



**Временное жилье для женщин с
детьми
в трудной жизненной ситуации.
Технология оказания помощи.**



Методические материалы.

Авторы:

Лазарева Лариса Владимировна, президент Свердловской региональной общественной организации «Аистенок»

Ярославцева Татьяна Геннадиевна, психотерапевт, врач-невролог, заведующая Центром кризисной беременности ГДБ № 10 г. Екатеринбурга; тренер-психолог Свердловской региональной общественной организации «Аистенок».

Ряд материалов по разделу «типовые организационные модели кризисных центров» представлены специалистами:

Джонатаном Уоткинсом, экспертом и консультантом HealthProm, Великобритания

Курдвановской Натальей Викторовной, координатором проекта укрепления семьи “Вместе с мамой”, НОУ дополнительного образования взрослых «Центр Развития Семейный Форм Устройства Детей» г. Мурманск.

Кропивой Еленой Николаевной, специалистом по социальной работе НОУ дополнительного образования взрослых «Центр Развития Семейный Форм Устройства Детей» г. Мурманск

Использованы материалы профессора **Даны Джонсона** (университет Миннесоты).

Материалы адресованы специалистам, работающим в сфере профилактики социального сиротства, профилактики отказов от детей женщинами группы риска по социальному сиротству, оказывающим помощь семьям по услуге «временное жилье».

В материалах освещается опыт помощи семьям с детьми, оказавшимся в трудной жизненной ситуации; результаты социологических исследований по отношению общества к женщинам, отказывающихся от своих детей.

Приводятся типовые организационные модели кризисных центров, работающих в России, где оказывается временное пристанище женщинам с детьми.

Раскрываются основные проблемы и психологические особенности работы с женщинами группы риска по социальному сиротству, их сопровождение во времени.

Оглавление

Введение.	4
Часть I.	
1. Истоки сиротства в России. Исторический экскурс.	6
2. Отношение общества к женщинам, отказывающихся от своих детей.	
Социологические исследования: понятие «отказ от ребенка», причины данного явления.	12
2.1. Результаты социологического и психологического обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей	12
2.2. Результаты социологического исследования Свердловской региональной общественной организацией «Аистенок» на территории г. Екатеринбурга.	19
2.3. Результаты социологического исследования проведены Лабора- торией социологических и политологических исследований Уральского государственного университета совместно со Свердловской региональной общественной организацией «Аистенок» по запросу Уполномоченного по правам человека Свердловской области в 2009 году.	27
3. Наше время. Социальная помощь женщинам с детьми.	42
4. Характеристика услуги по стационарному проживанию.	
Работа кризисных центров для женщин с детьми. Зарубежный опыт.	45
5. Типовые организационные модели кризисных центров в России.	
Особенности реализации услуги.	53
5.1. Отделение временного проживания в структуре государственного центра в подчинении Министерства социальной политики (на основании типового положения).	53
5.2. Временное жилье в структуре общественных организаций.	61
5.3. Временное жилье в структуре негосударственного образовательного учреждения Министерства образования.	66
5.4. Временное жилье в структуре волонтерских организаций, муницип- пальных структур и структурных подразделений здравоохранения. Великобритания.	70

Часть 2.

1.Технология работы с женщиной в трудной жизненной ситуации. Целевая группа и ее особенности. Категории клиенток кризисных центров.	72
2. Категории клиенток.	75
3. Пути попадания женщин во «Временное жилье».	82
4. Технология планирования работы с женщинами.	83
5. Особенности системного подхода.	84
6. Особенности работы с кризисной ситуацией.	88
7. Особенности кризисного консультирования и кризисной психотерапии.	89
8. Основные проблемы женщин и методы работы с ними при сопровождении.	102
9. Техники формирования привязанности матери к ребенку.	107
10. Несколько слов о диагностике, полезной, когда речь идет о раннем формировании привязанности.	115
11. Некоторые нюансы работы с клиентками, проживающими в стационарах.	119
РЕАЛЬНЫЕ ИСТОРИИ ИЗ ЖИЗНИ КЛИЕНТОК ЦЕНТРОВ.	121
Список литературы.	125

Введение.

"Никакие "детские сады", "детские дома", "приюты" и тому подобные фальшивые замены семьи не дадут ребенку необходимого: ибо главной силой воспитания является то взаимное чувство личной незаменимости, которое связывают родителей с ребенком и ребенка с родителями связью единственной в своем роде - таинственной связью кровной любви. В семье, и только в семье, ребенок чувствует себя единственным и незаменимым, выстраданным и неотрывным, кровью от крови и костью от кости; существом, возникшим в сокровенной совместности двух других существ и обязанным им своей жизнью; личностью, раз навсегда приятною и милою во всем ее телесном-душевном-духовном своеобразии. Это не может быть ничем заменено; и как бы трогательно ни воспитывался иной приемши, он всегда будет вздыхать про себя о своем кровном отце и о своей кровной матери..."

И.А. Ильин, философ Русского Возрождения (1883-1854)

Пособие предназначено для специалистов, работающих по профилактике отказов от детей с женщинами, находящимися в трудной жизненной ситуации, по программе «Временное жилье для женщин с детьми».

Хочется отметить, что не только от государства, но и от всех нас, от нашего умения вовремя и профессионально прийти на помощь семье, зависит, сколько детей будет сохранено в родных семьях, сколько будет счастливых детских улыбок и сохраненных неискареженных детских судеб.

Помощь ребенку, помощь маме, помощь семье ...

В нашем понимании «помощь ребенку» - это, прежде всего, помощь его родителям, помощь одному ребенку в отрыве от его родной семьи, к сожалению, не приносит ощутимых результатов.

Сплоченная команда специалистов (междисциплинарная команда) при работе по программе «Временное жилье для женщин с детьми» может помочь семье с ребенком создать оптимальные условия для временного проживания, воспитания и развития ребенка, поддержать родителей в их усилиях воспитывать ребенка в родной семье, а не отдавать ребенка на попечение государства, пополняя сиротские учреждения.

Для специалистов, работающих в направлении профилактики сиротства, важно личное отношение к данной теме, но не менее важно разделять личное и профессиональное, а это означает, что ваша работа не должна проецироваться на личный опыт. Вы должны лавировать, как профессиональный эквилибрист на канате, должны встать на сторону семьи, уважительно относиться к внутреннему миру ее членов; понять все их запросы, тревоги, увидеть ресурсы, и одновременно иметь трезвый ум, уметь смотреть на все это как бы «со стороны». Ведь, погрузившись в проблему, и приняв все это «за свое», можно очутиться глубоко в ней, когда

невозможно адекватно оценить стоящую перед Вами задачу и максимально эффективно помочь семье.

А одна и та же ситуация женщины и ее ребенка может решаться по-разному, в зависимости от ресурсов территории. Чем больше ресурсов, и чем лучше налажено межведомственное взаимодействие при реализации работы по направлению «Временное жилье для женщин с детьми», тем быстрее и эффективнее проходит процесс реабилитации семьи и социальная адаптация ее членов, и тем меньше становится сирот при живых родителях.

Как представители общественной организации, мы 10 лет работаем в теме профилактики отказов от детей и хотим рассказать о накопленном опыте работы в рамках программы «Временное жилье», являющейся неотъемлемой частью единой модели по профилактике раннего социального сиротства.

Часть I.

1. Истоки сиротства в России. Исторический экскурс.

«Без знания истории мы должны признать себя случайностями, не знающими, как и зачем мы пришли в этот мир, как и для чего в нем живем, как и к чему стремиться».

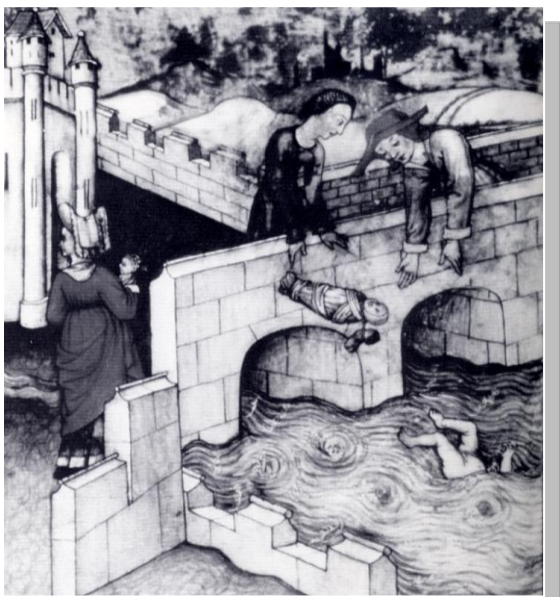
историк В. О. Ключевский.

У каждого социального явления есть своя история. Потребность иметь семью, отца и мать - одна из сильнейших потребностей ребенка. Отказ от ребёнка — феномен старый, как сам мир, ребенок, потерявший родителей - это особый, по-настоящему трагический мир. Культура прошла длинный путь от обычного явления убийства нежеланных детей (инфантицида), полной власти родителей над своими детьми до запрета на причинение вреда ребёнку и ответственности государства за достойную жизнь каждого члена общества с момента рождения.

Истоки сиротства на протяжении истории человечества были одними и теми же, однако, значительно менялось их количественное соотношение, в зависимости от культуры эпохи, законодательных рамок, религиозного влияния, природных и социально-политических катаклизмов. На отношение к возможности зачатия ребёнка, к контрацепции, избавлению от нежеланной беременности, рождению и сохранению ребёнка в живых и воспитанию его родителями, в целом к детям, влияла религия и основанные на ней представления государства и общества об этих вопросах. Но как строго не было бы мнение церкви и законодательство государства, от детей продолжали избавляться всеми, в том числе и запрещёнными, способами. Вся история России – это бесконечные завоевания, покорения и освобождения земель, в результате чего и появлялись страждущие, калеки и сироты. Основные тенденции помощи на Руси, начиная с IX века, связаны с княжеской защитой и попечительством. Можно выделить два этапа становления: распространение христианства и постепенное соединение функций князя с монастырско-церковными формами призрения. В учебнике «История социальной работы» Холостовой Е.И. говорится о том, что во второй половине 12 в. княжеская помощь и защита нуждающихся претерпевают изменения. Увеличивается рост монастырского и церковного призрения. Монастыри содержали детские приюты. В период воцарения и правления династии Романовых появляется необходимость перехода к системе общественного призрения. В XVII-XVIII веках сельская община брала на себя заботу о воспитании сирот и подкидышей. Их судьба решалась на мирских сходах, где определялись условия их приема на воспитание крестьянскими семьями. При этом мир следил за сохранением имущественных прав детей, взятых на воспитание. В городах при особых кладбищах для бедных устраивались «убогие дома», «божьи дома»,

«скудельницы». В этих домах община содержала особого сторожа (божедома), который давал приют подкидышам и покинутым детям.

Сироты появлялись в результате стихийных бедствий, войн, но, прежде всего, сиротами становились «незаконно прижитые дети». В данных о крещении до конца 1880-х годов тщательно фиксировался факт незаконного рождения ребенка, даже у женщин, состоящих в браке, ребенок мог быть записан как «прижитый блудно». Поэтому женщины и стремились избавиться от ребенка. Безысходная нищета и травля обществом заставляли женщин, имевших детей вне брака, совершать столь страшные преступления. Официально такого ребенка называли незаконнорожденным, а простой народ это маленькое и беспомощное существо, как только не нарекал, злословие не щадило ни мать, ни ребенка. Православная церковь относилась нетерпимо к внебрачным связям и детям, которых называли «засорными детьми». От внебрачных детей избавлялись: подкидывали, умерщвляли, дабы не навлечь позор на роженицу или её семью. Например, когда не было запрета на убийство или бросание ребёнка на произвол судьбы, именно это и было повсеместно распространённым явлением и предпочиталось преждевременным родам, основанным на специфической токсической контрацепции. После того как запретили детоубийство, то тех детей, которых бы предпочли убить, - бросали.



Лишь в X-XIII вв. духовенство начинает заниматься общественным призрением. Монастыри содержали богадельни, при которых устраивали приюты для подкидышей и сирот. В 1706 году митрополитом Иовом основан близ Новгорода первый в России приют для «засорных» (незаконнорожденных) детей. Дети, оставшиеся без попечения родителей,

заполняют нишу социальной помощи государства. Призрение бедных и страждущих в России было уже при Владимире Мономахе (начало правления 1114 год) и при Иване Грозном. Сироты относились к категории нуждающихся и имевших право на защиту со стороны князей и церкви. К этой же категории относились и вдовы. То есть поддерживались те люди, которые были уже бедными, или чьё вновь приобретённое положение неминуемо вело к бедности.



Во времена правления Петра I положение меняется, 4 ноября 1714 года выходит его указ «Об устройстве при церквях гошпиталей для незаконнорожденных детей», а за умерщвление незаконнорожденных Государь грозит смертной казнью. В этот период истории, скорее всего, возросло число сирот, оставшихся в живых и опекаемых государством. Однако это только на первый взгляд. На самом деле, в приютах дети «сплошь вымирали». После того, как отцы незаконнорожденных детей обязывались нести издержки на их содержание, можно предположить, что это был один из первых стимулов к тому, чтобы матери охотнее оставляли детей у себя. Для предотвращения практики убийств незаконнорожденных детей, Пётр I учредил в городах госпитали для «засорных младенцев», а затем и общие сиротские дома. Царь приказал устроить приюты так, «чтобы засорных младенцев в непристойные места не отметывали, но приносили бы к вышеозначенным гошпиталям и клали тайно в окно через какое закрытие, дабы приносимых лиц не было видно».



Так в 1824 г. в одной Московской губернской канцелярии их находилось уже 865 человек в возрасте не свыше 8 лет. Но, как всегда в России, деньги разворовывались, а организация оставляла желать лучшего — приюты не приживались. После смерти Петра наступил период законодательного затишья. Ближайшие приемники его мало заботились о полном проведении мер по призрению во всей их совокупности и лишь повторяли и усиливали указы о жестких наказаниях нищенствующих. По некоторым отраслям призрения произошло даже заметное ухудшение дела. Так, хотя Императрица Екатерина I, а затем и Елизавета и издавали указы о призрении незаконнорожденных, но не имели энергии настоять на исполнении, вследствие чего те приюты, которые были открыты при Петре I, постепенно закрылись.

Только через полвека во времена правления Екатерины II в Москве, а затем в Санкт-Петербурге стали возрождаться детские приюты для «приносных детей», было учреждено два больших по своим размерам заведений для призрения незаконнорожденных детей. Вопрос о них был серьезно разработан под руководством известного филантропа И.И.Бецкого и получил практическое осуществление с основанием в 1763 г. в Москве Воспитательного дома, в 1770 г. в Петербурге было открыто сначала отделение этого дома, преобразованное в 1780 г. в самостоятельное учреждение. Устройством этих двух домов было положено прочное начало призрения незаконнорожденных детей если не во всей империи, то в

ближайших к столицам губерниях. Создание этих домов, равно, как и принятие других указов выше мер, служило лишь к развитию и упрочению системы призрения, намеченной Петром Великим. Екатериной II были созданы специальные учреждения под названием «Приказы общественного призрения» открытые в сорока губерниях.

12 ноября 1796 г. Императрица Мария Федоровна (супруга Павла I) приняла на себя непосредственное начальствование над Воспитательным обществом благородных девиц и мещанским его отделением. Вступив в управление, Императрица назначила из своих средств ежегодно по 9 тыс. руб. на содержание грудных младенцев с кормильцами. Особое внимание Мария Федоровна обратила на Воспитательные дома. *За 30 лет из поступивших в них 65 тыс. младенцев в живых осталось 7 тыс. Императрица заключила, что ужасающая смертность детей связана главным образом с теснотой помещения.* Для улучшения условий в Санкт-Петербурге Государь пожаловал Воспитательному дому обширный особняк графа Разумовского на Мойке. К этому зданию был прикуплен еще соседний дом графа Бобринского. В этих зданиях Воспитательный дом располагался до 1917г. Заботясь об устройстве уже существующих домов, Императрица открывала и новые учебные и благотворительные заведения. К 1802 г в Петербурге и Москве были открыты женские учебно-воспитательные учреждения им. Св. Екатерины. В 1807 г. основан Павловский военно-сиротский институт, в 1817 г. – Харьковский институт благородных девиц за плату и без платы.

В период с 1828 по 1881 г. вслед за кончиной Императрицы Марии Федоровны все учреждения, бывшие в ее ведении, принял под свое покровительство Император Николай I, венцом деятельности Императора было учреждение сиротских институтов. Войны и холерная эпидемия 1830-1831 гг. оставили сиротами огромное число детей, нуждавшихся в призрении, в 1834 г. при Воспитательных домах Санкт-Петербурга и Москвы открылись сиротские отделения на 50 мест в каждом, а затем латинские и французские классы. В них дети получали столь основательное образование, что после латинских классов могли поступать в медико-хирургическую академию, а из французских классов выходили воспитатели в частные дома. *Дети, рождённые вне брака, вместе с сиротами получали прекрасное образование. Это породило отказ родителей от детей.* Император Николай I положил конец этому ненормальному явлению, с 1837 г. латинские и французские классы были упразднены.

Вклад в увеличение бедности, нужды и сиротства вносят широкомасштабные бедствия, революция 1917 года, Первая мировая война 1917-1918 года и затем гражданская война. Во времена голода в первые годы после гражданской войны (21-22 гг.) появилась масса безнадзорных детей, своего рода социальное сиротство, вообще, бедность и нужда продолжают идти рука об руку с сиротством.

Начавшись с разрушения материальной культуры, революционное зло разрушения 1917 года, коснувшись русских храмов, усадеб, других исторических мест, стерло с лица земли не только архитектурные памятники, оно уничтожило огромный пласт духовной культуры, иссушило души и убило память нескольких поколений. С разрушением "векового здания русской культуры" оказалась нарушена и взаимосвязь прошлого - настоящего - будущего, взаимосвязь поколений. Удар, нанесенный культуре, отразился и на состоянии российской семьи, которая была носителем глубоких традиций, связывающих человека с окружающим его миром, хранительницей коллективного опыта. С разрушением православной культуры и церкви исчезла еще одна опора русской семьи. Согласно коммунистическим социальным концепциям того времени, роль семьи в обществе должна постепенно уменьшаться, пока наконец, этот институт не исчезнет вообще. В 20-е годы в России регистрация брака и его расторжение были настолько упрощены, что занимали несколько минут. Исчезло отношение к браку как к величайшему таинству и акту ответственности, на смену ему пришло легкомыслие. В результате за десятилетие гражданской войны и первых лет строительства социализма был нанесен мощнейший удар по патриархальному укладу российского общества и связям между поколениями. При этом практически уничтоженными оказались дворянство, купечество, интеллигенция, духовенство, крестьянство, считавшие основами своего существования продолжение рода, семейные узы и связи, уважение старших поколений.

К 30-м годам подавляющее число воспитанников детских приёмников всё ещё составляют круглые сироты. Страна производила сирот массовыми раскулачиваниями, репрессиями, войнами. В сталинские времена детские дома пополнялись за счёт детей репрессированных.

Совершенно понятно, что во время Великой Отечественной войны проблема сиротства приобрела новое качество. Разруха и бедность, с одной стороны, и гибель взрослых, как от рук врага, так и от голода. Кроме того, женщин угоняли на работы в западные страны, дети терялись во время эвакуации.

С изменением в 50-е годы политических ориентиров в стране произошли изменения и в семейной политике. Правительство предприняло ряд мер, направленных на укрепление института семьи. Однако "зло разрушения" принесло свои плоды: в России появляются так называемые "отказные" дети, которых матери, не желая брать на себя ответственность за воспитание, передавали под расписку государству, навсегда отказываясь от прав на ребенка. Такие дети пополняли Дома ребенка, а позже - детские дома и школы-интернаты.

Основные катаклизмы, породившие массовую беспризорность, пришлись на время после распада Советского Союза. Последствия перестройки конца 80-х - начала 90-х годов, экономический, политический, духовный социальный кризис, потрясший Россию, привел к увеличению

числа семей с тем или иным уровнем социальной, психологической или структурной дезорганизации, вызвали рост преступности, наркомании, алкоголизма, психических заболеваний, приводят к материальному обнищанию, ухудшению здоровья и сопровождаются увеличением брошенных на произвол судьбы детей. После распада Советского Союза многие бывшие республики находятся в более тяжёлом экономическом положении, на сегодняшний день не оценены последствия боевых действий, которые ведутся на территории России, после «первой» чеченской войны увеличилось количество детей-инвалидов и детей-сирот. Существуют мощные миграционные процессы нелегальной рабочей силы, как из ближнего, так и из дальнего зарубежья в Россию, начиная с 2005 года статистику сиротства многих российских городов от 4 до 10 % (в зависимости от региона) стали формировать дети - «отказники» от женщин из ближнего и дальнего зарубежья.

2. Отношение общества к женщинам, отказывающихся от своих детей. Социологические исследования: понятие «отказ от ребенка», причины данного явления.

Для тех, кто имеет опыт работы с женщинами в трудной жизненной ситуации, в ситуации отказа от ребенка, а также для тех, кто начинает работу по созданию «Временного жилья для женщин с детьми» «с нуля», полезно ознакомиться с приведенными ниже результатами социологических исследований. Всегда хочется услышать мнения респондентов (обычных людей), их позицию и предложения по изменению ситуации того, над чем специалисты работают продолжительное время.

2.1. Результаты социологического и психологического обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей

(Источник: Вопросы психологии, 1994, № 5. <http://childpsy.ru/lib/articles/id/9585.php>).

Более 35 % нежеланных беременностей не доносятся (4% в популяции), отмечается высокая частота патологии беременности и родов. Из литературы известно, что большинство матерей, отказывающихся от своих детей, воспитывались в нестабильных семьях, и с раннего детства имели негативный опыт межличностных взаимоотношений. Личность многих «женщин, не готовых к эффективному материнству», формировалась в своеобразной субкультуре агрессии, часть из них в детстве страдали от унижающего достоинства угнетения и холодного отношения со стороны своих родителей. Levis D.O. et al (1991), обнаружили достоверный рост серьезных психиатрических и интеллектуальных расстройств у молодых женщин, выросших «в злобной, обижающей, жестокой семье». С этим авторы связывают возрастание серьезной преступности и агрессивности таких женщин во взрослом возрасте по отношению к своим детям. По мнению Wasserman S. (1987) такие матери должны рассматриваться как жертвы недостаточной социализации в раннем возрасте, недостаточной «затронутости процессом гуманизации».

Проблема социального сиротства — одна из острейших для России. С каждым годом все увеличивается число детей, оставшихся без попечения родителей. Ухудшается их здоровье, и что самое печальное — постоянно растет число брошенных новорожденных младенцев — наиболее чувствительных к отрыву от биологической матери. По нашим данным, только в Москве за последние 6 лет число детей, оставшихся без попечения родителей и поступивших в городские дома ребенка, увеличилось с 23 до 48%, т. е. в 2,1 раза (при одновременном уменьшении рождаемости в 1,5 раза). Около половины (от 35 до 50%) таких детей — это «отказные» и «подкидыши». Ежедневно в московских родильных домах в 1991 г. возникало 1—3 ситуации, связанные с отказом от новорожденного. В 1992 г. из одного родильного дома, наименее благополучного по социальному

составу контингента, было переведено в больницы на второй этап реабилитации 113 новорожденных, от которых отказались их матери сразу после родов. В 1993 г. число «отказных» младенцев в этом родильном доме возросло уже до 156.

Одним из главных драматических результатов социального сиротства является физическое и психическое неблагополучие детей, рано оставшихся без родителей и содержащихся в домах ребенка. Наши исследования (архивные материалы родильных домов, полученные методом случайной выборки) показывают, что более 35% (!) нежеланных беременностей не доношивается (4,0% в популяции), отмечаются высокая частота патологии беременности и родов. Так, одно только преждевременное излитие околоплодных вод наблюдается более чем в 60% случаев. Более 50% новорожденных рождается с признаками внутриутробной гипоксии. Почти 45% даже доношенных «отказных детей» появляются на свет с явлениями функциональной и морфологической незрелости. Этот показатель в популяции — не более 10%. Более чем у половины таких «отказных» новорожденных обнаруживаются симптомы нарушения мозгового кровообращения, и они нуждаются в интенсивном лечении сразу после рождения (для сравнения: в популяции число таких младенцев" составляет 14,8%).

К сожалению, проблема отказов от материнства остается по-прежнему малоизученной. На сегодняшний день мы очень мало знаем о механизмах формирования этого процесса, о комплексе социальных, психологических и патологических факторов, подталкивающих женщин к отказу от новорожденных детей. Многие годы наше государство, вкладывая огромные средства в содержание, лечение, обучение детей-сирот, до конца не осознавало острой необходимости практических шагов по предупреждению социального сиротства.

Наше комплексное исследование посвящено изучению причин отказов от материнства. Его главной задачей является разработка адекватных превентивных и реабилитационных программ для групп риска, с угрозой отказа от ребенка. С этой целью в родильных домах Москвы проводится обследование «отказниц» с изучением социальной ситуации, в которой они находятся, их психологического и психиатрического портретов. Настоящая публикация основана на результатах изучения некоторых социально-психологических параметров 42 женщин разного возраста. Большую часть составляют молодые девушки — от 15 до 19 лет (60%). Как правило, они не замужем, многие живут с родителями, а некоторые, кроме того, с братьями или сестрами.

Понятно, что при таких условиях мнение родителей о судьбе только что родившегося ребенка имеет важнейшее, а часто и решающее значение, которое может проявляться как в тех случаях, когда отношения с родителями «хорошие» (35%), так и тогда, когда — «плохие» (15%). Меньшую часть составляют женщины зрелого возраста, в том числе старшей возрастной группы — свыше 30 лет (15%).

Из данных литературы известно, что большинство матерей, отказывающихся от своих детей, воспитывались в нестабильных семьях и с раннего детства имели негативный опыт межличностных взаимоотношений. Личность многих «женщин, не готовых к эффективному материнству», формировалась в своеобразной субкультуре агрессии, часть из них в детстве страдали от унижающего достоинства угнетения и холодного отношения со стороны своих родителей. Был обнаружен статистически достоверный рост серьезных психиатрических и интеллектуальных расстройств у молодых женщин, выросших «в злобной, обижающей, жестокой семье». С этим связывают также возрастание преступности и агрессивности этих женщин по отношению к своим детям.

Такие матери должны рассматриваться как жертвы недостаточной социализации в раннем возрасте, «недостаточной затронутости процессом гуманизации». Насилие и издевательства над девочкой со стороны матери закладывают у нее искаженный образ материнского поведения и тем самым нарушают готовность женщины к эффективному материнству. Многие из женщин, бросающих своих детей, как бы повторяют приобретенный в детстве дефектный стереотип поведения матери.

Наши наблюдения в целом подтверждают эти выводы. Так, будущие «отказницы» чаще всего воспитывались в неполной семье, однако и они часто находились в неблагополучной, психо-травмирующей среде. Только в 1/3 случае женщины характеризовали отношения в родительской семье как хорошие. В большинстве семей дочерей «воспитывали» грубостью, криком, а часто и побоями. Таких семей, по нашим данным, не менее 58%. При этом били детей 1% отцов и, что особенно показательно, 13% матерей.

Хорошо известно, какое важное значение имеет образ собственной матери для формирования психологических установок на материнство у молодых женщин. В этом отношении «отказницы» с детства приобретали негативный опыт. Около трети из тех, кто рос с матерью, отмечали плохие с ней отношения. В 60% случаев матери женщин - "отказниц" категорически отказываются помочь своей дочери в воспитании новорожденного.

Ситуация с отцами еще хуже. Прежде всего, как уже отмечалось, многие росли вообще без отца. Развод родителей пришлось пережить в детстве (до 12 лет) 18% женщин. В сохранившихся семьях обстановка была далеко не всегда благополучной, и 23% оценивают свои отношения с отцами как плохие, а иногда очень плохие. Злоупотребляли алкоголем 38% отцов (в популяции около 5%), а «случалось выпить лишнего» — 63%.

В целом ряде работ отчетливо продемонстрировано крайне отрицательное влияние низкого материального достатка, культурного уровня воспитывающей семьи на формирование ролевых основ личности девочки, что в итоге негативно сказывается на качестве ее будущего материнства.

Результаты наших исследований указывают на то, что большинство будущих «отказниц» (75%) в детстве были, по их словам, «сыты и одеты, хотя не имели ничего сверх этого», но у 6% таких семей едва хватало на еду. Более трети семей были обеспечены ниже среднего уровня. Свои жилищные условия большинство респонденток считают средними. Плохими

их назвали 6% опрошенных, хорошими — 11%. При этом 11% женщин жили в коммунальной квартире, 30% не имели своего места (угла, комнаты) для учебы и игры. В половине семей случались драки, скандалы.

Ранее проведенные исследования показали, что помимо экономического положения, на качество материнства влияет образованность женщины. Было установлено, что большинство «отказниц» имели низкое общее и профессиональное образование, редко получали престижные должности и соответственно имели низкий социальный статус.

К аналогичным выводам подводит и наше исследование. В силу молодости, но еще более в силу личностных особенностей образование наших респонденток оказалось довольно низким. Около половины их окончили ПТУ, немногим более трети удалось окончить техникум или получить среднее образование. Более того, 11% женщин не смогли «вытянуть» больше 4 классов. Продолжали же учебу только 6% обследованных.

Обращает на себя внимание также крайне неблагоприятная ситуация с источниками доходов и соответственно с материальным достатком «отказниц». Только 18% из них до настоящей беременности постоянно работали, остальные не работали по разным причинам (искали работу, ссылались на плохое здоровье и т. д.), а 12% откровенно заявили, что и не собираются работать. Большинство «отказниц» не имели никакой определенной профессии или специальности. Около половины их находились на иждивении родителей, родственников и друзей. Подрабатывали, когда была возможность, и перепродавали вещи и продукты 5%. При этом 45% считали, что хотя они не голодают, но совершенно не имеют денег на одежду; 15% сообщили, что им не хватает денег вообще, и 25% хотели бы иметь дополнительные доходы на развлечения и дорогие вещи; 55% «отказниц» считали свое материальное положение ниже среднего в стране, и никто не оценивал его выше среднего, а средний уровень, как известно, таков, что позволяет не голодать, но ничего сверх этого.

В такой ситуации появление ребенка неизбежно приведет к еще большему снижению уровня жизни. Отсюда, естественно, что мотив материальной необеспеченности занимает важное место в ряду других мотивов. На него ссылается 50% опрошенных.

Анализируя актуальную семейную ситуацию женщин, отказывающихся от своих детей, зарубежные исследования обнаружили, что главным фактором, предшествующим отказу от ребенка, являются нестабильность и угрожающий распад собственной семьи «отказницы» и неполная семья. В 1972 г. Бельгийский комитет по социальным проблемам женщин описал три основные категории бросающих матерей: I категория, наиболее классическая, — отец ребенка бросил беременную будущую мать; II — замужняя женщина рождает ребенка от внебрачной связи; III — беременная женщина с низкой социальной и моральной приспособляемостью и с низкой социальной ответственностью. В наших исследованиях среди «отказниц» большинство никогда не были в

браке — 60%, замужем — 10%; 20% живут в незарегистрированном браке и 10% — разведены; 35% живут без родственников, 15% проживают с мужем. Никто не живет с родителями мужа. При этом доля живущих вместе с матерью довольно большая — 45%. В старшей группе женщин имеются дети от мужа, у молодых детей нет.

Прежде чем приступить к анализу мотивов отказа от ребенка, необходимо остановиться на особенностях психологического портрета «отказниц». Еще в 30-е гг. при изучении психологического состояния женщин, отвергающих своих детей, у них были обнаружены эмоциональная и психологическая незрелость, неготовность к браку в силу эмоциональной неустойчивости и эгоцентризма. Это встречается у женщин, которые в детстве сами подвергались психологической депривации и агрессии или которым не удалось разрешить свои детские или пубертатные конфликты.

Такие лица бывают сосредоточены лишь на своих проблемах, для них характерно переживание чувства несправедливости и недостатка любви. Иногда у них отмечается чрезмерная зависимость от матери или отца, а у некоторых неясное стремление ко все новым эмоциональным переживаниям. Очень часто это приводит женщин к многочисленным сексуальным связям, которые из-за незрелости личности они не способны продолжить и в которых они не находят эмоционального удовлетворения.

С этого времени очень мало нового прибавилось в наших знаниях о психологическом портрете «отказницы». Более поздние исследования также подтвердили наличие у женщин, бросивших своего ребенка, психологической незрелости, эмоциональной неустойчивости и неспособности к позитивной связи с ребенком. Авторы считают, что в такой ситуации сам ребенок как бы демонстрирует матери неприемлемые для нее самой ее собственные черты.

Результаты наших исследований, полученных методом структурированного психологического интервью в сочетании с психологическим тестированием по методам Люшера, Кеттелла, Розенцвейга и рисуночным тестом, показывают, что среди «отказниц» очень часто встречаются эмоционально незрелые личности, которых отличают аффективная несдержанность, низкая толерантность к стрессам, эгоцентризм и независимость. Видимо, поэтому среди мотивов отказа от ребенка значительный вес (42%) имеет мнение родителей: «Я не могу прийти к родителям с ребенком, не имеющим отца».

Личностная незрелость отражается на качестве социализации. Обратимся к ответам «отказниц», характеризующим их ценностные ориентации. Является ли работа для них необходимой частью жизни или только неизбежным злом? Наиболее частым ответом был такой: «Надо работать в меру и зарабатывать столько, чтобы обеспечить себя всем необходимым» (35%). Другая часть опрошенных считает, что надо работать и много зарабатывать, чтобы покупать все, что захочется; 10% хотели бы по возможности вообще не работать, а 5% — иметь такую работу, чтобы она не была очень утомительна, но оплачивалась очень хорошо. И только 0,2% опрошенных женщин считают, что можно не гнаться за большим заработком,

если работа соответствует их склонностям и интересам. Независимо от реального значения последнего утверждения оно не полностью согласуется с их же выборами наиболее важных жизненных целей. Иметь интересную работу, позволяющую проявить способности, хотят 20% опрошенных и повысить образование — 10%. Таким образом, значительная часть опрошенных последовательно декларирует одобряемые обществом ценности.

Исследование показало, что такие женщины ощущают чувство пустоты вокруг себя. Их отличает неспособность контролировать свои влечения, импульсы. Это делает их чрезмерно конформными, обнаруживает у них обостренную потребность в привязанности, «принятии», в позитивном отношении к себе. Видимо, поэтому выявляется следующий парадокс: оставляя своего ребенка, обрекая его на сомнительное существование, большинство «отказниц» демонстрируют тем не менее общепринятые нормы и установки.

Наиболее важное место для «отказниц» занимают такие желания, как счастливое супружество, семейная жизнь — 40%, воспитание хороших детей и обеспечение их будущего — 25%. Для себя лично бездетность планируют только 1% опрошенных; 50% собираются иметь одного ребенка, двоих — 10%, а троих — 20%. Меньшее место, хотя и довольно значительное, у группы ценностных ориентации, означающих гедонистское, потребительское отношение к жизни. Так, хотели бы «иметь много денег, чтобы позволить себе все лучшее, что есть в жизни», 15%, «иметь много друзей и знакомых» — 20%, «развлечения, возможность весело проводить время» — 5%.

