

Кризисные центры для женщин с детьми в России: возможности и ограничения модели помощи

Исследование проведено БФ «Культура
благотворительности» в партнерстве с МОО «Аистенок»
при финансовой поддержке БФ «Абсолют-Помощь»

Автор исследования — **Юлия Ходорова**,
директор БФ «Культура благотворительности»

Консультант исследования — **Ирина Ерза**,
руководитель благотворительных программ
БФ «Культура благотворительности»



Абсолют-Помощь
благотворительный фонд

Москва, октябрь 2026 г.

Оглавление

Краткое содержание

От авторов

Раздел 1. Кризисные центры в России

Раздел 2. Типы ситуаций уязвимости клиенток КЦ

Раздел 3. Ограничение возможностей КЦ: ситуации непреодоленной уязвимости

Раздел 4. Скрининг на входе в помощь КЦ

Раздел 5. Экосистема помощи вокруг кризисных центров

Раздел 6. Маршруты помощи и самоограничение работы КЦ

Приложение 1. Скрининг на входе в помощь

Приложение 2. Маршруты помощи

Приложение 3. Список участников фокус групп, благодарности

Приложение 4. Список источников

Краткое содержание

Это исследование направлено на привлечение внимания специалистов социальной сферы, благотворительных организаций и доноров к теме помощи женщинам с детьми в уязвимых ситуациях и важной роли кризисных центров в этом контексте.

Исследование кризисных центров для женщин с детьми проведено БФ «Культура благотворительности» в партнерстве с МОО «Аистенок» при поддержке БФ «Абсолют-Помощь» в 2025–2026 годах. В исследовании приняли участие 52 кризисных центра (далее КЦ) из 35 регионов России.

Цель исследования — проанализировать существующие модели помощи женщинам с детьми в кризисных центрах и понять, в каких ситуациях помощь КЦ приводит к устойчивому выходу из кризиса, а в каких оказывается недостаточной.

Исследование поможет руководителям и специалистам кризисных центров своевременно определять глубину и характер уязвимости, выбирать реалистичные маршруты помощи, учитывать ограничения собственной модели и выстраивать эффективное взаимодействие с другими помогающими организациями.

Типы кризисных центров

Кризисные центры для женщин с детьми играют важную роль в профилактике семейного неблагополучия и социального сиротства, прекращении насилия и сохранении детей в семье. Они предоставляют женщинам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, временное безопасное проживание, психологическую, юридическую и социальную помощь, содействуют восстановлению документов, оформлению пособий, трудоустройству и поиску жилья. Для многих женщин КЦ становится единственной возможностью преодолеть острый кризис, не разлучаясь с ребенком.

По данным МОО «Аистенок», **более чем в 50 регионах России действует около 200 организаций, имеющих приюты для женщин с детьми**¹. При этом кризисные центры существенно различаются по организационной форме, условиям приема, доступным ресурсам и продолжительности сопровождения. Большинство КЦ для женщин в России созданы некоммерческими организациями. В последние годы создаются государственные и муниципальные кризисные центры в регионах. Также приюты для женщин с детьми работают в религиозных организациях.

КЦ обеспечивает женщине и ребенку безопасность, передышку, решение срочных правовых и бытовых вопросов и начало самостоятельной жизни. В большинстве центров сформировался базовый стандарт помощи: психологические консультации доступны в 99% КЦ, оформление документов и выплат — в 96%, гуманитарная поддержка — в 93%, юридическое сопровождение — в 92%. Помощь с трудоустройством оказывают 85%, постсопровождение — 73%. *В Разделе 1 «Кризисные центры в России» подробно описаны особенности различных типов кризисных центров.*

Типы ситуаций уязвимости

¹ МОО «Аистенок». Сборник контактов кризисных центров и приютов для женщин с детьми в Российской Федерации.

В кризисные центры часто обращаются женщины с длительным опытом социального неблагополучия, циклического насилия, сиротства, зависимостей, психических и когнитивных нарушений. В 61% КЦ женщины в ситуации циклического насилия и созависимости составляют не менее четверти клиенток; в 44% КЦ такую же долю составляют женщины с сиротским опытом. В Разделе 2 «Типы ситуаций уязвимости клиенток КЦ» описаны типы кризисных ситуаций, которые наиболее часто встречаются в работе кризисных центров.

Ограничение помощи кризисных центров

По самооценке специалистов, в большинстве ситуаций помощь кризисного центра помогает женщинам преодолеть кризис, и только в 10% случаев это сделать не удастся. Нередко несколько факторов уязвимости сочетаются, усиливая друг друга, и в таких ситуациях помочь женщине преодолеть кризис силами специалистов кризисных центров очень сложно или невозможно. Лишь 27% КЦ могут предложить длительную психотерапию; отдельное жилье для семьи доступно примерно в 11% КЦ, сопровождаемое проживание для женщин с инвалидностью — в 5%. Большие сложности КЦ испытывают в организации диагностики и предоставлении помощи при психиатрических заболеваниях, зависимостях. Важно, чтобы руководители кризисных центров адекватно осознавали ограничения помощи и не ожидали сверх результатов в сложных случаях. Ограничения и потребности кризисных центров описаны в Разделе 3 «Ограничение возможностей КЦ: ситуации непреодоленной уязвимости».

Скрининг на входе в систему помощи

Глубинные причины кризиса часто выявляются с опозданием. На входе в кризисный центр обычно проводится диагностика случая, чтобы оценить ситуацию женщины и составить индивидуальный маршрут помощи. Чаще всего при первичной оценке выявляются угрозы и риски, требования к безопасности, ситуации насилия. Но историю прежних обращений и психиатрические/ментальные особенности, родительские навыки и другие важные факты оценивают менее половины опрошенных кризисных центров. Только 18% КЦ отметили, что могут оценить свои ограничения по помощи женщинам при первой беседе, большинство это понимает в период от недели до месяца проживания. Запоздалая оценка приводит к неожиданным ситуациям в процессе работы с женщиной, к отсутствию прогресса, сложным отношениям с сотрудниками, с другими проживающими, и к выгоранию специалистов.

В результате исследования был предложен методический материал «Скрининг на входе в КЦ», который включает три этапа диагностики и содержит подробные вопросы для каждого из них. Скрининг призван помочь специалистам точнее определять исходную ситуацию и выбирать более верный маршрут помощи, а в некоторых случаях быстрее понимать, что помощи кризисного центра будет недостаточно. Скрининг представлен в Приложении 1.

Экосистема помощи

При отсутствии результата для женщины специалисты кризисных центров чаще усиливают уже имеющуюся помощь, чем ищут новые маршруты или обращаются к партнерам. Когда ситуация не меняется, 75% КЦ усиливают контроль выполнения индивидуального плана, 67% продлевают проживание, 66% усиливают психологическое сопровождение, 65% подключают внешних специалистов. Значительно реже центры направляют женщин в государственные учреждения (26%) или к НКО-партнерам (24%). Такая стратегия увеличивает риск перегрузки команды, не открывая при этом доступа к дополнительной специализированной помощи.

Регулярные связи с государственными и медицинскими учреждениями имеют более 73% КЦ, с другими центрами своего региона сотрудничают 52%, в других регионах — 19%. С профильными НКО взаимодействуют только 38%, с организациями по домашнему насилию — 11%. Партнерства

чаще обеспечивают вещевую помощь (55%), гораздо реже получается организовать сопровождаемое проживание, постсопровождение (23%) или психологическую помощь женщинам и детям (18,9%).

В сложных случаях нужны работающие маршруты между кризисным центром, психиатрическими и наркологическими службами, соцзащитой, опекой, НКО, организациями сопровождаемого проживания и поддерживающими сообществами. Раздел 5 «Экосистема помощи вокруг кризисных центров» описывает проблему взаимодействий с другими помогающими организациями.

Маршруты помощи

Для повышения эффективности работы КЦ важно определить, какой результат реально достичь силами КЦ, а когда нужно привлекать партнеров, где важно вовремя остановиться в оказании помощи, поменять формат помощи и пр. Успехом может быть не только полный выход из кризиса, но и решение одной критической проблемы, снижение риска для ребенка, начало лечения или безопасная передача в долгосрочное сопровождение. В Разделе 6 «Маршруты помощи и самоограничения в работе КЦ» описаны подходы к определению того, что помощи достаточно, или что необходимо сократить или изменить маршрут помощи.

Повышение результативности КЦ связано не с бесконечным расширением функций каждого центра, а с ранним распознаванием глубины уязвимости, реалистичными индивидуальными маршрутами и признанием границ собственной модели. КЦ остается точкой входа в систему помощи, но устойчивость результата обеспечивает доступная последующая помощь и партнерская экосистема.

По итогам исследования совместно со специалистами были разработаны рекомендательные документы «Скрининг на входе в систему помощи» и «Маршруты помощи для женщин с разными типами и сочетаниями уязвимости», представленные в приложениях. Они позволяют согласовать доступный объем и продолжительность помощи, заранее определить ожидаемые изменения и условия завершения кризисного этапа. Инструменты адаптируются к модели центра, ресурсам, требованиям безопасности, партнерам и индивидуальной ситуации семьи.

Заключительные выводы

Благодаря усилиям ряда некоммерческих организаций методы работы кризисных центров постоянно совершенствуются и стандартизируются. Руководители объединены в профессиональное сообщество, регулярно силами МОО «Аистенок» проводится всероссийская конференция кризисных центров, публикуются исследования, методические материалы. В этой сфере работают профессиональные психологи, социальные работники и пр.

В исследовании подчеркивается ценность кризисных центров для помощи женщинам в сложной ситуации, описываются потребности кризисных центров. Сегодня КЦ нуждаются в расширении штата узких специалистов – психотерапевтов, которые умеют работать с травмой, ПТСР, сложными случаями. Также необходимо развивать супервизии для специалистов, повышать профессионализм психологов. Выстраивание связей с другими помогающими организациями в своих городах - еще одна важная задача для повышения устойчивости результатов кризисных центров.

От авторов



Помощь женщинам и детям в кризисных ситуациях всегда актуальна, и развитие кризисных центров необходимо и востребовано. Благодаря их работе дети остаются с мамой, женщины обретаю опору и преодолевают кризис, останавливается насилие в семье.

Кризисные центры и организации, помогающие женщинам с детьми, выглядят профессиональным и объединенным сегментом некоммерческих организаций в России. Количество кризисных центров в стране растет благодаря усилиям энтузиастов, лидеров и профессионалов. Созданы методические материалы по работе со случаем, регулярно проводятся исследования эффективности методов работы, опубликованы рекомендации по организации работы кризисных центров, много лет формируется сообщество, проводится межрегиональная конференция, налажено обучение, обмен опытом.

Несмотря на все усилия, в практике каждого центра есть случаи, когда помощи кризисных центров оказывается недостаточно и женщина не преодолевает кризис. Для изменений иногда нужно гораздо больше усилий и времени, чем располагает кризисный центр, а иногда они вообще не возможны. Мне стало интересно, как можно выстроить работу кризисных центров, чтобы усилия распределялись более эффективно, не тратились на ситуации, в которых невозможно помочь, и к случаю привлекалась помощь других помогающих организаций.

Мы исследовали практику кризисных центров в работе с такими ситуациями, выявили определенные возможности. Например, предложили более детальный скрининг на входе в систему помощи, а также критерии самоограничения маршрута помощи и формулирования более реалистичных результатов.

