|  |
| --- |
| ЗМІСТ |
| ВСТУП |  |
| Розділ 1 ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ РОЗУМОВОГО РОЗВИТКУ ЯК СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ГРУПА  |  |
| 1.1. Визначення понять |  |
| 1.2 Проблеми життєдіяльності розумово-відсталих дітей |  |
| 1.3 Соціально-правовий захист дітей з порушенням розумового розвитку |  |
| Висновки до першого розділу |  |
| Розділ 2. СПЕЦИФІКА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПОРУШЕННЯ РОЗУМОВОГО РОЗВИТКУ  |  |
| 3.1 Установи та організації, що надають соціальні послуги дітям з порушенням розумового розвитку в Полтавській області  |  |
| 3.2 Технології соціальної роботи на яких ґрунтується соціальна робота з особами із функціональними обмеженнями здоров`я |  |
| Висновки до другого розділу |  |
| ВИСНОВКИ |  |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ |  |

**ВСТУП**

Турбота про молодь, прагнення допомогти кожній дитині стати довершеною особистістю, сповна реалізувати себе на Богом даній землі - воістину найвища, найгуманніша мета, в реалізації якої, крім держави, надзвичайно важлива роль належить психолого-педагогічній науці, педагогічним колективам, які можуть забезпечити умови для максимального розвитку кожного індивіда і, зокрема, для розумово відсталих дітей.

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується посиленням уваги до проблем особистості. Суспільство, враховуючи інтелектуальну недостатність розумово відсталих дітей, не може знизити щодо них вимог морального характеру. Разом з тим, виховуючи позитивні соціальні якості особистості дітей з розумовою відсталістю, необхідно враховувати особливості їхньої психіки, обумовлені органічним пошкодженням центральної нервової системи.

Діти з порушенням розвитку — складна та неоднорідна за рівнем і особливостями психофізичного розвитку категорія аномальних дітей. Спільними для них с органічні ушкодження кори головного мозку, внаслідок яких спостерігається недостатня сформованість усіх складових психіки і передусім розумової сфери. Розумова діяльність у цієї категорії характеризується різноманітними за ступенем та характером порушеннями пізнавальних процесів, що її забезпечують. Найбільшою мірою в них відмічається несформованість мислення. Виявляється своєрідність і в розвитку відчуття, сприймання, пам'яті уяви, мовлення та уваги. Найістотнішою ознакою розумової відсталості є знижена здатність дитини до узагальнень у процесі розв'язання інтелектуальних завдань. За відсутності чи несвоєчасності спеціального впливу, у дитини окрім первинних вад розвитку елементарних (мимовільних) пізнавальних процесів, виникають вторинні порушення їх довільних форм, емоційно-вольової сфери особистості, діяльності. У дітей спостерігається низький рівень володіння навичками спілкування, несформованість почуттів, здатності до емпатії (співпереживання), імпульсивність, недостатня адекватність, регульованість емоцій і поведінки. Розумово відсталі діти не завжди адекватно оцінюють себе та власні можливості, події, інформацію. Вони малообізнані з правилами та нормами поведінки.

**Об'єкт дослідження** - діти з порушенням розумового розвитку.

**Предмет** – аналіз моделей та технологій соціальної роботи із дітьми, які мають вади розумового розвитку.

**Мета** **дослідження** – теоретично обґрунтувати соціальну роботу з дітьми, які мають розумові вади здоров`я та розкрити моделі і технології соціальної роботи з даною категорією населення.

Об’єкт, предмет та мета дозволили сформулювати такі **завдання** курсової роботи:

1. Охарактеризувати проблеми життєдіяльності дітей з порушенням розумового розвитку.
2. Проаналізувати соціально-правову базу щодо дітей-інвалідів.
3. Розкрити та проаналізувати моделі і технології соціальної роботи на яких ґрунтується робота з дітьми-інвалідами.
4. Розкрити установи та організації, що надають соціальні послуги дітям-інвалдам.

**Методи дослідження** – методи науково – теоретичного рівня: аналіз і синтез науково-теоретичних джерел з проблеми дослідження, порівняння й узагальнення науково-теоретичних даних.

  **Структура** **курсової роботи.** Курсова робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 24 найменувань.

 **РОЗДІЛ І** ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ РОЗУМОВОГО РОЗВИТКУ ЯК СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ГРУПА

**1.1 Визначення понять**

 Наприкінці XI ст. й у першій чверті XX ст. у зарубіжній і вітчизняній літературі (особливо психіатричній) широко використовувався термін «недоумкуватий». Це визначення досить повно відбивало погляди фахівців на дитину з порушенням інтелекту як на щось нерухоме й застигле у своєму розвитку. Інакше кажучи, цей термін визначав ніби кількісний стан інтелекту аномальної дитини порівняно з однолітком, який розвивається нормально. Під впливом ідей Л.С.Виготського і його психологічної школи на зміну цьому поняттю приходить термін **розумово відстала дитина** [9, С. 37 - 42].Цей термін більш повно відповідає поглядам вітчизняних дефектологів на природу й сутність інтелектуального розвитку аномальної дитини.

 **Розумова відсталість** - це характеристика інтелекту аномальної дитини, уже не тільки й не стільки кількісна, скільки якісна, що показує зниження темпу розвитку інтелекту в такої дитини [17, С.49-51].

 За час існування олігофренопедагогіки як науки (до середини 90-х років) вона в основному вивчала питання виховання й навчання досить обмеженого контингенту розумово відсталих дітей - з найбільш легким ступенем розумової відсталості - дебільністю.

Причиною розумової відсталості в переважній більшості випадків була (або вважалася) олігофренія.

Німецький психіатр Еміль Крепелін уперше запропонував класифікацію психічних розладів, виходячи з клінічного підходу, а олігофренії - виходячи з можливостей навчання дітей. Заслуга Е. Крепеліна в тім, що він об’єднав всі відомі на той час клінічні симптоми вродженого й раннього слабоумства в дітей в одну групу під назвою «олігофренія», а терміни «ідіот», «імбецил», «дебіл» використав для визначення ступеня важкості ураження інтелектуальної діяльності.