Незрелость суждений «отказниц» проявляется в особенностях оценки их социальных связей. Так, находясь в сложной социальной ситуации, — без мужа, с низким качеством поддержки собственной нестабильной семьи, в узком круге близких друзей (30% из них не имеют близких друзей, 25% не доверяют своим друзьям настолько, что те ничего не знают о ребенке, 10% друзей относятся к проблеме безразлично, и ни у кого из друзей не появляются намерения помочь в воспитании ребенка), большинство респонденток считает свои отношения с окружающими вполне хорошими (55%), и «в общем удастся ладить» — 25%. Проявления антагонизма встречаются значительно реже — «меня часто не понимают» — 15%, «меня часто обижают» — 5%, «мне нет дела до других людей» — 5%.

Психологическое интервью установило, что принятие решения отказаться от новорожденного у этих женщин возникает, как правило, задолго до рождения ребенка. В это время женщины обычно переживают тяжелый психологический кризис, имеющий в разных случаях свое содержание. Однако общим для всех является борьба мотивов — когда инстинктивному стремлению женщины к материнству и давлению общественной морали противостоит недоверие к своим силам и возможностям.

Так, обращает на себя внимание тот факт, что недовольны собой 60% опрошенных, не удовлетворены, как складывается жизнь в целом, 75%. Это бывает связано не только с реальными трудностями, но и с мнимыми

переживаниями физической или моральной несостоятельности, с ощущением неспособности и нежеланием преодолевать жизненные трудности. Видимо, поэтому наиболее частыми ссылками на непосредственные причины отказа являются материальные условия (нет жилья, денег и т. д.), они составляют 50%. За ними следуют ссылки на молодой возраст и на то, что бросил отец ребенка (по 20%). Определенное значение имеют осуждение родителей (25%) и советы друзей не обременять себя ребенком (10%), «ребенок помешает мне жить так, как я хочу» (15%). К этому прибавляются переживания актуальных личных конфликтов, неудач с прерыванием беременности, тягостное ожидание момента, когда придется объявить об отказе в семье и в родильном доме. Тяжелыми травмами (особенно для юных) становятся психологический прессинг в родительской семье, склоняющей ее к отказу от ребенка, а также унижающее достоинство отношение со стороны профессионально и психологически не подготовленного персонала в родильных домах. Вот тот неполный комплекс факторов, который очень часто становится причиной тяжелых депрессивных состояний и обострения психических заболеваний.

В целом материалы указывают на две группы мотивов отказа от ребенка. Одна из них — это трудная житейская ситуация (отсутствие денег, жилья, неприятие родителей, категорический отказ мужа от ребенка). Другая, более комплексная и сложная, которая включает помимо социальных значительные психологические и психопатологические проблемы. Следует, однако, отметить, что граница между этими двумя группами нерезкая. Во всех случаях крайне необходимым является консультация юриста, помощь социальных служб, психологов, а иногда и психиатров. Если говорить об общегосударственном уровне, то проблема касается не только «отказниц», но и большинства женщин, имеющих маленьких детей, так как в настоящее время они являются незащищенной и в то же время самой нуждающейся в защите группой населения.

И последнее. Так как решение отказаться от своего ребенка обычно возникает задолго до родов, то вся социальная и психологическая ситуация во время беременности способствует тяжелому психологическому травмированию женщины, что является угрозой не только для ее психического здоровья, но, что более драматично, для здоровья будущего ребенка. Отсюда следует необходимость как можно более раннего выявления среди беременных женщин с риском отказа от материнства и оказания им адекватной пренатальной поддержки, включающей комплекс социальных, психологических и медицинских мер.

Результаты исследования по данным опроса независимого центра РОМИР 1997 года об отношении к одиноким матерям.

Четвёртая часть общества готова порицать матерей-одиночек, половина же или даже больше готовы понять и относиться терпимо. Изменила своё отношение к внебрачным рождениям церковь, сегодня для церкви важнее, чтобы женщина родила, уж если она забеременела, но только не делала аборт. Грех аборта, как детоубийства, гораздо сильнее, чем зачатие до брака или внебрачное рождение. Низкий уровень жизни и

невозможность вырастить ребёнка будет подталкивать к аборту женщин, для которых большой грех — растить ребёнка в нищете. Среди респонденток (воспитанниц детского дома) были такие, которые соглашались на аборт по социальным показаниям с большим риском для своего здоровья, готовы были умереть, но не оставлять ребёнка. Как правило, именно эти респондентки имели чёткую установку на то, что большой грех, чем аборт, - это отказ от ребёнка и определение его в государственное учреждение (не хотели, чтобы ребёнок получал тот же жизненный опыт). Другая категория женщин ориентируются на то, что государство сможет позаботиться о ребёнке, вынашивают беременность и рожают, затем отказываются. Значит, следует обратить внимание не на то, чтобы ужесточить запреты, а начать работу с беременной как можно раньше и не только медицинским работникам.

2.2. Результаты социологического исследования Свердловской региональной общественной организацией «Аустенок» на территории г. Екатеринбурга.

Методом сбора информации был выбран массовый опрос в виде группового анкетирования. Опрос проводился с 5 февраля по 25 марта 2008 года. Было опрошено 660 человек, которые принадлежали к различным возрастным группам: молодежь (18-30 лет), средний возраст (30-50 лет) и старший возраст.

Основными задачами исследования являлось:

- выяснить отношение населения к проблеме детей-отказников (видение респондентами причин роста отказов от детей, отношение к женщинам, отказывающимся от своих детей);
- выяснить мнения горожан об эффективных мерах решения проблемы.
-
-

Социально – демографический портрет респондентов (процент от числа опрошенных)

Возраст	Всего	Женщины	Мужчины
Молодежь (18 – 30 лет)	63	45	18
Средний возраст (30 – 50 лет)	26	20	6
Старше 50 лет	11	8	3
Всего	100	73	27

Уровень образования респондентов
(процент от числа опрошенных)

Неполное среднее	14
Среднее	17
Среднее - специальное	22
Неполное высшее	12
Высшее	35

Социальный статус респондентов
(процент от числа опрошенных)

Руководитель	9
Служащий	39
Рабочий	16
Учащийся	30
Безработный	6

Уровень среднедушевого дохода в семьях респондентов
(процент от числа опрошенных)

Менее 5 тыс. руб. на человека	24
От 5 до 10 тыс. руб. на человека	41
От 10 до 15 тыс. руб. на человека	20
Более 15 тыс. руб. на человека	15

Семейное положение респондентов, наличие и количество детей
(процент от числа опрошенных)

Семейное положение	Нет детей	1 ребенок	2 ребенка	3 ребенка	Всего
Замужем/ женат	7	13	15	2	37
Разведен (а)	1	5	1	-	7
холост	41	2	1	-	44
Гражданский брак	6	2	1	-	9
Вдовы/вдовцы	1	1	1	-	3
Всего	56	23	19	2	100

Результаты опроса. Результаты исследования показывают, что проблема социального сиротства мало кого оставляет равнодушным. У подавляющего большинства людей информация об отказах матерей от детей вызывает довольно сильные эмоции, начиная с непонимания того, как можно решиться на такой шаг, и заканчивается негодованием и гневом по отношению к женщинам, бросающим своих детей. Так же данные,

представленные в таблице №1, показывают существенные различия в эмоциональной реакции на рассматриваемую проблему у разных возрастных групп респондентов. Молодежь более сдержана в оценках, (процент негодующих значительно меньше), и в меньшей степени склонна осуждать женщин-отказниц, чаще, чем другие возрастные группы, отмечает просто непонимание того, как решиться на данный поступок. Вероятно, что эта умеренность в оценках связана с отсутствием опыта семейной жизни и родительства, так как большинство из них не вступали в брачные отношения и не имеют детей.

Таблица 1.

Распределение ответов на вопрос «Какие у вас возникают эмоции, когда вы слышите, что мать отказалась от своего ребенка?» (в процентах).

Вариант ответа	молодежь	средний возраст	старший возраст	женщины	мужчины	нет детей	1 ребенок	2 ребенка	2 ребенка	Массив в целом
непонимание	47	39	21	45	32	44	42	29	31	36,6
раздражение	13	7	8	10	16	10	13	8	-	9,4
негодование	16	27	40	20	15	16	20	36	48	26,4
равнодушие	4	3	2	3	5	4	3	2	-	2,8
жалость	22	23	15	24	15	15	23	20	6	18,1
надо что-то делать	12	15	12	14	16	13	14	15	15	14,0
нет ответа	2	4	3	3	3	2	4	6	5	3,5
общий итог	116	118	101	119	102	104	119	116	105	110,8

Эта же тенденция проявляется и в ответах на проективный вопрос о том как, респонденты повели бы себя, встретив женщину, отказывающуюся от своего ребенка (Таблица 2). Среди представителей молодежи и средне возрастной группы больше доля тех, кто попытался переубедить женщину в ошибочности принятого решения и помочь ей. Представители старшего возраста были бы менее сдержаны и тактичны по отношению к женщинам, отказывающимся от своих детей- стали бы ее ругать и порицать или бы не стали разговаривать и согласились бы с ее выбором.

Таблица 2.

Распределение ответов на вопрос «Как бы вы себя повели, если бы встретили такую женщину?» (в процентах).

Вариант ответа	Молодежь	Средний возраст	Старший возраст	Жен.	Муж.	Нет детей	1 реб.	2 реб.	3 реб.	Массив целом
стану ругать ее, порицать	6	13	14	8	11	8	13	9	42	13,7
постараюсь переубедить ее и помочь ей	67	64	60	68	65	67	60	65	50	62,8
согласусь с ее выбором	7	9	13	9	8	7	13	6	2	8,2
нет ответа	20	14	13	15	16	18	14	20	6	15,3
общий итог	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Большинство участников опроса считает, что ответственность за то, что женщина отказывается от ребенка, должна нести не только она, но и мужчина, который не сдержал своих обещаний, не оказал помощи и предоставил женщине самой решать, возникшие проблемы.

Таблица 3.

Распределение ответов на вопрос «Кто должен нести ответственность за данное действие?» (в процентах).

Вариант ответа	Молодежь	средний возраст	старший возраст	Жен.	Муж.	нет детей	1 реб.	2 реб.	3 реб.	Массив в целом
Жен.	14	22	25	18	14	15	25	18	15	18,4
Муж.	3	2	2	3	2	3	4	-	-	2,1
Оба	75	70	50	70	70	74	67	61	63	66,6
Гос-во.	12	27	37	16	15	13	14	21	40	21,6
Нет ответа	5	1	1	3	3	4	6	2	-	2,7
Общий итог	109	122	115	110	104	109	116	102	118	111,4

В ответах на это вопрос, как и в предыдущих, были выявлены различия в оценках представителей разных поколений. Старшее поколение чаще, чем молодежь, освобождает мужчин от ответственности и выбирает в качестве единственного ответчика женщину. Различия между поколениями проявляются и в оценках роли государства: в ответах молодежи ответственность персонифицирована и связана с конкретными людьми (мужчинами и женщинами), в то время как треть представителей старшего поколения считает, что основной груз ответственности лежит на государстве, которое своим невниманием к проблемам воспитания молодежи, укрепления традиционных ценностей брака и семьи, отсутствием экономической поддержки молодых семей спровоцировало рост социального сиротства.

Таблица 4.

Распределение ответов на вопрос №10 « Оправдывает ли трудная жизненная ситуация поступок женщины?» (в процентах)

Вариант ответа	Молодежь	Средний возраст	Старший возраст	до 5 т.р. на чел.	от 5 до 10 т.р. на чел.	от 10 до 15 т.р. на чел.	более 15 т.р. на чел.	нет детей	1 реб.	2 реб.	3 реб.	Массив в целом
Да	20	18	25	25	25	17	15	22	20	18	25	20,9
Нет	76	76	74	72	72	80	82	74	78	80	74	76,1
Затрудняюсь ответить.	4	6	1	3	3	3	3	4	2	2	1	3,0
общий итог	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Несмотря на то, что большинство опрошенных считают, что никакая, даже очень трудная жизненная ситуация не оправдывает отказ матери от ребенка, большинство придерживаются мнения, что женщины, принявшие такое решение, нуждаются в помощи и поддержке, и не заслуживают порицания, и уж тем более социального отторжения (см. Таблицы 4-6). Закономерен и тот факт, что в большей степени готовы оправдать отказ от ребенка трудной жизненной ситуацией люди старшего возраста и семьи со среднедушевым доходом менее 5 тыс. руб. на человека.

Таблица 5.

Распределение ответов на вопрос «Чего больше заслуживает женщина?»

	Процент опрошенных, %
Порицания	17
Помощи и поддержки	80
Затрудняюсь ответить	3

Таблица 6.

Распределение ответов на вопрос «Как общество должно реагировать на данный поступок женщины?»

	Процент опрошенных, %
Терпение и работа с матерью	78
Отторжение от социума	6
Затрудняюсь ответить	16

Одной из задач опроса – выяснения мнения общественности об эффективных мерах решения данной проблемы.

Мнения участников опроса о наиболее эффективных мерах, способных улучшить сложившуюся ситуацию с отказными детьми, представлены в Таблице 7. Весьма закономерно, что чаще всего респонденты отмечали необходимость работы с женщинами (семьями), находящимися на распутье. Так же респонденты отмечали важность создания благополучных социально-экономических условий для решения данной проблемы: решение жилищной проблемы и увеличение детских пособий. Но эти меры не искоренят проблему, а только борются с ее последствиями. Поэтому многие участники опроса выбрали так же меры превентивного характера, связанные с воспитанием молодежи, подготовкой ее к вступлению в брак и укреплению института семьи и брака.

Таблица 7.

Распределение ответов на вопрос «Как вы считаете, какие меры могут уменьшить число отказов от детей?»

Меры	Процент опрошенных, %
увеличение детских пособий	34
доступное жилье	40
бесплатное образование	16
подготовка молодежи к вступлению в брак и рождению ребенка	33
укрепление института семьи	30
своевременная психологическая, материальная помощь семье, оказавшейся в трудной жизненной ситуации	46
затрудняюсь ответить	7

Основными причинами отказа от предоставления помощи являлись отсутствие финансовой возможности, отсутствие жилья (эту причину

называли в основном учащаяся молодежь и пенсионеры), а так же указания на то, что это обязанность государства, которое собирает с нас налоги.

Как показывают результаты опроса, доля готовых помочь зависит от уровня доходов семьи, что свидетельствует о том, что большинство людей видит для себя только один способ оказания помощи детям-сиротам - материальный. Это предположение подтверждается и анализом ответа на открытый вопрос: большинство готовых помочь предлагают материальную помощь (деньги, вещи, игрушки и т.д.). Лишь 20 % высказали готовность выступить в роли волонтеров (приходить, общаться с детьми, проводить различные мероприятия) или оказывать посильную помощь своей профессиональной деятельностью (врач, психолог, журналист). Каждый из тех, кто готов помочь, просто не знает, что он может сделать, как он может помочь.

Таким образом, население города готово оказать посильную помощь в решении данной проблемы и необходимо более активно привлекать людей не только к оказанию материальной помощи, но и к различного рода волонтерской работе.

В результате нашего исследования, можно обозначить тот факт, что общество в целом терпимо относится к девиации материнского поведения. Не смотря на негодование, раздражение, гнев и непонимание респондентов по отношению к женщинам, оставляющим своих детей в роддоме, большинство из них отмечают необходимость работы с такими матерями, обеспечения помощью и поддержкой их. При анализе полученных данных было выявлена дифференциация общественных мнений и отношений по возрастному признаку.

Часто представители молодежи воздерживались от резких оценок, порицаний и осуждений, возможно из-за того, что не знают, как бы сами поступили в той или иной ситуации. Чем старше же респонденты, тем больше доля резких оценок и призывов к радикальным действиям.

Девиантное поведение матери приводит к проблеме раннего социального сиротства. В решении этой проблемы чаще всего респонденты отмечали необходимость в своевременной психологической и материальной помощи и поддержке женщинам и их семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Так же из полученных ответов отмечалась важность создания благополучных социально-экономических условий для решения данной проблемы: решение жилищной проблемы и увеличение детских пособий. Но эти меры не искоренят проблему, а только борются с ее последствиями. Поэтому многие участники опроса выбрали так же меры превентивного характера, связанные с воспитанием молодежи, подготовкой ее к вступлению в брак и укреплению института семьи и брака.

2.3. Результаты социологического исследования проведены Лабораторией социологических и политологических исследований Уральского государственного университета совместно со Свердловской региональной общественной организацией «Аистенок» по запросу Уполномоченного по правам человека Свердловской области в 2009 году.

1. Социально-демографический портрет респондентов

В этом разделе представлен социально-демографический портрет респондентов – жителей города Екатеринбурга. Общее число опрошенных составило 1000 человек, среди которых 538 женщин и 461 мужчин.

Пол

Варианты ответа	Число ответивших	% от числа ответивших
мужской	461	46,1
женский	538	53,9
Итого ответивших:	999	100,0

В опросе приняло участие на 7,8% больше женщин, чем мужчин. В количественном отношении это выражается тем, что на 77 женщин больше, чем мужчин.

Возраст

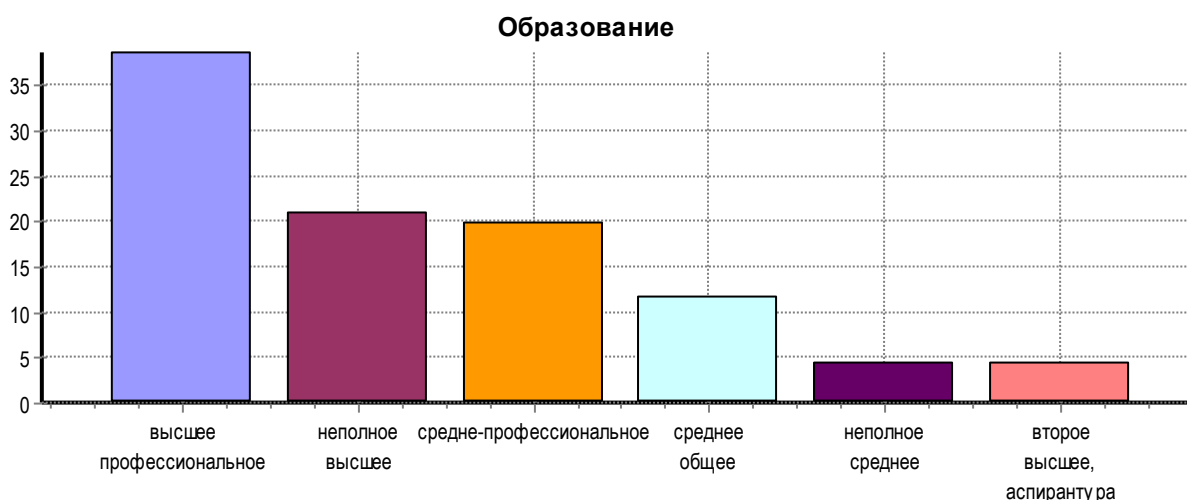
	Варианты ответа	Число ответивших	% от числа ответивших	% от общего числа опрошенных
Валидные	16-19	146	14,6	14,6
	20-24	138	13,8	13,8
	25-34	233	23,3	23,3
	35-44	245	24,5	24,5
	45-55	236	23,6	23,6
	Итого ответивших:		998	100,0
Пропущенные	Нет данных	2		0,2
Итого		1000		100,0

Наибольшее число ответивших принадлежит к возрасту 35-44 года (24,5%), затем – 45-55 (23,6%), немного меньше – 25-34 (23,3%). А от 20 до 24 лет – наименьшее число ответивших (13,8%).

Семейное положение

	Варианты ответа	Число ответи вших	% от числа ответивших	% от общего числа опрошенных
Валидные	холост(ая)	399	40,0	39,9
	замужем, женат	421	42,2	42,1
	разведен(а)	77	7,7	7,7
	вдова (вдовец)	22	2,2	2,2
	гражданский брак	78	7,8	7,8
	Итого ответивших:	997	100,0	99,7
Пропущен ные	Нет данных	3		0,3
Итого		1000		100,0

Среди опрошенных большинство респондентов состоят в браке (42,2%), несколько меньше холостых (40%), в гражданском браке состоят 7,8%, а разведены 7,7% респондентов. Меньше всего вдовых – 2,2%



Большинство респондентов, участвующих в опросе, получили высшее профессиональное образование (38,6%), меньше – неполное высшее и среднее профессиональное (21% и 19,9%), среднее общее образование имеют 11,6%, меньше всего респондентов, имеющих неполное среднее и второе высшее образование (по 4,4%)

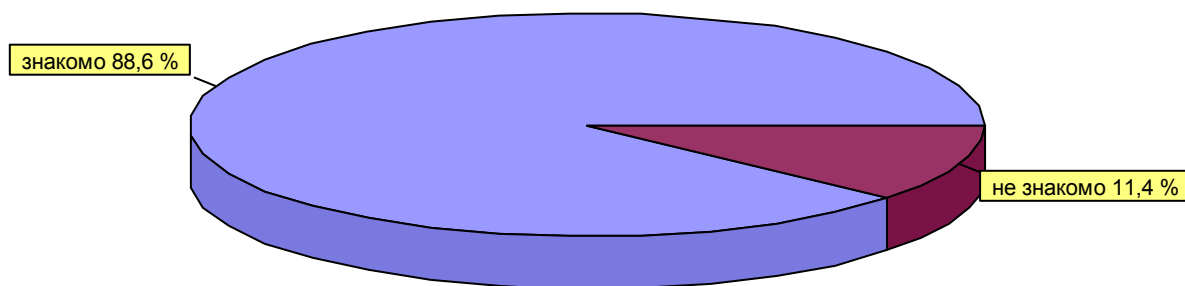
Сфера деятельности

	Варианты ответа	Число ответивших	% от числа ответивших	% от общего числа опрошенных
Валидные	здравоохранение	84	8,7	8,4
	образование	126	13,0	12,6
	промышленность	59	6,1	5,9
	сельское хозяйство	10	1,0	1,0
	строительство	69	7,1	6,9
	армия, МВД	35	3,6	3,5
	энергетика	34	3,5	3,4
	сфера обслуживания	162	16,7	16,2
	транспорт	33	3,4	3,3
	индивидуальное предпринимательство	68	7,0	6,8
	студент	192	19,8	19,2
	учащийся	28	2,9	2,8
	домохозяйка	20	2,1	2,0
	другое	109	11,2	10,9
	Итого ответивших:	969	106,2*	96,9**
Пропущенные	Нет данных	31		3,1
Итого		1000		100,0

Наиболее распространенная сфера деятельности среди ответивших – обучение (студенты) (19,8%), затем идет сфера обслуживания и образование (16,7% и 13%), к сфере здравоохранения принадлежат 8,7% респондентов, строительства – 7,1%, индивидуальным предпринимательством занимается 7% ответивших, немного меньше работают в области промышленности – 6,1%, состоят в армии и МВД – 3,6%, занимаются энергетикой 3,5%, к сфере транспорта принадлежит 3,4% ответивших. Меньше всего учащихся, домохозяек и занимающихся сельским хозяйством (2,9%, 2,1% и 1% соответственно). Респондентов, принадлежащих к неуказанным сферам деятельности, 11,2%. К этим сферам относятся социальная сфера, реклама, юридическая, информационные технологии, СМИ.

2. Понятие «отказ от ребенка», причины данного явления

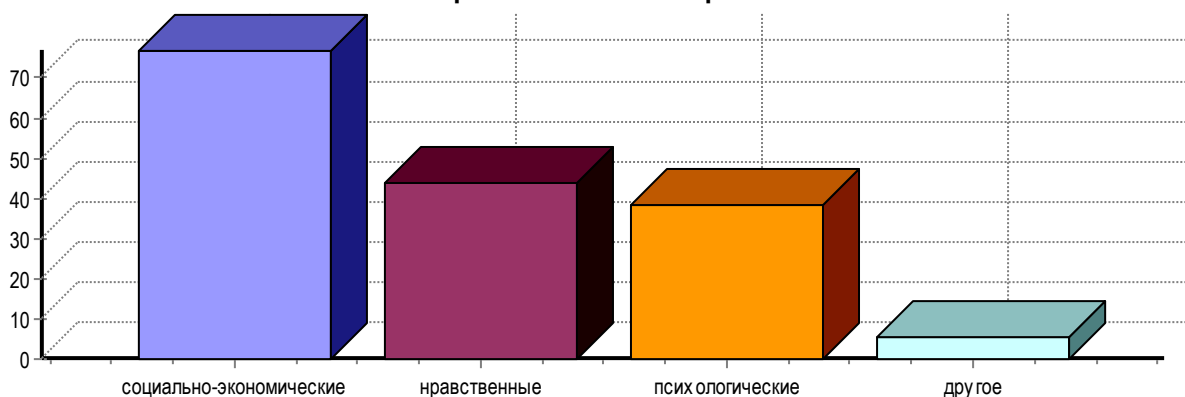
Знание понятия "отказ от ребенка"



Подавляющему большинству респондентов знакомо такое понятие как «отказ от ребенка»(88,64%). Лишь незначительная часть респондентов заявила, что не знакома с данным понятием (11,36%).

Под отказом от ребенка респонденты понимают аморальное поведение женщины или родителей: безнравственность, безответственность, бесчувственность, безалаберность по отношению к ребенку. Жители города Екатеринбурга рассматривают отказ как добровольное решение родителей. Это решение во многом обуславливается нежеланием выполнять свои родительские функции. Отказного ребенка считают брошенным, а также лишенным права на воспитание в родной семье. Отказ понимают с юридической точки зрения, как оформленный документ в роддоме, передача ребенка на государственное попечение.

Ваше мнение о причинах отказа от ребенка в России



Основными причинами отказа от ребенка были названы социально-экономические. Такой точки зрения придерживаются 75,9% респондентов от числа опрошенных. Также причинами отказа являются нравственные и психологические, набравшие 43,2% и 37,9% соответственно. К другим причинам относятся исторические, медицинские, то есть несовершенство медицинского обслуживания, оборудования. Также все причины в комплексе влияют на отказ от ребенка.

3. Отношение к проблеме отказничества от детей

В данном разделе будет рассмотрено отношение респондентов к проблеме «отказа от ребенка»: отношение к родителям, которые отказываются от своих детей; кто должен нести ответственность за отказ от ребенка; какие женщины отказываются от детей; реакция общества на ее поступок.

Отношение к родителям отказников

	Варианты ответа	Число ответивших	% от числа ответивших	% от числа опрошенных
Валидные	не понимаю их	314	31,6	31,4
	осуждаю	295	29,7	29,5
	отношусь равнодушно	31	3,1	3,1
	мне их жаль	186	18,7	18,6
	отношусь с негодованием и неприятием	227	22,8	22,7
	понимаю их	27	2,7	2,7
	другое	86	8,7	8,6
	Итого ответивших:	994	117,3*	99,4**
Пропущенные	Нет данных	6		0,6
Итого		1000		100,0

На вопрос «Как вы относитесь к родителям, которые отказываются от своих детей?» большинство респондентов ответили «не понимаю их» (31,4%), осуждают таких родителей значительная часть ответивших (29,5%), с негодованием и сочувствием респонденты относятся примерно одинаково (22,7% и 18,6%). Очень малая часть общества относится с равнодушием к таким родителям (3,1%), что свидетельствует о значимости данной проблемы для общества. С пониманием к таким родителям относятся самая малая часть опрошенных, всего (2,7%). Другие чувства испытывают 8,6% от числа опрошенных. В основном респонденты говорят о дифференцированном отношении к таким родителям, ссылаясь на различие причин отказа от ребенка и индивидуальность каждого случая. Несмотря на неприятие такого поведения, зачастую его непонимания, опрошенные стараются не осуждать такой поступок.

Влияние "Возраста" на "Отношение к родителям отказникам",
% от Отношение к родителям отказников

Возраст 2	Отношение к родителям отказников							В цело м:
	не пони маю их	осуж даю	отно шусь равно душн о	мне их жаль	отношусь с негодова нием и неприят ем	пони маю их	другое	
16-19	15,9	15,0	19,4	13,4	13,7	18,5	10,5	14,5
20-24	11,5	13,6	16,1	14,0	16,4	7,4	17,4	13,9
25-34	23,2	22,4	25,8	20,4	23,5	7,4	37,2	23,2
35-44	29,6	19,7	16,1	26,3	25,2	37,0	25,6	24,7
45-55	19,7	29,3	22,6	25,8	21,2	29,6	9,3	23,7
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Больше всего не понимают родителей, отказывающихся от своих детей, респонденты в возрасте от 25 до 44 лет, то есть опрашиваемые репродуктивного возраста, для которых рождение ребенка актуально на данном периоде их жизни. Осуждения такие родители заслужили со стороны респондентов старшего возраста от 45 до 55 лет.

Влияние "пол" на "Отношение к родителям отказников", % от
Отношение к родителям отказников.

пол	Отношение к родителям отказников							В целом:
	не пони маю их	осуж даю	отно шусь равно душн о	мне их жаль	отношусь с негодова нием и неприят ем	пони маю их	друго е	
мужско й	39,3	46,1	77,4	46,2	42,3	63,0	44,2	46,0
женски й	60,7	53,9	22,6	53,8	57,7	37,0	55,8	54,0
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В ходе исследования было выявлено, что женщины острее реагируют на проблему отказа от ребенка. Подавляющее большинство женщин не понимают или относятся с негодованием и неприятием к таким родителям. Мужчины же спокойнее реагирует на данную проблему: относятся равнодушно или понимают таких родителей.

Влияние "Ответственность за отказ от ребенка" на "пол"

, % от пола

Отвественность за отказ от ребенка	пол		В целом:
	мужской	женский	
женщина	11,6	10,7	11,1
мужчина	3,1	1,7	2,3
оба родителя	76,4	83,4	80,1
государство	19,0	13,5	16,0
никто	0,9	0,2	0,5
затрудняюсь ответить	5,3	2,6	3,8
Итого:	100,0	100,0	100,0

Среди жителей города Екатеринбурга самым популярным ответом на вопрос «кто должен нести ответственность за отказ от ребенка» является – оба родителя, так ответило более 80 %. Как неудивительно на втором месте стоит государство 16% от общего массива. Причем, большая часть так ответивших - мужчины, которые, вероятно возлагая ответственность на государство, тем самым снимают ее с себя. Среди родителей ответственность должна нести женщина. Так ответили более 11% опрошенных. Интересно, что мужчины, считают себя более ответственными в отказе от ребенка, чем таковыми их считают женщины. Так ответили 3,1 % мужчин, в то время как женщины лишь 1,7%.

Влияние "Отвественность за отказ от ребенка" на "Возраст"

, % от Возраст 2

Отвественность за отказ от ребенка	Возраст 2					В целом:
	16-19	20-24	25-34	35-44	45-55	
женщина	7,6	6,6	7,3	14,3	15,9	11,0
мужчина	0,7	0,7	0,4	4,1	4,3	2,3
оба родителя	82,8	86,1	80,2	79,9	75,5	80,2
государство	13,8	13,1	19,8	18,0	13,3	16,0
никто	0,0	0,7	1,3	0,0	0,4	0,5
затрудняюсь ответить	5,5	5,1	5,6	2,0	2,1	3,8
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

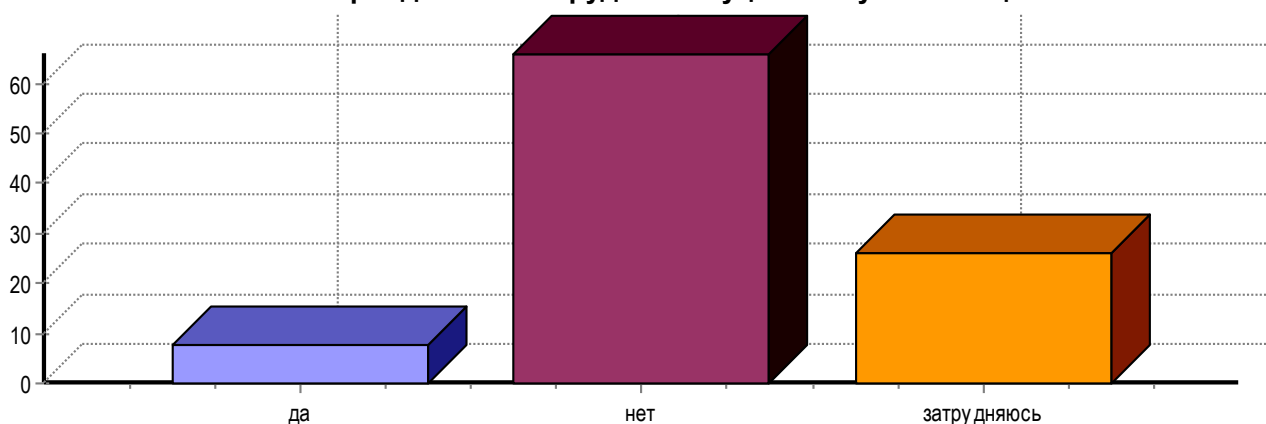
Старшее поколение считает, что ответственность должна нести женщина (15,9%), мужчина (4,3%)., оба родителя(75,5%). Младшее поколение практически полностью снимает ответственность с мужчины (0,7%), и возлагают ее на обоих родителей (82,8%).

Мнение о том, какие женщины чаще отказываются от детей?

	Варианты ответа	Число ответивших	% от числа ответивших	% от числа опрошенных
Валидные	из малообеспеченных семей	142	14,3	14,2
	из социально неблагополучных семей	495	49,7	49,5
	в возрасте до 18 лет	383	38,5	38,3
	одинокие мамы	73	7,3	7,3
	в трудной и кризисной ситуации	421	42,3	42,1
	другое	46	4,6	4,6
	Итого ответивших:	995	156,8*	99,5**
Пропущенные	Нет данных	5		0,5
Итого		1000		100,0

Мнение респондентов о том, какие женщины чаще всего отказываются от детей, распределилось следующим образом: 49,5% женщины из социально неблагополучных семей, 42,1 – женщины находящиеся в трудной жизненной ситуации, 38,3 – женщины в возрасте до 18 лет. Обеспеченность и союз с мужчиной в меньшей степени влияют на решение об отказе, так как по мнению жителей города Екатеринбурга 14,2 % женщин из малообеспеченных семей и 7,3 одинокие мамы. Таким образом, личные качества женщин в большей степени влияют на данное решение. Социальное неблагополучие и молодой возраст свидетельствуют об инфантильности, в то время как одинокие матери и женщины из малообеспеченных семей обладают всеми качествами для того, чтобы воспитать ребенка. Женщины, способные отказаться от собственного ребенка обладают низким морально-нравственным уровнем развития.

