеров, что все дети-сироты «ненормальны». Мы скорее говорим об обычных детях, вынужденных приспособливаться к ненормальной ситуации.

«Роль волонтера в жизни ребенка-сироты в больнице»

После второго блока перед волонтерами встает вопрос: чем же они могут быть полезны, если проводят немного времени с детьми —



один-два раза в неделю на протяжении двух-трех недельной госпитализации? Чтобы ответ — создавать позитивный опыт общения, который поможет детям в будущем — не звучал как безликая теоретическая информация, нужно применить его на практике.

Упражнение 3. Ситуация для разбора в группе: Представьте себе, что вы пришли в палату, где лежат трое детей, среди них девочка лет пяти. Вы говорите ей: «Привет! Как тебя зовут?». Она не отвечает вам и смотрит как бы мимо. Что можно сделать, чтобы установить с ней контакт?

Участники группы предлагают разные идеи, используя свой опыт общения с детьми. Это помогает им почувствовать готовность к работе в больнице, убедиться в своей компетентности. Это также моделирует работу группы в процессе сопровождения волонтеров (об этом написано ниже).

Инструктаж. Вводный тренинг обязательно оканчивается инструктажем. Также важно раздать памятки в письменном виде (образец памятки приводится в конце пособия).

Курс обучения

Учебный курс может состоять из нескольких модулей, которые проходят с регулярностью примерно один раз в месяц. Обязательными темами являются:

- ❖ Более подробное изучение вопросов развития ребенка с учетом влияния депривации.
- ❖ Обучение навыкам взаимодействия с детьми: развитие эмпатии и установление границ.
- ❖ Обучение взаимодействию и играм с целевой возрастной группой детей (дошкольники, подростки, разновозрастные группы).
- ❖ Обучение взаимодействию и играм с «особыми детьми» или информирование волонтеров об определенных заболеваниях, актуальных для данной больницы / отделения (ВИЧ, онкология и др.).

Для освещения разных тем можно приглашать специалистов, не участвующих в проекте, отдавая им роль основного ведущего или соведущего, эксперта, отвечающего на вопросы и т. д. Роль приглашенного

специалиста следует отметить особо. Он не просто доносит некую информацию до волонтеров, но выполняет еще несколько функций:

- ❖ Участие в обучающих семинарах представителей медицинских специальностей может способствовать пониманию позиции врачей в больнице и, как следствие, снижению числа конфликтов на «рабочем месте» волонтера.
- ❖ Знакомство со специалистами служит для осознания волонтерами границ их и своей собственной профессиональной компетентности.
- ❖ Приход специалистов из других организаций помогает волонтерам почувствовать себя частью большего сообщества.

Примерная тематика занятий

	Тема	Приглашенный ведущий	Формы работы
1.	Что такое депривация	Опытные волонтеры и (или) психологи, работающие с детьми-сиротами	Просмотр фильма или выполнение тренинговых упражнений. Информационная часть. Дискуссия.
2.	Работа с детьми от 0 до 1 года	Педиатр: рассказ о детской гигиене, приемах массажа.	Отработка навыков на куклах. Вопросы педиатру. Информационная часть. Тренинговые упражнения.
3.	Работа с детьми от 1 до 3 лет	Логопед: рассказ о развитии речи ребенка и о том, как можно ему в этом помочь.	Вопросы логопеду. Информационная часть. Игры и игрушки: практикум.
4.	«Особые» дети	Дефектолог или специальный психолог. Вариант: волонтер из организации, помогающей детям с нарушениями развития, достаточно профессиональной владеющей темой.	Просмотр фильма или рассказ специалиста. Вопросы специалисту. Дискуссия.



5.	Навыки взаимодействия: развитие эмпатии и установление границ	Психолог	Дискуссии, упражнения на взаимодействия, просмотр видео.
6.	Хронические инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатит С)	Врач или сотрудник СПИД-центра	Лекция, вопросы специалисту.
7.	Игры с малышами	Педагог, ведущий групп для мам с детьми, или опытный волонтер	Мастер-класс с активным включением в игры; с использованием игрушек, кукол-младенцев для отработки массажа и др.
8.	Групповые игры, занятия для разновозрастных детей	Профессиональный педагог, вожатый или аниматор, опытный волонтер	Мастер-класс с активным включением в игры.

Конкретное содержание занятий остается на усмотрение специалистов вашей организации. Мы можем предложить ряд идей для освещения важных тем.

«Особые» дети. В работе с ними детьми от волонтеров не требуется очень глубокого знания медицинских диагнозов или дефектологии. Основная идея: общение дается таким детям тяжелее (из-за нарушений слуха, зрения, артикуляции), но оно им нужнее всего. Волонтерам надо дать практические навыки бытового ухода и установления контакта. Для отработки навыков полезно использовать обучающие видео. Например, фильм «Форпост» (<http://pravfilms.ru>) о социальном служении монахов Свято-Вознесенского монастыря, показывает много таких эпизодов (их можно показывать по-отдельности, без демонстрации всего фильма).

Навыки взаимодействия также можно отработать при помощи видеозаписей. На YouTube в свободном доступе есть масса роликов, где родители кормят, купают или развлекают младенцев или дошкольников. В группе их можно анализировать с точки зрения определенных параметров взаимодействия. Например, замечать сигналы

от ребенка (нахмурился, отвернулся, улыбнулся), чувствительность родителя к ним (заметил / проигнорировал) и реакцию родителя (озвучил чувства ребенка, поддержал инициативу, сделал замечание).

Использование видео в терапии детско-родительских отношений становится все популярнее, поэтому психолог может найти несколько вариантов такого анализа и выбрать наиболее подходящий. Мы рекомендуем пособие Хундейде К. Направляемый диалог. — СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 1999. Оно четко структурировано, написано понятным языком и содержит отдельные рекомендации для воспитателей и других людей (не родителей), работающих с детьми.

Динамика запроса на обучение

Запрос на участие в обучающей программе может абсолютно разным в каждой новой группе волонтеров, и колебаться от желания услышать «что-нибудь новенькое по детской психологии» до отношения к обучению как к формальной «бюрократической» процедуре.

Некоторые волонтеры говорят о противоречии: обучение подразумевает совершенствование их личных знаний и умений, а на качество их общения с детьми влияют, с их точки зрения, внешние организационные факторы, которые они изменить не в силах. То же отмечает Р.Ж. Мухамедрахимов в исследовании представлений персонала домов ребенка о своей работе: лишь 11% сотрудниц сообщили, что улучшение работы в домах ребенка зависит от увеличения информации о детском развитии, тогда как могли бы лучше работать при уменьшении числа детей в группе 76% из них. Важно помнить, что «знание — сила», но не панацея, и учитывать ограничения своей обучающей программы⁵.

Т. Морозова исследовала образовательные потребности различных специалистов, работающих с детьми-сиротами и в сфере профилактики сиротства, при помощи метода фокус-групп. Тема вреда

⁵ Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. — СПб.: Изд-во С.-Петербург. Ун-та, 2001.



закрытых учреждений для ребенка показалась «банальной» большинству участников, и не только психологов. Однако результаты современных исследований на эту тему, объяснение психологических механизмов влияния депривации, были незнакомы большинству их них. Понятие привязанности вполне может быть знакомо не-психологам (например, по популярной литературе для родителей), но интерес вызывают конкретные факты, результаты исследований и т. д.⁶

Наш опыт показывает, что особый интерес вызывает обучение конкретным навыкам: играм, потешкам. По мере работы командный запрос сменяется от образовательного (обучающие семинары) к коммуникативному (тренинги и командные неструктурированные встречи). Растет количество запросов от волонтеров на индивидуальные консультации с командным психологом. Встречаясь со сложной ситуацией в общении с ребенком или подростком, опытный волонтер не уходит, а старается понять, в чем проблема, найти с подопечным общий язык.



Сопровождение волонтеров

Форма работы	Организация группы, ведущие	Этап работы
Индивидуальное психологическое консультирование по различным проблемам, связанным с волонтерской деятельностью.	Силами психолога проекта. Индивидуально, очно, по телефону или он-лайн (Skype).	На всем протяжении работы волонтеров, по запросу.

⁶ Морозова Т.Н. Проблемы обучения специалистов, занимающихся поддержкой семьи и предотвращением отказов от детей раннего возраста / Борьсон Б., Бриттен С., Довбня С., Морозова Т.Н., Пакеринг К., Ранние отношения и развитие ребенка. — СПб.: Питер, 2009, 2014.

Мероприятия по профилактике эмоционального выгорания	Силами психолога проекта или приглашенного специалиста. Желательно — в сложившихся группах, посещающих одну больницу.	На всем протяжении работы волонтеров, не менее 1 раза в 4 месяца.
Группы поддержки (собрания)	Силами психолога проекта. В сложившихся группах, посещающих одну больницу (отделение)	На всем протяжении работы волонтеров, не реже 1 раза в 3 месяца.

Индивидуальные консультации

Индивидуальные консультации проводятся по запросу волонтеров. Это еще один аргумент в пользу наличия в проекте постоянно действующего психолога — запросы возникают спонтанно, и волонтеру, столкнувшемуся с проблемой здесь и сейчас, трудно будет ждать запланированного семинара с приглашенным специалистом.