*Причинами виникнення олігофренії* більш ніж у половині випадків є генетичні аномалії (хвороба Дауна, аномалії статевих хромосом і т. д.). Близько 10% випадків недорозвитку пов'язані з порушеннями активності ферментів, що потягли зміни обміну амінокислот, металів, солей, жирів та вуглеводів. Поза цим олігофренія виникає при порушеннях розвитку плоду та впливі різних шкідливих факторів у ранньому дитинстві. Особливо небезпечними є травми, отруєння, інфекційні захворювання (токсоплазмоз, краснуха), перенесені майбутньою матір'ю в першій половині вагітності. В цей період відбувається формування зачатків головного мозку. Травми, перенесені при пологах, і гіпоксія також можуть призвести до психічного недорозвитку дитини.

У результаті розумово відсталі діти за їхніми здібностями до навчання ділилися на три групи. Діти-олігофрени в ступені дебільності визнавалися здатними до навчання, але в спеціальних школах (за полегшеною програмою); діти-імбецили - малоздібними до навчання, але деякі з них виявлялися в змозі освоїти початкову грамоту в спеціальних класах, опанувати нескладними трудовими процесами. Олігофрени в ступені ідіотії вважалися взагалі нездатними до праці й навчання. Запропонована Е. Крепеліном класифікація олігофренії зберігається й на сьогоднішній день.

 **Дебільність** - найбільш легка в порівнянні з ідіотією й імбецильністю ступінь розумової відсталості [18, С. 48-55].Знижений інтелект й особливості емоційно-вольової сфери дебілів не дозволяють їм опанувати програмою загальноосвітньої масової школи. Це фізіологічно обумовлено недорозвиненням аналітико-синтетичної функції вищої нервової діяльності, порушеннями фонематичного слуху й фонетико-фонематичного аналізу. Соматичні порушення, загальне фізичне ослаблення (особливо на ранніх роках навчання), порушення моторики, властиві більшості дітей-дебілів, а також особливості емоційно-вольової сфери, системи спонукальних мотивів, характеру й поведінки в значній мірі обмежують коло їх наступної професійно-трудової діяльності, соціальної адаптації й реабілітації.

В останні роки вживають спроби провести більш диференційовану оцінку ступеня розумової відсталості. Виділяються легка дебільність, середня дебільність, виражена дебільність. Такого роду оцінка має велике практичне значення, оскільки дозволяє більш точно й ефективно організувати навчально-виховний процес. Однак критерії такої диференціації дотепер чітко не сформульовані.

**Імбецильність** - більш легка в порівнянні з ідіотією ступінь розумової відсталості [18, С. 48-55].Діти-імбецили мають певні можливості в оволодінні мовою, засвоєнні окремих нескладних трудових навичок. Однак наявність грубих дефектів сприйняття, пам'яті, мислення, комунікативної функції мови, моторики й емоційно-вольової сфери робить цих дітей практично ненавчальними навіть у спеціальній школі. У правовому відношенні вони, як й ідіоти, є недієздатними, і над ними встановлюється опіка. До досягнення повноліття ці діти перебувають у спеціальних дитячих будинках для глибоко розумове відсталих. В останні роки встановлено, що частина дітей-імбецилів здатні опанувати певними знаннями, уміннями й навичками в обсязі спеціально розробленої для них програми.

**Ідіотія** - найглибший ступінь розумової відсталості. Дітям-ідіотам недоступне осмислення навколишнього, їхня мовна функція розвивається вкрай повільно й обмежено, у ряді випадків мовні звуки не розвиваються взагалі. Ідіоти мають порушення (іноді дуже важкі, що змушують їх до лежачого способу життя) моторики, координації рухів і праксиса, орієнтування в просторі. У них украй важко й повільно формуються елементарні навички самообслуговування, у тому числі гігієнічні. Часто ці навички не формуються взагалі. Діти-ідіоти не навчаються й перебувають (за згодою батьків) у спеціальних установах (дитячих будинках для глибоко розумово відсталих).

 Найбільш прийнятною для рішення завдань олігофренопедагогіки вважається класифікація, розроблена відомим вітчизняним дефектологом М.С.Певзнер для дітей-олігофренів [11, С. 89 - 96].

В основу цієї класифікації покладений клініко-патогенетичний підхід. Клінічна картина містить у собі суму факторів й їхню взаємодію: етіологію, характер хворобливого процесу, його поширення й час ураження (останнє має особливе значення стосовно дітей). Ступінь ураження ЦНС може бути різною за вагою, локалізацією й за часом настання. Інакше кажучи, етіологія патологічного розвитку може бути найрізноманітнішою, а це, у свою чергу, визначає індивідуальні особливості фізіологічного, емоційно-вольового й інтелектуального розвитку розумово відсталої дитини.

Виходячи з патогенезу, М. С. Певзнер виділяє **чотири форми олігофренії**:

1. Основна форма характеризується дифузійним (досить рівномірним), відносно поверхневим ураженням кори півкуль головного мозку при схоронності підкіркових утворень і відсутності змін з боку ліквообігу*.* Клінічні дослідження показують, що в цієї категорії дітей діяльність органів почуттів грубо не порушена; не відзначається різких патологічних змін в емоційно-вольовій сфері, у руховій сфері, мові. Діти часто не усвідомлюють поставленого перед ними завдання й заміняють його рішення іншими видами діяльності,
2. Від основної форми олігофренії помітно відрізняється *олігофренія* з вираженими нейродинамічними порушеннями.Це швидко збудливі, розгальмовані, недисципліновані діти, з різко зниженою працездатністю або вкрай млявим і загальмовані, що викликано порушенням балансу між процесами порушення й гальмування в нервовій системі.

Специфічними рисами дітей-олігофренів з переважним гальмуванням є млявість, повільність, загальмованість моторики, пізнавальної діяльності, поведінки в цілому.

1. Серед дітей-олігофренів є діти, у яких поряд з недорозвиненням складних форм пізнавальної діяльності відзначається також *порушена мова.* Специфічною особливістю патогенезу цієї форми є сполучення дифузійного ураження з більш глибокими ураженнями в області мовних зон лівої півкулі.
2. Останню групу становлять діти-олігофрени, у яких на тлі недорозвинення пізнавальної діяльності чітко виступає недорозвинення особистості в цілому. У цих випадках різко змінена вся система потреб і мотивів, є патологічні похилості. Основна патологічна особливість у цьому випадку полягає в тім, що дифузійне ураження кори головного мозку сполучається з переважним недорозвиненням лобових часток.[11, С. 89 - 96].