Мнение - оправдывает ли трудная ситуация поступок женщины



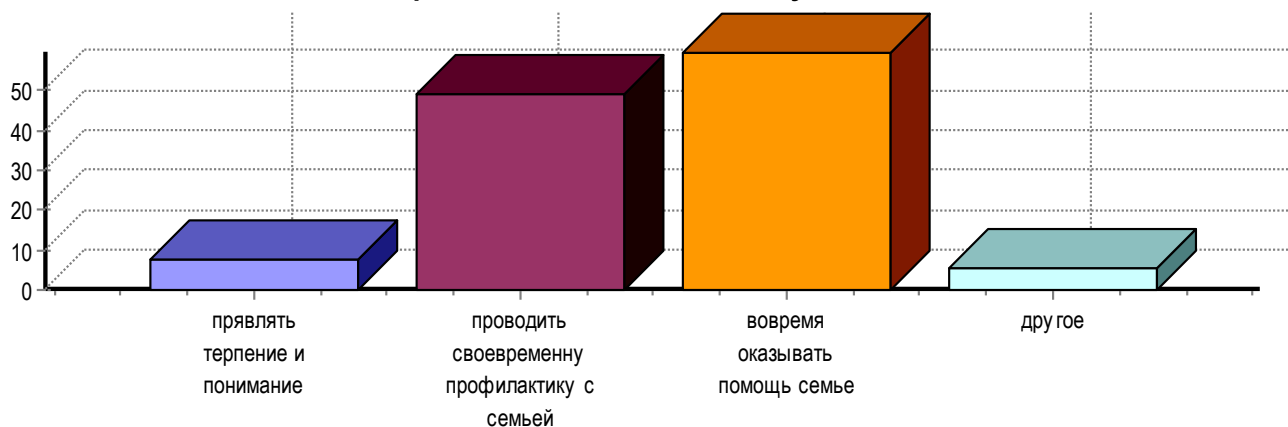
Большинство опрошенных считают, что никакая, даже очень трудная жизненная ситуация не оправдывает отказ матери от ребенка. Такого мнения придерживаются более 65% респондентов. Более 25 % жителей Екатеринбурга затруднились с ответом на данный вопрос. Это может свидетельствовать о том, что женщина при отказе от ребенка сталкивается с объективными обстоятельствами, которые одна решить не в силах, тем более, что в большинстве случаев она не может рассчитывать на поддержку близких и родных ей людей.

Влияние "пол" на "Мнение - оправдывает ли трудная ситуация поступок женщины", % от Мнение - оправдывает ли трудная ситуация поступок женщины

пол	Мнение - оправдывает ли трудная ситуация поступок женщины			
	да	нет	затрудняюсь	В целом:
мужско й	51,9	42,6	52,7	46,0
женски й	48,1	57,4	47,3	54,0
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0

Закономерен тот факт, что в большей степени готовы оправдать отказ от ребенка трудной жизненной ситуации мужчины, а женщины не находят оправдания такому поступку.

Мнение о реакции общества на поступок женщины

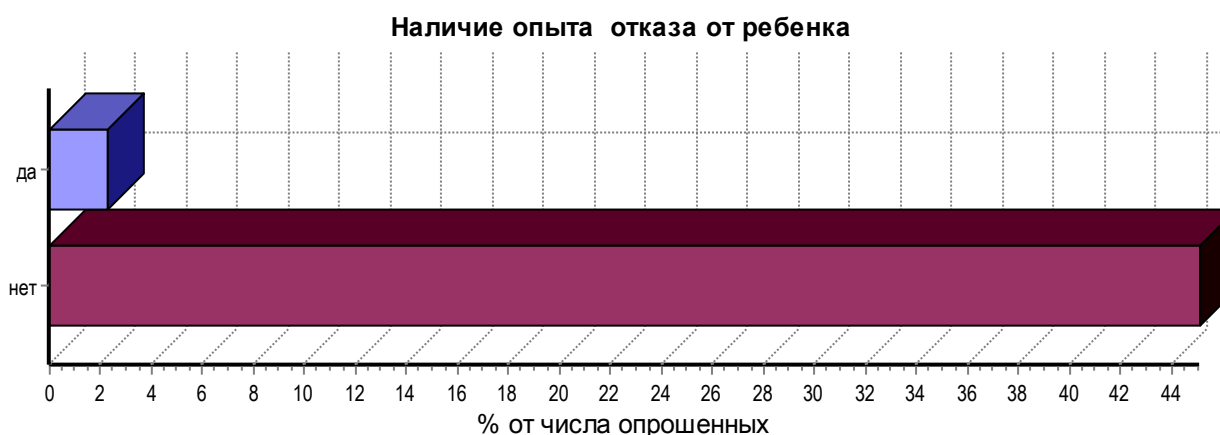


По мнению жителей г. Екатеринбурга общество должно не пассивно наблюдать за сложившейся ситуацией, проявляя терпение и понимание по отношению к таким женщинам (7,8%). А напротив, принимать активные меры по оказанию своевременной помощи семье (59,5%) и проводить своевременную профилактику с семьей (48,0%). К профилактическим мерам респонденты отнесли пропаганду семейных ценностей и духовно-нравственное воспитание молодежи. К более кардинальным мерам можно отнести следующие: стерилизация женщины, уголовное наказание за отказ от ребенка.

Влияние "Мнение о реакции общества на поступок женщины" на "пол"
 , % от пол

Мнение о реакции общества на поступок женщины	пол		
	мужской	женский	В целом:
проявлять терпение и понимание	11,2	5,1	7,9
проводить своевременную профилактику с семьей	46,3	52,5	49,6
вовремя оказывать помощь семье	57,7	62,8	60,5
другое	6,2	5,3	5,7
Итого:	100,0	100,0	100,0

4. Отказ от ребенка среди мужчин



Малая часть опрошенных мужчин имеет опыт отказа от ребенка (4,9%), большая же часть отрицает такой опыт. Сложно говорить о искренности полученных ответов, т.к. общество осуждает такое мужское поведение.

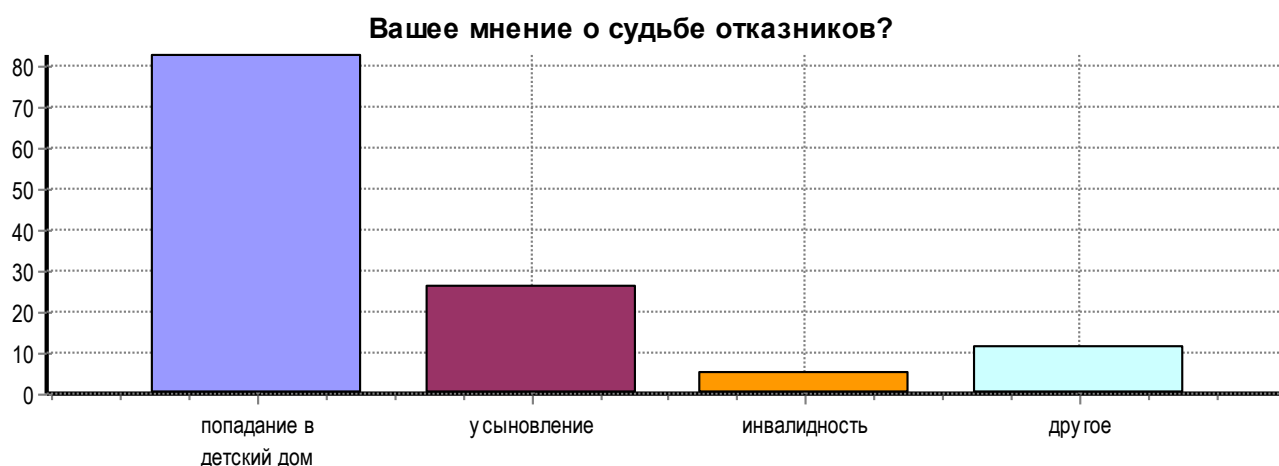
Обстоятельства отказа от ребенка

	Варианты ответа	Число ответивших	% от числа ответивших	% от числа опрошенных
Валидные	Не готов к ответственности	12	22,6	1,2
	ребенок не входит в мои планы	11	20,8	1,1
	недоверие к женщине	8	15,1	0,8
	молодой	7	13,2	0,7
	не желание связать семейными узами	7	13,2	0,7
	отговорили родители	4	7,5	0,4
	другое	7	13,2	0,7
	Итого ответивших:	53	105,7*	5,3**
Пропущенные	Нет данных	947		94,7
Итого		1000		100,0

Распространенные обстоятельства отказа от детей среди мужчин является то, что они не готовы к ответственности (22,6%). На втором месте, стоит ответ, что ребенок не входит в их жизненные планы (20,8%). И на третьем месте недоверие к женщине (15,1%). Также мужчины называли такие

обстоятельства для отказа от ребенка как плохое здоровье, неоформленный брак, развод.

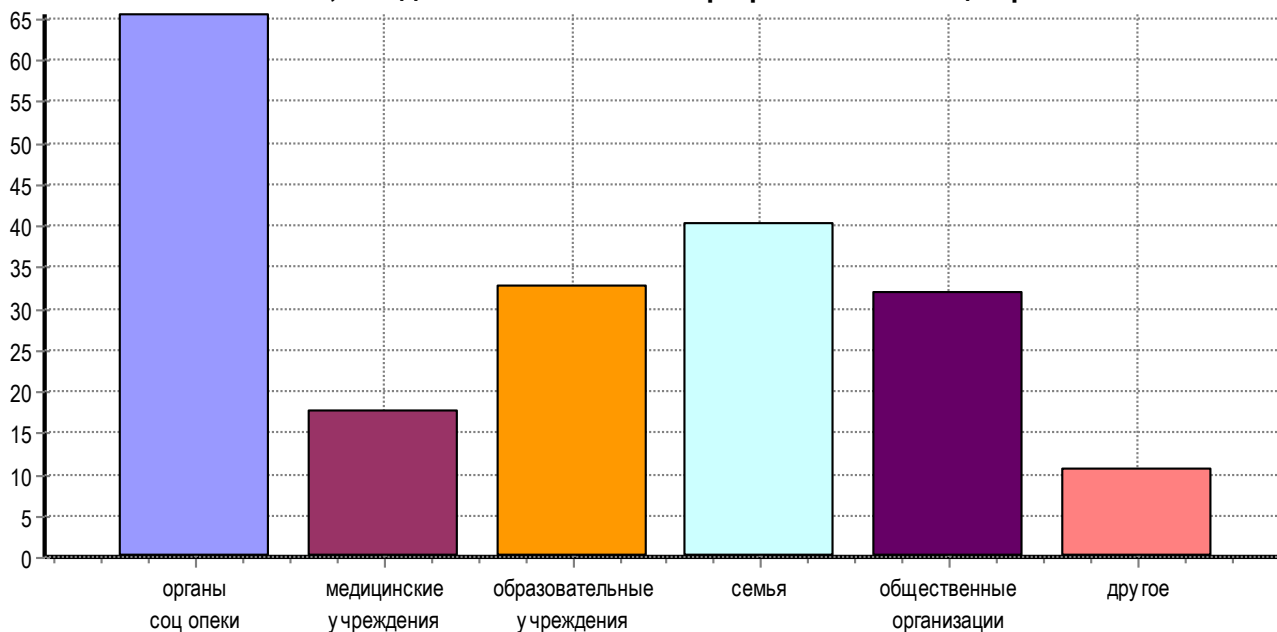
5. Последствия отказа для самого ребенка и профилактика этого явления.



На вопрос «Ваше мнение о судьбе отказников» большинство респондентов уверено, что таких детей ждет детский дом. Чуть больше 20% респондентов считают, что детей-отказников могут усыновить. Отказ от ребенка не рассматривается как проблема физиологического развития ребенка, что подтверждает незначительная часть опрошенных, ответивших о возможной инвалидизации таких детей. 11% считают, что детей-отказников может ждать и другая судьба. В основном опрошенные считают, что это судьба будет «поломанной»: отсутствие родительской любви, заботы, одиночество, психологические травмы, развитие комплексов. Некоторые респонденты видят их будущее в очень мрачном цвете: тюрьма, бомжевание, криминал.

На вопрос «Чем отказные дети отличаются от детей, проживающих в семье» мнение респондентов разделилось так, что одни считают их более сильными духом, самостоятельными личностями, другие же считают их более жестокими, агрессивными, озлобленными на жизнь, несамостоятельными. Отрицательными качествами отказников наделяют в большей мере, чем положительными. К этому относится и то, что они больше, чем обычные дети закомплексованы и плохо воспитаны, менее социализированы. Основными причинами того, что дети «дикие», неадаптированные в обществе респонденты считают нехватку любви и родительской ласки.

Мнение о том, кто должен заниматься профилактикой соц.сиротства



По мнению жителей г. Екатеринбурга профилактикой социального сиротства должны заниматься органы социальной опеки (64,8%), то есть общество возлагает на государство ответственность за институт материнства и детства и защита гарантированных прав и интересов детей. В тоже время семья также должна нести ответственность за развитие и воспитание детей (39,9%). Образовательные учреждения в силу основной направленности на воспитание детей должны осуществлять профилактику социального сиротства. Так отметили 32,4% от числа опрошенных. 31,8% считают, что профилактикой должны заниматься общественные организации, и это неудивительно, потому что в последнее время эффективность работы НКО бывает выше, чем у государственных учреждений. В меньшей степени этой проблемой по общественному мнению должны заниматься медицинские учреждения (17,6%). Многие респонденты отмечали, что все представленные учреждения и организации должны в комплексе заниматься профилактикой социального сиротства. Небольшая часть опрошенных высказала мнение о создании специальной организации, которая бы занималась данной проблемой. Также отмечают и роль церкви, СМИ, культуры.

Ваше мнение о мерах способных уменьшить число отказов от детей

Варианты ответа	Число ответивших их	% от числа ответивших	% от числа опрошенных
увеличение детских пособий	301	30,4	30,1
увеличение мест в дет садах	183	18,5	18,3
доступное жилье	402	40,6	40,2
бесплатное	164	16,5	16,4

образование			
подготовка молодежи к вступлению в брак	446	45,0	44,6
укрепление института семьи	397	40,1	39,7
своевременная психологическая, материальная помощи семье	666	67,2	66,6
другое	54	5,4	5,4
Итого ответивших:	991	263,7*	99,1**

Мнение участников опроса о наиболее эффективных мерах, способных улучшить сложившуюся ситуацию с отказными детьми распределились следующим образом. Совершенно закономерно, что чаще всего респонденты отмечают необходимость своевременной психологической и материальной помощи семье, находящиеся на распутье (66,6%). Также респонденты отмечали важность создания благополучных социально-экономических условий для решения данной проблемы: решение жилищной проблемы (40,2%) и увеличение детских пособий (30,1%). Но эти меры не искоренят проблему, а только борются с ее последствиями.

Поэтому многие участники опроса выбрали так же меры предупреждающего характера, связанные с воспитанием молодежи, подготовкой ее к вступлению в брак (44,6%) и укреплению института семьи и брака (39,7%). К мерам предупреждающего профилактического характера можно отнести половое воспитание молодежи и планирование ребенка. Для полного устранения данной проблемы респонденты отмечают необходимость использования всех вышеперечисленных мер в комплексе.

На вопрос «В какой помощи нуждается женщина на стадии отказа от ребенка» самыми популярными ответами были материальная помощь и психологическая. Кроме того, отмечалось, что женщина также нуждается в моральной поддержке, особенно со стороны близких ей людей. Одним из вариантов помощи, отмеченным респондентами, было посещение женщиной консультаций специалистов медицинских и социальных служб.

Мнение о том, что будет лучше для детей

Варианты ответа	Число ответивших	% от числа ответивших	% от числа опрошенных
пребывание в хорошем детском доме	155	16,1	15,5
воспитание в неблагополучной, но родной семье	134	14,0	13,4
воспитание в малообеспеченной семье	352	36,7	35,2
передача ребенка в замещающую семью	386	40,2	38,6
другое	109	11,4	10,9
Итого ответивших:	960	118,3*	96,0**

Лучшим вариантом устройства ребенка, по мнению респондентов, считается передача его в замещающую семью (38,6%). На втором месте воспитание ребенка в малообеспеченной семье, такой ответ дали 35,2% от числа опрошенных. Выбирая из неблагополучной, но родной семьи и хорошим детским домом, предпочтение было отдано детскому дому (13,4% к 15,5% соответственно). Самым лучшим вариантом считают пребывание ребенка в семье, где его любят, заботятся о нем, и ему комфортно.

Хочется дать совет специалистам, что перед тем, как приступить в своих городах к работе по профилактике отказов от детей, а также по созданию направления «Временное жилье для женщин с детьми», мы предлагаем вам провести собственные социологические исследования, чтобы узнать, кто же такие - женщины в трудной жизненной ситуации? И как собственно относится население вашего города к проблеме женщин с детьми? Как граждане относятся в целом к проблеме сиротства (в т.ч. отказов от детей)? Какие ресурсы уже имеются для решения данной проблемы в вашем городе, области, регионе? Вдруг такой проблемы не существует, или уже имеются организации, достаточно эффективно работающие в данном направлении, и тогда лишь останется найти единомышленников и присоединиться к их деятельности? Кроме того, вы будете иметь более четкое представление о теме, с которой вам предстоит работать.

3.Наше время. Социальная помощь женщинам с детьми.

«Все, что не поддерживает мысли о том, что родители – ответственные люди, будет в своих отдаленных последствиях наносить вред самой сути общества». Д. Винникотт

Из экскурса в историю России, мы можем осознать причины возникновения социального сиротства и определить пути решения проблемы, кроме того, надо понимать, что современные общественные отношения органически связаны с историческим прошлым. Хотя сегодня цивилизованное общество естественно относится к тому, что необходимо поддерживать людей, которые нуждаются в помощи общества, в общественном сознании все еще устойчиво сохраняется представление о греховности и аморальности матери, оставившей младенца без попечения, современная мораль и религия расценивают как безусловное зло и грех отвержение матерью своего ребенка. Все это подчеркивает значение общей социальной ситуации, в которой живет женщина, значение среды, формирующей личность женщины на всех этапах подготовки к материнству. Проблемы «отказниц»– это, проблемы не сегодняшнего дня, а во многом, наследство от неблагополучия предыдущих поколений и забвение насущных нужд людей и прежде всего женщин и детей.



Экскурсия в историю помогла нам сделать неутешительный вывод, что в России практически никогда не было адекватной помощи женщинам с детьми в трудной жизненной ситуации. Работа с женщинами, родившими вне брака или находящимися перед выбором, рожать или делать аборт, комплексно не велась ни на уровне государства, ни на

уровне церкви, ни на уровне общества. До недавних пор в обществе такие женщины преследовались, не уважались, в основном осуждались и назывались «падшими».

Весь предыдущий российский опыт работы по оказанию помощи детям из семей в трудной жизненной ситуации, говорит нам о помощи ребенку в отрыве от своих биологических родителей (изъятие из семьи, пребывание в больницах, Домах презрения, Домах ребенка, Детских домах, интернатах, устройство в приемную семью и т.д.).

Делались слабые попытки работы с женщинами с детьми частных лиц, в т.ч. на уровне царской семьи, но называть работу с данной целевой

группой системной и эффективной не приходится. Негативная реакция общества продолжает играть роль на незамужнюю беременную, одинокую мать и в наше время, хотя само рождения вне брака сегодня уже носит массовый характер.

Женщина – и мать, и хозяйка в доме, и работница на производстве. Профессиональное выполнение женщиной множество функций, приводит к сложностям в положении женщины в обществе и в наше время, в отличие от мужчины, женщина несет тройную нагрузку, и за работу, и за семью, и за детей. Она нуждается в определенной внешней поддержке. И, если в обществе возникают трудные времена либо социально-экономические потрясения, то, справляясь с ними, женщина испытывает необходимость в психологической, моральной и, зачастую, материальной помощи.

Хотя ключевым принципом в реализации Указа Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 — 2017 годы» является основополагающее право каждого ребенка жить и воспитываться в семье; обеспечением такого права является создание эффективной системы работы с семьями и детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, в то же самое время государство активно поддерживает учреждения социальной опеки, и готово принять и воспитать подкидыша, отказного ребёнка и тратить на них огромные средства.

Социальные, образовательные и медицинские службы, имеющиеся прямое отношение к помощи семьям с детьми, должны понимать, что нормальное развитие ребенка может происходить только при его контакте с матерью. Но, к сожалению, многие специалисты до сих пор не понимают, насколько важна семья для ребенка, какое влияние она оказывает на его развитие и дальнейшую социальную адаптацию, и берут на себя полную ответственность за ребенка, тем самым ослабляя ответственность родителей за своих детей.

Обществу воспитание ребенка в отрыве от биологической семьи обходится крайне дорого - на содержание детей-сирот в интернатных учреждениях тратится в 860 раз больше средств, чем на профилактику социального сиротства, но лишь 10% из сирот согласно официальной статистике социально адаптируются. Получается, что значительная часть государственных средств тратится не на устранение причин возникновения и предупреждение социального сиротства, а на работу с его последствиями.

Возникает резонный вопрос - что эффективнее: вкладывать в сиротство или вести продуманную работу по профилактике появления этого явления? Конечно же, вести профилактическую работу.

Ведь как показывает успешная практика профилактической работы с семьей, давно возникла острая необходимость работы с семьей в целом на всех этапах ее развития и, особенно в трудные моменты ее жизни. Помощь только одному ребенку, к сожалению, не приводит к желаемым результатам, ранний отрыв от матери нужно расценивать как ситуацию повышенного риска, а помещение ребенка в детское учреждение должно быть после того, когда испробованы все пути и способы работы с семьей.

В последнее время в России активно идёт процесс формирования и реализации семейной политики, ориентированной на развитие ценностей

семьи, на повышение ответственности власти и общества за обеспечение её социальных гарантий. В стране активно развивается система социальной помощи учреждений социального обслуживания, центров помощи семье и детей. Эти центры действуют преимущественно в системе учреждений Министерства социальной политики. Наиболее распространенными типами центров социальной помощи в наше время являются центры социального обслуживания населения различного (регионально-муниципального) уровня, а также центры социальной помощи семье и детям. Типы и названия подобных центров, набор функционала, могут варьироваться в зависимости от местных условий. Кроме того, могут функционировать учреждения социальной помощи, созданные на вневедомственной основе, (например, кризисный центр для женщин с телефоном доверия), в том числе с НКО и зарубежными организациями.

На сегодняшний день такое направление помощи женщинам с детьми в трудной жизненной ситуации, как Центры временного пребывания (проживания), остаются самым актуальным и востребованным видом помощи. В том же Указе Президента от 1 июня 2012 года N 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 — 2017 годы» в пункте 6. «Меры, направленные на профилактику изъятия ребенка из семьи, социального сиротства» рекомендовано обеспечение беспрепятственного доступа семей с детьми к необходимым социальным услугам, в том числе на основе развития служб социального сопровождения и кризисных центров для матерей с детьми в целях осуществления работы с ними по предотвращению отказа от ребенка.

Как выяснилось на конференции, проводимой организацией «Волонтеры в помощь детям сиротам», *«Сохраним семью для ребенка! Приюты для матерей с детьми: новый этап профилактики социального сиротства в России»*, которая проходила 15-17 мая 2013 года в Москве, некоторые города России, такие как Новосибирск, Екатеринбург, Иваново начали работать в этой сфере 10-15 лет назад, однако, активно помощь женщинам в стационарах начала распространяться в российских регионах только последние два-три года; а в масштабах всей России таких приютов по-прежнему мало. На конференции были озвучены следующие цифры: благодаря работе приютов в общей сложности более 1000 женщин смогли остаться со своими детьми, которые, в свою очередь, не стали социальными сиротами. Всего в России работает около 50 подобных приютов, и спрос явно выше, чем предложение.

Как было сказано выше, данное направление работы лишь последнее десятилетие набирает обороты; в разных регионах России имеются свои собственные наработки, особенности, не придумано пока даже единого названия для таких стационаров, все они имеют разное название, направления деятельности, сроки проживания в них клиентов, возможности их обеспечения, технологии работы с женщинами с детьми: «Кризисные отделения в структуре центров помощи семье и детям», «Социальные гостиницы», «Приюты», «Центры (квартиры) временного пребывания (проживания)», «Временные убежища», «Дома ночного пребывания»,

«Церковные обители для проживания женщин с детьми», «Кризисные или реабилитационные центры для женщин, подвергшихся насилию» и т.д.

Задача у всех центров одна – *комплексная работа с семьей и сохранение ребенка в родной семье.*

4. Характеристика услуги по стационарному проживанию.

Работа кризисных центров для женщин с детьми.

Зарубежный опыт.



К IV—V векам в центральной Европе церковью создаются центры презрения брошенных детей, а начиная с XII - го века многие европейские государства стали принимать на себя заботу о таких детях. Сначала во Франции, позднее в Великобритании были утверждены законы, регламентирующие минимальную заботу о сиротах и брошенных детях, а также меры в отношении их родителей. Церковь побуждала европейское общество открывать больницы, приюты для брошенных и найденных детей. В 1729 году в США, а в 1734 в Италии были открыты дома для «найденных». После 1880 года многочисленные агентства социальной помощи сиротам и брошенным семьям были

открыты по всей Северной Америке.

Социальная политика большинства современных европейских стран предусматривает оказание одиноким семьям значительной помощи со стороны государства. Одним из примеров модели помощи малообеспеченным одиноким родителям является Великобритания. Здесь более половины всех одиноких родителей получают материальную помощь в рамках программы "Поддержка дохода". При этом одинокая родительница может оставаться дома по достижении ребенком 16 лет, получая необходимое содержание от государства. Одинокие матери также получают пособие на детей, бесплатно пользуются услугами государственного здравоохранения и имеют преимущественное право на получение государственного жилья (например, в 1987 году средний доход неполных семей по государственному пособию составлял 40% от среднего дохода полных семей).

Во Франции одинокие матери получают специальное пособие первые три года после рождения ребенка помимо общего государственного пособия,

которое выплачивается всем семьям с детьми до их совершеннолетия. Налоговая политика в этих странах создает социальную ситуацию, при которой одинокой матери не выгодно дополнительно работать даже в режиме неполной занятости. Поэтому по достижении совершеннолетия и, соответственно, окончании выплаты пособий, женщины испытывают трудности с трудоустройством в связи с утратой трудовой фиксации, привычки к труду. Матерей-одиночек во Франции насчитывается свыше двухсот тысяч, и большая их часть, как говорится, в золоте не купается. Наверное, поэтому к ним, как и к многодетным семьям, государство проявляет особое внимание. Все они имеют право на специальное пособие для родителей-одиночек. Его минимум составляет в этом году 177,5 евро в месяц для работающих женщин. Для тех, кто занят неполный день или вообще сидит дома, ситуация следующая. На последние месяцы беременности пособие может достигать до 600 евро в месяц. После рождения – без малого до 800 евро, и так в течение трех лет. Если отец ребенка не платит алименты или вообще скрылся в неизвестном направлении, мать-одиночка имеет право на дополнительную помощь от государства в виде 87 евро в месяц. Тем не менее, полиция постарается разыскать горе-папашу и взыскать с него всю сумму.

В Норвегии одиноким матерям представляется специальная материальная помощь, с тем, чтобы они могли оставаться дома до достижения ребенком 10 лет. Кроме того, неполные семьи имеют систему социальных льгот и пособий, позволяющих им жить выше уровня официальной бедности в стране.

В Швеции, где уровень неполных семей самый значительный в Европе и достигает 32%, стратегия государственной политики, направленной на помощь неполным семьям, ориентирована на успешное сочетание одинокими родителями родительской и профессиональной деятельности. Одинокие матери получают специальное пособие лишь на детей, а не на содержание неработающей матери. При этом государство обеспечивает ей не только рабочее место, но и временные выплаты в период переобучения или приобретения специальности, необходимой для получения более высокооплачиваемой работы. Работающие родители имеют широкий выбор различных форм внесемейного ухода за детьми.

В Китае матерей-одиночек как социального класса не существует. Физически они, конечно, есть, но для государственных органов социальной опеки – их нет. Это объясняется традициями китайского общества – ребенок не может появиться на свет, если его родители не состоят в законном браке. Правда, в последние годы наметились послабления при оформлении документов на младенца. И то, без свидетельства о браке крайне трудно получить даже выписку из роддома, не говоря уже об оформлении главного документа – «хукоу», прописки.

США. Кризисная женская клиника для молодых беременных женщин более 30 лет функционирует в США на базе университетской клиники. Созданию клиники предшествовало осознание того факта, что беременность юной незамужней женщины открывает собой порочный цикл: прерванное образование и низкий материальный достаток влекут за собой зависимость

юной матери от систем социальной помощи государства, снижают мотивацию для создания собственной, стабильной семьи, тем самым начинают новый цикл воспроизводства внебрачного потомства.

В результате пойманная в этот цикл девушка становится депрессивной, зависимой, потерявшей перспективу многодетной матерью. Цель деятельности клиники - оказать психологическую и моральную помощь юным беременным. Находясь в клинике, будущие матери проходят курс специальной подготовки, обучаются эффективным формам поведения, уходу за будущим ребенком и т. д.

В США государственная помощь одиноким семьям несравненно ниже Европейской, однако она может быть чрезвычайно высокой в связи с широким распространением программ на уровне отдельных штатов, частных и религиозных благотворительных обществ, иных территориальных программ. Широкое распространение в США получили группы само- и взаимопомощи неполным семьям. Члены таких организаций обмениваются педагогическим опытом, помогают друг другу проводить выходные дни, отпуска. Организации оказывают им юридическую поддержку.

Типичные группы взаимоподдержки состоят из 12-15 человек, имеющих различный брачный статус. Они собираются раз в несколько месяцев и обсуждают на своих встречах различные проблемы: воспитание ребенка, взаимоотношения с детьми, личностные переживания, стратегия преодоления трудностей.

В США существует множество просветительских программ, оказывающих педагогическую и психологическую помощь одиноким семьям с детьми. Они действуют при церквях, семейных службах, местных социальных агентствах, работающих с бедными семьями, в школах, медицинских учреждениях. Однако, для проведения целенаправленной и эффективной социальной политики по предупреждению нарушенного материнского поведения и их последствий необходимо учитывать, что актуализация только отдельных (в данном случае материальных) факторов в ущерб другим приводит к негативным результатам.

Так, опыт экономически развитых стран показывает, что огромные материальные вложения государств в стимуляцию рождаемости путем только увеличения социальных пособий одиноким и неимущим матерям, создание для рискованных групп беременных благоприятной общественной моральной ситуации действительно резко снижают число наиболее агрессивных форм отказов от материнства (детоубийств и физического бросания).

В Японии. Еще в феодальной Японии в буддийских монастырях создавались приюты для женщин, подвергавшихся насилию. Тогда в культуре страны проявление мужской агрессии возводилось в норму. Насилие, к которому прибегают мужчины, отличается психологически, мотивационно и ситуационно, коренится в сложившихся культурных и исторических традициях. Мужчина может причинить большой физический вред, у него преобладает мотивация доминирования, контроля, наказания. Женщине, как правило, не настолько важно покинуть ситуацию конфликта победительницей, для нее существует большая вероятность проявления

эмоций (в отличие от агрессии), эмоциональной слабости (слезы). Женщины менее способны к причинению серьёзных телесных повреждений, сексуальному принуждению и доведению ситуации до смертельного исхода. Отличия в намерении, частоте, тяжести причиненного вреда и исхода мужского и женского насилия должны учитываться в обществе, чтобы осознавать реальную ситуацию и иметь возможность помочь жертвам. Исторически к этим особенностям относились внимательно, и поэтому приюты предназначались, в первую очередь, для женщин (*данные Е.П. Ильина, автора книги «Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины»*).

Африка. В ней есть убежища для женщин, подвергающихся насилию в семье либо проходящих реабилитацию после изнасилований во время племенных конфликтов. В некоторых из них женщины работают (возделывают землю) и таким образом помогают поддерживать деятельность приюта. Чрезвычайно актуальной формой деятельности по предупреждению отказов от материнства является конкретная работа в группах повышенного риска. *Одно из таких форм является женский кризисный центр.*

К примеру, в **Швеции** типичные женские центры существуют как изолированные, полузасекреченные организации, в которых женщина (одна или с детьми) должна себя чувствовать в безопасности. Внешние контакты у клиенток центра резко ограничены, встречи возможны только по истечении определенного срока, вне стен центра, что предохраняет пациенток от дополнительных психических травм.

Центр имеет круглосуточный телефон доверия, на котором работают психологи. Посетители центра могут пользоваться его услугами до 4-х месяцев. За этот период персонал центра (психологи, социальные работники, юристы) снимают стрессовые состояния, заставляют объективно оценить причины и характер кризиса, найти оптимальный путь выхода из создавшейся ситуации, нормализовать социальные связи, укрепить внутрисемейные отношения.

Кризисные центры для женщин в Канаде. В Канаде создана целая сеть социальных служб по оказанию помощи женщинам, пережившим сексуальное и семейное насилие. На сегодняшний день в стране действует свыше 400 кризисных центров, убежищ и приютов, число которых возросло более чем в шесть раз по сравнению с 90-ми годами.

Кризисные центры. По признанию международного сообщества, Канада является признанным лидером в деле борьбы с насилием в отношении женщин. Ей принадлежит ряд новаторских предложений в этой области, например, инициатива разработки и принятия Декларации ООН об искоренении насилия в отношении женщин, принятой этой организацией в 1993 г. Активный поиск путей искоренения насилия в отношении женщин и оказанию помощи пострадавшим ведется в Канаде уже более двух десятилетий. Кризисные центры в Канаде являются своеобразными социальными единицами, живущими в соответствии со своими принципами и кодексами чести.

Основополагающими установками их работы является конфиденциальность полученной центром или телефоном доверия информации, равное уважение ко всем обратившимся независимо от их социального положения и национальной принадлежности, а также, обстановка доверия и взаимопонимания между работниками центра и людьми, работающими на общественных началах. Многие центры, помимо просветительской и воспитательной работы, участвуют в законодательном процессе. Кризисные центры и убежища создаются на федеральные и провинциальные субсидии и добровольные пожертвования. Активная деятельность ведется на провинциальном и местном уровнях. Самая широкая сеть кризисных центров создана в провинции Манитоба. В Квебеке работает множество таких центров и образованы две ассоциации помощи женщинам, пережившим насилие.

Кризисная женская клиника для молодых беременных женщин в США функционирует на базе университетской клиники более 30 лет. Созданию клиники предшествовало осознание того факта, что беременность юной незамужней женщины открывает собой порочный цикл: прерванное образование и низкий материальный достаток влекут за собой зависимость юной матери от систем социальной помощи государства, снижают мотивацию для создания собственной, стабильной семьи, тем самым начинают новый цикл воспроизводства внебрачного потомства. В результате пойманная в этот цикл девушка становится депрессивной, зависимой, потерявшей перспективу многодетной матерью.

Цель деятельности клиники - оказать психологическую и моральную помощь юным беременным. Находясь в клинике, будущие матери проходят курс специальной подготовки, обучаются эффективным формам поведения, уходу за будущим ребенком и т. д. Чрезвычайно распространенной и весьма эффективной формой помощи беременным из социально неблагополучных слоев общества является движение "поддерживающих семей". Деятельность этого организуемого религиозными общинами движения заключается в том, что благополучные (обычно многодетные, имущие) семьи берут под опеку и оказывают всестороннюю помощь одиноким, многодетным и молодым беременным - становятся на время не только источником дополнительных материальных средств, но и моральной поддержкой для кризисных и малоимущих семей.

Франция имеет многолетнюю историю система приютов для беременных женщин и матерей с детьми раннего возраста, оставшихся без поддержки, чей опыт организации системы предупреждения отказов от детей заслуживает самого пристального внимания. *Материнские дома* в каждом регионе были введены Декретом правительства Франции от 29 июля 1939 года. В 1943 году была сформулирована миссия этих учреждений: «Предупредить отказы от детей и детскую смертность». Постановление 2 ноября 1945 года о защите материнства и детства разрешило создание *материнских гостиниц*, цель которых – прием матерей с их детьми с дальнейшей целью трудоустройства матерей и предупреждения их маргинализации. Материнские гостиницы платные (поскольку созданы для работающих матерей), тогда как материнские дома – бесплатные. Сегодня

сеть материнских центров пронизывает всю территорию Франции; так, например, представленный в данной статье центр «Шармиран» охватывает регион «Рона-Альпы», а в густонаселенном Париже имеется семь подобных учреждений.