Я надеюсь, что этот материал поможет специалистам и руководителям иначе взглянуть на роль своего кризисного центра и раньше ограничивать маршрут помощи, развивать экосистему помощи.

Для донорских организаций и частных лиц исследование может стать ориентиром в этой социальной проблематике.

Юлия Ходорова, директор БФ «Культура благотворительности»



Мы благодарны всем участникам исследования. Было очень интересно углубиться в тонкости работы кризисных центров и одновременно увидеть целостную картину помощи в этой сфере. Особенно впечатлила активность специалистов и руководителей хорошо проработанных, устойчивых практик. Они осмысливают нюансы, ищут пути улучшения своих моделей, готовы делиться с теми, кто в начале пути.

Кризисный центр - модель ресурсоемкая. Важно понять ее границы и способы коррективки, отточить методы, чтобы отвечать на сложные потребности клиенток и при этом сберечь специалистов для тех, кому реально можно помочь. Думаю, что результаты исследования будут в этом полезны.

Ирина Ерза, руководитель программ в БФ «Культура благотворительности»



Наша организация выстраивала долгую системную комплексную работу с семьями по профилактике социального сиротства, наращивая спектр доступных услуг, необходимых семьям для выхода из кризиса, повышения качества жизни и сохранения ребенка в родной семье. Мы с уверенностью можем сказать, что кризисные центры временного проживания для женщин с детьми являются одним из ключевых ресурсов любого региона и примером успешной, эффективной практики по снижению показателей социального сиротства и семейного неблагополучия. У большинства благополучателей кризисных центров происходят значимые изменения в жизни, успешно проходят процессы реабилитации и социализации, получается преодолеть кризис и выйти в самостоятельную жизнь.

Однако, имеется доля женщин (предположительно от 10 до 15%), которые, получив весь спектр помощи, не пользуются услугами, не задействуют предоставленные им возможности; не могут преодолеть кризис, не социализируются, иногда попадают еще в более сложные ситуации или вновь возвращаются в кризисные центры.

Это наблюдается у женщин с психологической незрелостью, инфантильностью, распространенной иждивенческой позицией, выпускниц интернатов, женщин, имеющих созависимые отношения, долгое время проживающих в деструктивных семьях и пр. Специалисты пришли к выводу, что для них необходим другой маршрут помощи, скрининг на входе в систему помощи и усиленная поддержка на выходе. На данный период у кризисных центров нет единого подхода, как нужно адаптировать модель помощи под разные ситуации благополучательниц, что влияет на эффективность работы центров, снижает мотивацию специалистов, может приводить к эмоциональному выгоранию и даже ухода из профессии. Эта проблема часто обсуждается на профильных конференциях и достаточно актуальна для большинства кризисных центров нашей страны.

Надеемся, что представленные результаты исследования, позволят на ранних этапах адаптировать помощь, повысить эффективность использования ресурсов, будут способствовать снижению уровня уязвимости и устойчивости социальных результатов для данной категории групп благополучателей.

Искренне благодарим всех коллег за активное участие в исследовании и приверженность теме. Наша сила – в профессиональном сообществе специалистов организаций, имеющих в составе кризисные отделения временного проживания для женщин с детьми, Мы все - огромный неисчерпаемый ресурс друг для друга.

Выражаем глубокую признательность БФ «Абсолют-Помощь», который активно поддерживает лучшие практики работы в сфере профилактики социального сиротства и содействует продвижению темы кризисных центров временного проживания для женщин с детьми.

Лариса Лазарева, президент Межрегиональной общественной организации по содействию семьям в трудной жизненной ситуации «Аистенок»

Об исследовании кризисных центров

Об исследовании

Исследование проведено БФ «Культура благотворительности» в партнерстве МОО «Аистенок» при финансовой поддержке гранта БФ «Абсолют-Помощь» в 2025-2026 году.

Центральный вопрос исследования — в каких случаях стандартная модель помощи кризисных центров приводит к устойчивому выходу из кризиса, а в каких оказывается недостаточной и должна дополняться более длинным маршрутом: психотерапией, психиатрической или наркологической помощью, сопровождаемым проживанием, поддержкой детей, постсопровождением и партнерской экосистемой НКО и государственных служб.

Кризисные центры для женщин с детьми (далее КЦ) занимают важное место в системе профилактики семейного неблагополучия и социального сиротства. Они помогают женщине и ребенку выйти из острой фазы кризиса: получить безопасное место, восстановить документы и выплаты, снизить психологическое напряжение, получить юридическую, социальную и гуманитарную поддержку, выстроить первые шаги к самостоятельной жизни.

В большинстве КЦ возможности и ресурсы для оказания долгосрочной профессиональной помощи, необходимой в ситуациях особой комплексной или непреодолимой уязвимости, ограничены. Сотрудники и специалисты пытаются оказать всю возможную помощь женщине, семье, но в ряде случаев этих усилий оказывается недостаточно для преодоления кризисной ситуации. Чем глубже и длительнее ситуация уязвимости, тем больше усилий и ресурсов требуется для достижения прогресса. Результат часто зависит не только от качества работы самого КЦ, но и от наличия внешней экосистемы помощи женщине/семье. Такие ситуации приводят к выгоранию сотрудников, специалистов КЦ, вызывают сомнения в своих силах и фрустрацию в дальнейшей работе.

Исследование было сосредоточено на анализе пределов помощи текущей модели КЦ: какие случаи удастся стабилизировать силами КЦ, какие требуют усиленного сопровождения, а какие уже на входе нуждаются в маршрутизации за пределы стандартной помощи КЦ.

Цель исследования

Цель исследования — проанализировать существующие модели помощи женщинам с детьми в кризисных центрах и понять, в каких ситуациях помощь КЦ приводит к устойчивому выходу из кризиса, а в каких оказывается недостаточной.

Под устойчивым выходом из кризиса в исследовании понимается способность женщины сохранять безопасность для себя и ребенка, удерживать жилье и минимальный доход, пользоваться доступными социальными правами, заботиться о ребенке, обращаться за поддержкой.

Под ситуациями непреодоленной уязвимости понимаются случаи, в которых стандартный набор помощи центра не приводит к устойчивому результату из-за глубины и сочетания факторов: хронического неблагополучия, циклического насилия, зависимостей, психиатрических или когнитивных ограничений, слабой родительской функции, отсутствия поддерживающей среды или невозможности подключить внешнюю помощь.

Исследовательские вопросы

- Какие типы уязвимости клиенток чаще всего встречаются в практике КЦ?

- Почему часть женщин не достигает устойчивой социальной реабилитации, несмотря на проживание и сопровождение?
- Как на входе в КЦ распознать риск нерезультативности помощи, которую может предоставить КЦ?
- Какие маршруты помощи наиболее реалистичны для разных типов и сочетаний уязвимости?
- Какие элементы помощи должны оставаться внутри КЦ, а какие требуют привлечения партнерской экосистемы: государственных служб, медицинских учреждений, профильных НКО и постсопровождения?

Задачи исследования

№	Задача	Что анализировалось
1	Описать существующие виды помощи в КЦ	Какие услуги чаще всего оказывают КЦ: проживание, безопасность, документы, пособия, психологическая, юридическая, гуманитарная помощь, работа с детьми, трудоустройство.
2	Выделить типы уязвимости клиенток КЦ	Понять, какие группы клиенток обращаются в КЦ
3	Оценить входной скрининг и диагностику случая	Понять, какие риски КЦ видят при первом контакте, а какие проявляются только в первые дни или недели проживания.
4	Описать маршруты помощи	Выявить, какие услуги доступны внутри КЦ, а какие должны подключаться за пределами КЦ: психиатрия, наркология, длительная психотерапия, сопровождаемое проживание, помощь детям, постсопровождение.
5	Подготовить практические инструменты	Сформировать типологию уязвимости, подход к скринингу и матрицу маршрутов помощи для разных типов ситуаций.

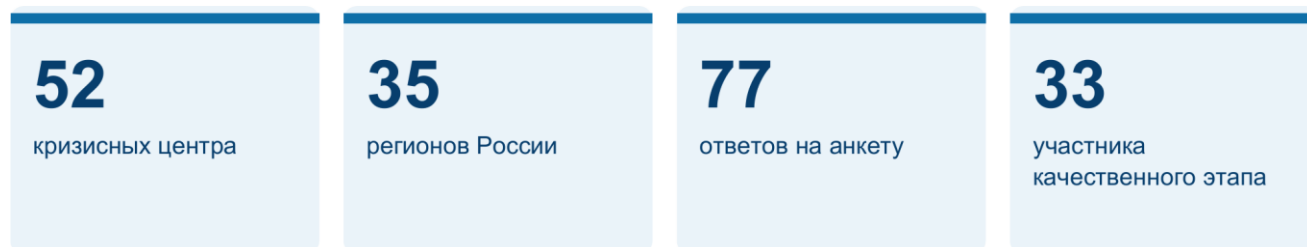
Методы и эмпирическая база

Исследование проводилось с использованием смешанных методов: качественные методы позволили понять реальные практики специалистов и руководителей КЦ, а количественное анкетирование — проверить, насколько выявленные проблемы распространены в разных центрах. Анализ был направлен на выявление соответствия между типом уязвимости, доступной помощью и реалистичным маршрутом выхода из кризиса.

Метод	Материалы
Анализ документов и публикаций	Опубликованные отчеты и методические материалы о работе КЦ, исследования МОО «Аистёнок» и других НКО.
Качественный этап	Фокус-группы и полуструктурированные интервью с руководителями и специалистами кризисных центров. В качественном этапе приняли участие 33 руководителя и специалиста КЦ.

Метод	Материалы
Анкетирование	Онлайн-анкета для руководителей и специалистов кризисных центров: 77 ответов, охват 52 кризисных центра из 35 регионов России.
Апробация методических материалов	По результатам исследования создан «Скрининг при поступлении в систему помощи» и «Маршруты помощи». Материалы были обсуждены с руководителями и специалистами КЦ. По результатам апробации было проведено анкетирование и групповое обсуждение.

Эмпирическая база исследования



Итогом исследования является набор практических инструментов для работы КЦ: типология уязвимости клиенток, входной скрининг, описание стандартной помощи центра, маршруты помощи для разных типов и сочетаний уязвимости, а также предложения по развитию партнерской экосистемы. В рамках работы по исследованию была проведена апробация разработанных методических материалов в КЦ. На основе применения на практике «Скрининг» и «Маршруты помощи» были скорректированы, адаптированы и предоставлены всем КЦ в России.

Раздел 1. Кризисные центры в России

По данным МОО «Аистенок», в более чем 50 регионах России работают около 200 организаций, имеющих в своей структуре приюты для женщин с детьми². Наиболее высокая концентрация КЦ наблюдается в Санкт-Петербурге, Свердловской и Челябинской областях, Москве, Новосибирской области.

1.1. Какими бывают кризисные центры

Большинство КЦ для женщин в России созданы некоммерческими организациями. В последние годы создаются государственные и муниципальные кризисные центры в регионах. В религиозных организациях работают также приюты для женщин с детьми.