**1.2 Проблеми жіттєдіяльності розумово-відсталих дітей**

 На жаль, в Україні історично склалася ситуація, за якої категорія дітей з порушенням розумового розвитку протягом тривалого часу залишалася соціально-незахищеною і в певній мірі ізольованою від соціуму. Відкрите обговорення проблем інвалідів було непопулярним у суспільстві. Взагалі, проблеми інвалідності до останнього часу замовчувалися на державному рівні й не висвітлювалися в ЗМІ, тому більшість людей і суспільство в цілому сприймає розумово відсталих дітей як соціально неповноцінних і, навіть, небезпечних.

 Складні й різноманітні проблеми (економічні, культурні, соціальні, педагогічні, психологічні) супроводжують розумово відсталих дітей, а в подальшому дорослих людей протягом усього життя, стосуються практично всіх сторін їх життєдіяльності та виховання.

 Так, постійно постають проблеми спілкування, організації дозвілля та відпочинку; реалізації творчих здібностей; набуття освіти як загальної, так і професійної; отримання інформації; медичної, психологічної, соціально-педагогічної допомоги; проблеми догляду, обслуговування в сім’ї або поза нею та ін. Хоча вирішення більшості із цих проблем регламентоване законодавчими і нормативними актами, реалізація передбачених ними вимог гальмується у зв’язку із складною соціально-економічною ситуацією в країні.

 Соціальні проблеми розумово відсталих дітей детерміновані соціальними наслідками обмежень психофізичних можливостей дитини, соціальними і фізичними бар’єрами інтеграції дитини у суспільство, нормалізацією життєдіяльності сім’ї, адаптацією та соціалізацією дитини. Вирішення соціальних проблем розумово відсталих дітей залежить від удосконалення нормативно-правової бази соціального захисту розумово відсталих дітей, формування в суспільстві позитивного ставлення до них, підвищення виплат по догляду за розумово відсталою дитиною, удосконалення системи медико-соціальної допомоги і організацій, які займаються створенням системи соціальних послуг для сімей, реалізації програм інтеграції та адаптації розумово відсталих дітей [19, С.49 – 63 ].

 Умовно існуючі проблеми можна поділити на кілька основних різновидів (проблеми, пов’язані з недоліками фінансового і матеріального забезпечення; проблеми інформаційного забезпечення; проблеми нормативно-правового забезпечення; проблеми освіти; проблеми спілкування), хоча в реальному житті більшість проблем переплітаються, діють у комплексі, є взаємопов’язаними, інколи – взаємообумовленими, такими, що підсилюють дію одна одної.

 *Проблеми, пов’язані з недоліками фінансового і матеріального забезпечення.* Значна частина розумово відсталих дітей народжується в сім’ях, які ще до народження дитини мали невеликий достаток. Факт народження в таких сім’ях розумово відсталих дітей з перших тижнів після встановлення діагнозу ще більше ускладнює матеріальний стан, часто ставить сім’ю на межу зубожіння. Ще більше погіршують ситуацію випадки розлучення батьків у перші роки після народження дитини. Як правило, мати не в змозі працювати, тому що дитина потребує постійного догляду. Основні проблеми пов’язуються з фінансовою недоступністю поліпшення житлових умов, браком коштів для придбання харчування, медпрепаратів, корекції та контролю стану здоров’я, предметів і послуг для задоволення культурних потреб та ін. Ці проблеми пов’язані із малими розмірами пенсії та допомоги по догляду за дитиною. Законодавство практично не захищає таких матерів, незважаючи на те, що доглядаючи розумово відсталих дітей вдома, вони заощаджують чималі бюджетні кошти, потрібні для утримання дитини в державній установі.

 *Проблема інформаційного забезпечення.* Після встановлення діагнозу дитини батьки мають визначитися щодо оптимальних термінів, шляхів і методів лікування та реабілітації, закладів та установ, які в змозі надати відповідні послуги. Тобто на першому плані – проблема отримання необхідної інформації. Важливість цієї проблеми зумовлена тим, що батьки, які достатньо обізнані з усіх аспектів інвалідності дитини, в багатьох випадках хочуть і здатні самостійно правильно діяти задля покращення здоров’я дитини, її соціальної адаптації та інтеграції, захисту її прав на пристойні умови життя, навчання. Тобто, в цьому випадку сім’я бере на себе значну частину проблем, які інакше потрібно буде вирішувати державі, у першу чергу соціальним службам. Натомість нестача інформації або неповна, однобічна, упереджена інформація може призвести до негативних наслідків. Існують приклади, коли батьки дізнаються про свої права і можливості (навіть право на пільги) від випадкових людей, не знають куди звернутися за

правовою, соціальною, психологічною, педагогічною допомогою, де вишукати можливість доброзичливого спілкування з потрібними фахівцями, іншими сім’ями зі схожими проблемами. З часом зростають потреби в інформації про спеціалізовану (відповідно до вади) соціальну, психологічну, освітянську, правову допомогу, встановлення контактів з різноманітними державними і громадськими організаціями, але їх задоволення відбувається значною мірою випадково, несистематично, на підставі неформального спілкування або окремих матеріалів у неспеціалізованих ЗМІ.

 Спеціалізовані ЗМІ, які видаються організаціями, пов’язаними з вирішенням проблем розумово відсталих дітей, поки що малотиражні, виходять з тривалими перервами, не мають системи розповсюдження, яка здатна охопити всіх зацікавлених, не в змозі висвітлити весь комплекс проблем розумово відсталих дітей та їх сімей з причин слабкості фінансування, кадрового й матеріально-технічного забезпечення видань. За допомогою інформаційних видань, що інформують про становище розумово відсталих дітей та їх сімей має досягатися дві мети:

* інформування про труднощі, з якими стикаються розумово відсталі діти та їх сім’ї;
* їхні потенційні можливості і отримання підтримки населення у процесі інтеграції та адаптації.

 *Проблеми нормативно-правового забезпечення.* Вони пов’язані перш за все, не з відсутністю вітчизняної нормативно-правової бази, а з недосконалістю механізмів її застосування і забезпечення виконання вимог законодавства.