Великобритания. В Великобритании, по данным *Джонатан Уоткинс, эксперта и консультанта организации Health Prom*, давно существует установленная практика предоставления временного жилья и мест в реабилитационных центрах для женщин, оказавшихся в кризисных ситуациях и их детей. Эта практика существует и по сей день. К «кризисным» ситуациям относятся матери – молодые женщины, не имеющие материальную поддержку или же страдающие от психических заболеваний. Такие кризисные центры зачастую поддерживаются волонтерами, т.е. являются негосударственными.

Например, церковь Святого Василия в Бирмингеме. На их сайте говорится: «В монастыре в Хол Грин, Бирмингем, мы предоставляем приют 11 молодым матерям. Мы также предоставляем индивидуальную и практическую поддержку и хотим помочь вам справиться со сложностями первого материнства. Мы поощряем стремление к независимой жизни, помогаем женщинам сразу, как только они появляются у нас и им предлагается место». Персонал доступен с 9:00 до 22:00 с понедельника по пятницу. Также есть возможность экстренного вызова в случае непредвиденной ситуации ночью или в выходные. Жилье представляет собой 8 квартир и 3 комнаты, порядок в которых поддерживают сами жильцы. Все жилье меблировано, имеет оборудование для приготовления пищи и центральное отопление. Есть детская площадка, прачечная и задний двор. Все жильцы имеют доступ к службам поддержки Св. Василия, в том числе образовательной программе, транспортной службе.

Что касается истории приютов для матери и ребенка, есть новый сайт, на котором люди могут делиться своими мнениями и историями, сайт «устной истории». Роуз Бэлл, исследователь, опубликовала информацию из своей диссертации. Она пишет: *«Дома матери и ребенка впервые появились в Англии в 1891 г., под эгидой Армии Спасения в Лондоне. К 1968 г. существовало 172 приюта для матерей-одиночек, большей частью которых заведовали религиозные учреждения. Добрачная беременность была клеймом позора для девушки и поднимала вопросы о сексе, морали, религии, а также авторитета, как родительского, так и общественного. Несмотря на то, что некоторые женщины рожали и растили своих незаконнорожденных детей, большинство боялись навлечь позор на семью и скрывались в домах матери и ребенка. Часто под давлением со стороны социальных работников или родителей, девушки соглашались отдать своих детей на усыновление, пик которых пришелся на 1968г, когда за год в Англии было усыновлено 16 164 детей. Молодые матери боялись «личного наказания и публичного унижения», которые были неразрывно связаны с внебрачной беременностью. И в отсутствии информации об альтернативных выходах, они соглашались на этот «родовой грех».*

Именно об этом мире тайных беременностей, вынужденных отказов и молчаливых выговоров я думала о теме для диссертации».

Дома матери и ребенка были созданы для оказания поддержки незамужним беременным женщинам, предоставления им приюта в период вынужденного заточения, и часто – усыновления их новорожденных детей. Иногда они представляли собой только приюты, но в этом исследовании домом матери и ребенка будет считаться любое учреждение, чьей основной функцией было предоставление жилья женщинам и девушкам, вынашивающим внебрачного ребенка. Некоторые из этих домов ранее были учреждениями, известными как «Исправительные дома», целью которых было «перевоспитание» «раскаявшихся проститутток». Несмотря на то, что дома матери и ребенка 20-го века не имели цели «исправления», о них часто судили по их подопечным. Учреждения 20-го века, часто управляемые религиозными учреждениями, иногда социальными службами, предоставляли краткосрочную заботу в период пребывания. Они редко располагались в новых домах, чаще всего это были старомодные строения, которые ничем не выдавали свой статус. В них были общие спальни для матерей, общие жилые помещения, сады, детские, некоторые имели собственные больничные палаты. Жильцы следовали распорядку дня, выполняли работы по дому, готовили и ели, молились, заботились о детях, а также имели свободное время, которое чаще всего тратили на прием гостей или поездки в город. Истории женщин, живших в таких домах, отличаются друг от друга, в зависимости, как от конкретного дома, так и от обстоятельств беременности. Одни считали жизнь в них слишком жесткой, другие обретали долгожданный приют.

Женщины, принявшие участие в исследовании, представляют собой лишь малую долю из полумиллиона англичанок, которые были вынуждены отдать детей на усыновление. Их решение отдать детей в приемные семьи было обусловлено множеством факторов, не последним из которых было отношение общества к незамужним матерям в середине 20-го века. Внебрачная беременность была клеймом позора, разрушала отношения с родителями и друзьями, вынуждала женщин бросить учебу или работу. Мало усилий предпринималось для того, чтобы помочь незамужним женщинам сохранить и вырастить ребенка. Многие из девушек были очень молоды, жили с родителями и были в ужасе от последствий их беременности. Отцы детей редко принимали хоть какое-то участие в их жизни. С момента обнаружения беременности, жизнь этих девушек не могла быть прежней. Сама беременность для них была периодом эмоциональной, физической, социальной пытки, их жизни переворачивались с ног на голову, а жизнь после отказа от ребенка несла на себе печать горя, боли и чувства потери, которую чувствует мать, оставившая ребенка.

Некоторые из существующих зарубежных приютов удовлетворяют нужды определенных целевых групп, таких как жертвы торговли людьми или чернокожие женщины, представительницы этнических меньшинств, женщины-инвалиды, женщины определённого вероисповедания женщины-беженки, подвергшиеся гендерному насилию. Существуют приюты,

созданные общественными организациями, частными лицами, религиозными объединениями, женщинами, ранее прошедшими реабилитацию (Например, в Австрии женщины арендовали дома, чтобы создать безопасное место для жертв насилия). Сегодня около половины приютов в Великобритании управляются религиозными учреждениями. Деятельность приютов функционирует за счет финансовой поддержки государства, функционирование других приютов частично окупается. В американской практике некоторые приюты могут полностью содержаться за счёт частных пожертвований. Согласно отчету международного эксперта Фонда ООН в области народонаселения Джулии Джирарди, изданном в 2012 году, одними из лучших моделей управления приютами можно считать разработки, действующие в Австрии, Великобритании и Израиле.

5. Типовые организационные модели кризисных центров в России. Особенности реализации услуги.

В стране активно развивается система социальной помощи учреждений социального обслуживания преимущественно в системе учреждений Министерства социальной защиты населения. Наиболее распространенными типами центров социальной помощи в наше время являются центры социального обслуживания населения различного (регионально-муниципального и локального) уровня, а также центры социальной помощи семье и детям. В структуре этих центров постепенно встраивается такое направление помощи семье, как Отделения временного проживания для женщин с детьми. Многие из успешно функционирующих приютов создаются общественными организациями, увеличивается количество протестантских и православных приютов для женщин с детьми, некоторые из них содержатся на пожертвования частных и Благотворительных фондов. Кроме того, могут функционировать учреждения социальной помощи, созданные на вневедомственной основе, (например, кризисный центр для женщин с телефоном доверия), в том числе на основе сотрудничества с НКО. Деятельность религиозных приютов функционирует за счет частных пожертвований и частично окупается. Типы и названия подобных центров, набор функционала, могут варьироваться в зависимости от местных условий и ведомственной либо общественной подчиненности.

Работа центров только набирает обороты, пока все они имеют свои характерные черты по оказанию услуг, разные названия «Кризисное отделения для женщин в структуре центров помощи семье и детям», «Социальная гостиница», Центр кризисной беременности, «Приют», «Центр (квартира) временного пребывания (проживания)», «Временное убежище», «Дом ночного пребывания», «Церковная обитель», «Кризисный или реабилитационный центр для женщин, подвергшихся насилию», употребляющиеся для обозначения, по сути, одного и того же явления, и представляющие собой стационары для женщин с детьми в трудной жизненной ситуации.

5.1. Отделение временного проживания в структуре государственного центра в подчинении Министерства социальной политики (на основании типового положения).

«Отделение временного пребывания для женщин с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации» является обычно структурным подразделением Центров помощи семье и детям. Отделение образуется, реорганизуется и упраздняется приказом директора Центра, которому подотчетно и выполняет все функции, возложенные в пределах своей компетенции. Основная цель отделения - обеспечение временного

приюта женщинам с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации. Основными задачами являются:

- Выявление женщин с детьми и анализ причин, способствующих возникновению трудной жизненной ситуации у женщин;
- Обеспечение доступной, своевременной и эффективной помощи женщинам, нуждающимся во временном приюте;
- Обеспечение бытовыми, психологическими и прочими условиями их жизнедеятельности, Обеспечение необходимым набором предметов быта и необходимых вещей для ребенка первого года жизни на весь срок пребывания в Отделении;
- Содействие в организации медицинского патронажа детей первого года жизни;
- Разработка и реализация индивидуального плана реабилитации на основе комплексного междисциплинарного подхода к разрешению трудной жизненной ситуации;
- Защита прав и законных интересов женщин, пребывающих в Отделении

Порядок приема, обеспечения временного приюта и отчисления размещенных женщин:

- женщинам с несовершеннолетними детьми до 3-х лет, пострадавшим от физического или психического насилия
- беременным женщинам, в т.ч. несовершеннолетним и одиноким; стоящие на грани совершения аборта (кризисная беременность)
- кризисные матери с новорожденными, то есть женщины, попавшие в трудную жизненную ситуацию (планирующие отказ от ребенка, насилие, отсутствие поддержки со стороны отца ребенка и родственников, в отпуске по уходу за ребенком, материальная необеспеченность, депрессия и т.п.)
- женщинам, находящимся в конфликте с семьей, в предразводной и послеразводной ситуации
- самостоятельно проживающим выпускницам детских домов и школ-интернатов с детьми
- одиноким матерям с несовершеннолетними детьми
- женщинам с детьми, пострадавшим от стихийных бедствий, в результате вооруженных и межэтнических конфликтов
- другим гражданам, нуждающимся в предоставлении временного приюта

Прием женщин в Отделение оформляется приказом директора на основании:

- личного заявления женщины

- справок из учреждения здравоохранения об отсутствии у женщины и детей социально-опасных заболеваний, а именно:
- справки (заключение венеролога, дерматолога, педиатра) учреждения здравоохранения об отсутствии медицинских противопоказаний к обслуживанию
- анализ крови RW
- флюорография
- амбулаторная медицинская карта гражданина
- амбулаторная медицинская карта ребенка
- страховой медицинский полис гражданина
- страховой медицинский полис ребенка
- документа, удостоверяющего личность женщины и ребенка (лица, не имеющие документов, удостоверяющих личность, принимаются при условии обращения в органы внутренних дел для установления личности и оказания помощи в восстановлении утраченных документов)
- документа, подтверждающего социальный статус/катеорию для получения бесплатных социальных услуг
- ходатайства заинтересованных учреждений в предоставлении клиенту государственной социальной услуги временный приют

Не принимаются в Отделение женщины:

- алкоголезависимые, наркозависимые
- с признаками явного обострения психического заболевания
- имеющие социально-опасные заболевания (активные формы туберкулеза)
- совершившие правонарушения

В случае выявления таких женщин принимаются меры по их направлению в соответствующие учреждения согласно действующему законодательству.

Отделение возглавляет заведующая, назначаемая приказом Директора Центра, она же распределяет обязанности между специалистами Отделения, осуществляет кураторство по реабилитационной работе с клиентками, назначает специалиста, ведущим клиентку – куратора случая. Организация работы сотрудников Отделения осуществляется на основании должностных инструкций, графика работы, составленного заведующей отделением и утвержденных директором. В основном это специалисты по социальной работе, заведующие психолого-педагогическим отделением в Центре, педагог-психолог. Создается междисциплинарная команда специалистов по работе со случаем.

Реабилитационная помощь направлена на восстановление психологического состояния, социальных связей и правового статуса, а также мобилизацию личных ресурсов женщин и детей. Комплексная реабилитация направлена на решение всей совокупности проблем женщин и

их семей, осуществляемой как самой женщины, так и работниками учреждения, так и другими социальными службами, государственных органов, организаций и учреждений (здравоохранения, образования, внутренних дел, миграционной службы и т.п.).

Для эффективного оказания социальных услуг специалисты имеют право:

- Запрашивать необходимые материалы и документы в организациях и учреждениях о женщине и членах ее семьи
- Сопровождать женщин и их детей в учреждения, организации
- Привлекать родственников к социальной реабилитации женщины (при согласии женщины)
- Участвовать в Консилиуме Отделения и совещаниях, рассматривающих вопросы, связанные с женщинами
- Строго соблюдать конфиденциальность в работе с женщинами и их семьями, обеспечивать в установленном порядке ограниченный доступ к сведениям конфиденциального характера
- Соблюдать действующее законодательство, правила внутреннего трудового распорядка и другие нормы, которыми руководствуется Отделение, своевременно и точно выполнять распоряжение руководства.

Услуги по социально-психологической и правовой реабилитации включают:

- психодиагностику
- психологическое консультирование
- психологическую коррекцию
- психологический тренинг
- обучение и формирование отношений «мама-ребенок»
- содействие в восстановлении правового статуса
- защита законных прав и интересов женщины и ребенка
- охрана жизни и укрепление здоровья женщин и детей
- содействие в привлечении к ответственности лиц допускающих насилие по отношению к женщине (если имелось место насилие по отношению к клиентке)

Объем реабилитации определяется куратором случая, общая продолжительность реабилитационного процесса для каждой женщины индивидуальна.

Приобретение хозяйственно-гигиенических товаров осуществляется за счет собственных средств женщины. Питание (в разных центрах осуществляется по-разному), в некоторых - питание осуществляется за счет собственных средств женщины, в других – за счет государственных средств (когда мама ставится на питание одновременно с ребенком).

Основным условием пребывания женщин является их бытовая самостоятельность, индивидуальная социальная и материальная

ответственность и активное сотрудничество со специалистами Отделения в решении своих проблем. Пребывание в Отделении осуществляется на безвозмездной основе.

Срок пребывания в Отделении определяется с учетом особенностей трудной жизненной ситуации женщины, от 1 до 3 месяцев (в зависимости от Положения об отделениях в разных регионах).

Отчисление женщин из Отделения по окончании срока договора оказания безвозмездных услуг оформляется приказом директора на основании личного заявления женщины. Досрочное отчисление женщины из Отделения производится при нарушении соответствующего положения об Отделении, а так же на основании личного заявления женщины и оформляется приказом Директора.

Основания для выписки из Отделения:

- отказ от сотрудничества
- отказ от сохранения материнства
- депортация, отъезд к месту проживания
- восстановление семейных отношений (родительских, супружеских)
- переезд на самостоятельное съемное жилье
- получение жилья по ходатайству (по статусу, по закону)
- восстановление утраченного жилья
- трудоустройство с проживанием
- нарушение Положения о пребывании в Отделении

Отделение работает в круглосуточном режиме. Для непосредственного пребывания женщин в Отделении оборудованы жилые комнаты с мебелью и предметами первой необходимости для ребенка, а так же выделены места общего пользования. Для оказания социально – реабилитационных услуг привлекаются специалисты других отделений Центра, с помощью которых составляется и реализуется индивидуальная программа комплексной реабилитации.

Штат сотрудников отделения утверждается директором Центра, в структуре Центра различают отделение дневного пребывания и стационарное отделение.

Примечание.

Для эффективности работы по данному направлению, независимо от типа социального учреждения, необходимо оценить уровень ресурсов территории, где располагается Центр и наладить межведомственное взаимодействие со всеми субъектами, работающими с семьей:

- *Для решения правовых вопросов клиенток – с органами внутренних дел, прокуратурой, судебными органами;*
- *Для оформления пособий и адресной помощи – с органами социальной защиты населения (отделами опеки и попечительства, отделами выдачи пособий)*
- *Для получения медицинских страховых полисов, постановки на учет по беременности, для успешного и безопасного родоразрешения, для*

проведения профилактических осмотров, медицинских обследований – с органами здравоохранения (женскими консультациями, роддомами, отделом медицинского страхования, детской и взрослой больницами и поликлиниками)

- *Чтобы восстановить документы и получить регистрацию по месту жительства – с органами МВД, миграционной службой, консульствами стран представительств в регионах*
- *Чтобы получить ребенку путевку в ДОУ – с районными, городскими и областными Управлениями образования (месторасположения прописки клиентки)*
- *Для получения дополнительных ресурсов (специалистов, получение социальной и адресной помощи) – с представителями общественных, религиозных организаций и благотворительных фондов*

Роль специалиста в поддержке семьи.

Многим женщинам-клиенткам Отделения даже с помощью специалистов бывает трудно решить свои жизненные проблемы, для некоторых женщин непосильными бывают даже такие простые вещи, связанные с заботой о ребенке, как кормление, успокоение, понимание того, что хочет ребенок, соблюдение режима сна и бодрствования. Очень легко сделать все за родителей, но (памятуя о семейно-ориентированном подходе при работе с семьей), оставляем эту обязанность матерям, иначе мать может еще больше разувериться в своих силах, и вместо помощи родителям, укрепления их родительских чувств, результат работы окажется противоположным. Чем более уязвимой является семья, чем больше у нее проблем, тем с большим количеством профессионалов ей придется сталкиваться. Для многих семей поддержание контактов с большим количеством специалистов и служб и необходимость многократно заявлять о своих трудностях может оказаться непосильной задачей, клиентка может замкнуться и перестать общаться и доверять специалистам, поэтому предлагается назначать куратора случая.

Задача ведущего специалиста (куратора случая).

Очень важна роль специалиста, который хорошо знает и сопровождает семью, с которым уже установлены доверительные отношения и эмпатия (в основном это специалист, который первый вел прием женщины, либо специалист, приходивший к ней в роддом). Этому ведущему специалисту придется брать на себя роль посредника, помощника семьи в решении ее проблем. Задача такого посредника - скоординировать усилия разных служб, помочь клиентке построить отношения с ними, предоставить необходимую информацию. Для того чтобы делать работу эффективно, справляться с собственными чувствами, не олицетворять себя с клиентом и не сгореть

профессионально, специалистам очень важно иметь возможность работать в команде, чувствовать поддержку коллег, совместно обсуждать сложные случаи, «выговариваться», обмениваться опытом с другими организациями (супервизии, семинары, тренинги). Только совместные усилия разных специалистов, их сотрудничество друг с другом и с клиентами, а также хорошо налаженное межведомственное взаимодействие в решении спорных вопросов и поиска необходимых ресурсов, может привести к желаемым результатам.

Имеющиеся на наш взгляд преимущества данного вида помощи:

1. Стабильность в оказании услуг (оплата коммунальных платежей, заработной платы специалистов). Государственное стабильное финансирование.

2. Достаточное количество специалистов, необходимых для реализации работы с клиентками Отделения.

3. Возможность пользования ресурсами и услугами всего Центра (в т.ч. для ребенка), а не только Отделения, в котором проживает мама и ребенок.

4. Налаженная схема межведомственного взаимодействия, между собой все государственные структуры, задействованные в решении вопросов семьи и детей, быстрее договариваются и принимают решения (отделение взаимодействует с государственными и негосударственными организациями и учреждениями социальной защиты населения, другими структурными подразделениями Центра).

Имеющиеся на наш взгляд недостатки данного вида помощи:

1. Список документов, которые необходимо собрать женщине перед поступлением в Отделение, исключает возможность быстрого реагирования на сигналы о кризисной ситуации. Женщина подчас не имеет возможности собрать справки (многие из которых платные) ввиду отсутствия материальных средств и документов, соответственно, не сможет попасть в Центр, что осложняет ее положение и может привести к более рискованной ситуации либо к возможному отказу от ребенка. Более того, клиентами Отделений бывают женщины, пострадавшие от стихийных бедствий (погорельцы) и подвергшиеся насилию – эта категория клиенток вообще не имеет средств к существованию, денег на сбор справок о здоровье, и у них зачастую отсутствуют при себе документы, удостоверяющие их личность, и свидетельства о рождении их детей (документы сгорели на пожаре; документы остались у супруга-насильника). Получается, что большое количество потенциальных клиенток оказываются исключенными из получения социальной и медицинской помощи из-за отсутствия необходимых документов. Необходимо минимизировать требования к зачислению в приют, привязка в нашей стране получения социальных услуг к прописке и постоянной регистрации приводит к тому, что большое количество людей оказываются исключенными из получения социальной и любой другой помощи.

2. Условиями для принятия женщин с детьми в Отделение имеются возрастные ограничения детей – до 3-х лет. Пример. *Женщина беременна, у нее уже имеется старший ребенок 8 лет. По Положению ребенок 8 лет не имеет право по документам проживать на территории Отделения, матери предлагается устроить старшего ребенка в приют (который может находиться территориально в другом районе), что само уже противоречит главной цели – сохранение родной семьи для ребенка. Получается, что для будущего ребенка мама сохраняется, а 8-летний получает разлуку с матерью, что, безусловно, негативно отразится на нем, и не добавит психического здоровья ни будущей матери, ни будущему ребенку. Таким образом, страдает вся семья, состоящая из 3-х человек.*

3. Зачастую, срок проживания от 1 до 3-х месяцев в Отделении слишком мал для полного урегулирования трудной жизненной ситуации, и это существенно затрудняет процесс дальнейшей реабилитации семьи. Согласно Положения об Отделении, приходится закрывать случай, который требует дальнейшего активного сопровождения. Ввиду чего, возможны повторные обращения этих клиенток (женщин с детьми) в другие организации (в т.ч. общественные или религиозные), либо остается риск кризисного состояния либо риск вторичных отказов от детей. В этом случае хорошо бы иметь в территории другие ресурсы помощи женщинам с детьми (которым можно будет передать семью для дальнейшего сопровождения).

4. Не во всех центрах имеется договор с роддомами по оказанию услуги профилактики отказов от детей; либо отсутствует специалист, осуществляющий непосредственный выход в роддом в случае планируемых отказов от детей. В связи с этим может снижаться эффективность работы Отделения по профилактике социального сиротства, т.к. Отделение начинает работать не по принципу выявления трудной жизненной ситуации, а по принципу только самообращения либо направления клиентов специалистами других служб и структур профилактики.

5. Имеется риск иждивенческого подхода, отсутствует трудовая реабилитация женщин их ответственность за определенный участок работы, т.к. в рамках Отделения женщина проживает на полном государственном обеспечении; многие обязанности, способные выполняться женщинами самостоятельно, за клиентку делает штат специалистов Отделения.

6. Пример Графика работы специалистов Учреждения по приему граждан (город Нск):

Понедельник	9-00 – 17.30
Вторник	9-00 – 17.30
Среда	9-00 – 17.30
Четверг	9-00 – 17.30
Пятница	9-00 – 17.30
Суббота	выходной день
Воскресенье	выходной день

Кроме такого «кризисного» графика работы, некоторые центры не имеют в наличии сотового рабочего телефона – что снижает оперативность реагирования на сигналы о помощи. Отделения работают круглосуточно лишь для тех клиенток, которые уже находятся в стационаре; для вновь поступающих клиенток, которым надо срочно оказать помощь, довольно проблематично попасть в Отделения в выходные дни или после окончания рабочего времени. Кроме того, если такой телефон и имеется, многие сигналы остаются без ответа.

5.2. Временное жилье в структуре общественных организаций.

В основном, в структуре общественных организаций имеются квартиры (реже дома) для временного пребывания для женщин с детьми. Как правило, это 2-3-4-5 комнатная квартиры, где проживают женщины вместе со своими детьми.

Порядок приема, обеспечения временного приюта и отчисления размещенных женщин:

- женщинам с несовершеннолетними детьми, пострадавшим от физического или психического насилия
- беременным женщинам, в т.ч. несовершеннолетним и одиноким; стоящие на грани совершения аборта (кризисная беременность)
- кризисные матери с новорожденными, попавшие в трудную жизненную ситуацию (планирующие отказ от ребенка, насилие, отсутствие поддержки со стороны отца ребенка и родственников, в отпуске по уходу за ребенком, материальная необеспеченность, депрессия и т.п.)
- женщинам, находящимся в конфликте с семьей, в предразводной и послеразводной ситуации
- самостоятельно проживающим выпускницам детских домов и школ-интернатов с детьми
- одиноким матерям с несовершеннолетними детьми
- женщинам с детьми, пострадавшим от стихийных бедствий, в результате вооруженных и межэтнических конфликтов
- другим гражданам, нуждающимся в предоставлении временного приюта

Попадание клиентки в центр по сравнению с государственными центрами, упрощено, с клиентки требуется:

- Паспорт
- анализ крови RW
- флюорография
- личное заявление

(дополнительные документы можно начать собирать, когда женщину с ребенком уже поместят в квартиру).

Не принимаются в квартиру временного пребывания женщины:

- алкоголе-, нарко- зависимые
- с признаками явного обострения психического заболевания
- имеющие социально-опасные заболевания (активные формы туберкулеза)
- совершившие правонарушения

Первый прием женщины с ребенком проводится руководителем организации (в редких случаях куратором службы – это специалист по социальной работе, отвечающий за данное направление). Если в результате общения с женщиной, руководитель (куратор службы) решит открыть случай, то после предъявления необходимых документов, для получения места в квартире женщина пишет заявление, в котором указывается причина обращения за помощью. С женщиной заключается договор о социально-психологическом сопровождении семьи, где оговариваются условия предоставления жилья и период проживания, и семья может заселяться в квартиру. *(Для эффективности работы рекомендуем вносить в договор с клиенткой такой пункт, как обязательное посещение психолога, групп развития, взаимопомощи. Если этот пункт не выполняется с завидным постоянством, либо женщина находит массу причин, чтобы уклониться от общения с психологом или педагогом, то, предупредив несколько раз клиентку, можно расторгнуть договор).*

Для эффективной работы по сопровождению клиентки:

- за семьей закрепляется куратор случая (в нашем случае, это либо психолог, либо (если случай более тяжелый и требуется серьезно восстанавливать психическое здоровье женщины) психотерапевт, третьим специалистом может быть специалист по социальной работе (на которого дополнительно возложены функции куратора службы)
- куратор проводит анализ ситуации и проблем клиентки и ребенка, начинает сопровождение семьи; открывает личное дело
- работая по принципу «работы со случаем», куратор вовлекает в сотрудничество семью, дает оценку проблем клиентки и проектирует совместно с клиентом пути их решения (согласно индивидуальной программе помощи, намечаются объем и характер помощи женщине с ребенком)
- куратор оценивает возможности и ресурсы семьи, исходя из причин проблем
- совместно с клиентом куратор формулирует промежуточные и конечные цели работы с семьей
- формулируется совместное определение задач и действий, необходимых для достижения результата; распределение ответственности между клиентом и специалистом (специалистами)

На любом из перечисленных этапов работы со случаем, будет требоваться обращение к другим специалистам, участвующим в проекте, это решает куратор случая, и, при затруднениях, может обращаться к коллегам за консультацией, либо (если случай довольно сложный) – коллегиально решать на комиссии либо разбирать на супервизии.

Срок пребывания в квартире – от 1 до 3-12-ти месяцев (в зависимости от сложности случая, состояния женщины и возраста ребенка). Договор на проживание может пролонгироваться, если у клиентки на момент окончания договора не хватает ресурсов для проживания с ребенком самостоятельно без поддержки специалистов и при условии, что клиентка в течение всего периода проживания активно участвовала в активизации собственных и социальных ресурсов.

Женщина, ставшая на учет в организацию, получает следующие виды помощи:

- место в квартире временного проживания для беременных и женщин с младенцами
- ежемесячный продуктовый набор (договор с магазином)
- питание на ребенка (при условии, если есть противопоказания к кормлению грудью или наступает срок прикорма)
- жизненно необходимые лекарственные средства (в т.ч. при заболеваниях ребенка – содействие в прохождении обследований, устройстве в детские больницы – при отсутствии документов; выделяются из спонсорских и проектных средств)
- детские и взрослые вещи, средства по уходу за детьми, обувь, коляску, кроватку из Социального склада, который формируется за счет пожертвований частных лиц и проектных средств
- бесплатные юридические консультации (написание исковых заявлений, представительство в суде и т.д.)
- бесплатные психологические и психотерапевтические консультации
- посещение ребенком групп дневного пребывания, организованной общественной организацией как дополнительной услуги профилактики социального сиротства
- социальный патронаж – содействие в трудоустройстве, устройстве детей в дошкольные учреждения, оказание бесплатных социально-бытовых услуг (ремонт жилья, уход за детьми) и т.д.

Если возраст ребенка у женщины позволяет (с 1,5 лет), он может посещать группу дневного пребывания, организованные на базе общественной организации, что помогает матери устроиться на работу с частичной занятостью. Клиентка с ребенком может пользоваться всеми услугами организации (курсы повышения компьютерной грамотности, группы дневного пребывания для детей от 1,5 лет, посещение школы развития, посещения праздников, мастер-классов и выездных мероприятий).

Основанием для выписки из Отделения является:

- отказ от сохранения материнства
- отказ от сотрудничества
- депортация, отъезд к месту проживания
- восстановление семейных отношений (родительских, супружеских)
- переезд на самостоятельное съемное жилье
- получение жилья по ходатайству (по статусу, по закону)
- восстановление утраченного жилья
- трудоустройство с проживанием
- нарушение Положения о пребывании в Отделении

Штат специалистов для работы в квартире временного пребывания: координатор, 1 специалист по социальной работе, 1 психолог (работающий параллельно на вызовах в роддома), психотерапевт (особо сложные случаи – индивидуальная психотерапия), волонтер. Куратором случая, в зависимости от его сложности, может выступать как специалист по социальной работе, так и психолог или психотерапевт.

Идеальным вариантом для закрытия случая будет, если женщина с ребенком сможет в срок действия договора о проживании разрешить проблемы, которые явились причиной для ее размещения в кризисную квартиру. А именно, оформить необходимые документы, получить все денежные пособия, собрать необходимые документы для размена жилой площади (при условии серьезного конфликта с родственниками), либо урегулировать отношения с родными и переехать на общую территорию, возможно, найти работу. Окончание действия договора на проживание, не означает окончания работы с клиенткой. Для клиентки и ее ребенка остается возможность пользование ресурсами общественной организации: социальным складом (одежда, обувь, средства по уходу за детьми), ребенок может посещать группу дневного пребывания (до получения места в государственный садик), адресной и лекарственной помощью, все консультации остаются на безвозмездной основе. Женщина с ребенком может посещать занятия в детско-родительских группах, а также участвовать во всех мероприятиях организации.

Преимущества данного вида помощи:

1. Более упрощенные варианты попадания в квартиру временного пребывания (меньше справок, формальностей).

2. Возможность при нахождении дополнительного финансирования увеличивать количество услуг клиенткам, независимо от принятых государственных законов, а исходя из потребностей клиентов и на основе практического опыта специалистов.

3. Небольшой состав клиенток (4-5), равносильно индивидуальному подходу, что повышает эффективность работы со случаем.

4. Нежесткие сроки пребывания в квартире; имеется возможность на повторное заселение клиента, если того требуют обстоятельства.

5. Эффективность работы явно «налицо», т.к. это направление возникло из потребностей самих клиентов и многолетней работы по профилактике отказов в роддомах; т.о. сама квартира является структурным подразделением комплексной модели работы по профилактике социального сиротства.

6. Масса вариантов для творчества в работе сотрудников и принятия нестандартных решений.

Недостатки данного вида помощи:

1. Квартира временного проживания (4-5 мест) не удовлетворяет потребностям города.

2. Содержание квартиры (ее аренда и коммунальные платежи) требует финансирования (в основном за счет средств спонсоров и на основе статей гранта). Многое зависит от воли благотворителей, жертвующих деньги на данное направление работы, либо имеющихся грантовых средств. При отсутствии финансирования на жилье, пришлось бы закрывать действующую квартиру и сворачивать услугу.

3. Если квартира не в собственности, при условии аренды квартиры, много средств затрачивается на ремонт и обслуживание, по сути чужого жилья, «Арендодатель» волен произвольно увеличивать ежемесячную плату. В связи с этим, затруднительна регистрации клиентов по месту жительства, что затрудняет постановку на учет в детские учреждения (больницы, детские сады, школы, получение пособий и т.д.).

4. Не всегда удается заключить договор с полицией на выезд бригады, потому имеется опасность возникновения конфликтов с мужской половиной (особенно при укрывании женщины по причине насилия в семье). Приходится пользоваться собственными ресурсами организации.

5.3. Временное жилье в структуре негосударственного образовательного учреждения Министерства образования.

(на примере НОУ «Центр развития семейных форм устройства детей» г. Мурманск).

Проект «Вместе с мамой» реализуется в городе Мурманске на базе НОУ «Центр развития семейных форм устройства детей» (НОУ ЦРСФУД) с 2006 года. Цель проекта - сохранение родной семьи для детей группы риска социального сиротства.

Работа в проекте ведется на основе методических рекомендаций международной организации «Детские Деревни SOS» по поддержке основных стандартов «Основной подход в работе с биологическими семьями в странах Центральной и Восточной Европы, СНГ, Балтии» (февраль 2012 г.), «Руководство по процедурам управления случаем (кейс-менеджмента) в рамках проектов укрепления семьи» (январь 2011 г.) и Положения о сопровождении семей в рамках проекта укрепления семьи «Вместе с мамой» в НОУ ЦРСФУД.

Обеспечение защиты персональных данных ребенка/детей и законных представителей, проживающих с ними, регламентируется Положением о работе с персональными данными благополучателей, их родителей (законных представителей), иных потребителей услуг Негосударственного Образовательного Учреждения «Центр Развития Семейных Форм Устройства Детей», утвержденным приказом № 129 от 20.10.2011 г., разработанным в соответствии с требованиями Федерального Закона Российской Федерации «О персональных данных» № 152-ФЗ от 26.07.2006 г.

В рамках проекта процесс сопровождения семьи, воспитывающей ребенка/детей раннего возраста или в период созревания женщины, основывается на следующих принципах:

1. Ребенок/дети в центре внимания. Социальные услуги должны быть адаптированы для удовлетворения потребностей ребенка/детей.

2. Активное участие семьи в преодолении кризисной ситуации. Члены семьи, находящейся на сопровождении, в том числе и ребенок/дети, должны быть полностью вовлечены в процесс принятия решений касательно их жизненной ситуации.

3. Недопустимость дискриминации. В работе с семьей с уважением относиться к расовым, национальным особенностям, религиозным и культурным традициям, степени социальной адаптированности, материально-экономическим, уровню интеллектуального и физического развития членов семьи.

4. Подотчетность и прозрачность. Работа с семьей должна быть честной и открытой. Семья должна быть проинформирована обо всех видах деятельности, которые могли бы повлиять на их жизнь.

5. Достаточный объем и объективность информации. Работа с семьей должна быть выстроена на достоверной информации, полученной из

различных источников, объективных фактах и исследованиях проведенных на всех этапах работы по преодолению трудной жизненной ситуации.

6. Последовательность. Работа с семьей должна соблюдать временные рамки и быть нацеленной на действия и результаты. Это должен быть текущий процесс, а не одно мероприятие.

7. Междисциплинарный подход. Совместное предоставление социальных услуг для семьи должно объединять разнообразные дисциплины. Один человек (ведущий специалист, кейс-менеджер) должен координировать деятельность сбора информации и предоставления услуг.

8. Межведомственный подход. Предоставление социальных услуг для семьи должно объединять специалистов различных ведомств, структур и служб.