Распространенные темы консультаций:

- ❖ Принятие решения о том, брать ли в семью ребенка, к которому ходит волонтерить. Как это отразится на дальнейшей судьбе. Неоднократно речь шла о детях с инвалидностью.
- ❖ Тяжелое эмоциональное состояние в связи с переводом ребенка из больницы в удаленный дом ребенка. Обдумывание возможных форм взаимодействия в дальнейшем.
- ❖ Агрессия, неприятие ребенка, за которым ухаживает в больнице. Обида и злость на него, чувство собственной «педагогической и человеческой» несостоятельности.
- ❖ Обращение за советом по поводу общения с ребенком с «трудным» характером. Часто речь идет о детях с клиническими расстройствами привязанности, которые «влюблили» с себя волонтеров с первого взгляда, а затем настраивали друг против друга так, что двое взрослых состязались за внимание ребенка.
- ❖ Смена больницы из-за неудовлетворенности конкретной деятельностью (желание работать с детьми другого возраста).

Собрания (группы поддержки) могут проводиться с определенной жесткой регулярностью и/или быть приурочены к определенным моментам в работе проекта:



- ❖ К интенсивному набору новичков, чтобы дать им возможность познакомиться с опытными волонтерами, влиться в команду.
- ❖ К праздникам, с проведением неофициальной части после встречи.
- ❖ К изменениям в работе больницы (реорганизация, карантин и др.).

Обычно содержание собраний — это обсуждение сложных случаев с коллективным поиском решений и обмен интересным опытом. Среди обсуждаемых проблем чаще всего встречаются ситуации общения с ребенком («что делать, если ребенок...») и разногласия с персоналом больницы.

Организовать супервизию на отдельные темы обычно не удастся — все случаи очень разные. Возможно, не всегда стоит давать волонтерам готовые схемы на все случаи жизни — они все равно не будут работать без учета состояния конкретного ребенка «здесь и сейчас». Групповое обсуждение на равных предлагает человеку ряд идей, из которых он может выбирать разные в разных ситуациях, модифицировать их. Складывается определенный «репертуар» действий, который становится ресурсом волонтера.

Часто возникает противоречие между желанием организаторов чаще проводить волонтерские встречи и возможностями волонтеров, которые уже используют свое свободное время для визитов в больницы. Важно прислушаться к мнению волонтеров и соблюсти баланс. Для обсуждения текущих проблем можно использовать разные возможности, например, заложить дополнительные 30–40 минут после обучающего тренинга, определить круг вопросов, которые можно обсудить он-лайн и т. д.

.....
Как-то раз я сказала одному замечательному волонтеру, что нам надо чаще встречаться. И она ответила удивительную вещь: «Боюсь, что если мы будем слишком часто видеться, то мы переругаемся между собой». Кстати, эта девушка работает у нас до сих пор.

*Елена Базанова, координатор психологической службы
проекта «Уход за детьми в больницах»*
.....

Для своевременного обмена информацией полезно использовать такой рабочий инструмент волонтеров как **Журнал посещений** в отделе. Уходя после посещения больницы, они записывают в него:

- ❖ Информацию о занятиях с детьми, если таковые проводились («мы лепили жар-птицу»)
- ❖ Важные моменты о состоянии детей («Вася стал хуже себя чувствовать», «Маша была активнее, чем обычно»)
- ❖ Информацию об индивидуальных интересах («Петя шесть раз просил читать ему про Колобка»)

Приходя в свою смену, они могут прочитать в журнале о том, что происходило без них, и могут лучше сориентироваться в потребностях детей.

Можно рассмотреть и другие источники эмоциональной поддержки волонтеров и способы обмена опытом, например:

- ❖ использовать возможности общения на Интернет-форуме,
- ❖ собирать истории успешной борьбы с трудностями в волонтерской деятельности,
- ❖ вести альбом волонтерской группы с фотографиями, памятными датами,
- ❖ устраивать в помещении для волонтерских встреч выставки творчества детей, с которыми работают волонтеры,
- ❖ организовывать для волонтеров участие в конференциях, волонтерских слетах, летних школах и др.

Мероприятия по профилактике эмоционального выгорания

Выгоранию в его классическом понимании, как истощению психоэмоциональных ресурсов в условиях хронического стресса и постоянного общения с другими людьми, подвержены скорее сотрудники и волонтеры, занятые организационной работой. Они контактируются с большим количеством других волонтеров, занимаются улаживанием конфликтных и спорных ситуаций между волонтерами и персоналом.

Приходя к детям один-два раза в неделю на несколько часов, волонтер, как правило, не успевает устать от этого. Зато он может наблюдать:

- ❖ детей, которые пострадали от насилия в собственной семье;



- ❖ детей, страдающих тяжелыми заболеваниями, и детей с нарушениями развития;
- ❖ болезненные медицинские манипуляции;
- ❖ детали больничной жизни, напоминающие ему о собственном детском опыте госпитализации;
- ❖ разлуки с детьми, к которым уже начал привыкать (без возможности поддерживать контакт или хотя бы наводить справки о ребенке в будущем).

Все эти ситуации объединяет одно — свидетельство чужой травмы (или воспоминания о своих прошлых). Последствия такого свидетельства называются «вторичной травмой». Проявления вторичной травмы похожи на симптомы посттравматического расстройства, только более сглаженные. У человека снижается порог чувствительности к фрустрации, появляется чувство хронической тревоги, утрачивается способность радоваться жизни. Некоторые эмоционально закрываются и переживают отстраненность или депersonализацию. Многие теряют чувство связи с близкими людьми.

В отличие от людей, непосредственно переживших травмирующее событие, свидетели чужой травмы не отдают себе в этом отчет — ведь у них-то в жизни все нормально. У них может появиться чувство стыда: «как я могу “расклеиваться”, у меня все хорошо, бедным детям — гораздо хуже». Появляются сомнения в своем праве на полноценную жизнь и на счастье.

.....

У способности к состраданию есть как положительная, так и отрицательная сторона. Положительная состоит в том, что отзывчивость приводит к активным действиям, направленным на помощь людям, а отрицательная — в том, что отзывчивые люди подвержены так называемым «эмпатическим стрессовым реакциям», в рамках которых выделяются две основные формы — вторичная травматизация и выгорание. Иногда один и тот же человек может страдать одновременно и от выгорания и от вторичного травматического стресса. К сожалению, эти переживания — которые являются нормальной составляющей опыта представителей этих профессий — часто

самими профессионалами считаются проявлением несостоятельности и провала.

Дарья Кутузова, психолог, специалист письменным практикам

.....

Однако слово «травма» звучит довольно пугающе и не вяжется с представлением о спокойной и во многом рутинной работе волонтера в больнице. Поэтому проще говорить об эмоциональном выгорании в широком смысле, куда входят любые нежелательные симптомы, возникающие у волонтера в процессе его деятельности. Формулировать и обсуждать с группой цели и задачи работы должен психолог, и его роль — более поддерживающая и практико-ориентированная, чем постановка «правильного диагноза».

В качестве методики работы хорошо зарекомендовала себя арт-терапия. Она использует язык метафор, поэтому не требует самораскрытия перед группой и помогает выразить весь спектр переживаний, не фиксируясь на социально одобряемых чувствах.

Разрешение конфликтных ситуаций

Решение серьезных проблем всегда связано с разногласиями. Спорные ситуации могут возникать в общении между всеми участниками проекта, но основной источник беспокойства — конфликты между волонтерами и персоналом больницы.

Часть конфликтов может быть связана с взаимной адаптацией медиков и волонтеров. Когда проект стартует в больнице, врачам и сестрам нужно время, чтобы привыкнуть к помощи со стороны, понять сферу обязанностей волонтеров, убедиться в адекватности их мотивов. Но даже по прошествии времени новые сотрудники и новые волонтеры могут снова попадать в ситуацию непонимания: «А кто это вообще передо мной? Может ли он давать мне указания / может ли он находиться тут?».

.....
Впустили меня не сразу, сначала пытали кто я, зачем пришла и кто вообще разрешил... :) Немного странно было это слышать, зная, что еще вчера здесь были наши волонтеры.

Из писем волонтеров

.....



Волонтерам в процессе инструктажа полезно освоить прием, который у бизнесменов называется «презентация для лифта». Нужно заранее подготовить короткую — на минуту-полторы — формулировку, объясняющую, кто он такой, на основании чего здесь находится и, главное, с какой целью.