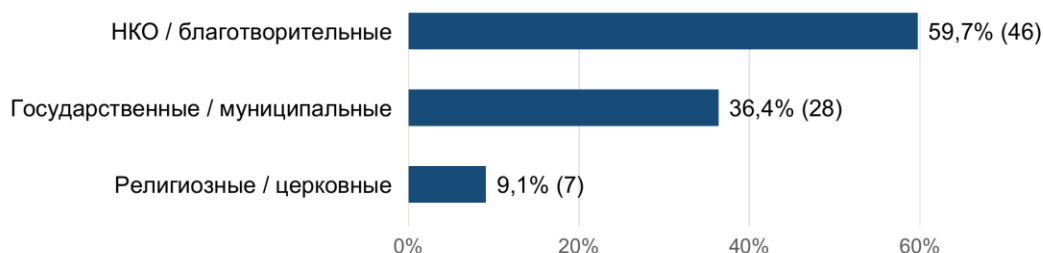
В нашем исследовании доля КЦ, созданных НКО, составляет **60%** (46 ответов), государственных и муниципальных организаций — **36%** (28 ответов), религиозных и церковных организаций — **9%** (7 ответов).

² МОО «Аистенок». Сборник контактов кризисных центров и приютов для женщин с детьми в Российской Федерации.

График 1.

Организационная форма центров

Расчетная база — 77 ответов



Тип КЦ	Сильные стороны	Типичные ограничения
Государственные/ муниципальные	Встроенность в систему соцзащиты, доступ к межведомственным каналам помощи, работа по регламентам и ИППСУ ³ , иногда большая вместимость.	Более жесткие правила приема, зависимость от процедур, сложнее гибко сопровождать нестандартные случаи, строгие ограничения срока пребывания и пр.
НКО/ благотворительные	Индивидуальные маршруты помощи, работа со случаем. Доступность для женщин почти в любой ситуации кризиса. Апробируют новые практики, подходы.	Ограниченные ресурсы, штат специалистов, количество мест. Часто нет устойчивого финансирования. Взаимодействие с государственными службами не стандартизировано, зависит от связей и договоренностей.
Религиозные/ церковные	Поддерживающее сообщество, волонтерские ресурсы, длительное включение женщины в среду помощи, ценностная и бытовая поддержка.	Не всегда есть полный профессиональный штат; возможны ограничения по формату приема и совместимости с потребностями разных клиенток. Иногда строгие правила и ограничения (например, запрет курения)

Различия между государственными, религиозными и частными (НКО) кризисными центрами связаны с тем, как устроены вход в помощь, правила проживания, доступ к внешним службам и возможность сопровождать женщину после выхода.

Государственные центры встроены в систему социального обслуживания, межведомственные связи, программы социальной поддержки, дневной стационар, патронаж после выхода. Государственные центры получают финансирование из бюджета, не занимаются фандрайзингом и могут обеспечить необходимый стандарт помощи в рамках своих регламентов. Они предъявляют больше требований при поступлении – регистрация по месту жительства, медицинские справки и другие документы. Время пребывания может быть ограничено 3-6 месяцами (48% участников исследования), количество консультаций и объем помощи также ограничен и регламентирован. «До 10 дней у нас временное пребывание, без регистрации местной, без всего. Дальше мы уже, как

³ ИППСУ — это индивидуальная программа предоставления социальных услуг, государственный документ, который определяет виды, объем и условия оказания бесплатной или частично оплачиваемой помощи гражданам, нуждающимся в социальной поддержке.

государственное учреждение принимаем только тех, кто с местной регистрацией, и программу, соответственно, могут получить только женщины с регистрацией».

«У нас обязательно есть медицинский осмотр. На его уже основании, если какие-то психиатрические сложности, то, конечно, мы перенаправляем далее».

Частные центры (созданные фондами, НКО) более гибкие и работают индивидуально «со случаем». Порог входа в помощь у них менее формализован: могут принимать женщин без регистрации, гражданства или полного пакета документов, а также молодых несовершеннолетних мам, женщин с инвалидностью, подозрением на психические заболевания. Срок проживания здесь дольше, чем в государственных – большинство (58%) предоставляют до года и более. НКО стремятся никому не отказывать в помощи, но при этом они ограничены в ресурсах, постоянно заботятся о привлечении финансирования, часто арендуют квартиры и дома для размещения. При этом они имеют возможность привлекать волонтеров, юристов, врачей, другие НКО, государственные структуры. Но это результат собственных усилий, связей и договоренностей.

«Поскольку у нас нет требования про регистрацию, гражданство, наличие документов, здесь часто связаны вопросы с оформлением пособий, восстановлением документов. Если есть у женщин какая-то задача, мы будем искать под задачу волонтеров, сотрудников, взаимодействия».

Источник: фокус-группы с руководителям КЦ.

«У нас нет такого, что нам позвонила женщина, а мы скажем - вы нам не подходите. Если мы не можем им помочь, мы всегда перенаправляем. Если у нас нет места, если мы не сможем помочь – перенаправляем в другие центры».

Источник: фокус-группы с КЦ.

«Мы в своих центрах не ограничиваем время проживания мамы каким-то категорическим, жестко обозначенным сроком... это зависит индивидуально от степени трудности каждой ситуации».

Источник: интервью с руководителем КЦ.

В частные центры попадают самые сложные случаи, которые не удерживаются в других форматах помощи. Иногда и государственные службы, центры направляют самых сложных клиенток в НКО.

«Одна клиентка, видимо, там себя начала проявлять - срывы, эмоции, конфликты, в том числе, и с сотрудниками. Они ее под благовидным предлогом к нам и отправили. Сказали, что у них нет условий, что там опека придирается, а вот вы же помогаете».

Источник: интервью с руководителем КЦ.

Религиозные центры часто располагаются на территории религиозной организации, храма, монастыря и естественным образом включают женщин в свое сообщество, мероприятия, повседневную жизнь. Проживающие в таких приютах женщины общаются с большим количеством других людей – служителями, прихожанами и пр. Таким образом, они могут обрести дополнительную поддержку, позитивный опыт общения, получить совет, выговориться и жить в поддерживающем сообществе. Это может быть особенно значимо для женщин в социальной изоляции, находящихся в зависимых отношениях, без родственников и устойчивого окружения.

«Создаётся такое очень позитивное, спокойное, относительно здоровое окружение, в которое женщина попадает в ситуации своего кризиса».

Источник: интервью с КЦ.

Специалисты при этом отмечают, что женщина попадает в религиозное сообщество и должна соблюдать правила и обряды, что может противоречить ее убеждениям. То есть сильная сторона религиозной модели — сообщество и длительная человеческая поддержка, но она требует аккуратного разделения помощи и религиозного влияния.

«Это большой ресурс однозначно, потому что куда-то влиться в другое сообщество, пусть даже пока церкви, всё равно гораздо лучше, чем одной остаться, когда тебе нет поддержки совсем, когда родные отказались».

Источник: интервью с КЦ.

В религиозном центре могут быть более строгие правила и ограничения поведения, например, запрет на курение. Это может стать препятствием к приему и получению экстренной помощи.

«Они не всегда могут принимать экстренно, пока не поговорят с батюшкой, пока он не даст благословение, они не берут. Если он скажет не брать, то женщина останется на улице. То есть нет такого сразу заселения экстренного».

Источник: интервью с КЦ.

Несмотря на различие моделей КЦ в России, в профессиональном сообществе сформировались стандарты помощи, которые доступны в КЦ разного типа. Стандарты помощи формируются специалистами КЦ, обсуждаются и описаны в методических материалах крупных КЦ. Лидерскую роль в развитии профессионального подхода и стандартов помощи КЦ играет МОО «Аистенок», который является ресурсным центром для КЦ в России.

1.2. Стандарт помощи кризисных центров

В большинстве КЦ сформировался определенный «стандарт помощи», который предоставляют почти все КЦ: безопасное проживание, психологическая помощь, оформление документов и выплат, гуманитарная помощь, юридическое сопровождение, помощь с детьми, трудоустройство и постсопровождение. Набор видов помощи подтверждается данными опроса руководителей КЦ.

Направление помощи	Что входит	Распространенность
Безопасное проживание	Временное размещение женщины с ребенком, снижение острой угрозы, передышка, режим и правила совместного проживания.	Проживание до 6 месяцев — у 68% КЦ; общий дом/квартира для нескольких семей - у 86%
Социальное сопровождение	Оформление документов, пособий и выплат, индивидуальный план, связь с соцзащитой и другими службами.	96% КЦ.
Психологическая помощь	Кризисная консультация, регулярные индивидуальные консультации, поддержка детей, работа с детско-родительскими отношениями.	Психологическое консультирование — 99% КЦ; помощь детям более ограничена.

Направление помощи	Что входит	Распространенность
Юридическая помощь	Алименты, развод, документы на жилье, защита прав матери и ребенка, сопровождение в органы и пр.	92% КЦ.
Гуманитарная и вещевая помощь	Продукты, одежда, средства гигиены, детские вещи, бытовые принадлежности.	93% КЦ.
Трудоустройство	Содействие занятости, помощь в поиске работы, с документами и пр.	85%
Помощь с детьми	Детский сад, школа, работа с детьми и ДРО.	Помощь с садом/школой — 88%; работа с детьми — 80%.
Постсопровождение	Консультации и сопровождение после выхода, связь со специалистами, помощь в удержании результата.	Сопровождение после выхода — 73% КЦ; длительность и глубина различаются.

Базовый набор услуг кризисных центров

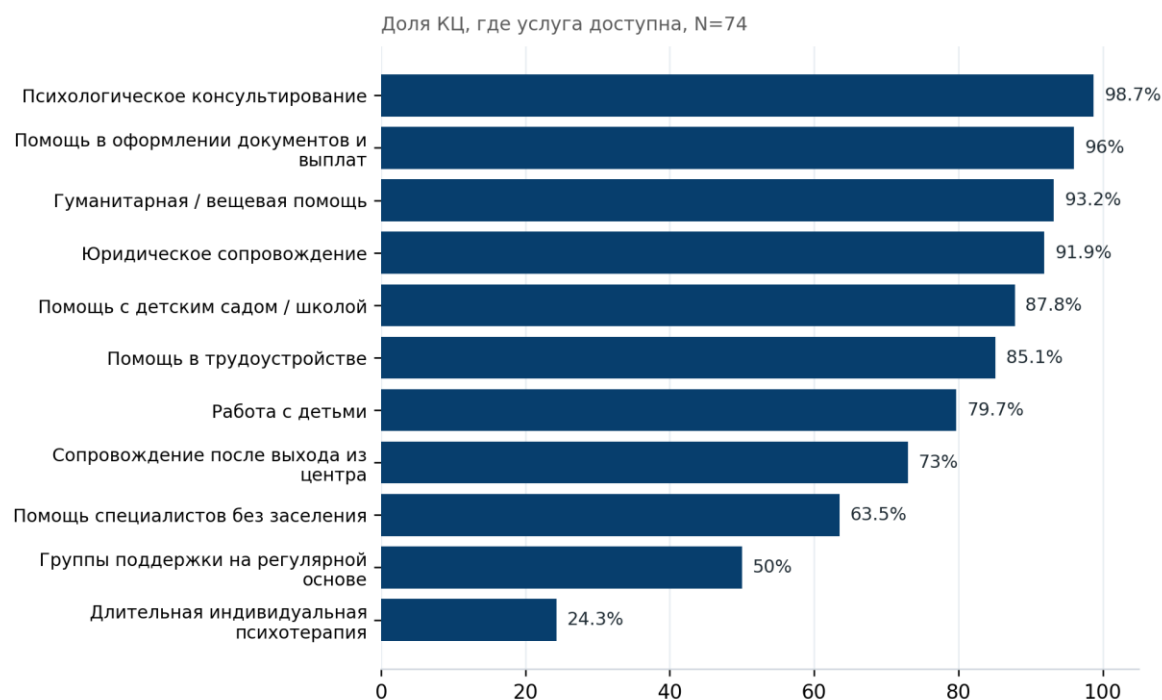


График 2. Услуги КЦ.