 Також існує ряд проблем пов’язаних з тим, що існує:

- упереджене ставлення суспільства до людей із розумовою відсталістю;

- невизнання органами влади і громадськістю рівних прав таких людей;

 - нерозуміння фахівцями бажання батьків народжувати дитину із розумовою відсталістю у випадку, коли є такий ризик;

- неготовність суспільства ставитися до особи з розумовою відсталості, передусім, як до особистості, а не як до носія проблеми;

- положення нормативних документів, за якими усі рішення щодо життя людини з розумовою відсталістю приймають фахівці, частково – родичі, які повністю виключають можливість особистого та сімейного життя для осіб з розумовою відсталістю;

* недостатньо розроблена методична база надання соціальних, психологічних та педагогічних послуг інвалідам із розумовою відсталістю із застосуванням індивідуального підходу та орієнтації на автономне проживання інваліда в громаді;
* домінування медичних фахівців у складі органів медико-соціальної експертизи, які не ставлять перед собою завдання визначити соціальні, психологічні, когнітивні та поведінкові потреби інвалідів і внести задоволення цих потреб до індивідуальної програми реабілітації;
* недостатня професійна компетенція працівників медико-соціальної експертизи, котрі здійснюють оцінку соціальних, психологічних та пізнавальних потреб інвалідів;
* консервативні підходи до освіти дітей та молоді із розумовою відсталістю, які не передбачають можливості ексклюзивного навчання та не враховують особливостей стану таких інвалідів;
* брак методичного забезпечення надання послуг;
* недосконала нормативна база, яка не передбачає можливостей інклюзивного навчання; брак фахівців, які б забезпечили інтегративне / ексклюзивне навчання;
* недосконалість механізму фінансування системи соціального обслуговування, орієнтоване на переважне фінансування інтернатних закладів[15, С. 40 – 63].
* недостатній рівень професійної етики фахівців соціальних установ, які мають опікуватися проблемами розумово відсталих дітей (неповага до потреб цієї категорії сімей (відсутність співчуття), бажання найкращим чином виконувати професійні обов’язки з боку тих посадових осіб, із якими сім’ї стикаються у повсякденній практиці.

Особливі потреби і обмежені можливості розумово відсталих дітей

обумовлюють комплекс специфічних проблем освіти. Суб’єктивні оцінки батьків містять дорікання на недостатній рівень освітньої і виховної роботи у спеціальних закладах, нестачу спеціальних секцій для занять музикою, танцями, спортом, дитячих творчих гуртків, брак талановитих педагогів, незручне територіальне розташування спеціальних закладів освіти. Але показово, що батьки майже не скаржаться на відмову прийняти дитину до закладу, на відсутність закладу відповідного профілю або місць в ньому.

 Отже, в цілому система спеціалізованої освіти спроможна забезпечити потреби сімей, які виховують розумово відсталих дітей, принаймні у кількісному аспекті, хоча поки що не ліквідовані перешкоди для легкого доступу дітей до мережі спеціалізованих навчальних закладів, що інколи пов’язано з недостатньою інформованістю батьків, територіальною віддаленістю потрібних закладів від місць помешкання і труднощами матеріального характеру. До того ж якість освіти, виховання, умов утримання і надання спеціальних лікувально-корекційних послуг у різних закладах неоднакова, не завжди дитина потрапляє саме в той заклад, який їй потрібен. Можливості вибору обмежені станом здоров’я дітей, фізичного і розумового розвитку, часто несприятливими соціальними умовами і бідністю сім’ї, нестачею інформації.

 Для розумово відсталих дітей та їхніх сімей чи не основною проблемою є спілкування, а відтак і набуття комунікативних навичок. Розумово відсталі діти мають труднощі у налагодженні міжособистісних взаємин, що виявляється у високому рівні тривожності та конфліктності. Причинами у порушенні адаптації та соціалізації розумово відсталих дітей, які не відвідують школу, є обмежене коло спілкування з однолітками (часто це коло обмежується батьками та родичами), відчуття власної неповноцінності, обмеження мобільності.

 Умовою, за якої дитина виросте щасливою і комунікабельною, є ставлення батьків і найближчого оточення до неї. Якщо батьки соромляться зовнішнього вигляду дитини, прагнуть подумки, щоб вона була іншою, занадто опікують її змалку і позбавляють спілкування з іншими дітьми, вона виросте замкненою, незадоволеною, почуватиме себе не такою, як всі. І навпаки, розумне сприйняття і ставлення надають дитині більшої впевненості серед інших, дозволяють їй добре почуватися у колі своїх ровесників[8, С. 53 – 60 ].

 Таким чином, ми розглянули проблеми життєдіяльності розумово відсталих дітей. Безперечно, вирішити одночасно ці проблеми неможливо, проте зменшити їхній тиск на життєдіяльність сім’ї з розумово відсталими дітьми можна. Сутність такого підходу полягає у залученні громади до процесу реабілітації, адаптації та інтеграції розумово відсталих дітей, які при відповідній підтримці державної політики, соціальних інновацій, громадських організацій.

**1.3 Соціально-правовий захист дітей з порушенням розумового розвитку**

 На даний час в Україні сформована державна система соціальної підтримки розумово відсталих дітей та їх сімей, яка базується на багатьох правових документах. Це наступні документи:

* Стандартні правила щодо зрівняння можливостей інвалідів (резолюція ООН від 20.12.93);
* Конституція України (1996 р., ст. 3, 8, 24, 46);
* Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991 р.);
* Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» (2001 р.);
* Конвенція про права дитини (1991 р.);
* Національна програма „Діти України” (1996 р.);
* Державна національна програма “Освіта / Україна ХХІ століття/ (1993 р.);
* Закон України „Про пенсійне забезпечення” від 5.11.1991 р.;
* Постанова КМ України № 143 „Про невідкладні питання діяльності дитячих
* навчально-виховних закладів” від 23.03.1992 р.;
* Наказ Міністерства освіти України № 136 „Положення про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат (школу, клас) України для дітей з порушенням фізичного або розумового розвитку” від 13.05.1993 р.;
* Наказ Міністерства праці, соціального захисту населення, освіти, фінансів України № 04-800 „Положення про порядок призначення та виплати державної допомоги сім’ям з дітьми” від 11.03.1993 р.;
* Постанова КМ України „Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда” [13];
* Гарантія дотримання конституційних прав та свобод людини (Конституція України): права на вільний розвиток своєї особистості (ст. 23), на рівність (ст. 24), на життя (ст. 27), на повагу до гідності людини (ст. 28), на свободу та особисту недоторканість (ст. 29), на невтручання в особисте та сімейне життя (ст. 32);
* Гарантія охорони державою сім’ї, дитинства, материнства і батьківства, а також виконання батьками своїх зобов’язань щодо утримання дітей до їх повноліття (ст. 51 Конституції України);
* Гарантія розробки та виконання індивідуальної програми соціально-трудової реабілітації (ст. 5 Закону України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”);
* Гарантії щодо дошкільного виховання, здобуття освіти на рівні, що відповідає здібностям і можливостям, професійної підготовки або перепідготовки, зокрема, із застосуванням альтернативних форм навчання. (ст. 21 Закону України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”);
* Зобов’язання органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування створювати лікувально-виробничі підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади (ст. 5 Закону України „Про психіатричну допомогу”);
* Рекомендації щодо забезпечення послуг з ранньої соціальної інтеграції дітей-інвалідів (Постанова Кабінету Міністрів України „Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів” від 12.10.2000 № 1545);
* Закон України „Про освіту” - дітям-інвалідам гарантується не тільки право на навчання, а й вибір його форм і освітніх програм, цей вибір поки що не є загальнодоступним [1,2,3].