Волонтер	Сотрудники больницы
Общая цель — здоровье детей, но разные задачи:	
Трактуют «здоровье» не только как отсутствие болезней, но и как психологическое благополучие, позитивные эмоции. Дети становятся более активными, они бурно радуются или заявляют о своих неудовлетворенных потребностях.	Эффективному осуществлению медицинских манипуляций помогает жесткий порядок, тишина и более пассивная позиция ребенка-пациента.
Источник принятия решений	
Пришли в больницу добровольно, реализуют свои ценности. При этом не могут и не имеют права влиять на поведение персонала.	Решение о допуске волонтеров принимали не они, а их руководство. Не все сотрудники работают для удовольствия: если нейрохирург — это, скорее, призвание, то работа санитара для многих — вынужденный тяжелый труд, чтобы прокормить семью. При этом работают в рамках своей компетенции, и могут игнорировать мнение волонтеров.
Нагрузка / качество взаимодействия	
Один волонтер может общаться с 2–3 детьми, уделять им много внимания, вступать в телесный контакт. Поэтому у волонтеров могут лучше получаться какие-то моменты ухода за детьми (накормить «малоежку», занять непоседу рисованием).	На штатного воспитателя в стационаре может приходиться до 50 детей (имеются в виду не только дети-сироты), а медсестры вынуждены взаимодействовать с детьми в моменты, свободные от основных обязанностей. Могут чувствовать несправедливость, ревность к успехам волонтеров, переживать или раздражаться из-за необходимости успокаивать детей после их ухода.

Но коммуникативными сложностями причины конфликтов не ограничиваются. К сожалению, есть факторы, которые разделяют волонтеров и сотрудников больницы.

Улаживание таких конфликтов требует большой гибкости от психолога, координаторов больничной группы или всего проекта. Их задача — поддержать волонтера эмоционально, но при этом не санкционировать скрытое или явное нарушение больничных правил.



Психологическая служба проекта

В этом пособии мы часто обращались к роли штатного психолога проекта, но можно говорить и о психологической службе, где психолог-сотрудник выступает в роли координатора.

В состав этой службы могут входить:

- ❖ Психологи, ведущие обучающие семинары на определенные темы, в которых более компетентны, или группу по профилактике выгорания.
- ❖ Психологи, помогающие проводить собеседования с волонтерами (особенно их помощь нужна при массовом наборе, например, когда начинается сотрудничество с новой больницей).
- ❖ Психолог-методист, создающий памятки, просветительские материалы и др.
- ❖ Специалист по медиации (посредничестве) в конфликтах.

Примерные обязанности координатора психологической службы

1. Отбор волонтеров:

- ❖ Проведение первичных интервью с кандидатами в волонтеры.
- ❖ Обучение психологов для проведения квалифицированного первичного интервью при наборе.
- ❖ Проведение регулярных супервизий для психологов, ответственных за набор волонтеров.



- ❖ Разработка эффективного тестового материала для отбора кандидатов в волонтеры, обобщение опыта собеседований.

2. Обучение волонтеров

- ❖ Поиск и привлечение специалистов для проведения специализированных командных мероприятий.
- ❖ Разработка системы обучения волонтеров.
- ❖ Проведение обучающих семинаров, тренингов.

3. Сопровождение волонтеров

- ❖ Проведение группы поддержки, тренингов для предотвращения психологического выгорания.
- ❖ Разработка стратегии поощрения волонтеров.
- ❖ Консультирование волонтеров по личным запросам и по рекомендации координатора команды больничных волонтеров.
- ❖ Участие в разрешении конфликтных ситуаций в подшефных учреждениях.

4. Обмен опытом

- ❖ Разработка обучающих материалов для волонтеров.
- ❖ Участие в обмене опытом (конференции, вебинары и др.).
- ❖ Со-руководство студентами психологических факультетов, выразившими желание выполнить курсовые или дипломные работы о проблемах волонтерства и социального сиротства на базе организации.

Примерные требования к квалификации штатного психолога (координатора психологической службы)

Безусловно, это должен быть специалист с опытом работы в сфере индивидуального консультирования не менее 2–3 лет. Он должен владеть методами проведения группового тренинга и иметь опыт проведения тренингов (самостоятельно или в качестве соведущего, ассистента).

Требования к конкретным знаниям и навыкам можно разделить на два больших блока:

Навыки работы с персоналом	Навыки работы с детьми-сиротами
<p>Навыки индивидуального консультирования;</p> <p>Владение основами психодиагностики;</p> <p>Базовые знания в сфере конфликтологии, представления о посредничестве в межличностных и межгрупповых конфликтах;</p> <p>Навыки работы с эмоциональным выгоранием и травматизацией;</p> <p>Базовые знания в сфере социальной психологии и их прикладное использование для повышения сплоченности волонтерских групп, укрепления мотивации волонтеров и др.</p>	<p>Знание теоретических основ работы с детьми раннего возраста;</p> <p>Знакомство с закономерностями нормального развития детей в младенчестве, раннем и дошкольном возрасте, развитии у них общения;</p> <p>Знакомство с психологией родительства, с влиянием особенностей ребенка на взаимодействие с ним заботящегося о нем взрослого.</p> <p>Знакомство с влиянием депривации и травмы на развитие ребенка, с психологическими особенностями детей-сирот.</p>

Поэтому психолог должен быть готов учиться на рабочем месте. Он должен быть готов найти компромисс между своими представлениями о правильных условиях работы психолога, терапевтическом контракте и т. д. с реалиями организации волонтерского проекта. Психологу важно помнить о своем состоянии и регулярно проходить супервизию у коллег в проекте или вне его.

Каков статус психолога-добровольца? С одной стороны, он работает по модели *pro bono* — то есть в течение определенного времени (например, два часа в неделю) осуществляет свою повседневную профессиональную деятельность бесплатно. С другой стороны, он должен хорошо понимать миссию и правила организации, то есть пройти определенный объем подготовки.

Если в вашем регионе трудно найти кандидатов на вакансию психолога, попробуйте обратиться на психологический факультет местного педагогического вуза — многие преподаватели совмещают академическую работу с практикой. Используйте «прицельный» поиск в интернет, например, обратитесь в Альянс помогающих практик *ProBono* (<http://appme.ru>).





Освещение работы проекта в СМИ

Освещение волонтерских проектов начинается даже не с газет и телепередач, а с личных блогов волонтеров, с их страниц в социальных сетях. Пишущий волонтер — это ценный член команды. Личный опыт вызывает доверие читателей и привлекает новых кандидатов в волонтеры.

Но необходимо обсуждать с волонтерами риски незаконного распространения информации о детях-сиротах. Подписание документа о неразглашении обычно действует, но людям иногда бывает трудно осознать, что их он-лайн дневник, с которым они делятся переживаниями, может оказаться орудием «разглашения». Классический пример: размещение портретной фотографии ребенка, его имени, истории и призыва немедленно его усыновить. Это — нарушение закона.

.....
Для большинства людей соцсети — это единственное место, где происходит столкновение с сиротской реальностью. И она поражает их до глубины души: если нет возможности самим усыновить ребенка, хочется хотя бы помочь это сделать другим.

*Елена Альшанская,
президент БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам»*
.....

Волонтеры должны знать, что:

- ❖ Распространение информации о детях, оставшихся без попечения родителей, — федерального или регионального банках данных о таких детях. Благотворительные организации могут заниматься этим только на основании договора с органами опеки и попечительства.
- ❖ Ребенок, попавший в больницу в результате отобрания из семьи, может туда вернуться после реабилитационной работы с его кровными родителями.
- ❖ Если у них есть точная информация о том, что ребенок подлежит семейному устройству, они могут найти его анкету на портале usynovite.ru и пользоваться ссылкой на нее (там же указаны

доступные для этого конкретного ребенка формы устройства: усыновление, опека или приемная семья).

- ❖ Им есть к кому обратиться с вопросами, мыслями и тревогами по поводу перспектив ребенка, которого они посещают в больнице. Это может быть еще один проект вашей организации или контакты партнеров, которые занимаются содействием семейному устройству или лечению детей с тяжелыми заболеваниями. Обязанности организаторов — поиск таких партнеров и установление сотрудничества с ними.

Наша позиция в освещении работы волонтеров и нянь, которым мы оплачиваем ставки в областных больницах, — сделать их работу, во-первых, видимой обществу, а во-вторых, нормальной. Не подвигом «для избранных», а здоровой альтернативой для людей, у которых есть желание помочь детям личным участием. Очень успешным опытом стала серия публикаций на сайте серии материалов под рубрикой «Дневник няни»⁷.

Выработать единую памятку для СМИ «Как правильно освещать работу нашего проекта» представляется невозможным. Ведь у журналистов (как и у медиков) есть свои цели и задачи, которые не полностью совпадают с нашими. Это вопрос компромисса, достигать который лучше с помощью пресс-секретаря организации или волонтера, знакомого с работой СМИ изнутри.

Однако существуют общие рекомендации, служащие для защиты детей от возможных рисков, связанных с публичностью. Предлагаем обратиться к Этическим принципам подготовки журналистских материалов о детях (ЮНИСЕФ, 2009)⁸:

- ❖ Права и интересы каждого конкретного ребенка должны соблюдаться в любых обстоятельствах. Они стоят выше всех прочих соображений, в том числе решения проблем детства и содействия развитию прав ребенка.
- ❖ У ребенка, как и у взрослого человека, есть право на частную жизнь и конфиденциальность. Ребенка следует защищать от

⁷ Например: <http://otkazniki.ru/news.php?ocd=view&id=681> или <http://otkazniki.ru/news.php?ocd=view&id=715>

⁸ <http://journ.bsu.edu.ru/kodeks/principles.pdf>



любых неприятностей и наказаний, в том числе потенциальных.