1.3. Форматы кризисного проживания

Типичный КЦ — это небольшой дом, квартира, социальная гостиница или отделение при государственном учреждении. Большинство центров (73%) могут одновременно разместить до 10 женщин без учета детей. Еще 16% рассчитаны на 11–20 женщин. Только 11% могут принять более

20 женщин одновременно и большее число детей. **89%** имеют вместимость не более 20 женщин (без учета детей).

Существуют и более крупные КЦ с широкими возможностями размещения клиенток. Государственные центры чаще имеют большую инфраструктуру, штат и формализованные маршруты сопровождения: например, тюменский центр «Семья» указывает 113 мест и штат 296 сотрудников, Санкт-Петербургский Кризисный центр помощи женщинам — 46 мест и 78 штатных единиц, Астраханский кризисный центр — 45 мест. Среди НКО заметны крупные центры АНО «Ты Не Одна» в Самаре - до 42 мест и возможность проживания до года-двух, а МОО «Аистенок» с 2003 года развивает комплексную модель помощи семьям с детьми и имеет в Екатеринбурге два дома и квартиру для 14 семей с детьми, БФ «Оберег» в Иркутске – до 70 человек (мамы с детьми). Среди религиозных центров примером крупной модели можно считать Католический Центр Каритас в Новосибирске, где указаны 10 взрослых и 25 детских мест и срок проживания до 1,5 лет.

График 3.

Форматы кризисного проживания



Источник: анкетирование в рамках исследования кризисных центров.

1.4. Результаты работы кризисных центров

По самооценке руководителей КЦ, в 70% случаев удается помочь женщине преодолеть кризисную ситуацию.

По данным анкетирования, КЦ в целом высоко оценивают результативность своей работы. Большинство КЦ указывают, что доля случаев, в которых кризис не удалось преодолеть силами центра, составляет **менее 10%**. **26%** оценивают долю таких случаев в диапазоне **11–25%**. Случаи, когда неуспешными оказываются более четверти обращений, встречаются значительно реже: **5%** центров указали диапазон **25% и более**. Таким образом, по самооценке КЦ, в большинстве случаев им удастся добиться как минимум базовой стабилизации ситуации семьи.

График 4.



98% КЦ уверены, что центр помогает женщине выстроить условия для устойчивой жизни после выхода: жилье, доход, документы, занятость и поддержку. **91%** респондентов согласны, что центр прежде всего предоставляет экстренную помощь и безопасное временное проживание. Наиболее эффективно КЦ помогают в ситуации острого кризиса, когда нужно прямо сейчас изменить ситуацию клиентки: обеспечить безопасности, временное проживание, помочь с документами, выплатами, юридическими вопросами, устройством детей, поиском работы и жилья.

«Какие показатели успеха? Ну, во-первых, создание такой безопасной атмосферы для семьи. Очень часто женщины, которые к нам попадают, они практически никогда в такой безопасности не жили... они привыкают к этим условиям и уже выходят отсюда и понимают, что вообще-то можно жить в этом мире по-другому, безопасно.»

Источник: фокус-группа с представителями кризисных центров.

Результат чаще всего оценивается через несколько признаков: женщина и ребенок находятся в безопасности; угроза насилия или немедленного изъятия ребенка снижена; у семьи есть реалистичный вариант проживания вне учреждения; оформлены документы и выплаты; есть доход или маршрут к занятости; решены вопросы с детским садом, школой, лечением; женщина включается в план сопровождения, выполняет рекомендации, взаимодействует со специалистами и не нарушает критически правила центра. При этом сохранение ребенка с матерью не может быть единственным критерием, поскольку в отдельных случаях разлучение может быть необходимо для защиты ребенка.

КЦ оказывают комплексную помощь для выхода из кризиса и добиваются значимых результатов. С каждой женщиной или семьей в кризисном центре работает команда специалистов: специалисты по социальной работе/администраторы (заселение, бытовые вопросы, сопровождение по соц.вопросам), психологи/психотерапевты (индивидуальные консультации, терапия, тренинги, группы взаимопомощи), юристы (консультации, сопровождение судебных процессов, защита прав).

Специалисты сообщают и об ограничениях КЦ для клиенток с сочетанием факторов уязвимости - для женщин с хронической уязвимостью, ментальными и психиатрическими нарушениями, зависимостями, отсутствием устойчивого жилья и дохода и пр. Поэтому критерии успешности для каждого случая формулируются индивидуально. Это создает сложности в самоопределении и самооценке работы КЦ, потому что далеко не все клиентки способны преодолеть кризис и вернуться

к полноценной жизни. Важно, чтобы КЦ осознавали свои возможности и ограничения в таких ситуациях и формулировали успех случая индивидуально, например, как решение одной из проблем или прогресс в решении проблемы за период, проведенный в КЦ.

Раздел 2. Типы ситуаций уязвимости клиенток КЦ

Женщины, которые обращаются за помощью в кризисные центры, находятся в разных типах уязвимых ситуаций. Несмотря на схожесть формальных оснований обращения: отсутствие жилья, семейный конфликт, насилие, беременность, - за ними могут стоять принципиально разные жизненные траектории и типы уязвимости.

Как отмечают специалисты, на этапе первичного обращения часто виден лишь «верхний слой» проблемы, а реальные причины кризиса становятся понятны только в процессе сопровождения:

«На входе мы видим одну историю — “мне некуда идти”, а через месяц понимаем, что там совсем другой масштаб проблем».

За одним и тем же поводом обращения может стоять как ситуативный сбой у относительно ресурсной женщины, так и многолетнее накопленное неблагополучие, включающее сиротский опыт, межпоколенческую травматизацию, зависимость, ментальные нарушения, отсутствие представлений о норме в отношениях и слабую способность к самостоятельному действию.

Поэтому доступные в КЦ инструменты помощи приводят к разным результатам в зависимости от глубины и природы уязвимости.

График 6.



2.1. Ситуационный (внезапный) кризис у ресурсных женщин

Относительно ресурсные женщины во временном кризисе составляют не менее четверти клиенток в 36% КЦ; в 18% КЦ их доля составляет 11–24%, в 39% — менее 10%.

К данному типу относятся женщины, которые до кризиса имели опору и устойчивость – жилье, работу, родственные и социальные связи, работоспособность, физическое и психическое здоровье. В интервью специалисты неоднократно подчёркивают, что эти женщины сами описывают происходящее как **резкий слом привычного уклада**, а не как продолжение долгого неблагополучия.

«Это не те, кто всю жизнь в кризисе. У них всё было нормально, и вдруг в один момент — всё рушится».

Типовые ситуации:

- внезапная агрессия со стороны партнёра, ранее не проявлявшего насилия
- потеря жилья вследствие мошенничества, пожара, военных действий
- недавно поставленный диагноз, тяжёлая болезнь или инвалидизация
- авария, потеря работоспособности
- экстренный разрыв отношений с мужем – муж ушел из семьи, попал в тюрьму и пр.
- рождение ребенка с проблемами здоровья, что потребовало бросить работу

В данном случае кризис является **ситуативным**, а не структурным, ресурсы самой женщины (личностные, социальные, когнитивные) сохранены. Женщины сохраняют представление о личных границах и безопасности, активную позицию в работе со специалистами, после преодоления стресса демонстрируют высокую мотивацию для выхода из кризиса. Обычно они сохраняют устойчивые социальные связи – родственники, друзья, работодатель, которые готовы им оказать поддержку. У этой группы высокие шансы в короткие сроки справиться с кризисом.

«Они очень быстро включаются: спрашивают, что делать, какие шаги, какие документы нужны».

2.2. Домашнее насилие

Женщины в ситуации циклического насилия и созависимых отношений составляют не менее четверти клиенток в 61% КЦ: в 35% КЦ — 25–49%, в 26% — 50% и более. Еще 22% КЦ оценивают долю этой группы в 11–24%, 13% — менее 10%.

Специалисты различают ситуации разового или внезапного насилия, и длительное циклическое насилие, созависимые отношения, продолжающиеся годами. В случае внезапного насилия при сохранении внутренних и внешних ресурсов у женщины, сценарии выхода из кризиса позитивные и краткосрочные.

Исключение составляют случаи насилия в семьях, где у мужчины изменилась жизненная ситуация, и насилие из внезапного становится систематическим. Например, так происходит с участниками

СВО, возвращающимися в отпуск или демобилизованными. В таких семьях ранее не было насилия и агрессии, но в связи с последствиями участия в боевых действиях, ПТСР мужчины создают кризисы в семье. Для женщины это первый травмирующий опыт, и сценарии дальнейшего выхода из кризиса зависят от очень многих причин и решений.

Второй тип ситуаций – это цикличное насилие и созависимые отношения. Именно хроническое насилие оказывается одной из наиболее сложных форм уязвимости. В этом случае кризис включает в себя психологическую травму, зависимость, истощение, снижение самооценки и размывание представлений о допустимом.

В этих случаях кризис сменяется перемирием, перемирие – снова насилием, ситуации повторяются, но партнеры не готовы принимать радикальных решений. Женщина находится в ситуации психологической травмы, стресса и зависимости, обычно внутренних ресурсов для выхода из кризиса не хватает даже при помощи специалистов. Позиция «жертвы» глубоко укоренилась в сознании женщины, часто опыт насилия, неблагополучия был пережит и в прошлом. Насилие может быть не только со стороны мужчины, но и в родительской семье (в том числе в этнических группах, где сильны патриархальные традиции).

«Есть женщины, которые реально бегут, чтобы спастись. А есть те, кто просто переживает».

«Она говорит: “Я всё понимаю”, но через пару месяцев возвращается туда же».

Специалисты в интервью подчёркивают, что кризисный центр помогает снизить остроту ситуации, успокоить, дать передохнуть, обеспечивает временную безопасность. Но обеспечить длительную терапию может далеко не каждый центр, даже при условии мотивации и готовности женщин к серьезной работе над собой.

«По сути дела, работа с созависимой моделью требует очень длительного времени, и вопрос, хотят ли они с этим трудиться или нет, потому что они будут без конца к нам по кругу возвращаться с новым сожителем, который их бьёт. Нужна готовность к изменению, готовность к работе. И вот здесь может быть так, что они не готовы».

Среди этой группы есть те, кто долго был в ситуации насилия, но уже принял решение изменить ситуацию и уйти от мужа-агрессора. В таком случае пребывание в центре помогает реализовать это решение.

«Есть мамы-жертвы насилия, которые находились в таких отношениях достаточно долго. Они очень долго терпели, их страх и нежелание продолжать эти отношения копились долгое время. Они давали своему супругу шанс ни один, ни два, может быть, много раз. Но в отличие от первой категории, они уже приняли это решение. Либо оно принято на момент обращения в центр, либо оно окончательно сформируется во время проживания в центре. Но они уже возвращаться к мужчине не будут».