**Висновки до першого розділу**

В цьому розділі ми розглянули поняття, що стосуються дітей з порушенням розумового розвитку. Також ми проаналізували проблеми дітей даної категорії. Головними проблемами є:

*-* Проблеми, пов’язані з недоліками фінансового і матеріального забезпечення.

- Проблема інформаційного забезпечення.

- Проблеми нормативно-правового забезпечення. Вони пов’язані перш за все, не з відсутністю вітчизняної нормативно-правової бази, а з недосконалістю механізмів її застосування і забезпечення виконання вимог законодавства.

 Основною проблемою є упереджене ставлення суспільства до людей із розумовою відсталістю; та консервативні підходи до освіти дітей та молоді із розумовою відсталістю, які не передбачають можливості ексклюзивного навчання та не враховують особливостей стану таких інвалідів;

 Безперечно, вирішити одночасно ці проблеми неможливо, проте зменшити їхній тиск на життєдіяльність сім’ї з розумово відсталими дітьми можна. Сутність такого підходу полягає у залученні громади до процесу реабілітації, адаптації та інтеграції розумово відсталих дітей, які при відповідній підтримці державної політики, соціальних інновацій, громадських організацій.

**Розділ 2** ТЕОРЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПОРУШЕННЯ РОЗУМОВОГО РОЗВИТКУ

**Психологічні моделі соціальної роботи.** До цієї групи належать теоретичні моделі, які мають у собі ідею допомогти клієнтові шляхом оптимізації його зусиль щодо використання особистісних і соціальних ресурсів для впливу на несприятливу ситуацію його життя[10, С. 210-212].

Психодинамічна модель соціальної роботи єоднією з найпоширеніших. Вона суттєво розширює уявлення про сутність допомоги усоціальній роботі, сфокусував її на внутрішньому житті індивіда, розглядаючи дії таповедінку людини як наслідок процесу її мислення, а не особливостей міжособистіснихчи соціальних відносин [10, 212-213].

 Психодинамічна модель пропонує ефективні техніки діагностування та прогнозування перспектив поліпшення внутрішнього стануособистості, особливо важливим це є у дітей з порушенням розумового розвитку. Вади здоров`я, що мають інваліди пригнічують їх психологічний стан та самооцінку, що суттєво впливають на спілкування з іншими та в подальшому на інтеграцію в суспільство. Також ця модель ефективна при роботі з батьками дітей даної категорії, їх психологічне самопочуття є пригніченим, а інколи і дипресивним.

Когнітивно-біхевіористська модель соціальної роботи ґрунтується на ідеї, яка акцентує увагу на необхідності враховувати, при наданні допомоги клієнтові, особливості його мислення, установки, які спрямовують його дії. Ця модель особливо підходить до роботи з дітьми-інвалідами, оскільки в ній є індивідуальний підхід до всіх психічних процесів людей даної категорії. Також допомога сім`ям, що виховують таких дітей не є зайвою, тільки правельний підхід може змінити погляд батьків, а в цілому і суспільства до даної проблеми [14, С.280-282].

Така робота спрямована, зокрема, на те, щоб усунути у них небажані форми поведінки, змінити деякі переконання (батьки), зміцнити їх впевненістьу собі. Щодо інвалідів, то нерідко в сім’ях, де вони проживають виникають конфлікти та сварки, що впливають на психологічне самопочуття та на самооцінкудітей даної категорії та їх батьків.

Гуманістична модель соціальної роботи вбачає головні резерви змін у самій людині, в закладених у ній силах добра, психічного здоров'я і бажання самовдосконалюватися. Тому ця теоретична модель відводить клієнтам роль активних творців власного життя, стиль якого може бути обмежений тільки фізичними або соціальними порушенням [16, С.132-134].Допомога у виборі стратегій дій клієнта має враховувати пошук ним власного життєвого призначення, для людей даної категорії їх майбутнього або теперішнього особливо при входженні у соціум, а суспільство на даний час не досить толерантно відноситься до даної категорії населення. Соціальні працівники використовують цю модель в груповій та індивідуальній роботі з різними групами клієнтів, в тому числі і з інвалідами.

Загалом психологічні моделі допомагають повніше, глибше сприймати клієнта соціальної роботи, налагоджувати з ним довірливі, взаємозацікавлені ділові відносини, розвивати його психологічну здатність до розв'язання власних життєвих конфліктів, оптимістичного бачення свого майбутнього

**Соціологічні моделі соціальної роботи.** Ці моделі зосереджують увагу на соціальному контексті допомоги: соціальних причинах виникнення складних життєвих ситуацій.

Системна модель соціальної роботи у сучасній практиці є найпопулярнішою. Відповідно до неї суспільство постає як складна соціальна система, сформована із сукупності взаємопов'язаних соціальних організацій та інститутів, взаємодія яких впливає на життєдіяльність людини. Ґрунтується ця модель на ідеї, що задовільне життя людини залежить від систем, які її оточують. Такою системою є сім'я (яка важлива та сама близька складова по відношенні до дитини інваліда), всередині якої існують взаємини між дітьми і родичами; сім'я також включена у взаємодію з різноманітними соціальними інститутами - державою, системою освіти і виховання, економічними й іншими організаціями, з цього погляду завдання соціальної роботи полягає у вивченні оточення клієнта, впливу па нього інших людей, соціальних факторів [12, С.98-100].