- ❖ Ребенок имеет право высказывать свое мнение и быть выслушанным, а также принимать участие в решениях, касающихся его жизни. Реализация этих прав связана с возрастом ребенка и степенью его зрелости.
- ❖ Оценить последствия для ребенка выхода в свет журналистского материала помогут его самые близкие люди — родители, опекуны, а также специалисты, работающие с ним — врачи, психологи, социальные педагоги и др.
- ❖ Если существует потенциальная угроза для ребенка, его братьев, сестер, сверстников, недостаточно просто изменить или не указывать в материале его имя — нельзя публиковать фотографии и другие документальные материалы, которые позволят его идентифицировать.

Другое издание ЮНИСЕФ — «СМИ и права ребенка»⁹ (2009) — предлагает интересный подход к работе с материалом. Журналистам при редактировании статьи или сюжета предлагается задавать себе вопросы, например:

.....
Здоровье и благополучие детей:

- ❖ *Проверили ли вы все факты, лежащие в основе вашего рассказа? Являются ли они точными и соответствующими действительности? Безосновательные «рассказы-ужас-тики» о проблемах здоровья могут причинить больше вреда, чем пользы, вызывая, например, необоснованное недоверие к медицинскому персоналу, а также к СМИ, и даже могут вызвать панику среди населения.*
- ❖ *Будут ли ваши репортажи способствовать лучшему пониманию проблем, связанных с детскими болезнями, профилактическими мерами и процедурами лечения? Назвали ли вы в своих новостях источники информации и помощи в случае конкретной медицинской проблемы?*

⁹ <http://www.unicef.org/ceecis/ru/mediachildrightsruussian.pdf>

Дети на попечении государства:

- ❖ *Способствует ли ваш рассказ лучшему пониманию того, как работает система воспитания детей в интернатных учреждениях? Существует ли четкое понимание того, какие юридические права имеют дети (и их родители) для того, чтобы оспорить действие этой системы?*
 - ❖ *Включили ли вы в свой рассказ положительные стороны, чтобы избежать риска отчуждения общественности от наскучивших вопросов, связанных с тяжелым положением брошенных на произвол судьбы детей, и закрепления в ее сознании отрицательных стереотипов?*
 - ❖ *Рассказали ли вы об организациях, которые могут помочь молодым людям, сталкивающимся с трудностями дома или в воспитательных учреждениях?*
-



Приложения

ПАМЯТКА ДЛЯ ВОЛОНТЕРОВ ДЛЯ РАБОТЫ В _____ ОТДЕЛЕНИИ _____ БОЛЬНИЦЫ

Волонтеры посещают отделение и участвуют в уходе за детьми-сиротами и детьми, находящимися в больнице без попечения родителей, согласно договору № от г. Волонтеры осуществляют свою деятельность по уходу независимо от количества детей.

1. Волонтер согласует свою работу с режимом отделения, помогая персоналу в осуществлении режимных моментов
Режим отделения:
Завтрак ... Обед.... Тихий час
Полдник Ужин....
Возможное время для прогулки



2. Время работы волонтеров:
Первая смена — 9.00 —
Вторая смена — —
3. Волонтер перед приходом в больницу должен убедиться в отсутствии у себя признаков простудных, инфекционных кожных и кишечных заболеваний. В случае даже легкого недомогания визит в больницу лучше отложить из соображений инфекционной безопасности. Об отмене визита надо предупредить координатора от фонда.
4. Волонтер приступает к работе в отделении только в специальной чистой сменной одежде и моющейся сменной обуви. При посещении туалета халат необходимо снимать.
5. После посещения туалета, а также после осуществления гигиенических процедур с детьми, необходимо тщательно мыть руки и обрабатывать их дезинфицирующим раствором (находится возле умывальника).
В случае порезов, свежих ссадин на руках волонтерам рекомендуется надевать резиновые перчатки.
6. Волонтер обязательно сообщает о своем приходе в отделение и уходе из него старшей или постовой сестре. Также волонтер сообщает о своем визите координатору от фонда (в любой удобной форме — письменно, смс, звонок).
7. Кормить детей продуктами, принесенными из дома, без согласования со старшей сестрой отделения, запрещается.
8. Нельзя приносить и дарить детям мягкие игрушки и игрушки, содержащие мелкие или острые детали.
9. Прогулки с детьми разрешены только на территории больницы. Волонтер никогда не оставляет ребенка без присмотра на прогулке.

10. Волонтер оказывает помощь персоналу в уходе за детьми, в купании, в кормлении, занимается досугом и развитием детей. Лечением и закаливанием детей занимается только медицинский персонал.



СОГЛАШЕНИЕ О НЕРАЗГЛАШЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

г. Москва

«__»_____ 2012 г.

Благотворительный Фонд, в лице, действующей на основании Устава (именуемая в дальнейшем администрация Фонда), и _____

_____, паспорт _____, номер _____, выдан _____ (именуемый/ая в дальнейшем Волонтер/Сотрудник Фонда) договорились о нижеследующем:

1. Термины, употребляемые в Соглашении:

1.1. **Дети-сироты** — дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей в случаях смерти родителей, лишения их родительских прав, ограничения их в родительских правах, признания родителей недееспособными, болезни родителей, длительного отсутствия родителей, уклонения родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов, в том числе при отказе родителей взять своих детей из образовательных организаций, медицинских организаций, организаций, оказывающих социальные услуги, или аналогичных организаций, при создании действиями или бездействием родителей условий, представляющих угрозу жизни или здоровью детей либо препятствующих их нормальному воспитанию и развитию, а также в других случаях отсутствия родительского попечения.



1.2. Конфиденциальность информации — обязательное для выполнения лицом, получившим доступ к определенной информации, требование не передавать такую информацию третьим лицам без согласия ее обладателя. Конфиденциальной является информация о фамилии, имени, отчестве ребенка, оставшегося без попечения родителей, его дате рождения, а также информация о его состоянии здоровья, которая может составлять врачебную тайну в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». При создании и распространении указанной информации должна быть исключена возможность идентификации личности ребенка, оставшегося без попечения родителей, его родителей и других его родственников.

1.3. Передача конфиденциальной информации — передача информации, составляющей врачебную тайну, зафиксированной на материальном носителе или в электронном виде, официальными представителями детей-сирот волонтерам/сотрудникам Фонда, а также Волонтерами/Сотрудниками Фонда должностным лицам учреждений здравоохранения исключительно в целях обследования, лечения и реабилитации детей-сирот.

2. Волонтер/Сотрудник Фонда отдает себе отчет в том, что в ходе организации обследования/лечения/реабилитации детей-сирот может получить доступ к конфиденциальной информации и/или персональным данным, которую он не имеет права разглашать.

Конфиденциальная информация должна всегда оставаться врачебной тайной и без предварительного письменного разрешения официального представителя ребенка-сироты не может распространяться Волонтером/Сотрудником Фонда среди лиц, не допущенных Фондом к работе с конфиденциальной информацией о детях-сиротах, или лиц, на которых не возложена обязанность соблюдать врачебную тайну в силу профессии или занимаемой должности.

3. Волонтер/Сотрудник Фонда, если она получит от должностного лица учреждения, воспитанником которого является ребенок-сирота или от любого другого официального представителя ребенка-сироты, или от должностного лица учреждения здравоохранения, в котором ребенок-сирота проходил/проходит обследование,

лечение или реабилитацию, конфиденциальную информацию, обязуется:

- а) сохранять конфиденциальность этой информации и принимать все необходимые меры для ее защиты, в том числе не распространять эту информацию в Интернете, средствах массовой информации, в переписке по электронной почте с лицами, не допущенными к работе с конфиденциальной информацией Фондом или не связанными обязательством хранить врачебную тайну;
- б) никогда не использовать ее без предварительного письменного разрешения официального представителя ребенка-сироты;
- в) не передавать полученную информацию третьим сторонам без предварительного письменного разрешения официального представителя ребенка, оставшегося без попечения родителей, кроме как в случаях, когда эта информация:
 - ❖ была или стала общеизвестной из источника, отличного от официального представителя ребенка-сироты;
 - ❖ должна быть раскрыта получившей Стороной по принуждению в соответствии с действующим законодательством.

5. При нарушении оговоренных в Соглашении обязательств волонтер/сотрудник Фонда будет персонально нести ответственность по законодательству Российской Федерации.

6. Реквизиты Сторон:

Благотворительный фонд

Руководитель благотворительного фонда

.....