2.3. Хроническое социальное неблагополучие (спиральное неблагополучие⁴)

⁴ Термин «спиральное неблагополучие» описан в исследовании «Спиральное неблагополучие: анализ межпоколенческого неблагополучия в семьях, маршрут, особенности, эффективные способы поддержки» представлено благотворительным фондом «Солнечный город» <https://pro.sgdeti.ru/metodicheskij-centr#isledovania>

В большей части КЦ (60%) доля женщин в ситуации хронического неблагополучия составляет 25-49%

Типичные причины:

- длительное отсутствие дохода
- нестабильные отношения
- повторяющиеся кризисы
- отсутствие поддержки
- опыт проживания в интернате
- кризис развивается постепенно, или женщина всю жизнь живет в кризисе
- проблемы накапливаются (бедность, конфликты, нестабильность)
- ресурсы ослаблены, понятие нормы размыто

Для этой группы кризис часто связан с длительным накоплением социальных и психологических трудностей. В интервью специалисты описывают случаи, когда женщине трудно самостоятельно планировать действия, удерживать договоренности и обеспечивать безопасный уход за ребенком без постоянной поддержки. Эти наблюдения относятся к отдельным случаям и не позволяют приписывать всей группе «отсутствие воли» или «отсутствие эмпатии». При оценке ситуации важно различать последствия травматического опыта, нехватку навыков, возможные когнитивные ограничения и конкретные риски для ребенка.

«Мы наблюдаем за ней, да, она недолжным образом выполняет свои родительские обязанности, она не понимает, что ребенка нельзя бросать одного, она может уйти из комнаты. Но в целом все равно какая-то у нее привязанность есть эмоциональная к ребенку».

«У них нет точки “до кризиса”. У них всегда так».

«Она вроде делает всё, что мы говорим, но как будто не присваивает это себе».

«Когда человек пассивен по жизни и ему нужно руководство бесконечное, то это, скорее всего, связано с какими-то ментальными все-таки небольшими ограничениями. Или когда у человека сформировалась такая позиция, что все должны, и человек может годами действительно, путешествовать по приютам. У нас была женщина... мы выяснили, что она 6 лет живет по приютам, и это, конечно, нарушение прав ребенка...»

Источник: интервью с руководителями КЦ.

Сиротский опыт и выпускницы интернатных учреждений

В 44% КЦ доля женщин с сиротским опытом составляет более 25%

Часто в ситуации хронического неблагополучия находятся женщины с опытом интернатного воспитания. Причина здесь заключается в отсутствии устойчивых моделей семьи, слабом развитии навыков самостоятельной жизни, дефиците доверительных связей и сочетании сиротского опыта с психологической незрелостью или когнитивными ограничениями.

Специалисты отмечали в интервью, что к числу женщин, не использующих возможности помощи и не преодолевающих кризис, относятся «выпускницы интернатов, имеющие созависимые отношения, долгое время проживающие в деструктивных семьях».

Исследование «Многообразие трудных жизненных ситуаций»⁵ подчёркивает, что при межпоколенческом неблагополучии краткосрочные программы не приводят к устойчивым изменениям без длительного сопровождения и работы с окружением. Эти состояния и ситуации описаны в концепции «спирального неблагополучия», где доказано, что без глубинной проработки установок, мировоззрения, понятия нормы и других личностных и социальных ориентиров, помощь будет временной и не принесет устойчивого выхода из кризиса.

2.4. Ментальные и психические нарушения (диагностированные и скрытые)

В практике КЦ довольно часто встречаются клиентки с психиатрическими/ментальными нарушениями. Подозрение на психиатрические или ментальные нарушения встречается не менее чем у четверти клиенток в 25% КЦ; пограничные состояния, когнитивные или интеллектуальные ограничения — в 30% КЦ; диагностированные психиатрические нарушения — в 11% КЦ; депрессивные состояния, включая послеродовую депрессию, — в 31% КЦ.

Одним из наиболее сложных типов уязвимости специалисты называют состояния, связанные с психическими расстройствами, пограничными состояниями, когнитивными ограничениями и ментальными особенностями. В работе с этой группой кризисные центры сталкиваются не только с дефицитом внешних ресурсов, но и с существенными ограничениями способности женщины понимать ситуацию, удерживать договоренности, соблюдать правила, формировать привязанность и заботиться о ребенке.

Ключевая трудность состоит в том, что такие особенности далеко не всегда очевидны на входе. В стрессовой ситуации в момент поступления женщины даже беседа с психологом и социальным работником не позволяет определить серьезные отклонения. У сотрудников кризисных центров нет полномочий отправить подопечную на консультацию к психиатру и нет возможности помочь женщинам в этих состояниях. Часто требуется медикаментозное лечение, в отдельных случаях — помещение в стационар.

«На входе мы не можем понять, это характер или ограничения, мы наблюдаем до месяца и только потом становится понятно».

«Когда звонит родильный дом, тебе говорят, что ее завтра выпишут на улицу. Это классика, это вам скажет кто угодно. И тут очень плохо передается информация. При первичном консультировании с роженицей, особенно депрессия на фоне эндокринных изменений, психозы, они развиваются же не остро, не сразу. А потом оказывается, что там большая психиатрия, например. И дальше выясняется, что в родах был бред, и есть особенности в поведении нашей прекрасной барышни. Вот, поэтому диагностика осложнена».

«У нас в организации всё больше случаев с пограничным расстройством личности, очень много обратившихся... ну, наверное, процентов 70 — это психиатрия, где требуется

⁵ Ананьина В.Т., Сомхишвили К.О., Петров К.А., Тарасов И.А. Многообразие «трудной жизненной ситуации». Исследовательский отчет, выполненный в рамках международного конкурса молодых исследователей ESOMAR «Research Got Talent». МОО «Аистёнок», 2020.

наблюдение, но мы их не можем отправить, потому что у кого-то негативный опыт, кто-то боится, что в какую-то базу занесут, кто-то просто отрицает свой диагноз»

«Но я уверена, что мама, находящаяся на лечении, даже если у неё шизофрения, и у нас есть такие мамы, вполне себе может воспитывать ребёнка и воспитать его до 18 лет. Но вопрос, как долго мы должны за ней наблюдать или поддерживать».

Источник: интервью с руководителями КЦ.

Женщины с пограничными расстройствами или ментальными нарушениями на фоне стресса, рождения ребенка также попадают в КЦ, так как не могут справиться с кризисом. Часто мама не способна воспринимать информацию об уходе за ребенком, соблюдать правила общежития, расписание и пр.

Часто такие женщины конфликтуют с другими, создают острые ситуации, даже угрозу, что является значительной проблемой для сотрудников центра. У них снижена ответственность за ребенка, они нарушают правила, не понимают последствий собственных действий.

«Она искренне не понимает, почему нельзя оставить ребёнка одного».

«Мама живёт в альтернативной реальности - детей оставляет, уходит и часами сидит чай пьет»

«Бывает такое, как будто отношение к детям у неё было исключительно механистически объектное. И несколько ситуаций были прямо опасными для них с угрозой для жизни, она не могла оценить, что они могут погибнуть. Этому не научить, к сожалению. Она выходила и выпускала их на улицу около проезжей части, садилась на скамейку, смотрела в телефон.

Мы вначале думали, что вот это состояние её было связано с адаптацией в новом месте. Потом мы вынуждены были выделить персонального администратора, который постоянно был с ней, потому что было опасно.

Источник: интервью с руководителями КЦ.

Пребывание женщины с психиатрическим диагнозом доставляет немало проблем для других проживающих и для сотрудников КЦ. Например, встречаются в практике ситуации, когда женщину невозможно выселить из КЦ несмотря на подписанный договор и другие договоренности. У большинства КЦ нет собственных ресурсов и специалистов, необходимых в этих ситуациях.

2.5. Уязвимое материнство (беременность, ранний период материнства)

Женщины после родов/из роддома

В 38% КЦ более четверти женщин - с риском отказа от ребенка или в кризисе материнства.

Риск отказа от ребенка может диагностироваться еще в роддоме, например, когда у женщины нет понимания, куда она будет выписываться с ребенком, кто ее заберет и пр. Социальные службы хорошо диагностируют такие ситуации и связываются с кризисными центрами. Часто женщина находится в отчаянии и хочет отказаться от ребенка не из убеждений, а из-за обстоятельств. В основном, это ситуация острая и внезапная, и при своевременной помощи есть высокие шансы сохранить ребенка с мамой. КЦ хорошо справляются с такими случаями.

«...она не хотела бы отказываться, но что-то случилось, и она вот из роддома стучится, такие обстоятельства, что ничего невозможно, никто не поддерживает». Источник: интервью с руководителем КЦ.

Юные мамы (15–16 лет)

Подростковые беременности/раннее материнство - еще один тип уязвимости. Часто это девочки из интернатов, но есть и из неблагополучных семей. Беременность для них случайна, нежелательна, помощи от отца ребенка быть не может. Если они проживают в интернате, то там невозможно проживание с ребенком. Если они уже учатся в колледже, то в общежитии также невозможно проживание с ребенком. Кризисный центр или приемная семья - это единственный способ сохранить ребенка с несовершеннолетней мамой.

«У них единственный шанс быть с ребёнком – это быть в кризисном центре. Иначе мама отправляется в детский дом, ребёнок в дом ребёнка».

«Эта история про навык ухода за ребёнком, формирование привязанности, в конечном итоге принятие решения о том, хочу ли я быть мамой. В таком возрасте это тоже же важно».

Источник: интервью с руководителем КЦ.

По достижении 18 лет девушкам полагаются выплаты, пособия и, возможно, жилье, поэтому они могут преодолеть кризис и продолжить нормальную жизнь.

Женщины с новорождёнными или малолетними детьми

Такие женщины часто имеют длительную историю неблагополучия, они травмированы, и забота о ребенке не является для них естественной, привязанность не формируется. У них высокий риск отказов от детей, недостаточная забота о ребенке, несоблюдение норм ухода и прав детей. В кризисном центре работа направлена на формирование привязанности, демонстрацию положительных примеров, позитивного образа материнства и поддержку, обучение заботе о детях.

«Мы работаем на формирование привязанности мамы к ребёнку... у нас случаи, когда мама потенциально могла заявлять об отказе... важно, чтобы у неё такой мысли не возникало». Источник: интервью с руководителем КЦ.

2.6. Зависимости

Большинство кризисных центров не оказывают помощь женщинам с очевидными признаками зависимости (алкогольной, наркотической). Практически все участники интервью подчёркивают, что наличие зависимости резко снижает вероятность выхода из кризиса. Иногда бывает, что в момент обращения за помощью не удается увидеть признаки зависимости, но в процессе проживания это становится очевидным, и женщин перенаправляют в другие специализированные учреждения.

«Можно вложить очень много сил, а через полгода всё повторяется».

«Одна из задач – это сделать так, чтобы в наш кризисный центр не попадали клиенты, которые не могут там находиться, которые могут быть небезопасны для других проживающих. И которые не заинтересованы и ведут себя агрессивно и насильственно в отношении детей по разным причинам. И активно употребляют алкоголь и наркотики».

Есть реабилитационные центры, куда мы их отправляем, которые работают с такими типами зависимостей. Это у нас история налаженная».

«Мы не берём в центр, но мы с ними работаем. И получается, что химически зависимым всегда предлагаем реабилитацию. Значит, в чём здесь отсутствие, в чём здесь неэффективность, буду так говорить. Уверенность органов опеки, комиссии по делам несовершеннолетних, что реабилитация не нужна, достаточно провести беседу или подшить. Полная некомпетентность и непонимание вопросов, связанных с зависимостью».

Источник: интервью с руководителями КЦ.

2.7. Другие ситуации уязвимости

Представленный перечень типов уязвимости отражает далеко не все типы ситуаций, с которыми обращаются женщины в КЦ. КЦ также работают с мигрантками в сложной ситуации, без документов, с женщинами, которые освободились из мест лишения свободы, у которых есть дети, но нет поддержки и жилья. И многие другие ситуации КЦ берут на себя.