**Екологічна модель соціальної роботи** розглядає допомогу як діяльність, спрямовану на збереження рівноваги між клієнтом і навколишнім середовищем, як нейтралізацію негативних змін, які можуть спричинити у людини дезадаптивні процеси. Діяльність фахівців, які дотримуються цієї моделі, полягає у використанні активних методів адаптації дитини-інваліда до соціального середовища, до навчання та інтеграції в суспільство, забезпеченні відповідності між його внутрішнім станом і вимогами зовнішнього середовища. Водночас соціальні працівники можуть змінювати зовнішнє соціальне і фізичне середовище, дбаючи, щоб воно якомога більше відповідало правам, потребам і життєвим цілям дітей з порушенням розумового розвитку. Особливо це створення безбар`єрного середовища для людей з функціональними обмеженнями здоров`я.

**Рольова модель** ґрунтується на ідеї рольової поведінки клієнта, який вибудовує свої вчинки відповідно до загальноприйнятих і відтворюваних індивідуальною свідомістю моделей, схем. Рольова модель соціальної роботи звертає увагу на проблеми клієнта, пов'язані з очікуваною його поведінкою і бажаним розвитком на основі його минулого досвіду, розуміння значущості того, що мас з ним відбуватися, а також його уявлень про свою роль у житті [22, С. 68-71].Особливого значення ця модель набуває в роботі з інвалідами в період входження або інтеграції в суспільство.

**Комплексні (біопсихосоціальні) моделі соціальної роботи.** Сформовані вони на концептуальних підходах багатьох гуманітарних наук (соціології, психології, соціальної психіатрії та ін.). Цей процес був закономірною реакцією соціальної роботи па комплексний характер проблем багатьох людей, а також на необхідність використання теоретичних надбань, методологій, технік з різних сфер людських знань і діяльності [23, С.180-184].

**Модель кризового втручання** орієнтована на допомогу клієнтові, який перебуває в стані глибокої і гострої психологічної кризи, що зумовлює необхідність оперативного втручання для виведення його з дезадаптивного стану. Діти-інваліди практично постійно перебувають в негативному психологічному стані або стані дипресії.

Зосереджена на завданні модель пропонує чітку послідовність діагностування проблеми клієнта і роботи з нею, що допомагає усвідомленню практичними працівниками раціонального процесу безпосередньої роботи з клієнтом.

**Модель сімейної терапії** довела свою ефективність у багатьох ситуаціях, пов'язаних знеобхідністю сімейного, часто й індивідуального консультування. Заснована вона на твердженні, що пояснення і подолання проблем взаємодії між людьми обумовлене їх розумінням минулих, а також актуальних па певний час взаємовідносин.[23, С.186-187].Це означає, що головну увагу слід зосереджувати па проблемах, що виникли між даною категорією людей, а не в кожній конкретній людині. Цю модель використовують для вирішення традиційних сімейних проблем, що пов’язані з категорією таких дітей.

**Модель психосоціальної терапії** є досить поширеною. Вона передбачає тривалий супровід клієнта соціальним працівником, надає особливої уваги їх взаємовідносинам. Головне за цього підходу - виокремити проблеми із середовища клієнта, посилити сильні сторони його я, а також механізми, за допомогою яких він зможе самостійно подолати свої проблеми за достатньої підтримки соціального працівника. Психосоціальна терапія ефективна в роботі з клієнтами, які недостатньо контролюють свою поведінку, а напругу й агресивність спрямовують на людей, які з ними взаємодіють [12, С.101-103].

**Висновки до другого розділу**

Використання різноманітних моделей соціальної роботи під час практичної роботи з категорією дітей-інвалідів, яка є найменш захищеною, дає можливість надання ефективної і кваліфікованої допомоги.

В своїй роботі ми виділяємо:

**-** Психологічні моделі соціальної роботи. (Психодинамічна модель соціальної роботи, когнітивно-біхевіористську модель соціальної роботи, гуманістичну модель соціальної роботи. Загалом психологічні моделі допомагають повніше, глибше сприймати клієнта соціальної роботи, налагоджувати з ним довірливі, взаємозацікавлені ділові відносини, розвивати його психологічну здатність до розв'язання власних життєвих конфліктів, оптимістичного бачення свого майбутнього

- Соціологічні моделі соціальної роботи.

- Екологічна модель соціальної роботи

- Рольова модель

- Комплексні (біопсихосоціальні) моделі соціальної роботи.

- Модель кризового втручання

- Модель сімейної терапії

- Модель психосоціальної терапії

Отже, моделі соціальної роботи допомагають глибше проникнути у світ дітей з порушенням розумового розвитку та їх родин

**3.1 Установи та організації, що надають соціальні послуги дітям з порушенням розумового розвитку в Полтавській області**

 **Полтавський міський центр соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді.**

 Одна з категорій, якою опікується міський центр соціальних служб – це діти та молодь з особливими потребами. Мета цієї роботи – соціальна адаптація таких людей. Для цієї категорії центром проводяться благодійні культурно-мистецькі заходи до загальнодержавних та релігійних свят («Надія ніколи не згасне», «Знову разом», « Святий Великодень») та ряд традиційних фестивалів та виставок творчості дітей та молоді з особливими потребами (виставка квітів «Нескорена Полтавчанка», «Меланчини розваги», «Вогняні барви», фестиваль творчості людей «Від серця до серця».) Хворих, прикутих до ліжка, на дому відвідують волонтери Центру.

 **Полтавська обласна організація інвалідів СОІУ**

Створена ініціативною групою 17 січня 1999 року та зареєстрована 13 березня 2000 року. Робота організації присвячена сприянню досягненню інвалідами рівних з іншими громадянами України можливостей для участі у всіх сферах суспільного життя, задоволенню та захисту законних соціальних, економічних, вікових та інших інтересів її членів.

В організації постійно працює безкоштовна юридична консультація, проводяться психологічні консультації, тренінги з практикуючим психологом. Також приділяється велика увага інформуванню суспільства про становище людей з обмеженими можливостями здоров'я через власну благодійну газету «Сила духу», що допомагає підняти соціальний статус як організацій інвалідів, так і самих інвалідів.