ФИО

Волонтер:

Паспорт _____ № _____ выдан _____



Зарегистрирован по адресу: _____

Телефон: _____ Почта _____

Дата _____

Подпись _____ (_____)



ДОГОВОР О СОТРУДНИЧЕСТВЕ № _____

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Государственное казенное учреждение здравоохранения, именуемое в дальнейшем «Больница», в лице Главного врача, действующего на основании Устава, и Благотворительный фонд, именуемый в дальнейшем «Фонд», в лице Президента Фонда, действующей на основании Устава, именуемые совместно в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о сотрудничестве (далее — Договор) о нижеследующем:

1. ЦЕЛИ И ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. Стороны заключают настоящий Договор, принимая во внимание, что:

1.1. В Больнице могут временно находиться на обследовании и/или лечении дети-сироты. При этом в целях настоящего Договора Стороны относят к числу детей-сирот детей, оставшиеся без попечения родителей в случаях смерти родителей, лишения их родительских прав, ограничения их в родительских правах, признания родителей недееспособными, болезни родителей, длительного отсутствия родителей, уклонения родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов, в том числе при отказе родителей

взять своих детей из лечебных и иных учреждений, а также в других случаях отсутствия родительского попечения;

1.2. Уставной целью деятельности Фонда является осуществление благотворительной деятельности, направленной на оказание помощи детям, оставшимся без попечения родителей и находящимся в учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты;

1.3. Стороны признают, что помимо предусмотренного законодательством государственного обеспечения, дети-сироты могут нуждаться в дополнительном материальном обеспечении и в дополнительном уходе, организации досуга, обучения и помощи в развитии;

1.4. Стороны стремятся обеспечить детям-сиротам, временно находящимся в Больнице, достойные условия жизни и развития в соответствии с их возрастом.

1.4.1. Заключая настоящий договор, Стороны соглашаются сотрудничать и объединить свои усилия и возможности для предоставления детям-сиротам, временно находящимся в Больнице, дополнительного материального, медицинского, социального и иного обеспечения.

1.4.2. Указанное в настоящем пункте дополнительное обеспечение может включать в себя, в числе прочего, финансирование оказания медицинской помощи, предоставление дополнительного имущества детям-сиротам (предметов одежды, личной гигиены, мебели, игрушек и т. д.), организацию и оплату услуг по уходу за детьми-сиротами, организацию детских праздников, организацию досуга и дополнительного обучения детей-сирот, а также иные мероприятия, направленные на реализацию целей настоящего Договора.

1.5. В рамках настоящего Договора Фонд оказывает детям-сиротам, временно находящимся в Больнице, благотворительную помощь, а Больница оказывает Фонду организационное содействие в осуществлении им указанной благотворительной деятельности.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ФОНДА

2.1. В целях реализации настоящего Договора и в соответствии с уставными целями своей деятельности, Фонд обязуется:



2.1.2. назначить волонтера, уполномоченного Фондом от его имени осуществлять координацию деятельности Фонда для выполнения предмета и целей настоящего Договора в Больнице;

2.1.3. организовывать и обеспечивать выполнение в Больнице работ и оказания услуг, направленных на дополнительное обеспечение и уход за детьми-сиротами силами волонтеров (добровольцев), привлекаемых и организуемых Фондом на добровольной безвозмездной основе;

2.1.4. допускать к работе с детьми-сиротами исключительно волонтеров, имеющих действующую санитарную книжку или действительные справки о медицинских анализах.

2.1.4. допускать к работе с детьми-сиротами исключительно волонтеров и сотрудников Фонда, прошедших собеседование с психологом. Фонд обязуется регулярно проводить дополнительные мероприятия по обучению волонтеров в виде тренингов по особенностям психологии детей-сирот и детей с отклонениями в развитии. По желанию администрации Больницы такие тренинги по предварительному согласованию могут быть организованы для педагогического и медицинского персонала Больницы;

2.1.5. обеспечивать уведомление волонтеров, допущенных Фондом к работе с детьми-сиротами в Больнице, об ограничениях по состоянию здоровья, которые могут быть препятствием в работе с детьми-сиротами;

2.1.6. контролировать надлежащее соблюдение волонтерами и сотрудниками Фонда правил внутреннего распорядка Больницы, санитарно-эпидемиологического режима Больницы, а также нести ответственность за действия третьих лиц, привлекаемых Фондом для осуществления целей настоящего Договора;

2.1.7. согласовывать время и продолжительность пребывания волонтеров и сотрудников Фонда в Больнице с уполномоченными сотрудниками Больницы;

2.1.8. в случае, если волонтеры или сотрудники Фонда в процессе осуществления деятельности, являющейся целью настоящего договора, получают доступ к информации о детях-сиротах, являющейся врачебной тайной, Фонд обязуется обеспечить неразглашение такой информации без согласия родителей или опекунов детей-сирот;

2.1.9. в своих действиях руководствоваться настоящим договором и действующим законодательством Российской Федерации.

2.2. Для выполнения предмета и целей настоящего Договора Фонд имеет право:

2.2.1. регулярно получать от уполномоченного сотрудника Больницы информацию о количестве и нуждах детей-сирот, временно находящихся в Больнице;

2.2.2. своевременно получать информацию от уполномоченного сотрудника Больницы об особенностях ухода за конкретными детьми-сиротами, ограничениями в части работы с детьми-сиротами, которым поставлены те или иные диагнозы, влияющие на такие ограничения;

2.2.3. отказать Больнице в предоставлении услуг по дополнительному уходу или организации досуга детей-сирот при наличии препятствий для организации указанной деятельности. Отказ Фонда должен быть сформулирован письменно с указанием причин.

2.2.4. в лице своих сотрудников и волонтеров и привлеченных специалистов осуществлять доступ в Больницу для оказания детям-сиротам дополнительного материального, медицинского, социального и иного обеспечения и ухода;

2.2.5. информировать сотрудников Фонда, волонтеров и жертвователей о нуждах детей-сирот, временно находящихся в Больнице, не разглашая при этом информации, составляющей врачебную тайну;

2.2.6. контролировать использование Больницей имущества, переданного на нужды детей-сирот в соответствии с настоящим Договором;

2.2.7. осуществлять иные права, предоставленные Фонду настоящим Договором и действующим законодательством.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ БОЛЬНИЦЫ

3.1. Для выполнения предмета и целей настоящего Договора, Больница обязуется:

3.1.1. оказывать Фонду организационное содействие в осуществлении дополнительного обеспечения и ухода за детьми-сиротами, временно находящихся в Больнице;



3.1.2. назначить ответственного сотрудника, уполномоченного взаимодействовать с Фондом в целях исполнения настоящего договора, и в частности, уполномоченного предоставлять Фонду необходимую для исполнения настоящего договора информацию, а также принимать материальную помощь Фонда. Полномочия такого сотрудника должны быть оформлены документально;

3.1.3. принимать материальную помощь Фонда по акту приема-передачи материальной помощи в соответствии с пунктом 4.2 настоящего договора;

3.1.4. предоставлять Фонду информацию о количестве и нуждах детей-сирот, временно находящихся в Больнице;

3.1.5. своевременно информировать Фонд об особенностях ухода за конкретными детьми-сиротами, ограничениями в части работы с детьми-сиротами, которым поставлены те или иные диагнозы, влияющие на такие ограничения;

3.1.6. предоставлять по запросу Фонда информацию и отчеты об использовании имущества, переданного Фондом для нужд детей-сирот, временно находящихся в Больнице;

3.1.7. нести ответственность за нецелевое использование материальной помощи в соответствии с действующим законодательством;

3.2. Для выполнения предмета и целей настоящего договора, Больница имеет право:

3.2.1. принимать от Фонда имущество, а также работы и услуги, предназначенные для обеспечения нужд детей-сирот, временно находящихся в Больнице;

3.2.2. требовать от волонтеров, сотрудников Фонда и привлеченных Фондом третьих лиц (специалистов и т.д.) соблюдения Правил внутреннего распорядка Больницы;

3.2.3. требовать от Фонда отстранения от ухода за детьми-сиротами отдельных волонтеров и сотрудников Фонда, чьи действия могут привести к отрицательным последствиям для детей-сирот. Требование об отстранении должно быть письменным с указанием причин отстранения;

3.2.4. осуществлять иные права, предоставленные Больнице настоящим Договором и действующим законодательством.

4. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Имущество (включая предметы одежды и личной гигиены, игрушки, мебель, оборудование и т.д.) передаются Фондом Больнице в качестве пожертвования. При этом имущество может быть передано Больнице в собственность или в безвозмездное пользование в соответствии с законодательством Российской Федерации о благотворительной деятельности.

4.2. Имущество передается Фондом Больнице по Акту приема-передачи, составленному по форме, указанной в Приложении № 1 (передача в собственность) или Приложении № 2 (передача в безвозмездное пользование) к настоящему Договору.

4.3. Работы и услуги, выполняемые в интересах детей-сирот, временно находящихся в Больнице, привлеченными Фондом добровольцами (волонтерами) выполняются безвозмездно и подчиняются правовому режиму пожертвования в соответствии с законодательством Российской Федерации о благотворительной деятельности.

4.4. Работы и услуги, выполняемые в интересах детей-сирот, временно находящихся в Больнице, привлеченными Фондом специалистами (медицинскими, социальными работниками, строительными организациями и т.д.) оплачиваются Фондом, результаты этих работ и услуг передаются Больнице в качестве пожертвования в соответствии с законодательством Российской Федерации о благотворительной деятельности. Передача результатов таких работ и услуг Больнице осуществляется по Акту (Приложение № 3 к настоящему договору) или по Дополнительному соглашению Сторон.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение одного года.