В практике работы КЦ описанные типы уязвимости сочетаются и накладываются друг на друга в историях женщин. Наиболее тяжелые случаи, в которых женщине не удастся преодолеть кризис, связаны с сочетанием и накоплением нескольких форм уязвимости одновременно.

Обзор распространенности факторов уязвимости приведен в приложении 2. Диаграмма включает как основные, так и сопутствующие факторы.

Конечно, не в каждой из описанных ситуаций КЦ может помочь женщине преодолеть кризис. Поэтому целью этого исследования стала попытка проанализировать, в каких ситуациях модель КЦ может помочь, а в каких нет. Как можно помочь КЦ понять это и более эффективно направлять ресурсы, будем разбираться в следующей главе.

Раздел 3. Ограничение возможностей КЦ: ситуации непреодоленной уязвимости

3.1. В каких ситуациях КЦ не удается преодолеть кризис

Часть клиенток обращается в КЦ в ситуации с длительно накопленной уязвимостью, где кризис связан с психическими, поведенческими, ментальными проблемами, зависимостями, циклическим насилием, сиротским опытом и отсутствием устойчивой социальной среды.

Когда возможностей кризисного центра недостаточно



По собственной оценке руководителей КЦ, большинство КЦ помогают женщинам преодолеть кризис, и, в среднем, только в **10%** случаях это не удается. Однако при переходе от общей самооценки к конкретным типам уязвимости картина становится менее радужной. Наиболее часто КЦ указывают, что их помощи недостаточно при психиатрических, ментальных, когнитивных и пограничных нарушениях, зависимостях, циклическом насилии и созависимости, а также при сочетании нескольких тяжелых факторов.

График 7.



Источник: анкетирование в рамках исследования, вопрос о случаях, где помощи КЦ недостаточно.

Наиболее трудными становятся случаи, где женщина не может удерживать договоренности, не распознает риски для себя или ребенка, не принимает помощь, возвращается в прежнюю среду или нуждается в лечении, которое не относится к компетенции КЦ. В таких ситуациях стандартные услуги - проживание, консультации, гуманитарная помощь, документы, выплаты - остаются необходимыми, но не достаточны для преодоления кризисной ситуации.

«Если у них разрушена долгосрочная память, мы с вами не сделаем ничего, мы не научим даже переходить на зелёный свет».

Источник: интервью с руководителями и специалистами КЦ.

Наиболее тяжелыми для кризисных центров оказываются случаи, где к насилию, бедности или отсутствию жилья присоединяются **психиатрический или выраженный ментальный компонент**, интеллектуальные ограничения, тяжелые нарушения родительского функционирования и глубокая социальная неустроенность.

В одном из интервью руководитель КЦ описывает клиентку с вероятными ментальными нарушениями, у которой инвалидность не была оформлена, но в повседневном проживании стало видно, что она постоянно нарушает правила, не выносит контроля, конфликтует, не осознает в полной мере родительскую ответственность и не может адекватно заботиться о ребенке. При этом команда центра не может просто прекратить помощь, поскольку понимает, что в таком случае ребенок, скорее всего, будет изъят, а сама женщина не сможет самостоятельно обеспечить даже базовые условия жизни. Стратегия помощи в этом кейсе строится уже не вокруг выхода из кризиса, а вокруг попытки хотя бы оформить инвалидность, увеличить доход семьи и организовать дальнейшее дистанционное сопровождение.

Кризисный центр в подобных случаях оказывается между двумя ограничениями: с одной стороны, КЦ не предназначен для длительного сопровождаемого проживания женщины с выраженными ментальными нарушениями; с другой он не может просто прекратить поддержку, если это ставит под прямую угрозу ребенка. Присоединение психиатрического или тяжелого ментального компонента резко снижает вероятность устойчивого выхода из кризиса в рамках стандартной модели КЦ.

Другой тип случаев непреодоленной уязвимости - это сочетание хронического неблагополучия, низкой мотивации к изменениям и иждивенческой позиции. Такие случаи описываются руководителями КЦ как ситуации, когда женщина готова пользоваться ресурсами помощи (вещами, продуктами, уходом за детьми, сопровождением), но не включается в восстановление собственной самостоятельности: не оформляет пособия, не делает минимальных шагов к изменению жизненной ситуации, воспринимает центр как место поддержания статус-кво, а не перехода к выходу из кризиса. Для модели кризисного центра это один из самых сложных случаев, поскольку сама логика помощи предполагает постепенный переход женщины от позиции получателя к активному изменению собственной жизни.

3.2. Ограничения возможностей КЦ

Затруднена организация психиатрической помощи

Большинство КЦ (73%) отметили, что в случае психиатрических симптомов собственных возможностей недостаточно, 35% - что не смогут помочь при ПТСР, 23% - при рисках суицида. Фактически недоступной психиатрическую помощь называют 10% КЦ; штатный психиатр есть лишь у 8%. Организация помощи психиатра требует добровольного согласия и сотрудничества клиентки. Если клиентка уже принята на проживание в КЦ и отказывается от сотрудничества и визита к психиатру, то сложности возникают у всех сотрудников и проживающих в КЦ.

«Мы не можем оказывать медицинские услуги, мы можем только диагностику провести. Значит, ищем какого-то психиатра, к которому может мама уже ходить без нашего участия»

«Человека в психозе, в психотическом состоянии тяжело госпитализировать. Если она внутри кризисного центра, это вообще проблема. Что с ней делать? Как ее изолировать? Мы не можем же такую мать с ребёнком на улицу отправить. Что делать? Опека беспомощна. То есть в этом есть серьёзная проблема. В нашем законе о психиатрической помощи».

«В случае психиатрических симптомов мы по факту никак не можем заставить человека обратиться за помощью. В ход идут навыки специалистов, сопровождающих семью, достаточно долгий период уговоров, какой-то мотивации. Только так. Но это единичные случаи, мы не придумали ни как себя обезопасить в данной ситуации, ни как сделать такую работу более эффективной».

Источник: интервью с психологами КЦ.

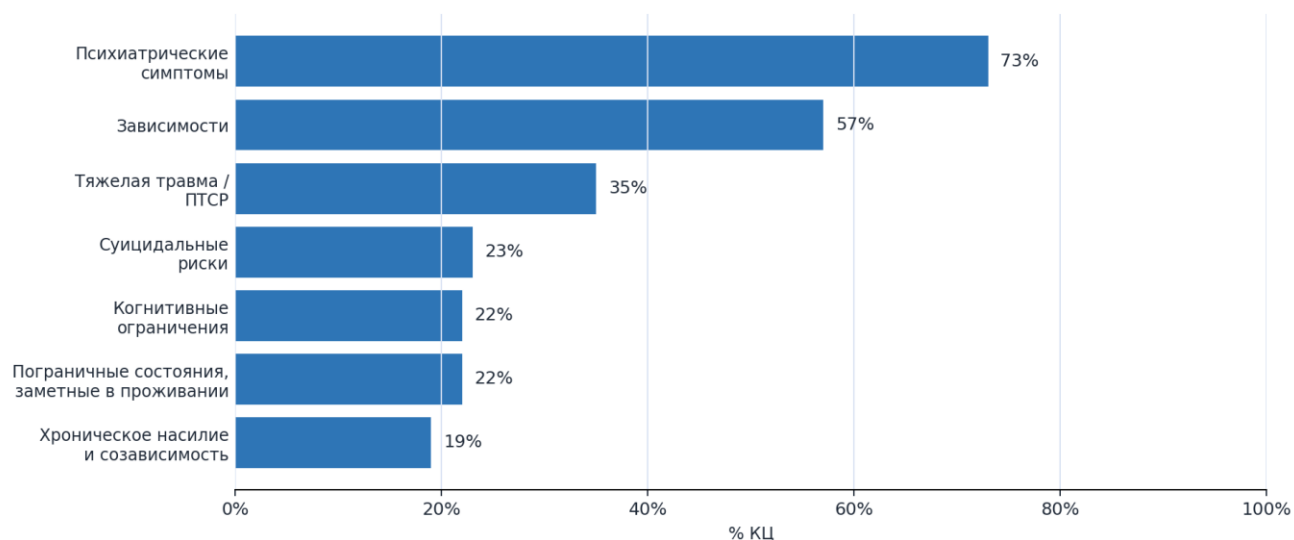
Дефицит возможностей и компетенций для оказания длительной психологической или психотерапевтической помощи и постсопровождения.

Только **27%** КЦ имеют возможность предложить длительную психотерапию, почти половина центров отмечает, что такая помощь недоступна, но нужна.

Психологическая помощь в КЦ входит в базовый стандарт помощи почти во всех центрах, но это ограниченный спектр помощи. Индивидуальная психотерапия мало где доступна. А для сложных ситуаций требуется специальное кризисное консультирование, травмоориентированный подход, длительная психотерапия. Компетенций собственных специалистов и объема психологической помощи для наиболее тяжелых случаев также бывает недостаточно при психиатрических симптомах, зависимостях, тяжелой травме и ПТСР, суицидальных рисках, когнитивных ограничениях и пограничных состояниях.

«Найти хорошего психолога дополнительно, который знает всё: и зависимости, и ситуации насилия, и сексуализированное насилие, травмоинформированный подход, я могу точно сказать, это невозможно». Источник: интервью с руководителями КЦ.

Для каких случаев недостаточно психологической помощи



Источник: анкетирование в рамках исследования, вопрос о случаях недостаточности объема помощи или компетенций психологов.

График 8.

Постсопровождение есть у большинства КЦ, но часто оно ограничено и включает периодические звонки специалистов о статусе клиентки, вещевую или гуманитарную помощь, эпизодические консультации, приглашения на мероприятия. Для клиенток с глубокой уязвимостью этого недостаточно. Им нужна групповая психотерапия, группы поддержки, помощь с детьми, работой, лечением. И такая поддержка будет требоваться довольно долго.

Формат проживания и требования в КЦ едины для всех

В большинстве центров проживание организовано как общий дом, квартира, отделение или приют, где одновременно находятся несколько семей. Заведомо, единые формы проживания не подходят для клиенток в разных кризисных ситуациях. Отдельное безопасное размещение для женщин, переживших насилие, могут предоставить только **12%** КЦ; отдельную квартиру или дом для одной семьи - **11%**; сопровождаемое проживание для женщин с инвалидностью - **5%**.

Общий формат проживания требует учитывать совместимость потребностей семей: возможность соблюдать режим, безопасно ухаживать за ребенком и взаимодействовать с соседями и сотрудниками. Если женщине необходима постоянная индивидуальная поддержка или возникает риск для окружающих, одних общих правил недостаточно. В таких случаях при планировании помощи важно предусматривать отдельное размещение, дополнительное сопровождение и взаимодействие с профильными службами. Интервью показывают, что отсутствие возможности разделить пространство становится особенно острым ограничением при кризисном состоянии одной из проживающих.

Риск профессионального выгорания.

В психологической практике важно предоставлять специалистам поддержку, супервизора и пр. В практике КЦ таких возможностей у специалистов нет, хотя они работают с самыми острыми и сложными проблемами.