Не менше двох разів на рік проходять виставки робіт інвалідів в обласній галереї мистецтв, постійно проводяться виступи концертних колективів організовуються культпоходи до музеїв, на концерти майстрів мистецтв, в театр та кіно, щорічні екскурсії в визначні місця, поїздки на море для відпочинку.

 **Монтессорі-Центр реабілітації дітей-інвалідів дошкільного віку «Соняшник»**

 У Центрі надають допомогу дітям раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку з органічним ураженням центральної нервової системи, інтелектуальною недостатністю, затримкою психо-мовного розвитку, синдромом Дауна, аутизмом.

 Надається соціально-педагогічна, психологічна, фізична реабілітація. Спеціалісти закладу переконані, що тільки активна позиція батьків щодо реабілітації власної дитини, вміння приймати рішення, віра у власні сили та потенціал дитини є запорукою успіху в довготривалому, безперервному процесі реабілітації, виховання, навчання дитини. Саме тому використання універсальних інноваційних методик, таких, як методи Миколи Єфименка та Марії Монтессорі, методи аугментативної альтернативної комунікації, зоотерапії, арт-терапії дають можливість батькам стати першими реабілітологами для своєї дитини, своєчасно та впевнено приймати рішення щодо вибору програм, методик, закладів, форм і методів лікування, професійно зростати поряд з дитиною.

 **Полтавський міський центр реабілітації дітей-інвалідів до 18 років.**

 Клієнтами центру єдіти з порушенням психічного розвитку, діти з порушенням опорно-рухового апарату ураженням центральної нервової системи. Центр працює частково за методикою М.Монтесорі, за українськими методиками та методиками зарубіжних країн.

В центрі проводиться:

* рання соціальна реабілітація;
* соціальна;
* психологічна реабілітація;
* педагогічна реабілітація ;
* фізична реабілітація.

Також в центрі працюють логопед, психолог, які займаються проблемами дітейданої категорії.

 **Полтавський Центр реабілітації дітей-інвалідів з порушенням розумового розвитку «Наш дім»**

 В Центрі надаються послуги постійного перебування для дітей-інвалідів з розумовою відсталістю. Розподіл гуманітарної допомоги. Надаються реабілітаційні послуги: медичні, психологічні, педагогічні, фізкультурно-спортивні, соціально-побутові. Проводяться фахові консультації для батьків.

 Забезпечується організація дозвілля. Санаторно-курортне лікування та оздоровлення.

 **Полтавське міське об'єднання дітей-інвалідів з дитинства та їх опікунів.**

В організації надаються реабілітаційні послуги, розробляються та впроваджуються інноваційних послуг. Працює консультаційний центр, методико-інформаційний пункт для батьків, групи взаємодопомоги. Працює Центр підтримки родин. Адвокатування прав окремих інвалідів та родин інвалідів. Організовується дозвілля для дітей-інвалідів. Надається гуманітарна допомога [24].

**3.2. Технології соціальної роботи на яких ґрунтується соціальна робота з особами із функціональними обмеженнями здоров`я**

**Метод індивідуальної соціальної роботи *–*** спрямований на надання допомоги дітям з порушенням розумового розвитку і сім’ям, що мають дітей або родичів інвалідів у розв’язанні психологічних, міжособистісних, соціоекономічних проблем шляхом взаємодії з клієнтом:

* *ведення випадку* (це спланований процес взаємин між клієнтом і соціальним працівником, який може передбачати застосування різних теоретичних моделей роботи та стратегій втручання; забезпечення представникам вразливих груп «людям з функціональними обмеженнями чи проблемами психічного здоров’я» необхідної індивідуальної підтримки для продовження життя у власній громаді).
* *індивідуальне консультування* ( це процес, у ході якого спеціаліст дає рекомендації з розв’язання соціальних проблем клієнта; використання інформації, спеціальних знань для надання допомоги людям у розв’язанні їх життєвих проблем; орієнтований на клінічно здорову особистість з психологічними труднощами), оскільки вади розумового розвитку можуть бути набутим, в цьому випадку цей метод підходить до даної категорії дітей.
* *представництво інтересів клієнта* (соціальні працівники, представляючи інтереси клієнтів, намагаються не лише надати певні послуги, а й вести справи в суді, оскільки інвалід не завжди може безпроблемно представляти свої інтереси). Особливо цей метод є доцільним до даної категорії клієнтів, оскільки вони не можуть самі представляти свої інтереси в соціальних органах.

**Метод групової соціальної роботи *–*** це метод, завдяки якому відбувається допоміжна діяльність через групові форми взаємодії; сутність групової роботи полягає у пріоритеті спілкування з іншими людьми, які мають спільні проблеми, а особливо якщо це проблеми пов’язані з інвалідністю. Найбільш тактовні методи для даної категорії це:

- Соціальна групова робота. Пояснення ситу­ації допомагає людям з обмеженими можливостями впоратися з дискомфортним станом, пі­знати, осмислити сутність своїх проблем, отримати уяв­лення про те, що їх очікує під час групової роботи. Пізніше цю роботу можуть здійснювати як працівники, так і клієн­ти. З часом група поступово доходить до розуміння, що очі­куваного результату можна досягти ціною значних зусиль, налаштовується на відповідну працю.

* Самокерована групова робота (групи самодопомоги). Групи, учасники яких, поділяючи певні особисті інтереси, маючи подібний досвід, об'єдну­ються для співпраці з метою реалізації власних потреб чи потреб громади завдяки обміну інформацією, взаємопідтримці, іноді — представництву. Можливо це створення гуртків (малювання, ліпка, вишивка), міні-театрів, де б такі діти змогли почувати себе вільно і творити, бо творчисть завжди впливає позитивно на їх розвиток.

*Види груп:*

* групи, орієнтовані на особистість;
* групи зустрічей;
* лікувальні групи [22].

**Методи активного психологічного впливу на особистість:**

* психологічне консультування (надання людині психологічної допомоги у виді порад, спілкування, інформування тощо).
* психологічна корекція (подолання певних відхилень у поведінці та діяльності людини засобами вивчення індивідуальних особливостей особистості, їх відповідності до навколишнього, соціального середовища).
* психологічний тренінг (використовується для розвитку здібностей, спрямований на розвиток комунікативних, перцептивних здібностей, що полегшує здатність людини до міжособистісного спілкування). Тренінг більше підходить до батьків даної категорії дітей.
* психологічна терапія та реабілітація (система спеціальних психологічних методів оздоровчого впливу на людину для нормалізації її психічного стану під час перебування у важкому стресі або негативному )

 Інваліди досить вразлива категорія, їх емоційний стан не стійкий, тому психологічна корекція, терапія є потрібною для даної категорії. І методи сприятимуть їх позитивному психологічному та емоційному стану здоров`я.