5.2. Договор может быть расторгнут в следующих случаях:

5.2.1. по инициативе одной из Сторон Договора в случае неоднократного неисполнения другой Стороной условий настоящего договора;



- 5.2.2. по взаимному согласию Сторон;
- 5.2.3. в иных предусмотренных законом случаях.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. По вопросам, не урегулированным настоящим Договором и дополнительными Договорами к нему, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

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

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Больница	Фонд
Главный врач Больницы _____	Президент Фонда _____



Приложение № 1
к договору № _____ от «___» _____ 20__ г.

АКТ № _____
приема-передачи имущества

г. _____ «___» _____ 20__ г.

1. Настоящий Акт составлен в том, что Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам» (далее — «Фонд»), в лице _____, действующего

на основании доверенности № _____ от _____._____._____ г.,
передал, а учреждение здравоохранения _____

(далее — «Больница»), (Адрес: _____

ИНН _____ КПП _____

р/счет _____ в банке _____

Корр/счет: _____ БИК _____

_____), в лице _____,

принял нижеуказанное имущество (далее — Имущество):

№ п/п	Наименование	Ед. изм.	Цена за ед.изм.	Кол-во	Стои- мость	Примеча- ния

2. Больница приняла в собственность имущество общей стои-
мостью _____
_____ руб.

сумма прописью

в качестве благотворительного пожертвования для обеспечения
нужд детей-сирот, временно находящихся в Больнице.

3. Переданное имущество соответствует всем (санитарным и тех-
ническим) требованиям и пригодно для применения.

От Фонда передал:

Подпись: _____

ФИО: _____

Должность: _____

От Больницы принял:

Подпись: _____

ФИО: _____

Подпись: _____

ФИО: _____

Должность: _____



Приложение № 2

к договору № _____ от «___» _____ 20__ г.

АКТ № _____

приема-передачи имущества в безвозмездное пользование

г. _____ «___» _____ 20__ г.

1. Настоящий Акт составлен в том, что Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам» (далее — «Фонд»), в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____._____._____. г., передал в безвозмездное пользование, а учреждение здравоохранения _____ (далее — «Больница»), (Адрес: _____, ИНН _____, КПП _____, р/счет _____ в банке _____, Корр/счет: _____, БИК _____), в лице _____, действующего на основании _____, принял нижеуказанное имущество (далее — Имущество) в безвозмездное пользование:

№ п/п	Наименование	Ед. изм.	Цена за ед.изм.	Кол-во	Стоимость	Примечания

2. Больница приняла в безвозмездное пользование в соответствии с Гражданским кодексом РФ имущество общей стоимостью

сумма прописью

для обеспечения нужд детей-сирот, временно находящихся в Больнице.

3. Переданное имущество соответствует всем (санитарным и техническим) требованиям и пригодно для применения.

4. К техническому состоянию Имущества Больница претензий не имеет.

От Фонда передал:

Подпись: _____

ФИО: _____

Должность: _____

От Больницы принял:

Подпись: _____

ФИО: _____

Подпись: _____

ФИО: _____

Должность: _____



Приложение № 3
к договору № _____ от «___» _____ 20__ г.

АКТ № _____
приема-передачи результата работ (услуг)

г. _____ «___» _____ 20__ г.

1. Настоящий Акт составлен в том, что Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам» (далее — «Фонд»), в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____._____._____ г., передал, а учреждение здравоохранения _____ (далее — «Больница»),

(Адрес: _____

ИНН _____ КПП _____

_____ р/счет _____



в банке _____
Корр/счет: _____ БИК _____),
в лице _____,
действующего на основании _____, принял
результаты следующих работ (услуг), выполненных Фондом или
подрядчиками Фонда в интересах детей-сирот, временно находя-
щихся в Больнице:

№ п/п	Наименование	Стоимость работы (услуги)	Примечания

2. Больница приняла в качестве благотворительного пожертво-
вания работы (услуги) общей стоимостью _____
_____ руб.

сумма прописью
предназначенные для обеспечения нужд детей-сирот, временно на-
ходящихся в Больнице, _____

_____.

могут быть указаны конкретные нужды

3. Работы (услуги) выполнены качественно и в указанные сроки.

4. Больница к качеству работ (услуг) претензий не имеет.

От Фонда передал:

Подпись: _____

ФИО: _____

Должность: _____

От Больницы принял:

Подпись: _____

ФИО: _____

Подпись: _____

ФИО: _____

Должность: _____

СОГЛАШЕНИЕ О СОТРУДНИЧЕСТВЕ

г. Москва

«___»_____ 201__г.

Настоящее Соглашение заключено между Департаментом здравоохранения города Москвы в лице Министра Правительства Москвы, руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Голухова Георгия Натановича, действующего на основании Положения о Департаменте здравоохранения города Москвы (далее — «Департамент»), с одной стороны, и Ассоциацией некоммерческих организаций «Союз волонтерских организаций и движений» в лице Директора Хромова Владимира Владимировича, действующего на основании Устава (далее — «Ассоциация»), с другой стороны.

Именуемые далее «Стороны» договорились о нижеследующем.

1. Предмет соглашения

1.1. Посредством заключения соглашения стороны принимают на себя взаимные обязательства по оказанию содействия деятельности друг друга в сфере оказания помощи детям и взрослым, находящимся в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (далее — медицинские организации), дополнительного ухода, организации досуга, улучшения социально-бытовых условий пребывания.

1.2. Деятельность Ассоциации в медицинских организациях осуществляется на основании договоров о сотрудничестве, заключаемых между медицинскими организациями и Ассоциацией (либо некоммерческими организациями — ее членами), по форме, содержащейся в Приложении к настоящему Соглашению.

2. Обязательства Ассоциации.

Ассоциация осуществляет свою деятельность на основании нормативных правовых актов Российской Федерации: Конституции Российской Федерации (РФ), Гражданского кодекса Российской Федерации (ст. 117), Федерального закона от 19 мая 1995 года №82-ФЗ «Об общественных объединениях», Федерального закона от 11 августа 1995 года



№135-ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях», Федерального закона от 12 января 1996 года №7-ФЗ «О некоммерческих организациях», Федерального закона от 05 апреля 2010 г. №40-ФЗ «О внесении изменения в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций», Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона города Москвы от 12.07.2006 г. №38 «О взаимодействии органов государственной власти города Москвы с негосударственными некоммерческими организациями», Распоряжения Правительства РФ от 18.12.2006 №1760-р (ред. от 16.07.2009) «О стратегии государственной молодежной политики в Российской Федерации», Распоряжения Правительства РФ от 17 ноября 2008 года №1663-р «Об основных направлениях деятельности Правительства РФ на период до 2012 года, Распоряжения Правительства РФ от 17 ноября 2008 года №1662-р «О концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года», Распоряжения Правительства РФ от 20 июля 2009 года №1054-р «О Концепции содействия развитию благотворительной деятельности и добровольчества в Российской Федерации».

Ассоциация обязуется:

2.1. Содействовать организации досуга, организации дополнительного ухода за детьми и взрослыми, находящимися в медицинских организациях;

2.2. Содействовать улучшению условий пребывания детей и взрослых в медицинских организациях, в том числе путем организаций посещения добровольцами (волонтерами) и сотрудниками Ассоциации указанных учреждений для оказания непосредственной помощи в тесном взаимодействии с работниками медицинских организаций, путем оказания добровольческой и иной помощи на безвозмездной основе детям и взрослым, находящимся на лечении в медицинских организациях;

2.3. Оказывать добровольческую помощь взрослым и детям (их представителям), находящимся в медицинских организациях, только с их согласия;

2.4. Обеспечить контроль и координацию деятельности добровольцев (волонтеров), сотрудников Ассоциации;

2.5. При необходимости, по согласованию с руководителем медицинской организации, обеспечить прохождение добровольцами (волонтерами), посещающими медицинские организации, медицинского осмотра. Результаты соответствующих медицинских осмотров добровольцев (волонтеров) предоставляются Ассоциацией (или ее членами) в медицинскую организацию до направления в нее добровольцев (волонтеров);

2.6. Обеспечить прохождение обязательного первичного обучения добровольцев (волонтеров), допускаемых в медицинские организации, в соответствии со спецификой их деятельности;

2.7. Обеспечить соблюдение добровольцами (волонтерами) и сотрудниками Ассоциации требований о неразглашении конфиденциальной личной и медицинской информации пациентов, полученной в рамках осуществления деятельности в медицинских организациях и составляющей персональные данные и врачебную тайну;

2.8. Осуществлять общественный контроль за реализацией мероприятий социальной политики города Москвы в соответствии с п.5 ст. 3 Закона города Москвы №38 от 12 июля 2006 года «О взаимодействии органов государственной власти города Москвы с негосударственными некоммерческими организациями».

3. Обязательства Департамента.

Департамент обязуется:

3.1. Осуществлять поддержку в реализации целей и осуществлении деятельности Ассоциации в соответствии с принятыми Ассоциацией на себя обязательствами в рамках настоящего Соглашения;

3.2. Информировать администрацию медицинских организаций о совместной деятельности Ассоциации и Департамента, оказывать содействие Ассоциации в выстраивании партнерских отношений с медицинскими организациями;

3.3. Обеспечить назначение в каждой медицинской организации, в которых реализуется деятельность добровольцев (волонтеров) Ассоциации, сотрудника, ответственного за взаимодействие с Ассоциацией.