9. Командный подход. В процессе принятия решений по программе сопровождения семьи участвуют все специалисты проекта, что позволяет обеспечить более эффективную результативность процесса.

10. Опора на сильные стороны. Работа с семьей должна опираться на ее сильные стороны (имеющиеся ресурсы) с учетом выявленных потребностей.

11. Соблюдение профессиональной этики и норм конфиденциальности в работе с полученной информацией.

Наиболее распространенные причины попадания женщин с детьми в проект укрепления семьи:

- социально-культурные (беременность несовершеннолетних, планируемый отказ от ребенка, женщина ранее лишенная родительских прав, рождение ребенка вне брака, этническая дискриминация)
- психосоциальные (злоупотребление родителей наркотическими веществами и алкоголем, низкий уровень родительской компетентности, насилие в семье)
- социально-экономические (отсутствие жилья, отсутствие работы, достаток семьи ниже прожиточного минимума)

Благополучателями проекта являются:

- дети группы риска социального сиротства
- родители, находящиеся в ситуации возможного отказа от новорожденного ребенка
- беременная женщина (в том числе несовершеннолетняя) с риском социального сиротства будущего ребенка
- семьи в трудной жизненной ситуации, связанные с риском социального сиротства
- родители (законные представители) в настоящее время или ранее ограниченные или лишенные родительских прав

Клиентам, находящимся на сопровождении в проекте предоставляются следующие услуги:

- временное кризисное размещение женщины и детей в социальной гостинице. Данная услуга предоставляется с сентября 2007 г. В арендуемых для этой цели помещениях созданы все условия для проживания женщин с детьми раннего и дошкольного возраста. Период проживания в гостинице составляет от 1 месяца до 1 года
- социально-психологическое консультирование
- социально-правовое консультирование
- индивидуальное психологическое консультирование
- индивидуальное юридическое консультирование
- финансовая поддержка
- материальная поддержка
- групповые занятия по социальной адаптации, стабилизации психоэмоционального состояния женщины, формированию детско-родительских компетенций

Организация процесса сопровождения начинается с момента подписания договора о социально-психологическом сопровождении семьи в рамках проекта. Основным подходом к оказанию услуг путем их организации и координации является кейс-менеджмент. С целью наиболее эффективной организации процесса сопровождения за каждой семьей закрепляется ведущий специалист (кейс-менеджер) и оформляется кейс (личное дело), которому присваивается порядковый номер.

Основными процедурами работы по сопровождению семьи являются:

- проведение первичной оценки ситуации в семье;
- проведение глубинной оценки ситуации в семье по социально-экономическим, психо-социальным, медицинским, социо-культурным параметрам риска социального сиротства;
- разработка индивидуального плана развития семьи;
- реализация мероприятий, способствующих снижению уровня риска социального сиротства и выходу семьи из трудной жизненной ситуации.

Сопровождение состоит из следующих этапов:

1. Прием в программу. На данном этапе проводится первичный анализ семейной ситуации, включающий оценку уровня риска социального сиротства по социально-экономическим, социокультурным, медицинским и психосоциальным показателям.

2. Глубинная оценка ситуации семьи (ГОСС). Проводится глубинный анализ семейной ситуации, имеющий своей целью изучение всех сфер жизнедеятельности ребенка/семьи для определения потребностей ребенка/детей и имеющихся ресурсов родителей и социального окружения. По результатам глубинной оценки определяются уровни риска (высокий,

средний, низкий) социального сиротства, что является базовой информацией для разработки плана развития семьи. Данные исследований вносятся в документ excel-формата, не распечатываются и по завершению работы архивируются на электронном носителе.

3. Планирование развития семьи. На этом этапе ведущим кейс-менеджером составляется индивидуальный план развития семьи, который утверждается координатором проекта, а также совместно и/или по согласованию с членами семьи разрабатывается план мероприятий, способствующих снижению уровня риска социального сиротства и выходу семьи из трудной жизненной ситуации.

4. Реализация Плана развития семьи (ПРС) и достижение целей.

5. Оценка динамики развития семьи осуществляется каждые 6 месяцев и проводится с целью оценки эффективности процесса сопровождения.

6. Закрытие случая. Этап прекращения отношений специалистов проекта с семьей, который может осуществляться по взаимному согласию сторон, по инициативе специалистов проекта, по инициативе семьи. Также специалисты могут перенаправить семью, если семья нуждается в услугах, которые специалистами проекта не предоставляются, или, по решению специалистов проекта, перенаправление в другую организацию будет наиболее эффективным способом решения кризисной ситуации семьи.

После выхода из проекта связь с женщинами поддерживается с помощью телефонных звонков, общения в социальных сетях.

5.4. Временное жилье в структуре волонтерских организаций, муниципальных структур и структурных подразделений Здравоохранения. Великобритания.

Джонатан Уоткинс, эксперт и консультант HealthProm

Современный подход к проблемам женщин, нуждающихся в помощи, у нас в стране делится на три категории.

Первое. Для молодых малообеспеченных матерей существуют волонтерские организации типа монастыря Св.Василия, описанного выше, которые предоставляют жилье и обучение принципам материнства, а также реабилитацию и подготовку к независимой жизни.

Второе. Для той же категории матерей, некоторые местные администрации предоставляли приемные семьи, которые были готовы предоставить место в своем доме молодой женщине с маленьким ребенком.

Третье. Для женщин всех возрастов с психическими заболеваниями и маленькими детьми. Психические заболевания могли быть любыми, включая послеродовую депрессию или послеродовой психоз. Некоторые государственные больницы предоставляют таким женщинам и их детям возможность жить и проходить лечение у себя, таким образом, не разлучаясь.

Также есть эпизодические случаи, когда женщины рожают детей в тюрьме. Иногда принимаются попытки разной степени успешности не разлучать мать и ребенка, а также попытки попросить суд принять во внимание беременность при вынесении приговора.

Принцип работы приютов и технологии работы с клиентками.

Приюты ориентированы на то, чтобы помочь матерям продолжить заботиться о своих детях и стать независимыми. Они работают совместно с другими организациями, например, с социальными и здравоохранительными службами. Это краткосрочная поддержка, которая никогда не затягивается надолго. Акцент делается на мобилизующую поддержку сообщества, начиная с членов семьи (поиск родных и близких и их поддержка в первую очередь). Услуги, предоставляемые женщинам как государственными, так и негосударственными учреждениями, проходят проверку со стороны государственной Комиссии по Контролю Качества Опек. Каждый предоставляющий поддержку сам планирует, как ему ее предоставить. Если нужды матери и ребенка рассматриваются на достаточно серьезном уровне, местные власти предоставляют социального работника, который помогает составить план опеки и следит, чтобы матери и ребенку предоставлялась необходимая и достаточная поддержка, также наблюдает за прогрессом.

Из опыта общения со специалистами Кризисных приютов для женщин с детьми в Италии, у них очень хорошо налажено межведомственное взаимодействие. Приют функционирует при финансовой поддержке государства, а исполнительные функции при этом делегированы

общественной организации. В Италии, недалеко от г. Турина, кризисный центр для женщин с детьми располагается на территории, принадлежащей католической Церкви, и находится в безвозмездной аренде; коммунальные услуги здания и питание семей - оплачиваются за счет средств муниципалитета города, а вся работа с клиентками (оплата специалистам, услуги семьям), детский сад для детей, учеба и повышение квалификации женщин, их проезд до места учебы (работы) - ложится на плечи общественной организации, которую финансируют за счет госзаказа Правительства области Пьемонт.

Можно с уверенностью сказать, что, независимо от типа социального учреждения, государственной или общественной принадлежности и применяемых технологий работы со случаем, в коррекционно-реабилитационной работе с клиентом наиболее распространен психосоциальный подход. Этот подход предполагает помимо использования имеющихся социальных ресурсов, активизацию личностных ресурсов клиента, а реабилитационная и коррекционная работа с семьей может осуществляться в разных формах: индивидуальное консультирование, работа в паре «мама-ребенок», с семьей женщины в трудной жизненной ситуации, а также с отдельными значимыми для нее людьми, что позволяет повысить эффективность работы

Часть 2.

1. Технология работы с женщиной в трудной жизненной ситуации.

Целевая группа и ее особенности. Категории клиенток кризисных центров.

В своей работе мне приходится узнавать очень многое о затруднениях матерей, когда они не устроены в жизни. Возможно, это большие личностные трудности, и они не способны реализовать себя, даже если и видят пути к этому. Или их мужья не живут с ними, не обеспечивают должной поддержки, или только мешают, или даже ревнивы. У некоторых вообще нет мужа, но они все равно должны вырастить ребенка. И, наконец, есть те, кто стал пленником неблагоприятных условий, бедности, переполненных квартир, недобрых соседей. В силу этого они не могут увидеть за деревьями леса. Мы теряем нечто, когда воспринимаем благополучие как должное, отчасти еще потому, что думаю обо всех матерях, которые несвободны, несчастливы, разочарованы и не добились успеха; потому что каждая искренне хочет преуспеть в жизни. Винникот.



Очень часто именно женщины, как менее защищенная и более уязвимая группа людей попадают в трудную жизненную или кризисную ситуацию. Они становятся жертвами домашнего насилия, изнасилований, психологических травм, связанных с потерей работы, не в состоянии прокормить своих детей, у них возникают проблемы в послеродовой период и т.д. Часто женщины зависимы от мужчин экономически в силу разных

причин – рождения ребенка, запрета со стороны мужа на работу, безработицы, дискриминации на рынке труда и потому им сложнее самостоятельно найти приемлемый выход из сложившейся ситуации.

В настоящее время все более очевидным становится тот факт, что проблемы семейного неблагополучия в целом, и насилия в частности, требуют решения комплекса задач психологического, юридического, социального характера. Сложно говорить о каких-либо кардинальных мерах, способных оградить женщин от негативных влияний. Для этого должна измениться к лучшему социально-экономическая обстановка в стране, стать более эффективной законодательная защита, а также должен быть усилен контроль за соблюдением законов. Государство старается спрогнозировать и определить наиболее целесообразные пути оказания помощи женщинам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, однако хорошую службу могут сослужить кризисные центры или приюты для временного проживания, куда женщины, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, могут обратиться за психологической, медицинской или юридической консультацией и поддержкой.

Перед тем, как прийти к пониманию, кто является клиентками кризисных центров, т.е. нашей целевой группой, и обсудить вопросы организации и оказания помощи женщинам в центрах, полезно сначала разобраться в понятиях *«трудная жизненная»*, *«кризисная»*, *«экстремальная» ситуации*.

По определению клиентками кризисных центров оказываются женщины (чаще беременные или с детьми), оказавшиеся в *кризисной* (до степени *«экстремальной»*) ситуации.

Большинство людей часто сталкиваются с неприятными ситуациями повседневной жизни. «Повседневные неприятности» - такой термин ввел Р. Лазарус еще в 70-е годы для обозначения таких ситуаций.

Когда внешние изменения в окружающей среде нарушают относительное равновесие «проблем и ресурсов», создавая потенциальную или реальную угрозу существованию человека и удовлетворению его основных потребностей, речь идет о *трудной «жизненной ситуации»*. К трудным жизненным ситуациям относятся: инвалидность, утрата способности к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью; сиротство, безнадзорность, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, смерть кормильца либо значимого человека в жизни женщины и т.д.

В общественной и международной практике существует выражение – трудная жизненная ситуация, означающая переживания человека, оказавшегося в положении, которое серьезно сказывается на его благополучии, безопасности и из которого он не всегда способен выйти самостоятельно. В этом случае требуется помощь государства, общества. В некоторых случаях людям удастся справиться с трудной жизненной ситуацией. Либо мобилизуясь и выходя из нее, либо перестраивая свое мировоззрение и систему ценностей и адаптируясь к условиям жизни. В этом случае можно говорить, что продолжая оставаться в трудной

жизненной ситуации, человеку удалось избежать кризиса. В противном случае трудная жизненная ситуация становится «кризисной».

Кризис (от греч. *krisis* — решение, поворотный пункт, исход)- в большей степени понятие психологическое. Состояние максимального внутреннего напряжения, требующее от человека значительного изменения представлений о себе, окружающей действительности, привычного стиля поведения за короткий промежуток времени. Остро возникшая кризисная ситуация, радикально меняющая условия жизни, реально угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком, как угрожающая жизни, здоровью, личному благополучию является **экстремальной** (от лат. *extremus* — крайний, критический).

Цель работы специалистов: помощь в максимально быстром выходе из экстремальной ситуации (со снижением ее остроты до степени кризисной), последующее содействие в прохождении кризиса с максимально возможной внутриличностной и социальной адаптацией. К сожалению, выход из кризиса не обязательно предполагает выход из трудной жизненной ситуации (это было бы идеальным вариантом).

На примере работы Свердловской региональной общественной организации «Аистенок» г. Екатеринбург. Первый год работы в 2004 году по профилактике отказов на базе городского роддома Городской клинической больницы № 40 ознаменовался такими результатами: из 48 женщин, планирующих и заявивших об отказе от ребенка, в ходе беседы и работы специалиста 13 женщин изменили свое решение и забрали ребенка из роддома домой. Это был очень хороший результат - 27% аннулированных отказов от общего числа заявленных отказов. Но одновременно мы задумались, а каким образом мы могли бы помочь оставшимся женщинам с детьми, которые все-таки подписали согласие на усыновление и их дети попали в ряды социальных сирот? Где-то мы не дорабатывали либо на то были объективные причины? Всего в нашем городе в тот год было зарегистрировано 216 отказов от детей, без учета наших аннулированных.

Анализируя все декларируемые женщинами причины отказов от ребенка, мы выявили главное, что заявляли «отказницы» – процентов у 30 из них не было постоянного жилья. Если бы в 2004 в роддоме в документе «Согласие на усыновление» была бы строка «Причины отказа от ребенка», то в данной графе не менее 30 % женщин поставили бы «Отсутствие жилья».

Вывод напрашивался сам собой - если бы в распоряжении нашей организации, либо на территории города (области), был дополнительный ресурс в виде квартиры или приюта временного проживания для женщин с детьми, куда мы бы могли временно поместить женщину с ребенком, нам бы удалось помочь большему количеству женщин (не факт, что всем 30%), а многие дети не стали бы социальными сиротами.

Из этого следует, что в тех городах, которые имеют в своих территориях кризисные центры временного пребывания для женщин с детьми, центры кризисной беременности, приюты для женщин с детьми и т.д., работа по профилактике социального сиротства строится гораздо эффективней.

Помимо женщин, изъявляющих намерение отказаться от ребенка в роддоме, имеется масса категорий беременных женщин и женщин с детьми, которым необходима такая услуга, как временное проживание. Многим женщинам в трудной жизненной ситуации, нужна психологическая поддержка, помощь в налаживании отношений с близкими, но большинство женщин нуждается, в том числе и в решении других проблем, - юридических, жилищных, материальных, защиты от семейных конфликтов, насилия; помощь матерям и в их отношениях с ребенком.

Работая с женщинами в трудной жизненной ситуации, нами подтвердились исследования о том, что в одинаковых условиях одни женщины бросают своих детей, опускают руки, а другие – нет, и что не любая трудная жизненная ситуация приводит женщину с ребенком к отказу от него (*причины такого поведения мы рассмотрим ниже*).

2. Категории клиенток.

Одинокие беременные женщины, в т.ч. одинокие матери с детьми, в трудной жизненной ситуации (***незапланированная беременность, планируемый отказ от ребенка, конфликты с родными, развод***). Желательно, чтобы центр временного пребывания, который принимает таких клиенток, имел самостоятельный опыт выявления таких женщин, а также имел хорошее взаимодействие с другими субъектами профилактики, работающими с семьей с детьми (медицинские центры кризисной беременности, роддома, детские больницы, комиссии по делам несовершеннолетних, правоохранительные органы, органами опеки и попечительства и т.д.). Работа с каждой из перечисленных категорий имеет свои особенности.

Женщины, на грани совершения аборта (кризисная беременность). Из практики, с такими клиентками чаще всего приходится работать религиозным организациям и сотрудникам женских консультаций (комиссии на базе Центров планирования по сохранению или прерыванию беременности). Много доводов приводят специалисты за сохранение беременности (выбор в пользу жизни; возможные негативные последствия после аборта, при нехорошем стечении обстоятельств и неудачной операции - ведущие к заболеваниям; стресс, ведущий к изменению психики; депрессия и т.д.). Существует множество факторов, толкающих женщин к аборту - возможные патологии, выявленные у плода, болезни матери во время беременности, плохая наследственность, беременность в результате изнасилования. Здесь сложный вопрос: кто должен брать на себя ответственность за принятие решения: сама женщина, оба родителя, врачи? Все равно решает женщина. (*Наверное, некоторым знакома ситуация, когда единственной помощью мужчины в этом вопросе были деньги на аборт. Может быть, у кого-то было и так, что и о деньгах речь не шла...*

- из интервью). С женщинами предстоит долгая работа, и, если женщина изменит свое решение и сохранит беременность, необходимо ее дальнейшее сопровождение, до родов, а потом, сопровождение в постродовый период до снятия депрессии, улучшение психо-эмоционального фона, а также сформированию привязанности к собственному ребенку.

Несовершеннолетние женщины. Этот контингент в центрах самый малочисленный, наиболее труден для кризисных центров, открытых на базе НКО. В основном такие матери проживают в специализированных государственных центрах (пример специализированного центра для юных мам, г. Санкт-Петербург, центр «Маленькая мама»), Взять таких женщин в центр – это значит назначить им опекуна, а оформление опекуна влечет за собой и проживание на территории опекуна. Данная категория клиенток сложна, требует работы со всей семьей и зависит от того, на каком этапе у вас появилась клиентка. Как показывают исследования (Филиппова Г.Г.) беременность юных с психологических позиций вообще является рискованной, так как к этому времени остаются еще незавершенными ранние этапы онтогенеза, что может продуцировать осложнения в развитии и материнского и полового поведения. Исследования показывают, что в случаях отказа от ребенка при ранних беременностях указанные нарушения всегда имеют место. И второе – незавершенность сепарации от родителей большинства юных матерей, что блокирует специфически человеческий процесс объединения полового поведения и материнского в единый комплекс. Это осложняется незрелостью эмоционально-волевой сферы юных беременных женщин, корни которой лежат в искажении ранних связей с матерью. Если же у женщин имеются родные, то главная задача специалистов кризисных центров будет своевременная помощь женщине на этапе незапланированной беременности – успокоить, погасить страх перед матерью, либо отцом, если таковые имеются; переговорить с ее родными, выступая в качестве посредника, а затем наладить разрушенную связь с родными, либо просто непонимание со стороны друг друга. Важно также сформировать эмоциональную материнскую привязанность к ребенку. Из практики работы с такими клиентками, они зачастую бывают из числа детей – сирот, которые были под такой формой семейного жизнеустройства, как «опека». Опекуны слабо справлялись со своими обязанностями, а при оглашении девочкой своей беременности – настаивают на прерывании беременности, устраивают скандал типа «вся в свою мать, такая же непутевая» Маленькие мамы, как их называют специалисты, появляются из неполных семей, когда матери молодой женщины - бабушке некогда даже передохнуть (женщина одна воспитывает девочку, совмещает несколько работ, физически и морально устает, приходит поздно, уходит рано, на дочку пристального внимания не обращает). А когда беременность «налицо», то бабушка бывает сама в шоке и поддается панике, «мне их двоих не прокормить, я всю жизнь горбатилась на нее, а тут еще один рот», «я еще сама молода, мне еще рано иметь внуков, для себя еще не пожила». Если к вам в центр обращается такая беременная, то проблему необходимо решать комплексно,

обязательно с привлечением профессионалов (не только гинеколога, но и терапевта, возможно, врача-генетика), и с учетом всех объективных фактов, помочь принять будущей молодой маме правильное решение. Здесь важно наладить хорошие отношения с роддомом, где собирается рожать женщина, известны факты некорректного обращения сотрудников родильных домов, а также давление на них, склоняющих женщин в сторону отказа от ребенка. Мамам несовершеннолетних юных мам (бабушкам) зачастую самим требуется психотерапевт, т.к. у них самих имеется масса проблем и комплексов. Бывает, что бабушка оформляет на себя ребенка, таким образом, маленькая мама становится сестрой своему ребенку.

Женщины-сироты с детьми, самостоятельно проживающие выпускницы детских домов и школ-интернатов. Среди клиенток кризисных центров зачастую встречаются выпускники школ-интернатов и детских домов. Для девочек-сирот вообще характерно раннее материнство, незапланированная беременность, и их семьи становятся «поставщиками» социальных сирот. Эти молодые женщины, не имея перед собой образа семьи (либо имеющие опыт родительской семьи, далекий от понятия нормы), подсознательно мечтают и хотят семью и желают иметь рядом близкого человека. Но отсутствие достаточного опыта, неумение предохраняться, желание создать подобие семьи и сохранить связь с мужчиной, приводит к случайным и ранним связям, что нередко заканчивается нежеланной беременностью (по статистике, около четверти молодых матерей родили первого ребёнка от случайной связи). Сколько было в нашей практике женщин-сирот, практически всех их отличает такие характерные для детей-сирот черты, как инфантильность, неумение обращаться со своим ребенком, отсутствие привязанности, отсутствие навыков социализации, неумение вести хозяйство, готовить, следить за собой, нежелание трудиться, искать работу и вообще, что-то кардинально менять в своей жизни. Эти клиентки кризисных центров – наиболее трудный контингент еще и ввиду того, что если женщины по разным причинам не имеют собственного жилья (продали, оформили на родственников, не подошла очередь и т.д.), то беря их на временное проживание в центр, вы можете столкнуться с тем, что реабилитация затянется на годы, а само наличие у матери статуса сироты, в дальнейшем имеет больше шансов получить отказ от ребенка (В г. Екатеринбурге Свердловской области имеется целое отделение «профессионального образования и социального становления молодых матерей-одиночек» при Министерстве образования Свердловской области на 16 мест, в которое принимают женщин из числа детей-сирот в возрасте до 23 лет сроком до 3-х лет с предоставлением питания, одежды, проживания, пособия для сирот и 3-х годичным обучением новой профессии.).

Одной из основных задач в работе с женщинами из числа детей-сирот является изменение сценария девиантного материнства, помочь в формировании материнских чувств, привязанности к ребенку. Таким образом разомкнуть круг воспроизводства социальных сирот, сохранить физическое и психоэмоциональное здоровье женщины и ее ребенка.

Матери-студентки (этот контингент особенно характерен для крупных и молодых городов, где имеется много высших и средне-профессиональных учебных заведений и, соответственно, молодежи). Женщины приезжают в крупные города с целью поиска лучшей жизни, устройства личной жизни, поступления в институт, на работу и т.д. Многие проживают в общежитиях, и при незапланированной беременности рискуют лишиться сразу всего, и места в общежитии, и возможности окончить образование. В общежитии с ребенком не берут, к родителям ехать страшно, «заругают» «убьют», «опозорюсь перед соседями» - так думают студентки и принимают необдуманное решение – решаются на аборт. Очень удачно, если такие клиентки обратятся к вам в центр за помощью (как правило, если дело до аборта не дошло, то беременность донашивается, отец ребенка иногда возвращается, связи с родными восстанавливаются, а после родов многие оканчивают обучение в ВУЗе).

Беременные и родившие женщины с диагнозом ВИЧ (независимые от алкоголя и наркотиков). Для женщин с диагнозом ВИЧ, скорее ситуация характерна как кризисная, а не как трудная жизненная. Они являются самой уязвимой категорией кризисных центров по многим причинам: постоянный спад настроения, нестабильный эмоциональный фон, зачастую плохое физическое здоровье (сонливость, тошнота), низкая мотивация на лечение, боязнь разглашения диагноза, переживание горя, недоверие специалистам, сопротивление медицинскому обследованию, постоянный страх за будущее своего ребенка («я скоро умру, что будет с моим ребенком?»), замыкание в себе, чувствуют себя «жертвой», неверие в диагноз и т.д. Для оказания полноценной помощи таким клиенткам необходимо обеспечить целый комплекс услуг: психиатр, невропатолог, акушер-гинеколог, неонатолог (врачи не являются штатными сотрудниками центра, могут просто привлекаться по договору с роддомом или больницей). Специалисты, работающие с такой категорией, должны обладать дополнительной подготовкой в области работы с ВИЧ-инфицированными клиентами. Основная задача помощи беременным женщинам заключается в том, чтобы создать условия, способствующие сохранению нормально протекающей беременности и развивали навыки счастливого материнства; и для ускорения реабилитации таких клиенток бывает необходимость, чтобы их случаем занимался один специалист и координировал передвижения женщин при посещении медицинских и социальных служб (заранее обговаривал приход женщины, договаривался о спорных моментах и т.д.). Усугубляется положение женщин тем, что от многих из них отвернулись родственники и друзья (если узнали о статусе). В нашей практике были случаи, когда сотрудники центра сами разглашали статус женщины. Нужно учитывать еще и то, что ребенок также может при рождении получить диагноз ВИЧ+, в таких случаях на мать ложится дополнительная ответственность, для многих свое здоровье отходит на второй план и начинается забота о ребенке. Важно корректное обращение специалистов по отношению к таким категория клиенток, в т.ч. в своевременной помощи в

оформлении пособия по инвалидности на ребенка – как дополнительную материальную поддержку семье.

Женщины с «зависимостью», и, как правило, с наличием социальных заболеваний (ВИЧ, Гепатит). Вопреки стереотипам, что алкоголезависимые женщины часто отказываются от детей, мы сказать не можем. Среди наркозависимых женщин более велик риск отказа от ребенка либо пренебрежения его нуждами (вплоть до жестокого обращения). И, если у матери и ребенка отсутствуют другие родственники, то сотрудникам кризисных центров трудно будет справиться с данной категорией клиенток. Клиентками кризисных центров такие женщины бывают в нескольких случаях: если кризисный центр находится на базе некоммерческой структуры (скорее всего православные и протестантские приходы), если нет ограничений в перечне услуг при поступлении в данный центр. А также в тех случаях, когда зависимость клиентки сразу не распознается специалистами (внешний вид, отсутствие у сотрудников долгого опыта и навыков общения с зависимыми клиентами, трудно распознаются первые стадии зависимости, отсутствие в штате медиков, врачей-наркологов и психотерапевтов и т.д.). Хочется отметить, что таким женщинам, если они искренне хотят вылечиться от своей зависимости, и любят своего ребенка, приходится труднее всего. У нас в России отсутствуют кризисные центры с таким реабилитационным набором услуг, чтобы женщины проходили реабилитацию и параллельно заботились о своем ребенке (по типу Домов ребенка при тюрьмах). В основном, если женщина решается на реабилитацию, она стоит перед выбором: либо согласиться на лечение и разлучиться с ребенком, оставив его на попечение государства на долгие месяцы на период своей реабилитации (отсутствие родных и близких, которые могут позаботиться о ребенке). Либо остаться жить вместе с ребенком и не иметь возможности отделиться от дурного влияния друзей, своего пагубного пристрастия и возможности реабилитироваться вплоть до летального исхода. Несмотря на распространенное мнение об отсутствии заботы о детях среди таких женщин, многие испытывают целый букет разных чувств по отношению к своему ребенку (от чувств вины перед ним до чувства безусловной любви, как единственное радостное событие в их жизни и продолжение их собственной жизни).

Женщины - жертвы физического, сексуального, психического, экономического насилия. Не менее уязвимая категория клиенток кризисных центров; центры для помощи жертвам насилия в России появились гораздо раньше всех центров. Основным отличием работы с клиентками, подвергшимся насилию, является еще и обеспечение безопасности жизни женщин и детей, создание условий для принятия сознательного решения перейти от прежнего образа жизни к новому, где не будет места насилию и ущемлению прав женщины и ее ребенка. Помимо этого, насилие влечет за собой медицинские проблемы, такие как телесные повреждения, ушибы, переломы костей и т. п., что может привести к временной нетрудоспособности, а так же к инвалидности. Это необходимо

учитывать, если центры берут таких клиенток, то обязательно в штате данного центра необходим медицинский работник, охрана, либо должно быть хорошо налажено взаимодействие с медицинскими учреждениями и правоохранительными органами. Кроме того, специфическим видом данной консультативной деятельности является экстренная психологическая помощь – «Телефон доверия». Как известно, домашнее насилие происходит в вечернее время, когда члены семьи возвращаются с работы, либо в выходные дни, поэтому при пятидневном режиме работы и приеме пострадавших только в рабочее время не возможно оперативно отреагировать на ситуацию, Центрам помощи необходимо работать в круглосуточном режиме. Кроме того, в результате изнасилования, может возникнуть беременность, это наиболее одни из трудных случаев работы с клиентами, когда будет необходимо еще работать и с планируемым отказом от ребенка (по нашему мнению, одни из самых сложных случаев отказа от ребенка для специалистов). При проживании таких клиенток в Центре большую важность имеет безопасность места (охрана центра) и строгая анонимность.

Женщины, потерявшие жилье в результате стихийных бедствий, вооруженных и межэтнических конфликтов, обманных действий или невыплаты ипотеки – в данную группу попадают как мигранты из числа лиц ближнего и дальнего зарубежья, так и женщины-граждане Российской Федерации (бывшего СССР), проживавших на территории государств – бывших Союзных республик. Надо учитывать, что данной категории женщин приходится предоставлять временное жилье на долгосрочный период еще и в связи с тем, что в РФ практически отсутствует рынок социально-арендного жилья. Кроме того женщины, оформляющие на себя в совместном браке ипотеку на жилье, рискуют попасть в катастрофическое положение при разводе, нередки случаи обманных действий со стороны мужчин.

Женщины-мигрантки. Эту категорию выделяем отдельно, имеются в виду представительницы Дальнего зарубежья. Согласно выборке совместного исследования Института этнологии и антропологии (ИЭА) РАН и Университета штата Аризона "Социальные риски и уязвимость женщин-мигранток в России", это представительницы трех основных среднеазиатских "доноров": Таджикистана, Узбекистана и Кыргызстана. Самый устоявшийся и многочисленный миграционный поток – это выходцы из Таджикистана. Женщины – таджички приезжают на заработки, кто-то к мужьям, а кто-то самостоятельно, зачастую без документов. Примерно треть иностранок, обосновавшихся в России, живут с детьми. И если среди женщин-узбечек мы встречаем матерей, то женщины-киргизки, как правило, детей не заводят (за исключением относительно небольшой привилегированной прослойки жен дворников)". Попадая в зону, свободную от законов шариата (некоторые – прямиком из аулов, минуя столицу государства-исхода), иностранки отвыкают от усвоенных с колыбели табу, - комментирует один из авторов исследования, научный сотрудник ИЭА РАН

Наталья Зотова. Беременность данных женщин подразумевает многовариантность: аборт, другие, воспользовавшись услугами российских роддомов, отвозят малышей к мамам и папам; есть и те, кто решает от ребенка отказаться. Порядка 5% воспитанников московских детдомов — малыши этнического происхождения. Однако не все они – дети иностранцев. "Ребята, родители которых письменно от них отказались или не предъявили каких-либо документов, становятся гражданами России по рождению". Хотя, например, в Екатеринбурге узбечки вносят свой вклад в дело увеличение отказных детей. В идеале, центры временного проживания должны иметь договоры с консульствами всех стран, находящихся на территории вашего города, области, региона; кроме этого договор с миграционной службой. Неплохо было бы иметь плотное сотрудничество с представителями всех диаспор, являющихся «поставщиками» трудных клиентов в ваши центры.

Специалисты НП «Максора» г. Новосибирск: «Большая проблема, с которой мы столкнулись, - работа с консульскими отделами и землячествами тех государств, из которых женщины приезжают в Россию. Вначале мы наивно полагали: вот пришла женщина из Узбекистана, у нее большие проблемы, паспорт потерян, и консульство должно помочь женщине восстановить все ее документы. После нескольких лет работы у меня очень печальные результаты: не могу назвать ни одно посольство, консульство или землячество, которое бы более-менее адекватно помогало в той или иной ситуации». Если организация работает с мамой - гражданкой России, то есть шансы получить жилье, работу и т.д. Работа с мигрантами гораздо сложнее. «Две задачи, которые мы перед собой ставим: выяснить, возможно ли ее благополучное отбытие на родину, и может ли она там проживать. И если нет, возможна ли легализация ее пребывания в России. В целом, сама работа в подобных случаях не отличается от работы с россиянками. Но нужно учитывать национальные и культурные особенности женщин-мигранток, которые попадают в центр».

«К сожалению, далеко не всегда женщины из числа мигранток обладают культурой, знаниями и навыками, необходимыми для успешной адаптации в иной этнокультурной и цивилизационной среде, потому им труднее приспособиться к российским условиям жизни (а многие и не хотят). Но, несмотря на это, женщины довольно быстро понимают, что помощь можно получить в разных благотворительных организациях и начинают пользоваться услугами сразу нескольких центров (из практики СРОО «Аустенок» г. Екатеринбург).

3. Пути попадания женщин во «Временное жилье».

Если в территории хорошо налажено межведомственное взаимодействие всех структур системы профилактики при оказании помощи семьям с детьми, попавшим в трудную жизненную ситуацию, то это может быть:

- Сигнал из роддома медицинской службе или службе оперативного реагирования в составе НКО, государственных центров помощи семье и детям (планируемый отказ от ребенка, спрофилактированный отказ с целью дальнейшей реабилитации и сопровождения)
- Путем самообращения женщин в Отделение (в период беременности, после родов, в период обострения семейных отношений)
- Сигнал из центров кризисной беременности
- Направление клиенток от специалистов Центров медико-социальной поддержки беременных женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации (кабинета медико-социальной помощи женской консультации)
- Сигнал от врачей детских больниц, где женщина может находиться на лечении с ребенком
- Сигнал от медицинских работников отделения патологии новорожденных (возможный отказ, либо кризисное состояние, депрессия)
- Сигнал от служб и от общественных организаций, занимающихся вопросами мигрантов
- Направление клиенток представителями других систем профилактики (МВД, Комиссией по делам несовершеннолетних; транспортной (линейной) милицией, работающих на вокзалах; органами опеки и попечительства, специалистами службы Уполномоченного по правам человека и ребенка и т.д.)
- Звонки по телефону доверия (как потенциальных клиенток, так и их близких друзей, родственников женщины; соседей; бывших клиенток Центра, которым смогли помочь и они хотят помочь другим, видя подобную ситуацию в их семье)
- Сигнал из Подростковых кабинетов районной поликлиники, когда гинекологи выявляют будущих малолетних мам

Хочется отметить, что наиболее важными характеристиками клиенток Кризисного Центра являются:

- Уровень мотивации. Желание выйти из кризиса. Готовность брать на себя ответственность и меняться.
- Субъективная оценка тяжести своих проблем
- Личные психологические особенности (уровень интеллекта, психологическая гибкость, стрессоустойчивость и др.).

- Социальный статус (наличие профессии, образования, семейное положение) и социокультуральные особенности.
- Предыдущий опыт выхода из кризисных ситуаций, Привычные модели преодоления стресса (копинг-модели). Умение видеть необходимые ресурсы и готовность и способность воспользоваться ими.

Реально стоящая перед клиентками Кризисного Центра задача – максимально возможная мобилизация внутренних и внешних ресурсов для повышения качества жизни в реальных условиях. То, насколько удастся достигнуть этой цели, зависит и от ресурсов Кризисного Центра (укомплектованность и уровень профессионализма сотрудников, возможности амбулаторного или стационарного («Кризисная квартира») режима работы, ограничение сроков «ведения случая» и др.), и самой женщины, помощь которой оказывается.