**Метод соціальної роботи в громаді *–*** це процес розвитку як колективного, так і індивідуального досвіду, який відбувається в територіальних громадах та в громадах за інтересами; передбачається робота з тими громадянами, які перебувають у невигідному становищі задля колективного з’ясування ним своїх потреб і прав (люди з особливими потребами), визначення і досягнення цілей демократичним шляхом, поважаючи потреби і права інших:

*Методи та форми роботи в громаді включають такі види діяльності:*

* лобіювання (активний захист своїх інтересів);
* проведення масових акцій, демонстрацій, налагодження стосунків та співпраці з місцевим органами влади для допомоги даній категорії населення;
* надання соціальних послуг за місцем проживання;
* вивчення проблем громади;
* конференції, переговори, угоди;
* проведення публічних чи громадських слухань;
* вживання заходів через законодавчі або виконавчі органи [7].

**Соціально-економічні *–*** методи впливу на соціально-економічні інтереси та потреби людей з особливими потребами (грошова допомога, пільга, натуральна допомога, компенсація).

**Організаційно-розпорядчі**– дозволяють здійснювати оперативне управління, перерозподіл коштів щодо пільг, які надані людям із функціональними обмеженнями здоров`я.

 Отже, використання методів соціальної роботи дозволяє вплинути на життя людей з обмеженими можливостями здоров`я та полегшити їх внутрішній психологічне матеріальне та соціальне становище в суспільстві.

**Висновки до третього розділу**

В даному розділі була проаналізована робота організацій та установ, що працюють з дітьми з функціональними обмеженнями здоровя, зокрема з порушенням розумового розвитку. Охарактеризовані методи соціальної роботи з даною категорією населення.

Досить ефективними є такі методи соціальної роботи щодо дітей з порушенням розумового розвитку та їх сімей:

* Метод індивідуальної соціальної роботи ***–*** спрямований на надання допомоги інвалідам і сім’ям, що мають дітей або родичів інвалідів з порушенням розумового розвитку у розв’язанні психологічних, міжособистісних, соціоекономічних проблем шляхом взаємодії з клієнтом: *ведення випадку* (забезпечення представникам вразливих груп «людям з функціональними обмеженнями чи проблемами психічного здоров’я» необхідної індивідуальної підтримки для продовження життя у суспільстві), індивідуальне консультування.
* Методи активного психологічного впливу на особистість. Психологічне консультування (надання людині психологічної допомоги у виді порад, спілкування, інформування тощо), психологічна корекція (подолання певних відхилень у поведінці та діяльності людини засобами вивчення індивідуальних особливостей особистості,
* психологічний тренінг (використовується для розвитку здібностей, спрямований на розвиток комунікативних здібностей, що полегшує здатність людини до міжособистісного спілкування) та психологічна терапія і реабілітація.

 Таким чином, моделі соціальної роботи є ефективними у роботі з дітьми, що мають вади розумового розвитку та їх родинами.

**ВИСНОВКИ**

1. В курсовій роботі був визначений категоріальний апарат понять, що стосуються даної теми.
2. Були проаналізували проблеми дітей даної категорії. Найактуальнішими проблемами є:

*-* Проблеми, пов’язані з недоліками фінансового і матеріального забезпечення.

- Проблема інформаційного забезпечення.

- Проблеми нормативно-правового забезпечення. Вони пов’язані перш за все, не з відсутністю вітчизняної нормативно-правової бази, а з недосконалістю механізмів її застосування і забезпечення виконання вимог законодавства.

 Гострою проблемою є упереджене ставлення суспільства та однолітків до дітей із розумовою відсталістю, не достатньо вивчені та підготовлені підходи до освіти дітей та молоді із розумовою відсталістю, які не передбачають можливості ексклюзивного навчання, інтеграції та не враховують особливостей стану таких інвалідів.

3. В роботі були розкриті та проаналізовані моделі соціальної роботи щодо категорії дітей, які мають вади розумового розвитку та їх родин. На нашу думку доцільно використовувати такі моделі:

**-** Психологічні моделі соціальної роботи. (Психодинамічна модель соціальної роботи, когнітивно-біхевіористську модель соціальної роботи, гуманістичну модель соціальної роботи. Загалом психологічні моделі допомагають повніше, глибше сприймати клієнта соціальної роботи, налагоджувати з ним довірливі, взаємозацікавлені ділові відносини, розвивати його психологічну здатність до розв'язання власних життєвих конфліктів, оптимістичного бачення свого майбутнього

- Соціологічні моделі соціальної роботи.

- Екологічна модель соціальної роботи

- Рольова модель

- Комплексні (біопсихосоціальні) моделі соціальної роботи.

- Модель кризового втручання

- Модель сімейної терапії

- Модель психосоціальної терапії

4. Охарактеризовані технології соціальної роботи щодо дітей з порушенням розумового розвитку та їх сімей:

* Метод індивідуальної соціальної роботи ***–*** спрямований на надання допомоги інвалідам і сім’ям, що мають дітей або родичів інвалідів з порушенням розумового розвитку у розв’язанні психологічних, міжособистісних, соціоекономічних проблем шляхом взаємодії з клієнтом: *ведення випадку* (забезпечення представникам вразливих груп «людям з функціональними обмеженнями чи проблемами психічного здоров’я» необхідної індивідуальної підтримки для продовження життя у суспільстві), індивідуальне консультування.
* Методи активного психологічного впливу на особистість. Психологічне консультування (надання людині психологічної допомоги у виді порад, спілкування, інформування тощо), психологічна корекція (подолання певних відхилень у поведінці та діяльності людини засобами вивчення індивідуальних особливостей особистості,
* психологічний тренінг (використовується для розвитку здібностей, спрямований на розвиток комунікативних здібностей, що полегшує здатність людини до міжособистісного спілкування) та психологічна терапія і реабілітація.

5. Розкрита робота соціальних організацій та установ, що працюють з дітьми даної категорії.