4. Ответственность сторон

4.1. В случае грубого нарушения одной из Сторон обязательств, предусмотренных статьями 2 и 3 настоящего Соглашения, другая сторона вправе по своему усмотрению расторгнуть Соглашение путем направления Стороне, нарушившей условия Соглашения, письменного уведомления по адресу, указанному в статье 7 настоящего соглашения, не позднее чем за 30 календарных дней до расторжения.

5. Применимое право и расторжение споров

5.1. Настоящее Соглашение регулируется и толкуется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Все споры, разногласия и претензии, возникающие по настоящему Соглашению или в связи с ним, должны разрешаться Сторонами путем переговоров. При невозможности урегулирования разногласий, они будут разрешаться в судебном порядке по месту нахождения истца в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Заключительные положения

6.1. Соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до 20 _____ года. Если по истечении срока действия соглашения ни одна из Сторон не уведомила другую Сторону о расторжении данного Соглашения, Соглашение автоматически (без уведомления) пролонгируется на 1 год. Число пролонгаций не ограничено.

6.2. Соглашение составлено в двух экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.3. Изменения и дополнения к настоящему Соглашению должны быть оформлены в письменном виде и являются неотъемлемой частью Соглашения со дня их подписания.

7. Адреса сторон

Департамент здравоохранения города Москвы:	Ассоциация:
---	-------------

8. Подписи сторон

От Департамента	От Ассоциации
-----------------	---------------

**Опросник К. Леонгарда в модификации С. Шмишека****Текст опросника.**

Вам предлагаются утверждения и вопросы, касающиеся Вашего характера. Если Вы согласны с утверждением или отвечаете на вопрос “да”, то поставьте в бланке под его номером знак “+”, если же не согласны или отвечаете “нет”, то знак “-”.

Над ответами долго думать не следует,
правильных и неправильных ответов здесь нет.

1. У Вас чаще бывает веселое и беззаботное настроение.
2. Вы чувствительны к оскорблениям.
3. Бывает ли так, что у Вас на глаза навертываются слезы в кино, театре, в беседе и т.п.?
4. Сделав что-либо, Вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь до тех пор, пока не убедитесь еще раз в этом.
5. В детстве вы были таким же смелым, как другие Ваши сверстники.
6. Часто ли у Вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни, к себе?
7. Являетесь ли вы обычно центром внимания в обществе, в компании?
8. Бывает ли так, что вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать?
9. Вы серьезный человек.
10. Способны ли вы восхищаться, восторгаться чем-нибудь?
11. Предприимчивы ли Вы?



12. Вы быстро забываете, если Вас кто-то обидит.
13. Мягкосердечны ли Вы?
14. Опуская письмо в ящик, проверяете ли Вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо упало в него?
15. Стремитесь ли вы всегда считаться в числе лучших работников?
16. Бывало ли Вам в детстве страшно во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может быть, такое чувство бывает и теперь)?
17. Вы стремитесь во всем и повсюду соблюдать порядок.
18. Ваше настроение зависит от внешних обстоятельств.
19. Любят ли вас ваши знакомые?
20. Часто ли у Вас бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной неприятности, беды?
21. У вас часто бывает несколько подавленное настроение.
22. Переживали ли Вы хотя бы раз истерику или нервный срыв?
23. Трудно ли вам долго усидеть на месте?
24. Если по отношению к Вам несправедливо поступили, Вы обычно считаете нужным энергично отстаивать свои интересы.
25. Можете ли Вы зарезать курицу или овцу?
26. Вас раздражает, если дома занавес или скатерть висят неровно, и вы сразу же стараетесь поправить их.
27. Вы в детстве боялись оставаться в одиночестве дома.
28. Часто ли у вас бывают беспричинные колебания настроения ?
29. Вы стремитесь быть высококвалифицированным работником в своей профессии.
30. Быстро ли Вы начинаете сердиться или впадать в гнев?
31. Можете ли Вы быть абсолютно беззаботным?
32. Бывает ли так, что ощущение полного счастья буквально понижает Вас?
33. Как Вы думаете, получился бы из Вас ведущий в юмористическом концерте?
34. Вы обычно высказываете свое мнение достаточно откровенно, прямо и недвусмысленно.
35. Вам трудно переносить вид крови, он вызывает у Вас неприятные ощущения.

36. Нравится ли Вам работа с большой личной ответственностью?
37. Вы склонны выступать в защиту лиц, по отношению к которым допущена несправедливость.
38. Было бы Вам страшно спускаться в темный подвал?
39. Вы предпочитаете работу, в которой надо действовать быстро, но требования к качеству выполнения невысоки.
40. Общительны ли Вы?
41. В школе вы охотно декламировали стихи.
42. Убегали ли Вы в детстве из дома?
43. Кажется ли Вам жизнь трудной?
44. Бывает ли так, что после конфликта, обиды Вы были до того расстроены, что идти на работу казалось просто невыносимым?
45. Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувства юмора?
46. Если бы Вас кто-либо обидел, предприняли бы Вы первым шаги к примирению?
47. Вы очень любите животных.
48. Вы иногда возвращаетесь, чтобы убедиться, что оставили дом или рабочее место в порядке, и там ничего непредвиденного не случилось.
49. Вас иногда преследует неясная мысль, что с Вами или Вашими близкими может случиться что-то страшное.
50. Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво?
51. Трудно ли Вам выступать перед большим количеством людей?
52. Вы можете ударить обидчика, если он Вас оскорбит.
53. У Вас очень велика потребность в общении с другими людьми.
54. Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в глубокое отчаяние.
55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности.
56. У Вас хватает настойчивости добиваться поставленной цели, несмотря на то, что на пути к ней приходится преодолевать много препятствий.
57. Трагический фильм может взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы.



58. Часто ли вам бывает трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого или будущего дня все время крутятся в голове?
59. В школе Вы подсказывали или давали списывать товарищам.
60. Вам потребовалось бы большое напряжение воли, чтобы пройти ночью одному через кладбище.
61. Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы дома каждая вещь была всегда на своем месте?
62. Бывает ли так, что Вы ложитесь вечером спать в хорошем настроении, а наутро встаете в подавленном, которое длится чуть ли не весь день?
63. Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям?
64. Бывают ли у Вас головные боли?
65. Вы часто смеетесь.
66. Вы можете быть приветливым даже с теми, кого Вы явно не цените и не уважаете.
67. Вы подвижный человек.
68. Вы очень переживаете из-за несправедливости.
69. Вы настолько любите природу, что можете назвать ее своим другом.
70. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?
71. Вы очень боязливы.
72. Изменяется ли Ваше настроение при приеме алкоголя?
73. В юности Вы охотно участвовали в художественной самодеятельности.
74. Вы расцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости.
75. Часто ли Вас тянет путешествовать?
76. Ваше настроение может изменяться так резко, что состояние радости вдруг сменяется угрюмостью и подавленностью.
77. Легко ли Вас удастся поднять настроение друзей в компании?
78. Долго ли Вы переживаете обиду?
79. Долго ли Вы переживаете горести других людей?
80. Будучи школьником, Вы нередко переписывали страницу, если случайно ставили на ней кляксу.

81. Вы относитесь к людям скорее с осторожностью и недоверием, чем доверчивостью.
82. Часто ли Вы видите страшные сны?
83. Бывает ли, что вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда или выпадете из окна, расположенного на высоком этаже?
84. В веселой компании Вы обычно веселы.
85. Способны ли Вы отвлечься от трудных проблем, требующих Вашего решения?
86. Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя свободнее под влиянием алкоголя.
87. В беседе вы скупы на слова.
88. Если бы Вам надо было играть на сцене, Вы смогли бы войти в роль настолько, чтобы забыть, что это только игра?

Интерпретация. Описание шкал.

Опросник предназначен для диагностики типа акцентуации личности. Теоретической основой опросника является **концепция «акцентуированных личностей» К. Леонгарда**, который считает, что присущие личности черты могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты составляют стержень, «ядро» личности. В случае яркой выраженности основные черты становятся акцентуациями характера. Соответственно, личности, у которых основные черты ярко выражены, названы Леонгардом «акцентуированными».

Термин «акцентуированные личности» занял место между психопатией и нормой. Акцентуированные личности не следует рассматривать в качестве патологических, но в случае воздействия неблагоприятных факторов акцентуации могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности.

Выделенные Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы: **акцентуации характера** (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и **акцентуации**



темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-близливый, циклотимический, аффективный, эмотивный).

1. Демонстративный тип. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению, демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов. Склонен к фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, авантюризму, артистизму, к позерству. Им движет стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным отягощает его. Он демонстрирует высокую приспособляемость к людям, эмоциональную лабильность (легкую смену настроений) при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешней мягкости манеры общения). Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Обычно похвала других в его присутствии вызывает у него особо неприятные ощущения, он этого не выносит. Стремление к компании обычно связано с потребностью ощутить себя лидером, занять исключительное положение. Самооценка сильно далека от объективности. Может раздражать своей самоуверенностью и высокими притязаниями, сам систематически провоцирует конфликты, но при этом активно защищается. Обладая патологической способностью к вытеснению, он может полностью забыть то, о чем он не желает знать. Это расковывает его во лжи. Обычно лжет с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит, в данный момент, для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь, или же осознает очень неглубоко, без заметных угрызений совести. Способен увлечь других неординарностью мышления и поступков.