4. Технология планирования работы с женщинами.

Ключевые особенности работы с клиентками кризисных центров.

Важным фактором в реализации помощи женщинам является системный подход к оценке ситуации, планированию и осуществлению помощи клиенткам кризисных центров. Необходимо понимать, что работая, казалось бы, с одним человеком, мы всегда имеем дело с его семьей и социальным окружением. Нельзя работать с клиенткой изолированно, без учета ее социальной ситуации без (хотя бы) попытки привлечения к взаимодействию ее близких. Именно там могут быть обнаружены как источники кризиса, так и ресурсы выхода из него. Кризис практически всегда затрагивает все аспекты жизни человека (эмоциональное состояние, самооценка, самовосприятие, отношения с близкими (что для нас особенно важно - детьми), социальное функционирование). Работа должна выстраиваться по нескольким актуальным направлениям и в большинстве случаев сочетать индивидуальное консультирование и (при необходимости) психотерапию, работу с детско-родительскими отношениями, семейную терапию, освоение навыков социального взаимодействия и др.

Мы имеем дело с кризисным консультированием и кризисной терапией. Важно понимать особенности этих подходов и максимально осваивать техники кризисной психологической помощи (краткосрочной терапии, направленной на поиск решения)

Для каждой клиентки приходится разрабатывать и осуществлять индивидуальную программу помощи. Желательно уместное и осознанное использование различных техник и методов терапии. В свою очередь это требует высокой профессиональной гибкости от помогающих специалистов и скоординированной работы всех участников «помогающей команды». С одной стороны, можно говорить об основных (желательных) этапах работы. С другой, полезно понимать, что «прохождение» этих этапов будет иметь свои индивидуальные темпы, зависящие от условий работы кризисного центра (наличие жилья или только амбулаторная работа, допустимые сроки

пребывания женщины, наличие необходимых специалистов, уровень их подготовки и компетентности), а также особенностей женщины и ее кризисной ситуации. Специалисты должны уметь вовремя обнаруживать сопротивление женщины в отношении кризисной терапии, уметь работать с ним, сохраняя себя от «синдрома внутреннего выгорания».

Клиентки кризисных центров в большинстве своем могут быть отнесены к «трудным» (по Дж. Коттлеру 2002г). Планируя работу важно понимать особенности «трудных клиентов» и по возможности учитывать их.

Достаточно часто встречается ситуация, когда клиентка Кризисного центра сама имеет напряженные отношения со своими родителями (в детстве и сейчас) и не имеет опыт формирования надежной привязанности. В этом случае она нередко «переносит из детства» привычную модель родительского поведения (отвержение, жестокое обращение и др.) и в отношения со своими детьми. Повышается риск формирования нарушений привязанности, ставящий под угрозу психическое и психологическое развитие детей. Одна из важных задач, стоящих перед специалистами кризисных центров - буквально с первых дней включение в программу помощи женщине шагов, направленных на профилактику нарушений привязанности и укрепление детско-родительских отношений. В большинстве случаев, эта работа должна проводиться по нескольким направлениям одновременно. Включая в себя психодинамический подход в проработке с женщиной ее собственных «травм детства» и когнитивно - поведенческие техники, обучающие практическому взаимодействию с ребенком и формируя гармоничные отношения в паре «мама-малыш».

Немного подробнее остановимся на этих особенностях:

5. Особенности системного подхода

Приступая к работе «со случаем», важно рассматривать его максимально комплексно и максимально системно. Понимая, что даже если мы работаем с одним человеком (хотя чаще это мать и ребенок), информация о семейной и социальной системах, в которых формировался кризис, могут дать нам очень большой ресурс для эффективной работы.

В данном случае можно говорить о системном подходе в нескольких аспектах:

1. Система, как источник кризиса и, в тоже время, источник ресурсов.

С этой точки зрения может быть интересна и полезна системная модель Оудсхоорна. Оудсхоорн разработал диагностическую модель, состоящую из шести уровней. Автор использует понятие «мультимодальной диагностики» и, чтобы объяснить существующее нарушение, обосновывает необходимость выдвижения частных гипотез с позиции каждого из шести уровней. [Оудсхоорн, 1993]. Такой подход обеспечивает стереоскопическое видение ситуации и помогает сформулировать необходимую терапевтическую

программу, разграничивая области компетентности разных специалистов (по Черникову А.В.):

Уровень 1.

Проблемы с внешним социальным окружением.

Первый уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает среди прочего занятия в школе или работу членов семьи, отношения с более дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологической проблематики неблагоприятными факторами внешней среды. Например, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие и другие варианты травмирующей или обедненной внешней среды. Это традиционная область компетенции социальной психиатрии, социальных работников, служб занятости, классных руководителей, комиссий по делам несовершеннолетних и т.д. Иногда требуется посредничество при решении жилищных проблем и поиске рабочего места. Предоставление «кризисного жилья» само по себе является примером интервенции на этом уровне. Мэри Ричмонд в 20-е годы 20-го века ввела такой термин «социальная терапия». Часто социализации женщины мешает отсутствие навыков эффективной коммуникации, уверенного бесконфликтного поведения.

Сотрудникам, работающим с женщинами «кризисной квартиры» нередко приходится выступать в качестве «третьей стороны», разбирая конфликтные отношения жильцов. Важно включать в программу помощи женщинам индивидуальные и особенно групповые методы работы по формированию навыков общения и разрешения конфликтов. Причем, они должны проходить в максимально приближенных к реальным условиям. Проведение занятий по развитию навыков коммуникации непосредственно на кризисной квартире может создавать для специалиста определенный дискомфорт (необходимость покинуть офис и ехать на кризисную квартиру, большая степень отвлекаемости участников группы на детей). С другой стороны, помогают большинству женщин чувствовать себя «как дома» (более естественно). Что, в свою очередь, дает специалисту возможность видеть ситуацию более объективно и несколько снижает уровень сопротивления участников группы, повышая эффективность работы.

«Репетиции» (с последующей практикой) похода в поликлинику, паспортный стол, на собеседование для поиска работы тоже являются частью терапии на социальном уровне. Привлечение женщин к организации и проведению праздников и общих мероприятий формирует традиции (отсутствующие у многих клиенток Кризисного Центра), что тоже повышает их социализацию.

(Рекомендации. Если все-таки специалисты будут проводить занятия на территории кризисной квартиры, то мы советуем психологу брать с собой воспитателя группы дневного пребывания (если они

имеются в штате), либо второго психолога, чтобы велась эффективная работа с двумя группами: с женщинами и отдельно с детьми).

Уровень 2

Проблемы в семейной системе.

На этом уровне рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Акцент делается не на индивидуальные характеристики членов семьи, а на их взаимодействие и структурные особенности семейной организации. С проблемами этого уровня имеет дело семейная или супружеская психотерапия, вовлекая в работу всю семью целиком или подсистемы. Чаще «в фокусе внимания» специалистов оказываются детско-родительские (отношения женщины с собственными детьми или женщины и ее родителей) или, в случае расширенной семейной системы, супружеские (как вариант: с сожителем-отцом ребенка). В работе с семейной и родовой системой женщины полезно смещать фокус внимания с разбора причин формирования проблем на поиски возможных ресурсов («бабушка по материнской линии во время войны осталась одна в эвакуации с 5-ю детьми и выстояла, подняла детей. Как ты думаешь, что ей помогало? Ты - часть этого рода, значит и в тебе это есть»).

Эффективна может быть работа с генограммой (3-7 поколений по возможности). Генограмма может использоваться и как диагностический инструмент, помогающий специалисту более полно и наглядно представлять картину ситуации, и как терапевтический. Работа на уровне семейной системы не только помогает в реабилитации женщины, но и способствует укреплению привязанности между мамой и ребенком, влияя на его психическое и психологическое здоровье.

Следующие четыре уровня описывают индивидуальные трудности.

Уровень 3.

Когнитивные и поведенческие проблемы.

Охватывают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения клиента, объясняемые с позиции теории обучения. Примеры проблем этого уровня: низкая самооценка, неразвитость социальных навыков и др. Основными видами помощи здесь являются когнитивная и поведенческая терапия. Важно уделять внимание (по большей степени эту работу проводит специалист по социальной работе) формированию базовых бытовых навыков и навыков ухода за ребенком, взаимодействию с ним. Полезно привлечение женщин в группы развития родительской компетентности. *(Из опыта СРОО Аустенок: женщины Кризисной квартиры включаются в «смешанную группу», включающую приемных родителей, мам из «кризисной квартиры», просто заинтересованных родителей. На занятиях «грань» кризисности часто*

стирается. У женщин есть возможность почувствовать себя «обычными мамами», видя успехи своих малышей, гордясь ими).

Уровень 4.

Эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного

Для данного уровня наиболее распространенным диагнозом является «невроз» Эмоциональные расстройства могут осознаваться женщиной (« я часто психую и кричу на ребенка», « я много плачу» или не осознаваться (« я такая всегда»). Применяется широкий спектр подходов индивидуальной и групповой терапии

(психодинамический, гештальттерапия, арт-терапия в ее богатом разнообразии, эриксоновский гипноз, психодрама и др.). Важно помнить, что специалист в большинстве случаев имеет дело с малоосознаваемыми процессами и сопротивлением (раздел про «трудных клиентов»). Очень полезно проведение супервизии и встреч по типу «балинтовских групп».

Уровень 5 .

Нарушения развития и личностные расстройства.

Речь идет о глубинные длительно формируемых свойствах и отклонениях, таких как темперамент, черты характера, личностные нарушения развития. К сожалению, возможности вмешательства здесь ограничены временными рамками кризисной интервенции и не всегда достаточно уровнем мотивации женщины, высоким уровнем сопротивления, профессиональной подготовкой специалистов.

Уровень 6.

Биологические нарушения.

Речь идет о проблемах соматического или психического здоровья женщины. Помощь на этом уровне – медицинская и является в основном медикаментозной.

Все эти уровни являются взаимосвязанными и, в соответствии с общей теорией систем, улучшение в любой области и на любом уровне системы будет влиять на все прочие, за исключением случаев, когда сила этих уровней нейтрализует успех терапии [Spiegel, 1969]. Чем выше уровень, тем более оптимистично для психотерапевта выглядит гипотеза. Разрабатывая стратегию психотерапии, считает Оудсхоорн, необходимо выбрать не более трех уровней, где нарушения наиболее выражены, и сосредоточиться на них.

Системность плана кризисного вмешательства.

Вытекает из предыдущего пункта. На стадии планирования интервенции (рассмотрено ниже) важно выбрать ключевые направления, техники и подходы, в которых будет проводиться работа. Безусловно, многое здесь зависит от уровня подготовки специалистов. Тем не менее, желательно не «упираться» в один подход, а стараться осознанно и уместно использовать несколько методов (индивидуальная психотерапия + терапия детско-родительских отношений + групповая по развитию социальных навыков; арт-терапия (стабилизация эмоционального состояния + поведенческая по формированию ассертивного поведения и т.д.)

Системный принцип, взаимодействия специалистов «помогающей команды»

Многое зависит от профессиональных ресурсов кризисного центра. Важна разумная и оправданная взаимозаменяемость (социальный работник формирует навыки социализации либо, обучая маму навыкам ухода за ребенком, работает над укреплением привязанности). Полезно налаживание вневедомственного взаимодействия с целью привлечения необходимых специалистов, не являющихся сотрудниками центра.

6. Особенности работы с кризисной ситуацией.

Особенности работы с женщиной в экстренной ситуации.

(насилие в семье, необходимость бежать из дома, спасая себя и детей, острый конфликт, когда родственники выгоняют «на улицу», другие ситуации, возникшие остро и представляющие реальную угрозу жизни и безопасности).

Основная цель работы специалиста: стабилизация состояния, уменьшение острых симптомов дистресса (паника, подавленность, апатия, растерянность и др.) и восстановление способности сконцентрироваться на ситуации и начинать работу по выходу из кризиса. Помощью будет восстановление минимально необходимых условий для жизни («крыша над головой», еда, возможность поспать, отдохнуть в безопасных условиях, при необходимости - оказание первой медицинской помощи). На этом этапе очень важна психологическая поддержка и участие.

Готовность выслушать (если у женщины есть в этом необходимость), не осуждая и не давая советы, либо «поддерживающее молчание» становятся наиболее эффективными подходами на данном этапе. Установление контакта, доверия, возможно, тем больше, чем больше теплоты, неформальности в отношениях, исходящих от психолога. Однако, даже здесь позиция психолога может варьировать от недирективной (понимающей, принимающей, поддерживающей) до директивной (с четкими инструкциями и указаниями действий), с учетом ситуации, состояния и установок клиентки.

В результате осуществления обширной исследовательской программы немецкие психологи Б. Гаш и Ф. Ласогга разработали ряд поведенческих рекомендаций, которых психологу, другому специалисту или добровольцу следует придерживаться, оказывая помощь в острой (в том числе - экстремальной) кризисной ситуации.

Правила первой психологической помощи для психологов:

Правило 1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения.

Правило 2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется.

Правило 3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете.

Правило 4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется.

Правило 5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

Правило 6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

Правило 7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте этот факт, чтобы убедить его в его собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

Правило 8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

Правило 9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

В большинстве случаев, экстренное вмешательство ограничивается временным интервалом «несколько часов»- «сутки», после чего можно приступать к кризисной интервенции.

7. Особенности кризисного консультирования и кризисной психотерапии.

Основные принципы кризисной психологической помощи:

- Безотлагательность, предельная срочность («первые шаги с первых дней»).
- Краткосрочность. Ограниченность конкретными целями. Ограниченность по времени. Обучение конструктивным способам преодоления кризиса и восстановление психологического равновесия.
- Нацеленность на конкретный реальный результат. Кризисное вмешательство должно быть достаточно структурированным, чтобы

помочь сосредоточиться на основной проблеме (либо - на ключевых проблемах), приведшей к кризису.

- Личная эмоциональная вовлеченность профессионала (по сути, с установления эмпатического контакта и начинается кризисное вмешательство).

Позиция консультанта меняется от полюса «максимальная активность и инициатива» в первые дни и недели (острый кризис) с последующей постепенной передачей ответственности за происходящие перемены самой женщине в последующем. Снижение уровня активности, в большей степени - поддержка и психологическое консультирование по возникающим актуальным вопросам. На всех этапах очень важно сохранять позицию уважения в отношении клиентки. Стараться видеть в ней человека, способного сделать самостоятельный выбор, имеющего свои ресурсы для решения проблем.

Желательно выстраивать кризисную помощь по типу обучения стратегии решения проблем.

В. Ромек предлагает следующую программу помощи в кризисной ситуации.

1. Выявление проблемы: Задача кризисного консультанта – помощь в прояснении центральной проблемы кризиса. Развитие проблемы предполагает изменения в жизни и в способности человека справиться с новыми обстоятельствами. Поэтому полезно задавать следующие вопросы: «Что сегодня изменилось по сравнению со вчерашним днем?», или: «Что произошло в последние дни (недели)?». Важно выяснить все обстоятельства кризисной проблемы, а также роль значимых людей в ее развитии, так как они могут помогать в разрешении трудностей либо наоборот - являться причиной кризиса. Крайне необходимо восстановить полную картину произошедшего и помочь пострадавшему «проговорить» травматические события.

2. Выяснение действий человека, переживающего кризис. Важно узнать, что *уже делалось* для разрешения проблемы. Вопрос: «Что вам удалось сделать для улучшения ситуации (своего состояния)?» и подобные ему отражают уверенность консультанта в том, что человек может восстановить контроль над событиями и найти выход из кризиса. Это помогает также переосмыслить произошедшее. Человек, переживающий кризис, захвачен сильными эмоциями, он может испытывать страх, отчаяние, растерянность. Его способность ясно мыслить блокирована. Одной из целей прояснения событий и действий является уменьшение эмоционального напряжения пациента и помощь в восстановлении способности к рациональному мышлению.

3. Помощь в поиске путей выхода из кризиса. Лучше начать с очень маленькой цели. Главное, чтобы она была реальной, достижимой. На первых порах очень важно просто изменить эмоциональное состояние переживающего кризис, повысить активность или, наоборот, успокоить его. Последовательно обсудить все возможные варианты поведения человека в

ближайшие дни: «Что вы будете делать через час, сегодня вечером?» и т. п. Очень полезно составить *конкретный план действий* на период до следующей встречи («антикризисный план»), но, если этого не получится, не следует форсировать события, принуждая человека сделать больше, чем он может в данный момент. Любые чрезмерные интервенции могут привести к усугублению чувства беспомощности и тупика.

Важно помнить, что самооценка человека, переживающего кризис, зачастую резко снижается. Поэтому лучше не предлагать «образцы эффективного поведения» в качестве примера. Это может оказать обратный эффект, и усилить у клиентки тревогу и ощущение собственной слабости. Совместно обсуждаются возможные негативные и позитивные последствия намеченных действий, выбираются наиболее практичные варианты.

Итак, общим смыслом описанной стратегии действий является помощь:

- 1) в понимании смысла происшедшего
- 2) в восстановлении чувства контроля над своей жизнью
- 3) в восстановлении реалистичной самооценки

На этапах оказания помощи в Кризисном центре мы остановимся позже.

К. Граве в 1994 представил результаты метаанализа, который провел по 3500 исследованиям. Он сравнивал две группы методов психотерапии: *раскрывающие и поддерживающие*.

С помощью *раскрывающих* (психоаналитические, психодинамические) производится поиск ответов на вопросы: **«почему и как возникают проблемы?»**. *Поддерживающие* (семейная, когнитивно-поведенческая, бихевиоральная и др.) способствуют преодолению жизненных проблем клиент (ответы на вопрос: **«что делать?»**). Оказалось, что поддерживающие методы эффективнее, чем раскрывающие в 1020 раз, причем со значительно меньшими затратами. Результаты этого метаанализа продемонстрировали, что большинству клиентов нужна помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении и скрытых мотивов.

Безусловно, первым шагом любого терапевтического подхода будет построение психолога с клиентом межличностных отношений, которые характеризуются хорошим контактом, доверием, сотрудничеством и позитивными внушениями со стороны психотерапевта. Для этого ему необходимо адаптировать свой собственный язык, а также свои действия к представлениям о мире и стилю общения пациента.

Еще Аристотель говорил, что **хорошее начало означает половину работы**.

Подбирая техники, применяемые в кризисной терапии, следует учитывать, что они должны отличаться (по Доморацкому В.А.):

- Максимальной экономичностью (максимальная эффективность за минимальное количество времени)
- Технологичностью
- Сконцентрированностью на текущем моменте (внимание на «сейчас»).
- Необходимо определиться, что клиент хочет, что ему действительно необходимо и какими ресурсами для достижения он располагает. Важно помнить об основной цели-преодолении актуальных жизненных проблем, включая коррекцию дисфункционального поведения, мышления и устранение болезненных симптомов. Не всегда полезно углубляться в причины возникновения кризиса. В некоторых случаях, такая тактика может привести к «отрицательным» результатам (фиксации женщине в кризисе).
- Максимально быстрое начало «первых шагов»

Этим принципам в полной мере соответствуют следующие психотерапевтические направления:

Краткосрочная позитивная психотерапия (КПП)

Позитивный подход выстраивает работу, видя ресурсы клиента и опираясь на них, Психотерапевт принципиально фиксирует внимание не на проблеме, а на сильных, успешных сторонах человека. Во взаимодействии используется только положительное подкрепление.

Принципы КПП (по С. де Шазе 1985):

1. Сфокусированность на цели. С самого начала терапия фокусируется на целях, которые относятся к настоящему и могут сконструировать лучшее будущее: «Что для Вас важно сейчас?». Психотерапевт сразу выстраивает лечебный процесс вокруг целей в настоящем, а не вокруг проблем, возникших в прошлом. Вопрос о причинах обращения за помощью с большой вероятностью приведет к тому, что клиент будет и дальше фиксироваться на своих проблемах. Если в ответ на вопрос клиент начинает говорить о проблемах и жаловаться на жизнь, психотерапевт демонстрирует понимание и эмпатию. Но после завершения рассказа о проблемах, он должен быть готов к тому, чтобы переключить фокус внимания клиента в нужном направлении.

2. Сфокусированность на решении. Помогают вопросы типа: «Готовы ли Вы начать эту деятельность, пусть с чего-то малого, уже сейчас?». Если клиент отвечает положительно – это служит сигналом к немедленному началу конкретных действий, направленных на изменения.

3. Сфокусированность на исключениях. Необходимо выяснить следующие вопросы: «Были ли у Вас такие времена, когда проблема отсутствовала? Как Вы это можете объяснить? Случались ли ситуации, когда Вы смогли сделать это по-другому? Как Вам это удалось?». Поиск исключений позволяет выявлять и укреплять сильные стороны клиента.

Некоторые техники КПП:

- **«Волшебная палочка».** Многие люди четко знают, что им не нравится, но

затрудняются сказать, что они хотят иметь вместо неудовлетворительного положения. Чтобы преодолеть ограничения, налагаемые действительностью, и установить цель терапии, клиенту можно предложить пофантазировать. Терапевт спрашивает: «Если бы у меня в руке была волшебная палочка, и я взмахнул бы ею. Как сейчас выглядит Ваша жизнь? Какие изменения произошли?». «Нарисованную картинку» желательно подробно разобрать, не останавливаясь только на внешних проявлениях «идеальной жизни». Полезно уточнить, как измениться сам человек, его отношения к себе и взаимоотношения с окружающими. Полученная информация может быть полезной не только для смещения фокуса внимания клиентки с «проблем» на «возможное решение», но и при формировании в последующем пошаговой «антикризисной программы».

- **«Воспоминания из будущего».** Эта техника стимулирует у клиента создание положительных, весьма притягательных представлений о будущем. «Давайте пофантазируем. Мы в будущем, проблемы давно не существует. Мы случайно встретились, и я интересуюсь тем, как Вы поживаете. Что Вы мне рассказываете о своей жизни? Затем я спрашиваю, благодаря чему стала возможна эта перемена? Что Вы отвечаете?».

- **«Ревизия прошлого».** Техника позволяет провести идею о том, что даже проблемное прошлое клиента способствовало увеличению его внутренних ресурсов: «Как Вы думаете, пережитые трудности закаляют человека или делают его слабее?». Возможно, клиентка, «по привычке» будет рассказывать о своих неудачах и промахах. Важно тактично, не обесценивая ее восприятие, найти и в виде «обратной связи» показать ей ее сильные стороны, которые могут быть ресурсными. («Вы говорите о себе, как слабом, безвольном человеке, но Вам хватило решительности взять детей и уйти практически «в никуда», когда пьяный муж в очередной раз «распустил руки»). Однако, необходимо помнить, что эта техника несет опасность «перекрасить черное в белое» и обесценить реально существующее проблемное поведение. Применяя ее в работе важно сохранять связь с актуальными сложностями женщины, используя доступные ресурсы для конструктивных перемен.

- **«Линия проблемы».** Данная техника преследует сразу несколько задач.

Нарисовав линию на листе бумаги и разделив ее на десять частей, психотерапевт может предложить: «Предположим, что в точке начала этой линии находится самое плохое положение вещей, а в конце – самое лучшее. Где вы находитесь сейчас? Если клиент говорит: «Всего-навсего на троечке», – терапевт может способствовать активизации ощущения достижимости цели, например: «Я бы сказал, что Вы прошли уже треть пути. Это немало!» Что надо сделать, чтобы продвинуться на шаг вперед? Тем самым, идет работа над конкретизацией путей решения проблемы.

- **«Ступени достижений».** Для реализации решения необходимо не только

предвидение результата и планирование, но и возможность на каждом этапе реализации проверить, действительно ли изменения идут в заданном направлении. Кроме того, важно ощущение достигаемого прогресса. Эта техника способствует определению таких ориентиров: «Предположим, что Вы стоите на первой ступени десятиэтажного дома. На каком этаже находится Ваша цель? Расскажите, чем Ваше положение отличается от предыдущего на каждом из этажей. Теперь опишите, чем отличается каждая из пяти (десяти) ступенек первого пролета. А второго? Что Вы должны сделать для того, чтобы подняться на каждую из этих ступенек?». Однако, необходимо учитывать, что слишком детальное планирование так же вредно, как и слишком общее и схематичное.

- **«Незамеченный ресурс».** Данная техника укрепляет ощущение наличия

собственных возможностей и способствует инвентаризации собственных ресурсов. «На Вашем месте многие люди оказались бы в гораздо худшем положении. Как Вы сумели удержаться на таком уровне? Что помогло Вам?».

- **«Совет другу».** Делегировав свою проблему другому человеку, и имея

возможность рассматривать её уже со стороны, клиент может с большей легкостью найти подходящее решение. «Если бы такая проблема была у Вашего друга, что Вы бы ему посоветовали? Какие рекомендации могли бы дать? Как ему лучше разрешить проблему?»

- **«Использование случайностей».** Позволяет подчеркнуть скрытые от сознания умения и ресурсы клиента: «Вы говорите, что несколько раз случайно получалось так, что целый день проблема будто отсутствовала. Опишите хотя бы один из этих дней шаг за шагом. Давайте проанализируем, какова Ваша роль в этих «случайностях».

Идеи КПП отражены в **технике, ориентированной на решение, которая** позволяет подтолкнуть клиента к конкретным, последовательным действиям по решению проблем.

Когнитивная психотерапия

Когнитивный психотерапевт помогает клиенту решить следующие задачи:

- Осознать влияние мыслей на эмоции и поведение;
- Научиться выявлять негативные автоматические мысли и наблюдать за ними;
- Исследовать негативные автоматические мысли и аргументы, их поддерживающие и опровергающие («за» и «против»);
- Заменить ошибочные мысли на более рациональные;
- Обнаружить и изменить дезадаптивные убеждения, формирующие благоприятную почву для возникновения «мысленных» ошибок.

Варианты применения техник когнитивной терапии:

- Планирование деятельности. Планирование деятельности очень эффективно в лечении депрессивного синдрома, так как помогает повышению мотивации к деятельности и осознанию того, что клиент способен сам правильно распределять свое время. Вечером или утром, в специально отведённое для этого время, клиент составляет план своих действий (расписание, график) на предстоящий день. В случае «трудных клиентов» кризисной квартиры (характеристика ниже), особенно в первые дни и недели, в большинстве случаев необходим регулярный контроль за планированием и выполнением намеченного со стороны специалистов помогающей команды.

- Оценка мастерства и удовольствия. Клиент по 10-балльной шкале свое мастерство при совершении какого-либо действия и степень испытываемого при этом удовольствия. Данная техника помогает клиенту осознать, какие именно действия улучшают его эмоциональное состояние, и в дальнейшем сознательно использовать эту информацию для управления своим эмоциональным состоянием. Акцент на «удовольствие» целесообразно сделать в случае выраженного депрессивного настроения, влияющего на общий уровень активности женщины. Если на первое место выступает необходимость развития определенных навыков (способность контролировать агрессивное поведение и проявлять уверенное и т.д.), то фокус внимания лучше сместить на «оценку мастерства».

- Проведение поведенческих экспериментов. Для обеспечения клиента информацией, опровергающей его ошибочные автоматические мысли и убеждения, могут быть использованы поведенческие эксперименты. Например, клиенту, который собирается уклониться от похода в учреждение из-за страха («Я не смогу произнести ни одного слова»), может быть рекомендовано пойти, не смотря на убеждение. Результаты эксперимента опровергнут данную гипотезу.

- Репетиция поведения и ролевая игра. Репетиция поведения и ролевые игры помогают клиенту развить навыки, которые могут понадобиться в определенных ситуациях. Должна включать в себя многократные повторения отрабатываемого навыка и проверки его правильности. Техника, скорее, в большей степени, поведенческая (как и предыдущая). Однако, применяя ее важно не только «проиграть, изобразить», но и выявить и изменить мысли и установки, влияющие на поведение. (Например, «Все решат, что я глупая неудачница и будут смеяться надо мной, когда заметят, что я волнуюсь, выступая на суде. Лучше мне молчать и ничего не говорить»)

- Постановка постепенно усложняющихся задач. Причиной неудачи в выполнении поставленных задач может быть стремление клиента сделать всё и сразу. В таком случае психотерапевт помогает клиенту составить иерархию задач (сложных для клиента ситуаций) и затем договаривается с ним о том, что клиент будет начинать работу над проблемами с наименее трудных задач и лишь после определённой практики переходить к более сложной деятельности.

- Использование методов отвлечения. Психотерапевт рекомендует клиенту

заняться деятельностью, которая способна отвлечь его от отрицательных мыслей и негативных эмоций.

Поведенческая терапия:

Принципиальные отличия этого вида психотерапии от других состоят в следующем:

- *Поведенческая психотерапия концентрируется в первую очередь на изменении поведения.* Под терапией понимается любая форма обучения новым способам поведения, отсутствие которых, так или иначе, ответственно за психологические проблемы клиента. Часто такое обучение предполагает устранение ошибочных форм поведения или же их видоизменение. При этом способ и вид обучения (или переучивания) принципиального значения не имеет.

- *Контроль процесса и результатов.* Психотерапевт старается иметь дело только с четко фиксируемыми проявлениями и стремится получить очевидный и воспроизводимый результат. Еще до начала активных психотерапевтических вмешательств определяется список целей, по степени достижения которых судят об эффекте психотерапии.

Этапы поведенческой психотерапии кризисных состояний.

1) *Поведенческая диагностика.* До начала вмешательства совместно с пациентом, обратившимся за помощью, определяют цель терапии, т. е. обсуждают, к какому именно состоянию пациент хочет прийти с помощью терапевта, что будет считаться успехом терапии. На этом этапе в диалоге следует найти ответ на вопрос: *какие образцы поведения требуется изменить в отношении их интенсивности, длительности, частоты или условий их проявления?* Далее анализируют причины возникновения ошибочного или целевого поведения или те очевидные факторы, которые тормозят целевое поведение. Только на основании знания целевого поведения и причин его осуществления терапевт планирует и обсуждает с клиентом конкретные мероприятия по достижению желаемого состояния.

2) *Терапевтические вмешательства.* Особенностью терапии кризисных состояний является то, что чаще используется индивидуальная терапия. Эта форма уменьшает возможность подражать болезненному поведению других членов группы, а также такие негативные эффекты, как усиление негативной самооценки и рост чувства беспомощности, которые часто возникают в результате сравнения себя с более эффективно справляющимися с кризисной ситуацией пациентами.

3) *Контроль эффективности.* На каждом этапе поведенческой психотерапии проводится контроль ее эффективности по особой схеме, известной в экспериментальной психологии как «модель А-В-А». Эта экспериментальная модель крайне проста и ограничена изучением одного испытуемого (А) до и после какого-либо терапевтического вмешательства (В). Речь идет о выборке различных действий испытуемого (А) до момента

вмешательства, в процессе вмешательства и спустя некоторое время после него.

Вместо того чтобы сравнивать поведение пациента с эталонным, его сравнивают с ним самим, но таким, каким он был раньше. Таким образом, в самой схеме А-В-А заложен дополнительный источник мотивации изменений. Ведь сравнение с эталоном почти всегда позволяет убедиться, что эталон не достигнут. Сравнение с самим собой в этом смысле всегда означает либо положительное подкрепление, либо возможность получить помощь в дальнейшей работе над своей проблемой.

Если выборка поведения испытуемого (пациента) после терапии приблизится к заранее определенным целям, то результат достигнут. Если ожидаемых изменений не будет обнаружено, то потребуются либо уточнение и конкретизация целей, либо коррекция плана психотерапевтических мероприятий.

Нарративный подход.

Один из наиболее эффективных методов работы с социально незащищенными категориями населения, так как он изначально апробировался и развивался в рамках решения проблем, связанных с нарушением социальной адаптации людей и сообществ (правонарушения, пограничные личностные расстройства, прогулы образовательных учреждений, безработица и т.д.). Этот подход наиболее актуален в работе с сиротами, несовершеннолетними и семьями «группы риска», которым требуется оперативное оказание помощи, с одной стороны, а с другой стороны они зачастую слабо мотивированны на сотрудничество, длительную работу с психологом и социальной службой в целом. Данная категория населения имеет достаточно продолжительный негативный опыт ощущения собственной некомпетентности и неспособности решения возникающих жизненных трудностей, а также опыт давления и непринятия со стороны социального окружения.

Отличительными особенностями нарративного подхода являются: направленность на поиск путей преодоления трудной жизненной ситуации, краткосрочность, позиция сотрудничества с клиентами, включение в систему оказания помощи не только членов семьи, но и более широкого круга людей.

Майкл Уайт, считающийся основателем нарративной терапии, показывает, что личность человека не является фиксированным, внутренне присущим нам свойством, но постоянно формируется во взаимоотношениях с другими людьми. Это открывает новые возможности для консультирования и психотерапии, как процессов в большей степени социальных, чем психологических. Это означает также, что консультанты или терапевты не должны быть экспертами в области дисфункций и расстройств, скорее, их ответственность заключается в создании социальных ситуаций (включая сессию консультирования или терапии), в которых могут появиться на свет новые обнадеживающие, жизнеутверждающие способы жизни и представления человека о себе

Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз

Психотерапевтические интервенции во многом выполняют роль рычага, необходимого для запуска процесса изменений. Работая с симптомом, эриксоновские психотерапевты ожидают эффекта «снежного кома», полагая, что изменения какого-то элемента в системе могут привести к изменениям всей системы. М. Эриксон говорил, что «психотерапия часто напоминает толчок первой костяшки домино». Научившись справляться с симптомами, пациенты часто избавляются от ригидных психических установок. Затем благотворные изменения могут затронуть и другие стороны их жизни.

Безусловно, этим список психологических подходов и техник, применяемых в кризисной терапии далеко не ограничивается. Специалисты эффективно используют в работе такие направления, как арт-терапия, РЭП, гештальттерапия, техники системной семейной терапии, работу с генограммой, расстановки семейные и внутренних частей, техники релаксации и др.

Интересен так называемый «Хоторнский эффект». Классические хоторнские исследования (1939 г.), посвященные влиянию улучшения освещения на производительность труда на предприятии, впервые показали, что наблюдаемые улучшили свои показатели работы лишь потому, что являлись объектами изучения и получали особое внимание. В последствие, было подтверждено, что особое внимание психотерапевта к пациенту ведет к улучшению состояния последнего. Принимая решение о тактике «ведения случая» полезно учитывать исследования, показавшие, что сопротивляющиеся, т. е. крайне независимые и трудно поддающиеся воздействию и контролю клиенты, лучше реагируют на недирективные подходы, в то время как более зависимые клиенты достигают хороших результатов при использовании директивных воздействий. В ряде исследований приводятся убедительные данные, что определенные виды вмешательств более эффективны в отношении определенных поведенческих проблем или симптомов (Л.Бетлер и Д. Кларкин. 1990 г.).

8. Планирование «Шагов помощи». Составление индивидуальной программы.

Как уже было сказано, работа с клиентами кризисного центра, безусловно, нуждается в планировании со стороны специалистов. С другой стороны, планирование должно быть достаточно гибким и учитывать индивидуальные особенности клиентки и ее ситуации.

В большинстве случаев работа состоит из следующих этапов:

Первый этап.

Первая встреча с клиентом (м.б. телефонный звонок).