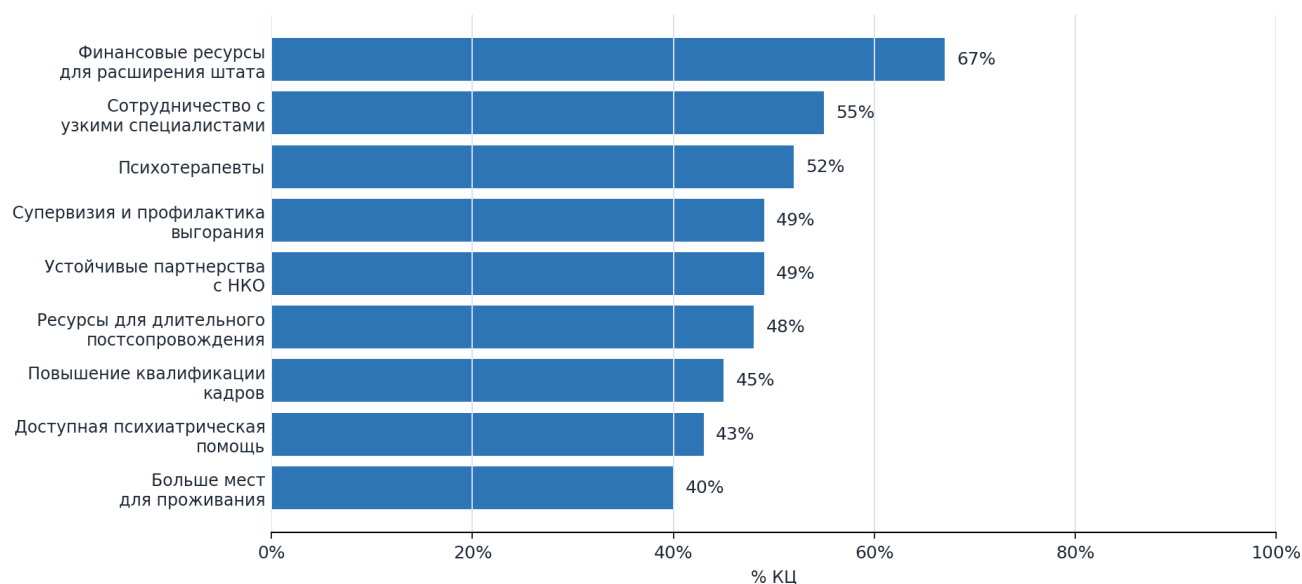
Сложные кейсы требуют много времени, эмоционального включения и ручной работы, но не всегда приводят к видимому результату. Если центр не признает границы своей модели, специалисты продолжают «держат» случаи, для которых нужна другая инфраструктура помощи, и начинают воспринимать отсутствие результата как собственную профессиональную неудачу.

«Мне кажется, нужно нам признать, что мы не всем можем помочь... чтобы не выгорали руководители... довести всё до идеального состояния тоже невозможно. Вот главное, чтобы не сгорали люди, работая». Источник: интервью с руководителями КЦ.

3.3. Потребности КЦ для работы со сложными случаями

Наиболее высоко КЦ оценивают потребность в финансовых ресурсах для расширения штата (**67%**), сотрудничества с узкими специалистами (**55%**), привлечение психотерапевтов (**52%**), организацию супервизий и профилактику выгорания специалистов (**49%**).

График 9.

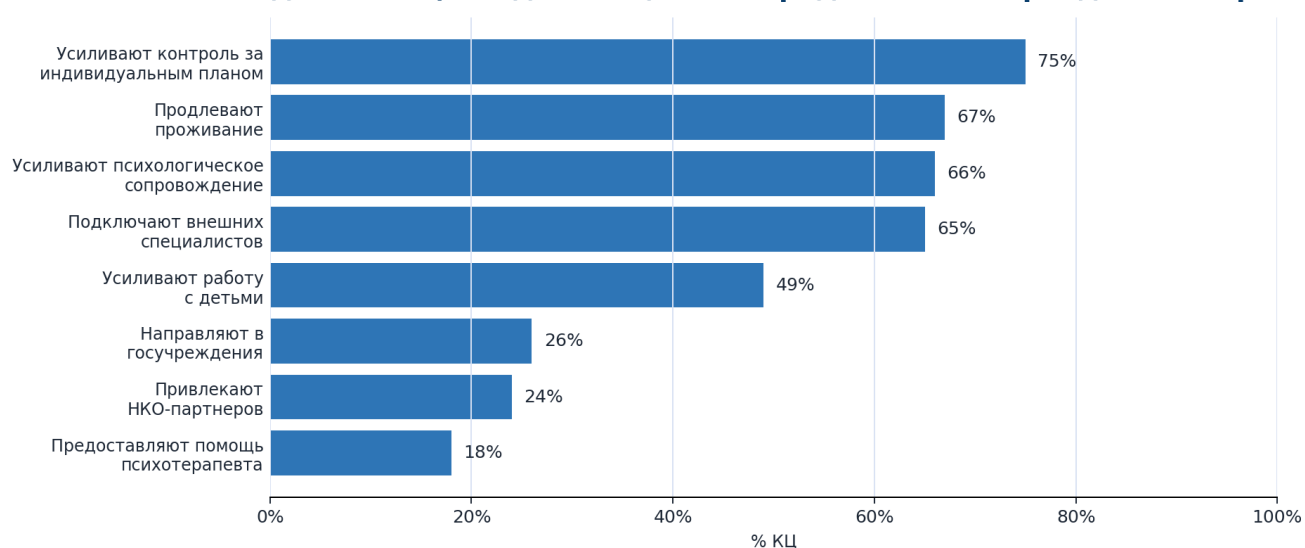
Потребности КЦ для помощи в сложных случаях

Потребность в привлечении квалифицированных специалистов стоит очень остро. Руководители КЦ говорят о реальном дефиците специалистов, готовых работать со сложными клиентками, где одновременно присутствуют насилие, зависимость, травма, низкая самостоятельность, ментальные особенности и риски для ребенка. Такая работа подходит далеко не всем психологам и социальным работниками, требует отдельных компетенций по работе с ситуацией травмы. Поэтому повышение квалификации специалистов, привлечение новых компетентных специалистов и организация супервизии являются необходимым условием устойчивости самой модели КЦ.

Также половина КЦ отмечает, что нуждаются в устойчивом партнерстве с другими НКО для совместного решения проблем со сложными клиентками, привлечении дополнительных ресурсов и компетенций по смежным вопросам помощи – например, для помощи детям с инвалидностью, организации постсопровождения, сопровождаемого проживания и трудоустройства и пр.

Когда становится понятно, что женщина не продвигается в преодолении кризиса, КЦ чаще всего пытаются усилить воздействие внутри своей модели: больше контроля, продление проживания, усиление психологической помощи, подключение внешних специалистов.

График 10.

Что делают КЦ, когда женщина не продвигается в преодолении кризиса

В сложных случаях специалисты КЦ чаще всего усиливают воздействие на клиентку за счет собственных ресурсов КЦ, в рамках тех же возможностей. Значительно реже КЦ обращаются к другим организациям за иной помощью: частое или почти постоянное направление в государственные учреждения отметили **26%** КЦ, привлечение НКО-партнеров - **24%**.

Такой подход может вести к выгоранию специалистов, оттягиванию ресурсов от других клиенток. Слишком долгая неэффективная работа с случаем, где низкая вероятность преодоления кризисной ситуации, приводит к тому, что для новых нуждающихся в срочной помощи клиенток может не найтись места в КЦ. Поэтому важно своевременно определить перспективы клиентки по выходу из кризиса и объем помощи, который будет оптимален для этого со стороны КЦ.

Кризисный центр не всегда может решить всю совокупность проблем женщины и ребенка: зависимость, психиатрическое состояние, многолетнее насилие, отсутствие жилья, сиротский опыт, низкую самостоятельность или отсутствие поддерживающей среды. Но КЦ может и должен определить, достигнута ли та граница помощи, после которой дальнейшее пребывание в центре уже не дает нужного эффекта, а следующий шаг должен происходить в другой форме: амбулаторное сопровождение, постсопровождение, передача внешним службам, специализированное лечение, сопровождаемое проживание или поддержка другой организации.

Самоограничение помощи это признание того, что КЦ не должен превращаться в единственную и бесконечную систему удержания сложного случая. Завершение сопровождения может быть профессионально обоснованным не только при «успехе», но и при отсутствии перспектив преодоления кризиса в данной модели помощи. В таком случае важно признать предел возможностей КЦ, зафиксировать риски, провести консилиум, предложить другой маршрут и определить минимальный безопасный план.

Раздел 4. Скрининг на входе в помощь КЦ

Работа с клиентками в КЦ в большинстве случаев начинается с оценки ситуации на входе в систему помощи. Входной скрининг - важный этап для всего маршрута помощи. На основе полученной информации специалисты разрабатывают маршрут помощи, то есть набор и объем сервисов, которые предоставит КЦ. Беседа со специалистами, анкета, первичная информация помогает определить потребности женщины и ребенка и соотнести их с возможностями кризисного центра.

Данные нашего исследования показывают, что первая беседа не дает полную информацию о всех аспектах кризисной ситуации женщин.

В некоторых КЦ к скринингу относятся последовательно, проводят собеседование с участием как минимум двух сотрудников, при возможности привлекается психолог. На первой встрече обсуждают ресурсы семьи и то, насколько ее задачи совместимы со сроками и содержанием программы помощи в КЦ. В некоторых случаях, при объективных трудностях приезда в КЦ возможен выезд специалистов к семье. В экстренных ситуациях, женщину могут принять и без какого-либо скрининга, когда речь идет об угрозе жизни и здоровью. В таких случаях беседа откладывает на более поздний период, когда женщина будет готова обсуждать проблемы и планы. При этом не во всех КЦ процесс скрининга формализован и описан в виде методики работы.

Только **18,4%** КЦ отметили, что могут выявить на первой встрече те ситуации, в которых помощи КЦ будет недостаточно. Еще **38,2%** КЦ могут определить это в первые 3–7 дней проживания, **30,3%** понимают это в первый месяц, а **10,5%** — в более поздний срок.

График 11.



Что оценивают при первом обращении

Больше всего внимания сотрудники КЦ уделяют оценке безопасности и риска для клиенток. Наиболее распространены оценка риска для детей (**81,6%**), безопасности женщины (**80,3%**) и наличия насилия (**76,3%**), жилищная ситуация (**72%**). Менее последовательно оцениваются условия, от которых зависит успех дальнейшего сопровождения, например, социальная поддержка — (**59%**), опыт предыдущих обращений в кризисные центры (**46%**), и родительские навыки (**36,8%**).

График 12. Что КЦ оценивает при обращении клиенток



Какие риски труднее распознать заранее

Самые большие затруднения связаны с будущим поведением клиентки и устойчивостью результата помощи: самовольным уходом, повторным обращением, нарушением правил и конфликтами. **28,9%** КЦ сообщают, что им трудно распознать психиатрические заболевания, **25,0%** - ментальные и когнитивные нарушения.

Диаграмма 3. Ситуации, которые особенно трудно распознать на входе



Во многих центрах на уровне правил приема уже зафиксировано, что случаи активной зависимости, социально опасных заболеваний или психических заболеваний, опасных для окружающих, являются ограничением для размещения. Однако реальные кейсы показывают, что проблема все равно есть. Женщины с пограничными, скрытыми или неоформленными психическими состояниями все равно оказываются в кризисных центрах, и проявляется это уже в процессе проживания.

Скрининг целесообразно рассматривать как начало оценки кризисной ситуации, выбора первичного маршрута помощи, который уточняется в дальнейшем. Возможно, если выстроить скрининг в несколько этапов, и принимать решения по дальнейшей помощи на его основе, можно избежать ситуаций, в которых помощь КЦ не приводит к выходу из кризиса.