2. Застревающий тип. Его характеризует умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям,

уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен «легко отходить» от обид. Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основной чертой является склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, в мышлении, в моторике.

3. Педантичный тип. Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов, тяжестью на подъем, долгим переживанием травмирующих событий. В конфликты вступает редко, выступая скорее пассивной, чем активной стороной. В то же время очень сильно реагирует на любое проявление нарушения порядка. На службе ведет себя как бюрократ, предъявляя окружающим много формальных требований. Пунктуален, аккуратен, особое внимание уделяет чистоте и порядку, скрупулезен, добросовестен, склонен жестко следовать плану, в выполнении действий нетороплив, усидчив, ориентирован на высокое качество работы и особую аккуратность, склонен к частым самопроверкам, сомнениям в правильности выполненной работы, брюзжанию, формализму. С охотой уступает лидерство другим людям.

4. Возбудимый тип. Недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями сочетаются у людей такого типа с властью физиологических влечений. Ему характерна повышенная импульсивность, инстинктивность, грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к хамству и брани, к трениям и конфликтам, в которых сам и является активной, провоцирующей стороной. Раздражителен, вспыльчив, часто меняет место работы, неуживчив в коллективе. Отмечается низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность



поступков. Для него никакой труд не становится привлекательным, работает лишь по мере необходимости, проявляет такое же нежелание учиться. Равнодушен к будущему, целиком живет настоящим, желая извлечь из него массу развлечений. Повышенная импульсивность или возникающая реакция возбуждения гасятся с трудом и могут быть опасны для окружающих. Он может быть властным, выбирая для общения наиболее слабых.

5. Гипертимический тип. Людей этого типа отличает большая подвижность, общительность, болтливость, выраженность жестов, мимики, пантомимики, чрезмерная самостоятельность, склонность к озорству, недостаток чувства дистанции в отношениях с другими. Часто спонтанно отклоняются от первоначальной темы в разговоре. Везде вносят много шума, любят компании сверстников, стремятся ими командовать. Они почти всегда имеют очень хорошее настроение, хорошее самочувствие, высокий жизненный тонус, нередко цветущий вид, хороший аппетит, здоровый сон, склонность к чревоугодию и иным радостям жизни. Это люди с повышенной самооценкой, веселые, легкомысленные, поверхностные и, вместе с тем, деловитые, изобретательные, блестящие собеседники; люди, умеющие развлекать других, энергичные, деятельные, инициативные. Большое стремление к самостоятельности может служить источником конфликтов. Им характерны вспышки гнева, раздражения, особенно когда они встречают сильное противодействие, терпят неудачу. Склонны к аморальным поступкам, повышенной раздражительности, прожектерству. Испытывают недостаточно серьезное отношение к своим обязанностям. Они трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

6. Дистимический тип. Люди этого типа отличаются серьезностью, даже подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий. Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, а также низкая контактность, немногословность в беседе, даже молчаливость. Такие люди являются домоседами, индивидуалистами; общества, шумной

компании обычно избегают, ведут замкнутый образ жизни. Часто утрюмы, заторможены, склонны фиксироваться на теневых сторонах жизни. Они добросовестны, ценят тех, кто с ними дружит и готовы им подчиниться, располагают обостренным чувством справедливости, а также замедленностью мышления.

7. Тревожный тип. Людям данного типа свойственны низкая контактность, минорное настроение, робость, пугливость, неуверенность в себе. Дети тревожного типа часто боятся темноты, животных, страшатся оставаться одни. Они сторонятся шумных и бойких сверстников, не любят чрезмерно шумных игр, испытывают чувство робости и застенчивости, тяжело переживают контрольные, экзамены, проверки. Часто стесняются отвечать перед классом. Охотно подчиняются опеке старших, нотации взрослых могут вызвать у них угрызения совести, чувство вины, слезы, отчаяние. У них рано формируется чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования. Чувство собственной неполноценности стараются замаскировать в самоутверждении через те виды деятельности, где они могут в большей мере раскрыть свои способности. Свойственные им с детства обидчивость, чувствительность, застенчивость мешают сблизиться с теми, с кем хочется, особо слабым звеном является реакция на отношение к ним окружающих. Непереносимость насмешек, подозрения сопровождаются неумением постоять за себя, отстоять правду при несправедливых обвинениях. Редко вступают в конфликты с окружающими, играя в них в основном пассивную роль, в конфликтных ситуациях они ищут поддержки и опоры. Они обладают дружелюбием, самокритичностью, исполнительностью. Вследствие своей незащищенности нередко служат «козлами отпущения», мишенями для шуток.

8. Экзальтированный тип. Яркая черта этого типа — способность восторгаться, восхищаться, а также — улыбчивость, ощущение счастья, радости, наслаждения. Эти чувства у них могут часто возникать по причине, которая у других не вызывает большого подъема, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное



отчаяние — от печальных. Им свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Такие люди часто спорят, но не доводят дела до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях они бывают как активной, так и пассивной стороной. Они привязаны к друзьям и близким, альтруистичны, имеют чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Могут быть паникерами, подвержены сиюминутным настроениям, порывисты, легко переходят от состояния восторга к состоянию печали, обладают лабильностью психики.

9. Эмотивный тип. Этот тип родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурны. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта — гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, сорадование чужим успехам. Они впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди. Подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где кому-либо угрожает опасность, сцена насилия может вызвать у них сильное потрясение, которое долго не забудется и может нарушить сон. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не «выплескиваются» наружу. Им свойственно обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными.

10. Циклотимный тип. Характеризуется сменой гипертимных и дистимных состояний. Им свойственны частые периодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают у них картины гипертимии: жажда деятельности, повышенная говорливость, скачка идей; печальные — подавленность, замедленность реакций и мышления, так же часто меняется их манера общения с окружающими людьми. В подростковом возрасте можно обнаружить два варианта циклотимической акцентуации: типичные и лабильные циклоиды. Типичные циклоиды в детстве обычно производят впечатление гипертимных, но затем

проявляется вялость, упадок сил, то, что раньше давалось легко, теперь требует непомерных усилий. Прежде шумные и бойкие, они становятся вялыми домоседами, наблюдается падение аппетита, бессонница, или, наоборот, сонливость. На замечания реагируют раздражением, даже грубостью и гневом, в глубине души, однако, впадая при этом в уныние, глубокую депрессию, не исключены суицидальные попытки. Учатся неровно, случившиеся упущения наверстывают с трудом, порождают в себе отвращение к занятиям. У лабильных циклоидов фазы смены настроения обычно короче, чем у типичных циклоидов. «Плохие» дни отмечаются более насыщенными дурным настроением, чем вялостью. В период подъема выражены желания иметь друзей, быть в компании. Настроение влияет на самооценку.

Ключ к тесту

Условное название шкалы	Наименование шкалы / Тип личности	Знак ключа	№ вопросов	Коэффициент выравнивания
Дм	Демонстративность / демонстративный тип	+	7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88	х 2
		–	51	
З	Застревание / застревающий тип	+	2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81	х 2
		–	12, 46, 59	
П	Педантичность / педантичный тип	+	4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83	х 2
		–	36	
В	Возбудимость / возбудимый тип	+	8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86	х 3
Г	Гипертимность / гипертимный тип	+	1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77	х 3
Дис	Дистимность / дистимический тип	+	9, 21, 43, 75, 87	х 3
		–	31, 53, 65	х 3
Т	Тревожность / тревожно-боязливый тип	+	16, 27, 38, 49, 60, 71, 82	х 3
		–	5	



ЭК	Экзальтированность / аффективно-экзаль- тированный тип	+	10, 32, 54, 76	х 6
Эм	Эмотивность / эмо- тивный тип	+	3, 13, 35, 47, 57, 69, 79	х 3
		–	25	
Ц	Циклотимность / ци- клотимный тип	+	6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84	х 3

Подсчитайте количество ответов «да» и количество ответов «нет» по каждой шкале с помощью приведенного ключа. Каждое совпадение с ключом равно 1 баллу. Максимальная сумма баллов равна 24. Учитывая неоднозначную количественную представленность исследуемых шкал, вводится коэффициент выравнивания, вследствие чего сумма полученных «сырых» баллов умножается на дифференцированный коэффициент. Так, при 8 утверждениях в шкале полученный результат умножается на 3, при 12 — на 2, при 4 — на 6.

Максимальная сумма баллов после умножения — 24. По некоторым источникам, признаком акцентуации считается величина, *превосходящая 12 баллов*. Другие же на основании практического применения опросника считают, что сумма баллов в диапазоне *от 15 до 19* говорит лишь о тенденции к тому или иному, типу акцентуации. И лишь в случае *превышения 19 баллов* черта характера является акцентуированной. Полученные данные могут быть представлены в виде «профиль личностной акцентуации».