Сигнал о ситуации поступает либо от самой женщины, либо от кого-то из ее близких либо она направляется в кризисный центр другими организациями. Если запрос «опосредованный», то согласуется ближайший план совместных действий и намечается личная встреча с самой потенциальной клиенткой.

Первая личная встреча преследует несколько целей:

- Установление контакта (уровня доверия, позволяющий выразить, что беспокоит)
- Возможность выговориться, выплакаться, уменьшить эмоциональное напряжение. Здесь хорошо все, что помогает успокоиться, расслабиться, почувствовать защищенность (сладкий чай, теплая еда, предложение присесть и др.).
- Получение первичной информации. О самой женщине, о событиях, которые привели ее в кризисный центр.
- Получение первичного запроса. Ответ на вопросы: «в какой помощи нуждается женщина? Располагаем ли мы ресурсами для помощи ей? Кого можно привлечь, если ресурсов центра недостаточно? Какими ресурсами располагает сама клиентка? Готова ли она не только принимать и пользоваться ресурсами центра, но и сама активно включаться в работу?»

Здесь, наверное, многое зависит от философии кризисного центра (*является ли он центром временного пребывания, только предоставляющий крышу над головой или функционирует как реабилитационный центр?*). Не всегда женщина готова сразу сформулировать, в какой именно помощи она больше всего нуждается. С этой точки зрения для специалиста может быть полезно подразделение обращающихся за помощью на: **клиентов, жалобщиков, визитеров.**

Клиенты говорят о проблемах, осознают, что перемены в их жизни во многом находятся в их руках. Они готовы меняться и просят помочь в этом.

Жалобщики хотят, чтобы специалист повлиял на их окружение, изменил

«все и всех вокруг», не помогая в переменах самому жалобщнику. Задача специалиста - «перевод» на таких клиентов внимания.

Визитеры чаще приходят «непонятно зачем». «Мне выдали направление, вот я и пришел». Возможно, такой клиент рассчитывал на возможность бессрочного пользования социальным складом, получение продуктовых наборов, есть такие, которые хотят просто «пожить» в более комфортных для себя условиях – «поругалась с братом, надоел, придирается, не могу в одной комнате жить». Желательно обсудить возможные условия предоставления помощи (предполагающие не только потребительское отношение клиента, но и активное включение в выход из кризисной ситуации). Первый этап не всегда удается провести в одну встречу. Чаще это 2-3 встречи, за которые происходит более четкое структурирование (возможно, переформулирование) запроса, оценка

необходимых ресурсов (как клиентки, так и помогающей команды), оценка степени мотивации на перемены. Обсуждаются условия взаимодействия. Принимается решение о сотрудничестве. Заключается контракт (в идеале, письменный).

Важно помнить о принципах кризисного консультирования, осознавая, что каждая встреча с клиенткой (в силу разных причин) может стать последней и очень повлиять на дальнейший ход жизненных событий (помня про «принцип домино», о котором говорил Эриксон).

Второй этап.

Открытие случая, составление плана взаимодействия. Начало реабилитации.

Разрабатывается план с учетом модели Оудсхоорна. Выбираются конкретные направления и конкретные шаги. Обсуждается, с решения каких проблем и с формирования каких навыков нужно начать. При этом желательно не уходить глубоко в анализ внутренних процессов. Это либо вызывает сильное сопротивление женщины и приводит к психологическим неконструктивным играм. Либо оказывается не нужным.

Формируется надежный доверительный контакт со специалистом (желательно закрепление «ведущего специалиста» (подробнее о нем говорилось выше), с которым формируется аналог проигрывания нарушенной привязанности собственного детства. Через такой контакт женщина сама через некоторое время начинает поднимать темы, беспокоящие ее внутри: мотивы собственного поведения, отношения, с родителями и другими близкими и др.).

Длительность этого периода определяется временными рамками пребывания и жизненной ситуацией женщины, ее готовностью и способностью к выходу из кризиса. В зависимости от этого ставятся и конкретные реальные задачи.

«Очень важно не принять на себя специалисту больше ответственности, чем он может взять. Даже не больше, чем он хотел бы, а чем он может взять. Потому что это очень опасная для специалиста ситуация, как только он возьмет больше ответственности, он обязательно ее не сможет вынести» (Московичев).

Третий этап.

Сотрудничество в реализации намеченного плана.

Далее идет реализация договора - сотрудничества. На этом этапе кто-то, и это уже не тот специалист, который выполняет роль социального работника, может оказывать помощь в виде семейного или индивидуального консультирования. Но социальный работник должен остаться в роли социального работника, который будет продолжать контактировать со всеми участниками ситуации, в том числе со специалистом-консультантом. Он должен отслеживать выполнение договоренностей, прописанных или

оговоренных в контракте, и, в случае их несоблюдения, обращать на это внимание участников, организовывать их обсуждение и заключение новых договоренностей. При этом сам социальный работник может быть одним из участников договоренностей, например, приняв обязательство найти информацию о возможностях трудоустройства, но основная работа на этом этапе – это фасилитация и медиация. Поддержка представителей семьи в их намерениях сделать тот или иной шаг, в выполнении принятых ими на себя договоренностей, в посредничестве (по Московичеву).

Важно держать в фокусе внимания следующие категории (и работать над ними):

- «Проработка» внутренних проблем самой женщины (самооценка, способы выхода из кризиса, готовность брать на себя ответственность, стрессоустойчивость и др.)
- Формирование и развитие привязанности между клиенткой и ребенком (детьми). Здесь мы, безусловно, действуем в первую очередь в интересах детей.
- Готовность женщины восстанавливать и выстраивать отношения с родственниками.
- Отношения между женщинами, проживающими на кризисной квартире. Их готовность и умение сотрудничать и разрешать конфликты.
- Социализация женщины.

Четвертый этап.

Подведение итогов сотрудничества.

Специалисты, занимающиеся кризисной помощью, говорят о разных сроках (или критериях) наступления этого периода. Есть точка зрения, что мы говорим о краткосрочной помощи, а значит, она не должна превышать длительность периода 3-6 месяцев. На другом полюсе точка зрения: «мы будем помогать столько, сколько потребуется». Стоит напомнить, что вопрос желательно решать максимально индивидуально, с одной стороны не «упираясь» только во временные категории, с другой - не формируя у женщины рентное отношение размытостью границ помощи.

Желательно обоюдное обсуждение результатов сотрудничества. И со стороны специалистов помогающей команды, и со стороны самой клиентки. Наша задача интересная – помочь семье в таком изменении ситуации, чтобы она перестала нуждаться в пособиях и внешней социальной помощи, и могла самостоятельно и конструктивно справляться со стоящими перед ней задачами и возникающими при этом проблемами.

Пятый этап.

Закрытие случая.

Подведение итогов, соответственно, возвращение к вопросу о продолжении или завершении социальной работы. Здесь существенны два обстоятельства:

Семья не заявляет своей заинтересованности в продолжении социальной работы. Для нас это служит основанием для завершения социальной работы. При этом семья, или отдельные ее представители, могут добровольно посещать наши психотерапевтические и другие программы. Мы оставляем возможность обращаться в наш центр. Семья была нашим клиентом, все ее члены остаются бесплатными возможными потребителями социальных услуг в случае обострения ситуации. Они могут обращаться, и мы будем находить выход из положения. Мы говорим, что можем периодически звонить и уточнять.

Одним из важных результатов нашей работы мы видим появление у семьи с одной стороны – собственных способностей справляться с проблемными ситуациями, а с другой – обращаться за внешней помощью самостоятельно, в том числе – за психологической, и не обязательно в наш центр. В некоторых случаях можно обсуждать вопрос сокращения объемов помощи.

Например, остается только возможность пользования социальным складом, принимать участия в праздниках и мероприятиях центра (опыт «Ауспенка»).

9. Основные проблемы женщин и методы работы с ними при сопровождении.

Дж. Коттлер, основываясь на анализе поведенческих особенностей пациентов, сильно затрудняющих работу любого психолога (психотерапевта), выделил следующие основные **типы трудных клиентов**:

а) Клиенты с неврологическими заболеваниями и психическими расстройствами, которые серьезно нарушают их интеллектуальные функции и их способность к концентрации внимания.

Решение: своевременное выявление, привлечение к сотрудничеству врачей соответствующих специальностей. Нейропсихологическая помощь, при необходимости - медикаментозное лечение, рекомендованное специалистами.

б) Клиенты, скрывающие свои истинные намерения (например - рентное отношение, возможность бесплатно получать жилье, продукты, одежду). Иногда люди открыто говорят, что единственная

помощь, в которой они нуждаются - это возможность использования «социального склада вещей», получать продуктовые наборы. В других - открыто не говорится (может быть, из страха потерять такую возможность). Однако, клиентка разными способами избегает обсуждения психологических проблем (опаздывает на консультации, участвует очень формально, пропускает по «веским причинам», не выполняет «домашние задания», если такие даются и др.).

Решение: желательно при принятии решения об открытии случая и заключения договора (лучше в письменном виде) прописать объем планируемой помощи и условия ее оказания (взаимную ответственность). О которой клиентке можно напомнить в случае явного рентного поведения. Иногда за «вторичную выгоду» можно принять сопротивление. Женщине сложно «раскрываться», переходя из «зоны сложностей», в «зону неизвестности». Специалисту важно проговорить с клиенткой такое «застывание», не торопиться обвинять в рентном отношении, а поддержать в продвижении к переменам.

в) Клиенты, склонные игнорировать границы допустимого поведения: «Дайте мне денег на проезд, тогда я поеду на собеседование», «Я спала, поэтому не открыла, когда приходил социальный работник». К этой группе можно отнести телефонные звонки в неурочное время (выходные, позднее вечернее или даже ночное) по вопросам, не являющимся экстренными.

Решение: терпеливо и тактично напоминать клиентке о необходимости выдерживать отношения в «рабочих рамках». В некоторых случаях сотрудники невольно сами (интонациями, манерой поведения) провоцируют женщину на «выход за границы», предполагая, что таким образом они эффективнее выстраивают доверительный контакт. Однако, на практике «стирание границ» не столько способствуют улучшения контакта, сколько мешает процессу реабилитации.

г) Клиенты, отказывающиеся нести за себя ответственность. Они склонны воспринимать в штыки любые замечания, критикуя всех и вся, обвиняя в своих проблемах других людей. Отсюда - склонность к конфликтам между женщинами, проживающими на кризисной квартире. Причины конфликтов: очередность уборки, поведение детей и др. Этим же объясняется вольное или невольное искажение информации друг про друга. Попытки «сталкивания лбами» сотрудников, склонность «ябедничать». Отказ социально реабилитироваться: «я не буду разговаривать с родственниками, они меня не любят», «я не могу работать, у меня ребенок», «я не смогу учиться, у меня не получится».

Решение: постепенное, терпеливое формирование ответственного поведения с использованием вышеперечисленных психологических технологий.

д) Клиенты-спорщики, которые обожают словесные перепалки, видя в этом развлечение или проверку своей силы воли (Хочется добавить, проверку твердости намерений и отношения к себе специалиста). Они подвергают сомнению все то, что предлагает им психолог, а потом яростно с ним спорят (любимая игра по Берну «А вы пробовали? Да, но..»).

Решение: не вступая в дискуссию, постепенно подталкивать клиентку к самостоятельному поиску решений проблем.

е) Клиенты, приносящие на терапевтические сессии чрезвычайно интенсивные чувства, которые они не могут в полной мере проработать.

Решение: помощь и поддержка в проживании чувств, демонстрация своим примером, что это трудно, но возможно. Важна личная «проработка» специалиста. В противном случае возникает риск синдрома «выгорания».

ж) Клиенты с неразвитыми вербальными навыками, которые не способны описать свои мысли и чувства, и действительно трудны для психотерапевтического диалога.

з) Клиенты с чересчур конкретным мышлением. Они не понимают переносного значения слов, у них не развито абстрактное мышление.

Решение: Специалисту важно учиться говорить на языке понятном и привычном клиенту. Просто и понятно.

и) Отчаявшиеся клиенты. К категории наиболее трудных относятся клиенты, утратившие всякую надежду на благополучное разрешение своих проблем.

Решение: «Ресурсы для надежды» часто находятся в прошлом клиентов, истории его рода или, напротив, в мечтах.

к) «Послушные клиенты» Они притворяются, будто во всем согласны с психотерапевтом, демонстрируя свою заинтересованность и отзывчивость, но при этом не делают ровным счетом ничего для того, чтобы измениться. Принципы взаимодействия с такими клиентами описаны выше (на примере «рентного поведения»)

л) Клиенты склонные нападать на психотерапевта. Некоторые клиенты злоупотребляют доверием психологов, шантажируя его, вплоть до угроз физической расправы, с тем, чтобы доминировать в терапевтических отношениях (сюда же можно отнести психологическое манипулирование, с целью вызвать в помогающих специалистах болезненные чувства: вины, страха и т.д.).

Решение: В случае реальной угрозы жизни и безопасности специалистов либо самих клиентов - привлечение полиции и психиатров. Умение противостоять психологическим манипуляциям - навык, который необходимо развивать себе психологу.

м) Импульсивные клиенты. Они не способны контролировать свое поведение, чрезвычайно вспыльчивы, среди них часто встречаются лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, а также имеющие расстройства личности (психопатии возбуждимого круга)

Решение: По возможности обучение самоконтролю поведения. При необходимости - привлечение к сотрудничеству врачей-психиатров, наркологов.

Отличительной особенностью всех клиентов, которых психотерапевты разной ориентации считают трудными, является требование повышенного к

себе внимания, которое сопряжено с необходимостью затраты на них дополнительных сил и времени (А.Бек и М. Мюллер, 1988). Другая общая особенность - склонность контролировать терапевтические отношения через попытки манипулировать психологом и проявления сопротивления.

Дж. Котлер выделяет **5 основных типов сопротивления**, требующих разных подходов:

1. Клиент просто не понимает, чего от него ждет психотерапевт. Он может обладать чересчур конкретным мышлением.

2. Клиент не справляется с предписанными заданиями, потому что не обладает необходимыми для этого знаниями и умениями

3. Сопротивление, обусловленное недостаточной мотивацией. Клиенты с безразличием относятся ко всем действиям психотерапевта. Часто возникает, как результат предшествующих неудач в попытке решения своих проблем или отсутствие веры в себя. В основе сопротивления этих клиентов чаще всего лежат нереалистичные требования к окружающей действительности («люди несправедливы ко мне») и пораженческие установки. Сопротивление третьего типа проявляется тем, что клиент отклоняет любые попытки наладить с ним сотрудничество: «Зачем тратить время и силы, все равно ничего не изменится» В таких случаях задача психотерапевта - вселить в клиента надежду, а также найти для него источники позитивного подкрепления. Уместно использование техник когнитивно – поведенческой, нарративной психотерапии.

4. Сопротивление четвертого типа - вариации на тему вины и тревоги. В процессе терапии эффективность защитных механизмов падает, подавленные чувства выходят на поверхность, что и заставляет клиента оказывать сопротивление. Работа может протекать достаточно гладко, пока не затрагивает «болевы точки». Тогда клиент вольно или невольно начинает саботировать дальнейшее движение. Ведущей силой здесь чаще всего является страх того, что предстоит делиться личными переживаниями с незнакомым человеком, страх перед неизвестностью, боязнь почувствовать осуждение или испытать душевную боль, которая неизменно сопровождает проработку глубинных проблем. Работа с таким сопротивлением - главный конек «инсайт-ориентированной» терапии. Считается важным предоставление поддержки клиенту, налаживание с ним доверительных отношений, облегчение процесса самопознания, использования при удобных случаях соответствующих интерпретаций ситуаций.

5. Сопротивление пятого типа обусловлено вторичными выгодами, которые получает клиент от своих симптомов. Вторичные выгоды помогают клиенту откладывать принятие решений, бездействовать. Они помогают клиенту избегать ответственности «Это не моя вина», «Я ничего не могу поделать»- наиболее частые заявления «трудных клиентов», склонных перекладывать ответственность за свои проблемы на других людей. Вторичные выгоды помогают клиенту поддерживать статус-кво, оставаясь в привычной обстановке, какой бы ужасной она не была. Не нужно заниматься непростой работой по изменению устоявшегося образа жизни. При работе с сопротивлением этого типа важно, чтобы клиент осознал вторичные выгоды,

которые он извлекает из своего состояния. Вторичные выгоды представляют ценность только до тех пор, пока клиенты не осознают смысла дисфункциональности своего поведения или симптома.

10. Техники формирования привязанности матери к ребенку.



"Когда будет услышан собственный плач матери, она станет слышать плач своего ребенка» С. Фрайнберг

Раннее формирование привязанности.

Основные задачи, стоящие перед специалистами в работе с матерями группы риска, сформулированные М.Е Ланцбург, актуальны и в подходе, сфокусированном на ранней профилактике нарушений привязанности:

Задачи сопровождения матерей:

Личностный ресурс:

- Содействие формированию субъектно-ориентированного отношения к ребенку с начала его жизни.
- Содействие укреплению уверенности родителя в себе, принятию им родительской позиции (ответственности за ребенка, в том числе за выбор стратегии, средств и методов воспитания ребенка).
- Помощь в преодолении конфликта в родительской сфере личности.

Эмоциональный ресурс:

- Помощь в раскрытии чувств, принятии чувств в их амбивалентности.
- Содействие пробуждению интереса к ребенку, отзывчивости к его состояниям и потребностям.

- Оказание эмоциональной поддержки матери, содействие налаживанию контакта с ребенком и развитию родительской интуиции.
- Содействие формированию психологических средств взаимодействия с ребенком (обучение языку эмоционального сопровождения).

Когнитивный ресурс:

- Формирование адекватных представлений о родительстве, готовности принимать трудности и действовать в условиях неопределенности.
- Содействие формированию гибкости поведения, умения принимать решения «здесь и сейчас», отказ от жестких установок, идущих от собственных родителей или продиктованных «авторитетными лицами».
- Обучение прогнозированию последствий того или иного стиля взаимодействия с ребенком, содействие выработке оптимальной стратегии поведения с учетом возраста и индивидуальности ребенка.
- Обучение принципам проведения развивающих занятий и играм с детьми раннего возраста.
- Ознакомление с базовыми психологическими потребностями ребенка (в общении и новых впечатлениях), критериями психологического здоровья ребенка (спонтанность, любознательность, жизнерадостность) и факторами их формирования.
- Принципы выбора дошкольного учреждения. Подготовка ребенка к поступлению в ДООУ и помощь родителей в адаптации к условиям ДООУ.
- Содействие грамотному построению отношений со службами и специалистами, которые могут быть полезны семье.

Операциональный ресурс:

- Освоение практик обращения с младенцем
- Обучение взаимодействию и занятиям с ребенком

Психофизиологический ресурс:

В целях профилактики переутомления и эмоционального выгорания матери:

- ознакомление с рациональной организацией труда и рабочего пространства при уходе за младенцем,
- формирование практических навыков применения
- различных методов саморегуляции

Практика показывает, что клиентки кризисных центров редко имеют хорошие и доверительные отношения с собственными родителями. Расспрашивая их о детских воспоминаниях, часто можно услышать истории очень похожие на те, которые привели самих женщин в кризисную ситуацию (насилие в семье, жестокость или наоборот - отвержение, пренебрежение со стороны родителей.) Некоторые практически не помнят или не знают своих родителей (выпускницы детских домов - группа риска по расстройству

социальной адаптации). Нередко встречаются ситуации, когда именно конфликт с родственниками (особенно родителями) приводит к тому, что женщина остается практически без крыши над головой.

Категория женщин кризисного центра .

I. Женщина имела в прошлом опыт надежной привязанности. В ее прошлом опыте мало или практически нет тяжелых травмирующих ситуаций, которые она не может эмоционально пережить и отреагировать. Она имеет некоторый достаточный опыт (помощь родителям в уходе за младшими братьями и сестрами, собственные старшие дети и др.). В данный момент она оказалась в трудной жизненной ситуации, растеряна, погружена в сегодняшние проблемы, возможно - находится в состоянии депрессии. Все это «отвлекает» ее от ребенка, мешает полноценному формированию близких отношений, а значит - надежной привязанности. Мама может достаточно хорошо ухаживать за ребенком, удовлетворяя его физические потребности, но эмоционально оставаясь отстраненной. Задача специалистов в этом случае - стабилизация эмоционального состояния мамы, помощь ей в «проработке» внутренних проблем. Желательно, стараясь не вызывая в женщине чувство вины, поговорить с ней о важности теплых и открытых отношений мамы и маленького ребенка с позиции его развития и физического благополучия.

Возможно, осознание, что она не одинока, что есть маленький близкий человек, который не только нуждается в уходе, но и чутко реагирует на ее эмоции, переживает вместе с ней ее чувства, станет дополнительным ресурсом и поможет мобилизоваться для выхода из кризиса.

Благополучное (даже относительно) прошлое женщины тоже может стать опорой в кризисной терапии. Рассказы о детстве, совместный просмотр фотографий (по принципу «Книги жизни», используемой в работе с приемными семьями) помогают женщине в повышении самооценки, укреплении чувства принадлежности к жизнеспособному роду, мобилизует внутренние резервы. Как правило, женщины этой категории находятся в кризисном центре недолго. Справившись со своим эмоциональным состоянием, они часто помогают другим менее опытным мамам в формировании бытовых навыков ухода за детьми. В последствии, расставшись с «кризисной квартирой», они могут поддерживать контакт с кризисным центром, посещая праздники и другие мероприятия, иногда обращаясь за разовыми консультациями по возникающим проблемам. Некоторые предпочитают «исчезнуть» из вида, очевидно стараясь забыть «кризисный период жизни» и все с ним связанное.

II. Похожа на предыдущую категорию в отношении собственного опыта отношений привязанности, но практически не имеющие опыт общения с маленькими детьми, не владеющие необходимыми знаниями. Наиболее типичными представителями этой категории женщин являются юные мамы (не всегда; данном случае роль

идет о юных мамах, имевших близкие отношения со значимыми взрослыми в детстве, но не имеющие возможности получить обучающую поддержку от них сейчас). В этом случае специалистам необходимо работать не только над стабилизацией эмоционального состояния женщины и помощью в решении ее актуальных социальных проблем, но и учить молодую маму уходу за младенцем. Речь идет как о навыках ухода (кормление, гигиенические процедуры), так и о формировании собственного стиля взаимодействия с ребенком. Стоит отметить, что работа специалиста (чаще это социальный работник), по обучению молодой мамы уходу и общению с малышом в большинстве случаев воспринимается женщиной благодарно, не вызывая сильного сопротивления, в отличие от попытки обсуждения ее эмоционального состояния и тяжелых воспоминаний. Иногда практические действия по уходу за ребенком становятся «точкой опоры», помогающие молодой маме мобилизоваться, формируют доверие к специалистам центра и позволяют позже проработать более глубокие и болезненные чувства.

Опыт такой работы описывает С. Фрайберг:

«То, что появилось в результате, можно назвать "психотерапией на кухне", что покажется вам весьма знакомым как метод, но незнакомым как сеттинг. В равной степени важно, что метод включает в себя продолжающееся наблюдение за развитием ребенка и тактичное, не дидактическое обучение матери в распознавании потребностей и сигналов ребенка. Сеттингом общения была семейная кухня или гостиная. Пациентка, которая не умела говорить, всегда присутствовала на сессиях, если только не спала. Пациентка, которая могла говорить, продолжала заниматься домашними делами, перепеленывать или кормить ребенка. Взгляд и слух терапевта были настроены на восприятие невербальной коммуникации ребенка и вербальной и невербальной коммуникации матери. Все, происходящее между матерью и ребенком, находилось в поле зрения терапевта и в фокусе терапии. Диалог между матерью и терапевтом концентрировался на заботах настоящего и двигался назад и вперед между прошлым и настоящим, между этой матерью с ребенком и другим ребенком, из прошлого»

Важно помочь маме сформировать собственную модель поведения, основанную на принципах «заботливого ухода», сформулированных Эйнсворд (Ainsworth 2003):

- Мать должна быть в состоянии очень внимательно воспринимать сигналы ребенка. Задержки в ее восприятии могут возникать из-за того, что она внешне или внутренне занята своими собственными потребностями или состояниями.

- Она должна правильно толковать эти сигналы с позиции младенца, например, понимать значение плача ребенка (это может быть плач от голода, недомогания, боли, скуки). При этом есть опасность неправильной интерпретации сигналов младенца из-за собственных потребностей матери, а также проекцией этих потребностей на ребенка.

- Она должна подобающим образом реагировать на эти сигналы. Допустим, догадываться о нужной дозировке пищи, успокаивать или,

наоборот, поощрять ребенка к игре, не портя отношения с ним избыточной или недостаточной стимуляцией.

- Реакция должна быть быстрой, то есть начинаться в течение еще приемлемого для ребенка времени фрустрационной толерантности. Так, промежуток времени, в течение которого младенец может подождать, пока его покормят, первые недели очень короткий, но за первый год жизни становится длиннее.

Успешно могут применяться различные подходы с применением видеотехник. Эти методы позволяют прицельно сфокусироваться на коммуникации ребенка и родителя. Они решают несколько задач. С одной стороны, они помогают специалистам в объективизации оценки поведенческой модели родителя и отношений в диаде. Особенно это важно с точки зрения наблюдения за динамикой изменений в процессе терапии. С другой - могут использоваться с терапевтической целью, давая возможность родителям «посмотреть со стороны» на свои взаимоотношения с ребенком. Специалисты могут использовать видеоматериалы с целью положительного подкрепления эффективного поведения, помогая родителям формировать

Примерами таких программ являются:

MarteMeo (M.Aarts), ICDP (International Child Development Program (K.Hundayge), VIG (Video Interaction Guidance (Г.Биманс), Mellow Parenting (C. Puckering) и другие программы.

Метод VIG был создан Гарри Биманс (Нидерланды) в 1980-е годы на основании исследований К. Тревартена и Д. Штерна, изучавших взаимодействие матери и ребенка и отмечавших чрезвычайную важность отклика матери на инициативы ребенка и качество совместного внимания как основу эффективной коммуникации, взаимодействия и обучения. Биманс использовал принципы коммуникации для развития метода, построенного на анализе обратной связи, применяя его с группой родителей. Метод VIG в настоящее время широко распространен в Шотландии, Великобритании и в других странах и используется в работе с семьями. На ее основании была разработана программа VHT (Video Home Training), применяемая, в основном, в социальной работе.

Известный **метод Марии Аартс (Нидерланды)**, получивший название МартеМео, базируется на подкреплении позитивных с точки зрения ведущего семью профессионала паттернов родительского и педагогического поведения. Основной идеей создателей метода было усиление собственных возможностей родителей и учителей, что заложено в названии метода «One's Own Strength» – это в ваших собственных силах.

Микроанализ поведения и коммуникации позволяет решать те задачи, которые ставит перед собой практик или исследователь – от поддержки важных с точки зрения тренера (исследователя) паттернов и игнорирования неважных (или негативных и нейтральных) до разбора поведения с

родителями, когда инициатором стоп-кадров являются те, кто предъявляет запрос.

E. Bidlová, D. Jindal-Snape & E. Holmes, J. Bristow, Lugton, J & MacDonald. J. и другие авторы анализируют использование микроанализа с применением видеотехнологий и выделяют различные стили взаимодействия педагогов и их эффект. В зависимости от возраста детей, ими выделяются различные критерии, по которым проводится оценка – увеличение количества смены ролей в диалоге педагог-ребенок («говорящий-слушающий»), качество и продолжительность совместного внимания на объектах, возможности лидирования ребенка, качество структурирования поведения ребенка взрослым, а также другие категории.

Использование методов «видеотехнологий» позволяет участникам с относительной легкостью усваивать непростые для понимания вещи. По содержанию метод предполагает не классическое дидактическое, а интерактивное обучение эффективному взаимодействию с ребенком посредством направляемых дискуссий, структурированных обсуждений и анализа видеоматериала. Методика не предполагает специальной подготовки и высокого образовательного уровня слушателей, не требует специальных знаний в области педагогики и психологии, что делает ее подходящей для родителей, в том числе групп социального риска.

Еще одной важной стороной данных методов является их особая нацеленность на изменение не самого ребенка, а его окружения и среды, что делает подход более реалистичным и гуманистическим.

Например, *Свердловская региональная общественная организация «Аистенок» (г. Екатеринбург)* привлекает женщин, проживающих на кризисной квартире к участию в программе «Школа хороших родителей», направленной на развитие родительской компетентности. Программа рассчитана на 3 месяца. В программу включены как теоретические семинары, где родители знакомятся с особенностями развития детей раннего возраста и принципами эффективного взаимодействия, так и практические занятия (их большинство), где в мини-группах, состоящих из 4-5 пар «родитель-ребенок» отрабатываются практические коммуникативные навыки. Группы, смешанные по составу (приемные семьи, женщины, получающие кризисную помощь, семьи с маленькими детьми, заинтересованные в улучшении взаимоотношений). В последнее время в программу включены элементы «видеотерапии»: группе предлагается для «разбора» подборка из эпизодов художественных фильмов, где показано взаимодействие родителей и маленьких детей в различных ситуациях. Такой формат на сегодня воспринимается участниками, как наиболее «безопасный»: не опасаясь оценки со стороны других участников, они могут свободно обсуждать эффективные и неэффективные модели поведения «киноперсонажей». По мере формирования группового доверия и повышения собственной «родительской уверенности», участники группы уже сами предлагают тренеру переход к видеосъемке и «разбору» реальных эпизодов своей жизни.

Категория «наиболее травмированных» и сложных в работе.

(см. выше описание «трудных клиентов») женщин.

Главная проблема, в данном случае даже не отсутствие у женщины навыков ухода за ребенком. Мы имеем дело с тем, что С.Фрайнберг называет «призраками в детской». Эти мамы не имеют опыта надежной привязанности в прошлом, чаще их прошлое полно травматичных историй отношений с близкими людьми. «Непроработанность» прошлого опыта приводит к тому, что эти женщины несут привычный для них стиль общения детей и родителей (с отвержением, насилием, жестоким обращением и др.) во взаимоотношения со своими детьми, запуская порочный круг нарушенной привязанности. *«В каждом из таких случаев ребенок становился безмолвным участником семейной трагедии. В таких семьях ребенок нагружен ношей угнетающего прошлого родителей с того момента, как он приходит в этот мир. Родитель осужден повторять трагедию своего детства заново с собственным ребенком во всех ее ужасающих деталях» (С. Фрайнберг).*

Работая с такими женщинами, мы имеем возможность наблюдать у них проявления «внутренних рабочих моделей нарушений формирования привязанности у взрослых (внутренние модели поведения- «inner working models»; Bowlby 1975):

Некоторые из них, словно говорят своим поведением:

«Никому нельзя доверять. Я не достойна любви, потому что меня не любят. Я не буду даже просить кого-либо заботиться обо мне. Близкие отношения не срабатывают. Если я покажу свои потребности, меня отвергнут, поэтому надо быть самостоятельной. Я буду защищаться, прятать свои чувства». Это очень напоминает внутреннюю рабочую модель **избегающей привязанности**

Женщины с рабочей моделью **амбивалентной привязанности** рассуждают примерно так: «Людям можно доверять только иногда, поэтому я буду хватать заботу, где и когда смогу. Я не достойна любви, потому что меня не любят безусловно. Я буду пытаться получить ту заботу, которая мне нужна, используя все способы, которые могу. Но я не ожидаю, что буду получать ее регулярно»

Клиенток с **дезорганизованным видом привязанности** можно заподозрить по:

- Неспособности выработать контроль за импульсивным поведением или регулировать стресс, что ведет к таким формам поведения как вранье, кражи, уничтожение собственности, нанесение вреда себе и насилие над другими.
- Постоянной потребности контролировать свою ситуацию, но у них мало контроля над собственными чувствами или поведением. Поэтому они пытаются получить ощущение контроля, манипулируя другими людьми (соседками по кризисной квартире и сотрудниками)
- Сложности с переживанием эмпатии и выражением эмоций

- Не умением использовать речь эффективно, особенно при выражении чувств
- Не развитой способностью проводить различия между теми, кому можно доверять и кому нельзя
- Не умением образовывать тесные доверительные отношения – случайных знакомых они воспринимают как лучших друзей, а любящие и заботящиеся лица могут восприниматься как подавляющая угроза
- Склонностью воспринимать других как ресурс, который можно использовать
- Не способностью никому доверять
- Чрезмерной тревожностью

Работа с такими клиентками представляет наибольшую сложность для специалистов. Она должна включать в себя не только помощь в стабилизации эмоционального состояния женщины, обучение практическим навыкам ухода за ребенком и взаимодействия с ним, но и попытку проработки травматичного опыта ее прошлого с восстановлением нарушенной привязанности самой мамы. Только в этом случае можно помочь женщине в формировании надежной привязанности с собственным ребенком.

Важно понимать, что работа по восстановлению нарушенной привязанности начинается буквально с первой встречи с женщиной. Не так важны техники, которые использует терапевт (эффективны любые направления, позволяющие прорабатывать травматичный опыт, восстанавливая целостность личности: гештальттерапия, психодрама, арт-терапия, символдрама, нарративный подход и др.), как сама позиция психолога (и других специалистов помогающей команды), следование основным принципам «терапии, основанной на привязанности» (К.Х Бриш , 2012):

- В своем заботливом поведении терапевт должен дать возможность ищущему помощи пациенту обратиться к нему и быть доступным для него во временном, пространственном и эмоциональном измерении.
- Терапевт должен быть «надежной базой», на которую можно положиться и опираясь на которую может проработать свои проблемы в условиях эмоциональной безопасности.
- Принимая во внимание разные паттерны привязанности, терапевт должен проявлять гибкость в управлении своей близостью с пациентом - как в реальном взаимодействии, так и в организации сеттинга.
- Терапевту следует поощрять пациента, чтобы тот задумывался, какие стратегии привязанности он в данный момент использует в своих отношениях со значимыми лицами. Терапевт должен побуждать пациента к тщательной оценке терапевтических отношений и сам также должен делать это.
- Пациента нужно осторожно попросить, чтобы он сравнил свои нынешние восприятия и чувства с теми, которые пережил в детстве.
- Нужно помочь пациенту осознать, что болезненный опыт привязанности и отношений, и возникшие на основе этого искаженные

модели поведения, видимо уже не годятся для того, чтобы в теперешней жизни справляться с выстраиванием важнейших отношений, то есть устарели.

- Важно осторожно вести себя в ситуации расставания. Физическое расставание не равнозначно потере «надежной базы». Сохраняется возможность в случае необходимости снова обратиться к терапевту.

Работа по проработке травматичного опыта детства клиентки и восстановлению ее привязанности - сложный и долгий процесс, который редко укладывается в возможные временные рамки предоставления «кризисного жилья». Желательно учитывать это, разрабатывая индивидуальную программу реабилитации, включающий как начальный этап, проводимый в период проживания на кризисной квартире, так и последующий амбулаторный этап (который может потребовать несколько лет работы со специалистом-психологом).

11. Несколько слов о диагностике, полезной, когда речь идет о раннем формировании привязанности.



1. Желательно начинать с выявления возможных нарушений привязанности и психологической травматизации в детстве у самой мамы.

Взрослых можно оценивать с помощью «Интервью о привязанности для взрослых» (Main, Goldwyn 1982) или «Проективного теста на привязанность взрослых»

(Georg, West, 1999). Последняя методика используется в исследованиях, проводимых в Германии. Обе методики проявляют репрезентации привязанности у взрослых и позволяют отнести их к категориям надежной, ненадежно-амбивалентной, ненадежно-избегающей привязанности, а также непроработанной травматизации.

Для развития детей особенно важна категория непроработанной травматизации у человека, к которому ребенок испытывает привязанность, так как здесь может, была выявлена межпоколенная связь с дезорганизованным поведением привязанности у ребенка. Полезную для специалистов информацию может дать генограмма с обозначением

характера отношений со значимыми близкими, социограмма, различные проективные методики.

Интересна оценка особенностей протекания у клиентки этапов онтогенеза материнства (по Г.Г.Филипповой):

Первый этап. Взаимодействие с собственной матерью.

Этот этап начинается с внутриутробного периода развития и продолжается практически всю жизнь женщины. Наиболее значимым является младенческий и ранний возраст, когда у ребенка сохраняется. Этот период жизни сам по себе является сензитивным для формирования базовых основ личности и отношения к миру. Исследования привязанности показали, что внутрисемейные циклы непрочной привязанности, передаются по материнской линии. Качество материнско-дочерних связей и его влияние на материнскую сферу женщины определяется, помимо привязанности, стилем их эмоционального общения, участием матери в эмоциональной жизни дочери, причем важным считается изменение такого участия со стороны матери в соответствии с возрастными изменениями эмоциональной сферы дочери. Большое значение имеет удовлетворенность матери ее материнской ролью.

Второй этап. Развитие материнской сферы в игровой деятельности.

Этот этап развития материнской сферы, несмотря на большое значение игровой деятельности в развитии психики ребенка вообще, мало исследован в плане развития материнства. Он интерпретируется в разных психологических подходах в зависимости от взглядов на роль игры в развитии личности. Однако все соглашаются с тем, что в сюжетно-ролевых играх в дочки-матери и в семью происходят конкретизация и развитие некоторых компонентов материнской сферы.

Третий этап. «Няньчание».

В психологии отмечается только важность для женщины опыта взаимодействия с младенцами в детском возрасте. Результатом такого опыта является, помимо освоения некоторых навыков обращения с ребенком, появление к нему интереса и положительно-эмоционального отношения.

Этап «няньчания» имеет достаточно четкие возрастные границы. Он начинается примерно с 4,5 лет, когда хорошо развита сюжетно-ролевая игра, и заканчивается к началу полового созревания. Наиболее сензитивным является возраст от 6 до 10 лет. Если до окончания этапа «няньчания» опыта взаимодействия с младенцами не было, то часто возникает страх перед ними, так как подростки, а тем более взрослые оценивают имеющийся у них опыт как недостаточный для взаимодействия с маленькими детьми. Наиболее часто возникает страх повредить ребенка неумелым обращением, некомпетентностью в уходе и т.п. Это первое впечатление корректируется в случае дальнейшего участия в уходе за ребенком, однако впоследствии женщины его очень хорошо помнят.

Четвертый этап. Дифференциация мотивационных основ материнской и половой сфер.

Пятый этап. Взаимодействие с собственным ребенком.

2. Важна оценка личностных особенностей клиентки.

(любые личностные опросники: Кеттелл, ММРІ и др.), ее текущего эмоционального состояния (Спилбергер - оценка личностной и ситуативной тревожности, шкала депрессии Бэка, Эдинбургский опросник послеродовой депрессии и др.).

3. Диагностика развития ребенка.

Необходима для оценки соответствия возрастным нормам (нарушенная привязанность часто приводит к формированию задержки в развитии ребенка) и для обучения мамы взаимодействию с ребенком в соответствии с его возрастными возможностями и потребностями (может использоваться Денверский тест, шкал развития Бейли, RCDI и др.). Желательно, чтобы ребенка осмотрел детский врач, чтобы исключить физические заболевания как причину нарушений поведения (например: неврологические расстройства или нарушения обмена веществ).

4. Диагностика особенностей отношений «мама – ребенок».

Развитие или расстройство формирования привязанности. Нарушения в социальном взаимодействии родителей и ребенка лучше всего диагностировать с помощью видеозаписей и микроанализа. Можно записывать на видео ситуации взаимодействия матери с ребенком; такие, как пеленание, игра, кормление, а затем подвергать анализу. Само понятие «материнское отношение» не является в настоящий момент строго определенным и общепринятым, но, тем не менее достаточно популярен как предмет психологического исследования. На основе этих исследований сформулированы критерии выделения стилей материнского отношения и описаны сами стили (ГГ. Филиппова).

Стили материнского отношения выделены по критериям: стиль эмоционального сопровождения; степень субъективизации ребенка; использование средств контроля при определении состояния ребенка; уровень развития и скорость появления материнской компетентности; легкость приспособления к новому ритму жизни и освоения новых обязанностей; изменение режима своей жизни и жизни семьи как «приспособление к индивидуальному ритму жизнедеятельности ребенка» или приучение ребенка к режиму, устанавливаемому взрослыми; удовлетворенность собой, ребенком, отношением к себе и ребенку близких людей. По этому показателю выделены 5 стилей материнского отношения:

1. **Адекватный** стиль (адекватный стиль эмоционального сопровождения, отношение к ребенку как субъекту, ориентация на себя и состояние ребенка, высокая, рано появившаяся материнская компетентность, удовлетворенность материнством и отношением других).

2. **Тревожный** стиль (усиливающий или слабо осуждающий стиль эмоционального сопровождения, ориентация на мнения других, усиленное внимание к негативным сторонам поведения ребенка и своего состояния, поздно появившаяся компетентность, сложность налаживания режима, неуверенность в себе, неудовлетворенность собой и другими, опасения за развитие ребенка).
3. **Эмоционально отстраненный, регулирующий** (игнорирующий стиль эмоционального сопровождения, отношение к ребенку как объекту, ориентация на приучение к режиму, на знания о развитии ребенка и мнения других, поздно появившаяся компетентность, претензии к особенностям ребенка, неудовлетворенность условиями, отношением других, нехваткой времени на себя, необходимостью все силы отдавать ребенку).
4. **Амбивалентный** (неустойчивый, с резкой конфронтацией ценности ребенка и внедряющихся, с противоположными тенденциями эмоционального сопровождения отрицательных и положительных состояний ребенка, неравномерная компетентность к разным проявлениям ребенка, конфликт между своими состояниями и необходимостью подчиняться мнению других, недостаточная субъективизация ребенка, неудовлетворенность собой, отношением других к ребенку и к себе, осуждение себя, наряду с оправданием).
5. **Аффективно отвергающий** (ценность ребенка низкая или отрицательная, стиль эмоционального сопровождения сочетает в себе игнорирование и осуждение вплоть до агрессии, низкая компетентность и низкий уровень удовлетворения потребностей ребенка).

Диагностический процесс должен также включать в себя сбор подробной информации о типе, продолжительности, начале, проявлениях, вариациях, условиях поведения ребенка, а также наблюдение за его поведением при общении с разными людьми, к которым ребенок испытывает привязанность, в ситуациях, связанных с исследовательской деятельностью, и в специфических для привязанности, ситуациях (например, при расставаниях), а также, по возможности, диагностическое описание детских травматизаций.

12. Некоторые нюансы работы с клиентками, проживающими в стационарах.

Все технологии работы, описанные выше и те, которые проводятся при работе с женщинами на приемах в центрах кризисного консультирования, центрах помощи семье и детям, кризисных амбулаторных центрах, немногим отличаются от работы с женщинами, проживающих в стационарах.

Хотя различия все – таки, есть, отметим некоторые из них.

Специалисты отмечают, что в стационары зачастую попадают женщины из числа «самых трудных клиенток», одно только отсутствие жилья накладывает на женщину отпечаток «неудачницы», заставляет ее испытывать «чувство стыда», «чувствовать свое унижительное положение», «я так никогда не жила», «я не понимаю как мне могут помочь абсолютно посторонние люди в то время, как меня отвергли самые близкие» (из ответов самих клиенток центров).

Невозможно сконцентрироваться на консультации или на участии в тренинге и мобилизации своих внутренних и внешних ресурсах, когда не удовлетворены твои самые первые жизненные потребности в еде, сне и одежде. Трудно включаться в процесс, когда твой собственный процесс «...сконцентрирован на постоянном чувстве голода и вины перед ребенком за то, что ты не можешь его элементарно накормить» (из разговора молодой мамы, Екатерины).

Поэтому специалисты должны всегда об этом знать и помнить (как о правилах хорошего тона при приеме гостей), перед тем, как с человеком говорить о деле, об изменениях в его жизни и планах на будущее, человека необходимо накормить и удовлетворить его базовые потребности (*Из практики, необходимо дать женщине и ребенку «передышку». После урегулирования всех формальностей с документами, после того, как состоялась первая консультация и предоставления необходимых для зачисления минимальных справок, мы даем семье возможность помыться, отоспаться, поесть и лишь затем приступаем к работе по изменению ситуации и составлению совместного плана*). Помощью в данном случае на первых порах будет восстановление минимально необходимых условий для жизни («крыша над головой», еда, возможность поспать, отдохнуть в безопасных условиях, при необходимости - оказание первой медицинской помощи).

Исходя из практики, можно сделать вывод о наиболее частых услугах, в которых нуждается женщина с ребенком. Стационары предоставляют женщинам различного рода услуги и консультации: экономическую, медицинскую, психологическую, психотерапевтическую, юридическую, социальную и материальную адресную помощь. Но, помимо этого, самое главное, чем отличаются стационары от кризисных центров, - **предоставление женщинам и детям крыши над головой.**

Пребывание в стационаре – это как обучение в домашних условиях, практически индивидуальный подход; здесь очень уместен метод «терапия

на кухне» (о которой говорилось выше в технологиях работы в разделе «Формирование привязанности»). Женщинам, находящимся в стационарных условиях проживания, мы волей-неволей уделяем больше внимание, чем клиенткам, приходящим на консультации, либо участвующим в тренингах или детско-родительских группах.

Находясь 24 часа в сутки на глазах у специалистов, женщины чаще взаимодействуют с ними, а также друг с другом. Взаимодействие между собой женщин получается не всегда корректным (иногда доходит до ссор и «разборок» на кухне, женщины делятся на группировки, источником конфликтов может послужить любой пустяк и, незначительный для обычного человека, повод). Клиенткам стационаров приходится осваивать элементарные приемлемые навыки общения, поведения и общежития (для некоторых это – самая сложная работа, ведь совместное проживание «на одной кухне» для многих женщин ситуация не из легких: для кого-то она далека от нормы, а для кого-то пример пьяных родителей и соседей по коммуналке оставил неизгладимое впечатление и вписан в поведенческую «норму»), с теми и с другими необходимо индивидуально работать. Зато специалистам это дает возможность видеть ситуацию более объективно, несколько снижает уровень сопротивления участников группы, повышая эффективность работы. Такая реальная ситуация помогает специалистам быстрее вскрыть истинные причины трудной жизненной ситуации, более ярче проявляется женщина, ее негативные моменты, быстрее раскрывается «суть» женщины и решаются проблемы, а специалисты быстрее могут увидеть положительные и отрицательные черты каждой из них, и затем разложить ситуацию по полочкам.

Для специалистов (*из практики работы*) важно не «привязываться» к клиентке и ее ребенку, не допускать «панибратства», не привносить личное отношение в деловое, иначе есть вероятность необъективной оценки клиентки. Специалист начинает допускать мелкие промахи, чисто по-человечески скрывать малые нарушения (как в поведении клиентки и в соблюдении ею правил и норм проживания, так и во взаимоотношениях с другими женщинами), из этого в последствие вырастают большие проблемы, которые затрудняют и замедляют процесс реабилитации и вносят хаос в жизнь стационара (*ни в коем случае не расценивать это, как призыв к «нечеловеческим, лишь к строго деловым и отстраненным отношениям*). Человеческое отношение должно все время присутствовать в вашей работе с клиентками, и во всем необходимо соблюдать осторожность, деликатность и меру.

Роль стационаров временного проживания в реализации помощи женщинам с детьми в трудной жизненной ситуации переоценить сложно, данный ресурс повышает эффективность оказания помощи данной категории граждан. У специалистов появляется время и дополнительное место для возможно более полной реабилитации клиентки, ребенка и семьи в целом.

РЕАЛЬНЫЕ ИСТОРИИ ИЗ ЖИЗНИ КЛИЕНТОК ЦЕНТРОВ.



Неоконченная история...

Ирина (25 лет), позвонила в организацию и сказала, что запуталась в жизни и ей нужна помощь. С одной стороны у нее все хорошо: есть (пока) крыша над головой, немного денег. Скоро у нее родится уже любимая дочка. Но есть и «с другой стороны»: беременность протекает «не гладко». Она уже несколько раз лежала на «сохранении», и врач, у которого Ира наблюдается, очень сомневается, что удастся «дойти» до срока. Оно и понятно: дома бесконечные скандалы. Ирин муж никак не может свыкнуться с мыслью, что скоро станет отцом и срывает свое напряжение на жене и будущей матери. Он ведет себя очень непредсказуемо: то обсуждает с Ириной имя для будущей дочки, то говорит, чтобы собирала вещи и «уматывала на все четыре стороны». К скандалам женщина почти привыкла («ведь не бьет»). Больше всего ее тревожит, что совсем скоро она не сможет работать, чтобы по минимуму прокормить себя и, обеспечить самым необходимым малышку. Рассчитывать на чью-либо помощь Ире не приходится. Она скопила небольшую сумму «на первое время» и сейчас старается по возможности подработать, но с каждым днем женщине все сложнее выходить из дома, да и врачи рекомендовали «беречь себя». Ира очень боится потерять дочку

У Ирины есть семья: спившаяся мама, которая перебивается редкими заработками, младший братишка, ставший наркоманом, и парализованная бабушка. Живут они в очень ветхой и маленькой двухкомнатной квартирке, давно не видевшей ремонта. Противнее всего Ире вспоминать крыс, иногда выскакивающих из щелей в полу. Папу своего Ирина не помнит, он оставил семью, когда братику было года три. Собственно говоря, с того времени и начала попивать мама, потом она потеряла работу... С детства Ирина мечтала «вырасти и все исправить». Она думала, что будет работать и хорошо зарабатывать, сделает ремонт, купит бабушке необходимые лекарства. Надеялась, что мама бросит пить и снова начнет работать, братишка тоже «возьмется за ум». И все будет хорошо.

Сначала у Ирины все получалось. Она закончила школу без троек. В маленьком городке, где жила девушка, учиться дальше было негде, и Ира решила поехать в Екатеринбург: поступить в институт (или для начала - в техникум, а потом все равно в институт). Учиться и обязательно работать.

Стать самостоятельной и начать понемногу помогать семье. Удерживало одно: Ира влюбилась. Он был старше девушки на 7 лет, разведен. Не пил (это было особенно важно!). Дарил цветы, иногда водил в кино. Своего жилья у парня не было. Жил с родителями.

Ирины «идеи о будущей жизни» он, мягко говоря, не поддерживал. Зачем уезжать, зачем учиться? Вполне можно устроиться торговать в киоске (возьмут без всяких там дипломов), ну и жить себе потихонечку.

Решение далось Ире тяжело, но выбирая между мечтой и любовью, она все-таки выбрала первую. Собрала вещи и уехала в город. Честно говоря, поступать просто испугалась. Решила сначала «оглядеться». Устроилась на работу, сняла жилье, много работала, старалась на всем экономить. Деньги даже получалось понемногу откладывать. В свободное время доставала школьные конспекты и занималась по ним, стараясь подготовиться к предстоящему поступлению в техникум (на институт решила сразу не замахиваться). Все, казалось, шло по намеченному плану, пока однажды из родного городка не нагрянул с цветами бывший жених. Сказал, что любит, что не может без Иры жить, что готов терпеть все ее «капризы» (типа института) и поехать за ней хоть на край света.

Сердце девушки оттаяло, она согласилась на предложение руки и сердца, молодые расписались и зажили первое время счастливо. Сняли маленькую комнату в пригороде. На работу посменно ездили в Екатеринбург. Весной Ира планировала поступать в техникум. Денег сначала хватало. Взяли в кредит мебель, холодильник и телевизор. Потом муж сообщил, что на работе проблемы и денег теперь будут платить меньше. Ира сказала, что они «прорвутся» и нашла себе еще работу. Зарплата мужа продолжала уменьшаться, пока однажды женщина не узнала, что большую часть заработанных денег муж оставляет в зале игровых автоматов. Не было никаких проблем на работе, ее муж оказался игроманом. Не помогли уговоры, угрозы расстаться. Супруг продолжал регулярно проигрывать семейные деньги в автоматах.

О беременности Ира узнала, когда была уже на грани развода. И осталась. Потому, что считала, что у ребенка должен быть отец. Но будущий отец так не считал, на известие о беременности жены он отреагировал агрессивно, кричал, требовал сделать аборт. Потом собрал вещи и ушел из дома. На два дня. Потом вернулся и сказал, что передумал и «пусть будет». Так и потекла Ирина семейная жизнь, похожая на американские горки: день спокойно, на другой - скандалы и оскорбления. Потом начались госпитализации «на сохранение». В больнице муж посещал Иру нерегулярно, и каждый раз выписываясь, он не знала, пустит ли он ее домой.

После очередного скандала, женщина решила, что так продолжаться не может и стала искать людей, к которым можно обратиться за помощью. В большинстве организаций ей предлагали «психологическую поддержку».

Безусловно, это было очень полезно, но сейчас она нуждалась в детских вещах, продуктах и в любой момент могла оказаться на улице. В конце концов, Ира вышла на «Аистенок». Созвонилась с руководителем, приехала к ней на консультацию. Обсудили, чем (вещи, кровать, одежда для самой беременной, продукты) можно помочь прямо сейчас. Почувствовав заботу, и немного успокоившись, Ирина согласилась на предложенную консультацию психолога. Речь шла о семейной ситуации, об отношениях с мужем и подготовке к рождению девочки. Ира приезжала на консультацию 3 раза, она отмечала, что стала спокойнее, лучше спит, старается больше отдыхать, бывать на свежем воздухе. Она сосредоточилась на предстоящем материнстве, с мужем пытается держать ровные отношения. Получается. Он как-то тоже стал спокойнее. Скандалы дома почти прекратились. Потом Ире стало сложно приезжать в город, и мы попрощались на некоторое время.

После рождения дочери, специалисты «Аистенка» позвонили Ирине, она была еще в роддоме, а на следующий день к выписке, привезли в областной город памперсы, коляску и средства по уходу, сказав, что раз в месяц будут привозить все сами, пока не подрастет ребенок и Ирина не сможет самостоятельно приезжать в «Аистенок». Ирина благодарила, потом сама звонила несколько раз. Девочка, все-таки родилась немного раньше срока и женщину волновали вопросы, связанные со здоровьем малышки. Насколько возможно – ее проконсультировали по телефонам, подсказали, куда можно обратиться. Организация помогла оплатить все медицинские анализы, затем лекарства, необходимые для ребенка, дочь Ирина записала на массаж, девочка отставала в развитии и даже не могла сидеть. Полезной оказалась и консультация специалиста по социальной работе и юриста. Еще несколько раз в организации собирали вещи и отвозили к Ирине. Казалось, ситуация в целом нормализовалась.

Пока через 10 месяцев Ирина не оказалась участницей выездного мероприятия для кризисных семей. Ира была с маленькой Настей на руках. Девочка ни на секунду не расставалась с мамой, боялась всех приближающихся людей. На попытку поговорить, поиграть с ней реагировала плачем. Ира выглядела очень уставшей и «задерганной». Она рассказала, что после рождения дочки семейная жизнь стала еще тяжелей. Все отложенные деньги ушли на лечение малышки, которая на самом деле не отпускает маму ни на шаг. Муж отказывается даже ненадолго оставаться с девочкой, и Ире приходится находиться с ребенком 24 часа в сутки. На ней остаются заботы о доме, муж часто ругает ее, если она не успевает вовремя прибраться или приготовить еду. Денег «на жизнь» он не дает. оплачивает съемную квартиру и считает, что «с него хватит». Девочка очень беспокойная, и мама Ира часто не успевает поесть и постоянно не высыпается. Еды тоже не хватает. Ира продолжает кормить девочку грудью. Самой большой ценностью выездного мероприятия для молодой мамы оказалась возможность выспаться на просторной кровати, поесть и принять душ. Ирина рассказала, что ее семейная жизнь похожа на ад, единственные

«хорошие дни» случаются, когда у мужа рабочие смены и он уезжает в город. Остальное время для нее проходит в скандалах и оскорблениях. Она ушла бы с ребенком от мужа, но ей некуда податься. Последнее время Иру очень беспокоит, что нервы могут не выдержать, и она может в запале убить супруга.

Ирина попросила дать ей возможность проживания на «кризисной квартире» «Аистенка». Был разработан план работы с Ириной в рамках проекта «кризисное жилье». Женщина переехала с дочкой в одну из комнат, квартиры, где проживало еще несколько мам с малышами. По условиям проживания женщины сами прибираются в квартире, по очереди готовят еду. Часть продуктов они покупают на свои деньги, часть им привозят из организации. Ирина продолжила начатую во время беременности работу с психологом. На еженедельных встречах специалист подсказывает Ире, как лучше общаться с дочкой, в какие игры и игрушки с ней играть. Иногда разговор не касается ребенка, речь идет о самой Ирине, ее отношениях с мужем, планах на дальнейшую жизнь. Беседы со специалистом вернули Иру к ее уже почти забытым планам и мечтам, девушка снова начала чувствовать интерес к жизни и веру в себя. Настя еще очень мала и не может надолго оставаться без мамы, но, словно заметив мамино нарастающее спокойствие и уверенность, девочка тоже стала спокойнее и общительнее. Она интересуется другими детьми и даже может на несколько часов остаться с другой мамой или социальным работником, пока мама Ира отлучается по делам (оформить документы или немного подработать). Хорошо, что недалеко находится детская поликлиника, и Ирина всегда может обратиться за помощью. Надо сказать, что Настя стала болеть гораздо реже, она лучше спит, много времени девочка с мамой проводит на прогулках.

Муж Ирины отпустил их спокойно, он не ищет встреч ни с женой, ни с ребенком. Ира тоже старается тему отношений с ним пока не поднимать, к разговору с отцом дочки она пока не готова, хотя понимает, что придется обсуждать много вопросов (очень надеется в этом на помощь психолога и юриста). Женщина осознанно «взяла передышку», чтобы восстановить свои силы и внутреннее спокойствие и наладить отношения с дочкой. Над этими задачами сейчас и работают Ирина и помогающие ей специалисты. История продолжается.....

Список литературы.

1. Назарова И. Адаптация и возможные модели мобильности сирот.
2. Мельников В.П., Холостова Е.И. История социальной работы в России: Учебное пособие.- 2-е изд.- М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2004. с. 344
3. Социальное положение и уровень жизни населения России. М.: Госкомстат России. 1998. С. 16.
4. Яблоков Н.В. Условия призрения детей в наших воспитательных домах. М., 1896, с. 69.
5. Нечаева А.М. Охрана детей-сирот в России. М., Дом. 1994. 169 с.
6. Максимов Е.Д. Начало государственного призрения в России. Трудовая помощь. С-Пг., 1900, № 1, с. 41.
7. Курдвановская Н.В., Кропива Е.Н., НОУ дополнительного образования взрослых «Центр Развития Семейный Форм Устройства Детей» Проект укрепления семьи «Вместе с мамой» Мурманск.
8. Энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза, И.А. Ефрона. Т. 7, кн. 13. Спб., 1892.
9. «В поисках решения» Бриттен С., Довбня С.В., Морозова Т.В.
10. Засецкий Н.А. О призрении незаконнорожденных детей и подкидышей вообще и, в частности, о земских воспитательных домах и о принципах, которые должны быть положены в основу их реорганизации. Казань. 1902, с.5.
11. «Наша Газета». Материалы В. Смертьевой, инспектора Государственной инспекции по охране памятников культуры; Юзефа Унзуле, главного хранитель Даугавпилсского краеведческого музея.
12. Джонатан Уоткинс, эксперт и консультант HealthProm, Великобритания
13. Л.В. Лазарева. Статья «Будем вместе». Сборник материалов «Отказные дети». Исследование проблемы, поиск путей решения. НП «Женская солидарность», Москва, с. 103
14. Бейкер К.Г. Система охраны психического здоровья в США // Вопросы психологии. — 1990, — № 6.
15. Е.И. Холостова Учебник «История социальной работы».
16. Материалы выпускной квалификационной работы «Потребности женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации, в социальной помощи».
17. Казили Ж.А., студентка 3 курса, научный руководитель Романова А.В. МГСУ Факультет социальной педагогики и психологии Курсовая работа по теме: «Природа раннего социального сиротства и его профилактика».
18. Консультанты: М. О. Дубровская, Мартина Ванденберг, директор программы Консорциум женских неправительственных организаций США – СНГ. Книга «Как создать кризисный центр», М., ПРЕСС-СОЛО, при поддержке независимого благотворительного центра помощи пережившим сексуальное насилие «СЕСТРЫ». Издание осуществлено при содействии Посольства Канады в Москве.

19. Л.И Смагина Сиротство как социальная проблема: Пособие для педагогов,
г. Минск, 1999 г.
- 20.Александрова А.Л. (Самара, Самарский государственный университет). Особенности использования нарративной терапии в работе с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации. // Психологическое и социально-педагогическое сопровождение детей и молодёжи: Материалы международной научной конференции (6-8 декабря 2005 г.): В 2-х т. Т.1. Ярославль: Изд-во ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, 2005. с.223, с.34-35.
21. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — М.: Социальное здоровье России, 1994.
22. Ахола Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия – СПб.: Изд-во «Речь» 2000. – 220 с.
- 23.Баркер Ф. Использование метафор в психотерапии. — Воронеж: НПО «Модек», 1995
24. Бейкер К.Г. Теория семейных систем М. Боуэна // Вопросы психологии. — 1991. — №6.
26. Бек А.и др.Когнитивная терапия депрессии: – СПб.: Питер, 2003. – 304.
27. Беккио Ж., Росси Э. Гипноз XXI века – М.: Нез. фирма «Класс», 2003–272 с.
28. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. — Л., 1992.
29. Блауберг И.В., Садовский В.Н., Годин Ю.Г. Системный подход в современной науке // Проблемы методологии системного исследования: Сборник. — М., 1970.
30. Бодалев А.А., Столин В.В. Соколова Е.Т., Спиваковская А.С., Шмелев А.Г., Варга А.Я., Бутенко Г.П., Новикова Е.В., Смехов В.А., Баженова О.В. Семья в психологической консультации. Опыт и проблемы психологического консультирования. — М.: Педагогика, 1989
31. Болстад Р., Хэмблетт М. НЛП в психотерапии. Пер. с англ. – СПб «Питер», 2003. – 240с.
32. Брутман В.И., Варга А.Я., Радионова М.С., Исупова О.Г. Девиантное материнское поведение (Опыт междисциплинарного анализа случая отказа от ребенка) Московский психотерапевтический журнал 1996, № 4(14), октябрь-декабрь. Психологический Институт им. Л.Г. Щукиной, стр.81–98.
35. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия //Основные направления современной психотерапии. — М.: Когито-Центр, 2000. — С. 180—224.
36. Витакер К., Бамберри В. Танцы с семьей. — М.: НФ «Класс», 1997
37. Василюк Ф. Пережить горе // О человеческом в человеке. М., 1991.
38. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Речь, 2002.
39. Гордеев М. Н. Классический и эриксоновский гипноз: Практическое руководство – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001 – 240 с.

40. Доморацкий В. А. Краткосрочные методы психотерапии / В. А. Доморацкий. – М.: Издательство Института психотерапии, 2007. – 221 с.
41. Зиновьева Н.О. Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации РЕЧЬ 2003,ББК88.8 3 63.
42. Изард К. Е. Эмоции человека / Пер. с англ. М.: Изд-во Московского университета, 1980. Гл. 12: Горе, страдание и депрессия. С. 251–289.
43. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 2002 – 364 с.
44. Квинтин Л. Состояние после психотравмы: психотерапия или превентивный подход? // Кризисные события и психологические проблемы человека / Под ред. Л. А. Пергаменщика. Минск: НИО, 1997. С. 183–188.
45. Кейд Б., О'Хэнлон В. Краткосрочная психотерапия. Методическое пособие для слушателей курса психотерапии. М., – 148 с.
46. Манухина Н.М. Созависимость глазами системного терапевта изд. "НФ Класс", 2011 год, 280с
47. «Кризисные события и психологические проблемы человека» под ред. Л. А. Пергаменщика (Минск: НИО, 1997. С. 170–182).
48. Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л. Готовность к материнству: выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. – 1994. -№ 5 –с. 27–38.
49. Крукович Е. И., Ромек В. Г. Кризисное вмешательство: Учеб.-метод. пособие / Е. И. Крукович, В. Г. Ромек. – Мн.: ЕГУ, 2003. – 92 с.
50. Ланцбург М.Е. Деятельность материнских центров по профилактике отказов от ребенка (на примере центра «Шармиран», Гренобль, Франция) // Электронный журнал Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. 2010. № 5.
51. Ланцбург М.Е. Психологическая служба поддержки беременных женщин и молодых родителей // «Психологическая наука и образование». 2004. № 3.
52. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
53. Левин, П.А. Пробуждение тигра—исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания: [пер. с англ.] / Питер А. Левин, Энн Фредерик; науч. ред. Е.С. Мазур. — М: АСТ, 2007. — 316.
54. Линдемманн Э. Клиника острого горя / Пер. с англ. // Психология эмоций. М.: Изд-во Московского университета, 1984. С. 212–219
55. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. М.: Смысл, 2002.
56. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
57. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. М.: Смысл, 2001. Глава 21: Суицидальное поведение. С. 288–378.
58. Мягер В.К. Мишина Т.М. Семейная психотерапия: Руководство по психотерапии. — Л.: Медицина, 1979.

59. Набиуллина Р.Р., Тухтарова. И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция. Учебное пособие. Казань, 2003
60. Нардонэ Дж., Вацлавик П. Искусство быстрых изменений: Краткосрочная стратегическая терапия. – М.: Изд. Ин-та психотерапии, 2006. – 192 с.
- Основные направления современной психотерапии / Ред. А. М. Боровиков – М.: Когито- Центр, 2000.– 379 с.
61. Норвуд Р. Женщины, которые любят слишком сильно. Хорошая книга 2010 г. 352 с.
62. Оудсхоорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. Приложение к журналу “Социальная и клиническая психиатрия” — М., 1993.
63. Перре М., Бауман У. (ред.). Клиническая психология. СПб: Питер-Пресс, 2002.
64. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Пособие для специалистов в области психотерапии и психологии. – СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 384 с.
65. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. 2-е издание. – СПб, 2000.- 752 с.
66. Ричардсон Р. Сила семейных уз. Руководство по психотерапии в помощь семье. — СПб: Акцидент; Ленато, 1994.
67. Ромек В. Г. Модели поведенческого анализа // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 72–87.
68. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия М.: Академия, 2002. С. 27–31
69. Сноу Д.-Д. Семейная терапия как метод социальной работы // Теория и практика социальной работы. Т. 1. — Москва — Тула, 1993.
70. Соколова Е.Т. Влияние на самооценку нарушений эмоциональных контактов между родителями и ребенком и формирование аномалий личности. — М., 1981.
71. Спиваковская А.С., Черников А.В., Мясникова С.Н., Теперик Р.Ф. Модели социально-психологических тренингов для обеспечения эффективного контакта в работе с семьей // Проблемы семьи и семейной политики. Вып. 3. — НИИ семьи, Министерство социальной защиты населения РФ, 1993. — С. 142—159.
72. Стефенсон Дж. М. Случай тяжелой утраты // Перспективы социальной психологии. Пер. с англ. М.: ЭКСМО, 2001. Часть V. Гл.18: Прикладная социальная психология. С. 590–593.
73. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. С. 16–75.
74. М.Уайт. Карты нарративной практики. Введение в нарративную терапию. Генезис 2010 326 с.
75. Уолен С., Дигуссеп Р., Весслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия. – М., Ин-т. Гуманитарных знаний, 1997. – 257 с.
76. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 240 с.

77. Фориндер У., Попельфельдт Л. Работа с детьми и подростками, лишившимися близких // Кризисные события и психологические проблемы человека / Под ред. Л. А. Пергаменщика. Минск: НИО, 1997. С. 170–182.
78. Фориндер У., Попельфельд Л. Дети и горе // Психалогія. 1998. № 1.
79. С. Фрайберг Призраки в детской: психоаналитический подход к проблемам нарушенных отношений матери и младенца (Журнал практической психологии и психоанализа №4 2002).
80. Хааз Э. Ритуалы прощания // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 1.
81. Хейли Дж. Необычная психотерапия. Психотерапевтические техники Милтона Эриксона. — СПб, 1995.
82. Хеллер С., Ли Стил Т. Монстры и волшебные палочки. — Киев, 1995.
83. Хоментаскас Т. Использование детского рисунка для исследования внутрисемейных отношений // Вопросы психологии. — 1986. — №1.
84. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза // Психоанализ и культура. М.: Юристъ, 1995.
85. Цзен Р. В., Пахомов Ю. В. Психотренинг: Игры и упражнения. М.: ФиС, 1988.
86. Черепанова Е. М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку. М., 1997. Глава 4: Психология горя. С. 38–59.
87. Черников А.В. 89 Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. — Изд. 3-е, испр. и доп. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. — 208 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 97).
89. Черников А.В. Генограмма и категории анализа семейной истории // Психологическая консультация. Научно-популярный журнал. Вып.1. — М., 1998. — С. 109—125.
90. Черников А.В. Системная семейная терапия // Методы современной психотерапии: Учебное пособие. — М.: НФ «Класс», 2001.— С. 13—51.
91. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры. — М.: Нез. фирма «Класс», 1998. — 496 с.
92. Э.Г. Эйдемиллер. Системная семейная психотерапия - СПб.: Питер, 2002. — 368 с.
93. Шерман Р. Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии. — М.: НФ «Класс», 1997.
94. Шутценбергер А. Драма смертельно больного человека // Психодрама: вдохновение и техника. М.: НФ «Класс», 1997
95. Шутценбергер А. Психогенеалогия. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2010. - 224с.
96. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. — М. — СПб: Фолиум, 1996.
97. Эллис А., Ландж А. Не давите мне на психику. СПб: Питер Пресс, 1997.
98. Юнссон Л., Бернлер Г. Теория социально-психологической работы. — М., 1992.

99. Bertold Ulsamer. Trauma Work and Family Constellations: Irreconcilable or Complementary? («The Knowing field» № 5 2004)
100. Исупова, О.Г. Отказ от новорожденного и репродуктивные права женщины / О.Г. Исупова // Социологические исследования. - 2002. - №11. - С. 92
101. Коваленко Ю. Б. Психиатрические аспекты профилактики патологии у детей, родившихся недоношенными // Социальная и клиническая психиатрия. 1992.С.79—81.
102. Копыл О. А., Баз Л. Л., Баженова О. В. Готовность к материнству, выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка//Синапс. 1993. №4. С.35-42.
103. Лангмайер И., Мотейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. М.:Авиценум,1984.
104. Население России // Ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого, 1993.
105. Панкратова М.Г. Брутман В.И. Ениколопов С.Н. Некоторые результаты социологического и психологического обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей. Источник: Вопросы психологии, 1994, № 5. <http://childpsy.ru/lib/articles/id/9585.php>.