В результате анализа материалов исследования был разработан скрининг на входе в систему помощи КЦ. Его задача помочь команде кризисного центра структурировать первичную оценку ситуации женщины и ребенка, своевременно увидеть риски, определить глубину уязвимости и принять обоснованное решение о дальнейшем маршруте помощи.

Принципы применения скрининга

Скрининг это не анкета, а структура профессиональной беседы специалистов с клиенткой. Специалист может менять порядок вопросов, возвращаться к темам позднее и использовать более простые разговорные формулировки. Скрининг предназначен прежде всего для ситуаций, когда женщина или женщина с детьми рассматривается для размещения в убежище, приюте или стационарном отделении кризисного центра.

В экстренной ситуации первичный контакт может быть коротким: 20–30 минут, чтобы оценить безопасность, срочность и возможность немедленного размещения.

- При плановом обращении первичная беседа может занимать от 30–60 минут до 2–3 часов или проводиться как серия бесед, если нужно дать женщине время рассказать о ситуации, задать вопросы, познакомиться с правилами и принять осознанное решение. Не все темы обязательно обсуждаются при первой встрече. Если женщина в остром стрессе, закрыта, тревожна или не готова к контакту, часть вопросов переносится на первые дни адаптации и диагностический период.
- Сроки этапов скрининга являются ориентировочными. Для сложных случаев первичная адаптация может занимать 14–30 дней, а диагностический период — 30–45 дней, если это соответствует практике и локальному порядку КЦ.
- Документы приема, договор, срочные услуги и сроки сопровождения оформляются по локальному порядку организации и применимым требованиям.
- При выявлении острого психоза, суицидального риска, выраженной интоксикации, тяжелой дезориентации, агрессии, угрозы другим проживающим, невозможности заботиться о ребенке без постоянного контроля, отказа от жизненно необходимых лекарств специалисты КЦ не должны самостоятельно ставить диагноз или принимать медицинское решение. Их задача зафиксировать риск, обеспечить безопасность и инициировать обращение к профильному медицинскому специалисту или в соответствующую службу.

Этапы входного скрининга

Предлагается рассматривать скрининг как процесс, в котором может быть несколько этапов. На каждом этапе могут приниматься решения о корректировке помощи или о ее завершении.

Этап	Срок	Главная задача	Формат
1. Первичный контакт	Экстренно: 20–30 минут. Планово: 30–60 минут, до 2–3 часов или серия первичных бесед.	Понять риски, угрозы, первичные потребности семьи и возможность безопасного размещения женщины и ребенка.	Короткое интервью / серия первичных бесед; чек-лист красных флагов; первичное решение о безопасности; при необходимости — первичный консилиум специалистов.

2. Первые 3–7 дней: адаптация и уточнение	1–3 дня как экстренная стабилизация; 3–7 дней как первичная адаптация; для сложных случаев часть задач переносится на 14–30 дней.	Снять остроту стресса, помочь адаптироваться к условиям КЦ, уточнить факты, увидеть базовую способность к контакту, соблюдению правил, быту и уходу за ребенком.	Беседы психолога и соцработника; наблюдение в быту; повседневное уточнение информации; первичный план стабилизации; при экстренном заселении — оформление документов приема по локальному порядку.
3. Диагностический период	Базово 7–30 дней. В сложных случаях — 30–45 дней.	Понять, подходит ли модель КЦ, какие изменения реалистичны, какой маршрут нужен дальше и где центр должен разделить ответственность с внешними службами.	Индивидуальный план помощи; консилиум специалистов; пересмотр маршрута; решение о продолжении программы, изменении формата, продлении диагностики или внешней маршрутизации. Договор/срочные услуги оформляются по локальному порядку.

Полный методический материал «Скрининг на входе в систему помощи КЦ» представлен в приложении к отчету.

Раздел 5. Экосистема помощи вокруг кризисных центров

Кризисный центр - это ключевая точка входа, стабилизации и первичного восстановления для женщин с детьми в трудной жизненной ситуации. Наше исследование показывает, что при сложных и сочетанных формах уязвимости КЦ не может оставаться единственной формой помощи. Для устойчивого выхода из кризиса нужна экосистема помощи, сеть организаций, служб и сообществ, которые в партнерстве с КЦ сопровождают женщину.

По данным опроса руководителей и специалистов кризисных центров, наиболее устойчиво сегодня выстроены связи КЦ с государственными и медицинскими учреждениями: регулярные контакты с ними имеют более **73%** центров. С другими кризисными центрами и приютами в своем регионе сотрудничают **52%** КЦ, а с КЦ в других регионах — только **19%**. С профильными НКО работают **38%** центров, а с НКО, специализирующимися на домашнем насилии, — лишь **11%**. Это означает, что базовая межведомственная кооперация в целом существует, но она заметно сильнее в части государственных сервисов, чем в части специализированной негосударственной помощи.



Чаще всего партнерские связи используются для получения гуманитарной помощи, это отметили **55%** КЦ. Еще **39%** взаимодействуют с организациями, которые помогают детям с инвалидностью. Направления, связанные с более длительным и сложным сопровождением, развиты слабее: только **23%** КЦ указали на активные партнерства по вопросам сопровождаемого проживания и постсопровождения, а **18,9%** — по вопросам психологической помощи женщине и ребенку. Получается, что существующая экосистема чаще закрывает точечные задачи, но не обеспечивает полноценный маршрут для женщин со сложной и многослойной уязвимостью.

Для женщин с опытом длительного насилия, зависимостями, психиатрическими или когнитивными нарушениями, сиротским опытом, отсутствием жилья и поддерживающего окружения важна комплексная длительная поддержка на разных уровнях. В экосистему помощи должны быть включены:

1. Со стороны государства:
 - Социальные службы (опека, соцзащита)
 - Психиатрические клиники
 - Наркологические диспансеры
 - Медицинские учреждения
 - Службы занятости
2. НКО, оказывающие помощь в сферах:
 - Сопровождаемого проживания
 - Помощи детям с инвалидностью
 - Длительной психотерапии
 - Группы взаимопомощи при зависимостях
 - Группы поддержки в ситуации насилия
 - Вещевую и другую материальную помощь
 - Налаживания детско-родительских отношений
 - Юридическую помощь
 - Помощь семьям в ТЖС и пр.
3. Поддерживающие сообщества
 - Сообщества родителей

- Пациентские сообщества
- Женские сообщества
- Религиозные сообщества и пр.

4. Сообщество КЦ, которое может обеспечить маршрутизацию в ситуациях выезда из КЦ, переезда в другой город и пр.

Рисунок 1.



Основные проблемы существующей экосистемы

Создание работающей экосистемы помощи - это отдельная задача по выстраиванию длительных устойчивых партнерских связей в регионе. Взаимодействие с разными партнерами зависит от множества причин и регионального контекста: где-то у КЦ выстроены продуктивные отношения с социальными службами, есть сотрудничество с психиатром, наркологом, врачами и местными НКО, а где-то центр работает почти в одиночку. Особенно слабо развиты специализированные маршруты для случаев психиатрических и когнитивных нарушений, тяжелой травмы, ПТСР и сопровождаемого проживания.

Еще одна проблема - слабые возможности для межрегионального сопровождения. Для женщин, которые уезжают в другой город, очень сложно организовать сопровождение, и они быстро выпадают из системы помощи. Поэтому создание межрегиональной сети КЦ и партнеров - важная

задача, которую решает, в том числе МОО «Аистенок», являясь ресурсным центром для КЦ, объединяя руководителей и специалистов.

«Если женщина уезжает куда-то, и ей нужно какое-то сопровождение, то мы не всегда можем куда-то ее направить, потому что либо нет организации, либо нет ресурсов для такого сопровождения.» Источник: фокус-группа со специалистами КЦ,

Слабо развиты партнерские отношения КЦ с другими НКО в регионе. НКО, которые работают в сфере помощи уязвимым группам, детям, семьям и пр. могут стать хорошим ресурсом для женщин как в период пребывания в КЦ, так и в период постсопровождения. КЦ необходимы устойчивые партнерства с психиатрами, наркологами, психотерапевтами и службами сопровождаемого проживания.

Кроме того, важно развивать поддерживающие сообщества: группы, клубы, наставничество, волонтерские и локальные инициативы, которые помогают женщине не остаться одной после выезда. Это могут быть локальные инициативы, религиозные общины, пациентские организации, родительские или женские сообщества, с которыми КЦ может выстроить отношения.

Усиление самой сети помощи не менее важно, чем усиление отдельных КЦ. Развитие экосистемы помощи позволит КЦ более точно определить свои возможности и ограничения, выстроить маршруты сопровождения и передачи случая дальше.

Маршруты помощи должны проектироваться с опорой на внешние связи, а не только на внутренние ресурсы. Для каждого типа ситуации команда должна заранее понимать, какие партнеры доступны, какие из них действительно принимают клиенток, на каких условиях, кто сопровождает передачу случая, и как сохраняется связь с клиенткой после выхода из КЦ.

Раздел 6. Маршруты помощи и самоограничение работы КЦ

Для повышения эффективности работы КЦ важно определить, какой результат реально достигнуть силами КЦ и когда нужно привлекать партнеров, где важно вовремя остановиться в оказании помощи, поменять формат помощи и пр.

С этой целью по результатам исследования был разработан методический материал «Маршруты помощи для женщин с разными типами и сочетаниями уязвимости» (приложение 2). В его основе лежит принцип работы со случаем, то есть подбор видов помощи в соответствии с индивидуальной ситуацией. Тип уязвимости рассматривается как рабочая гипотеза, которую уточняют в процессе проживания и наблюдения. Ситуации были объединены по типам, для каждого типа предложены содержание и интенсивность помощи внутри КЦ, ориентировочные сроки проживания, возможное постсопровождение и случаи, требующие участия внешних служб и помощи других организаций.

Предложенные маршруты обсуждены с руководителями и специалистами кризисных центров, представляющими разные модели помощи, и уточнены по результатам экспертных комментариев.

Маршруты носят рекомендательный характер, и каждый КЦ может адаптировать их к своей модели, условиям размещения, квалификации команды, требованиям безопасности, доступным партнерам и индивидуальной ситуации семьи. Документ может лечь в основу индивидуальных планов работы с семьей.

Разработка такого документа поможет командам КЦ определить достаточный объем помощи и заранее договориться о том, по каким признакам будет оцениваться результат и когда нужна другая форма сопровождения.

Варианты самоограничений в маршрутах помощи

Диагностический период. На входе или в первые недели КЦ обозначает клиентке, что сейчас начинается диагностический период. КЦ предоставляет безопасность и первичную стабилизацию ситуации, но окончательное решение о длительном проживании принимается после наблюдения в быту, оценки ухода за ребенком, соблюдения правил и готовности к сотрудничеству. Если за 7–30 дней становится понятно, что женщина не может выдерживать правила, не движется по индивидуальному плану, нуждается в лечении или постоянном сопровождении, маршрут должен быть пересмотрен.

Условное продление проживания. Продление проживания не должно быть автоматическим ответом на отсутствие результата. Оно происходит при наличии динамики: женщина выполняет договоренности, принимает помощь, ребенок в безопасности, есть понятный план жилья/дохода/лечения/постсопровождения. Если проживание в КЦ означает только отсрочку повторного кризиса, необходимо подключать внешние ресурсы или менять формат помощи.

Маршрутизация вместо проживания. В ситуациях зависимости, психоза, суицидального риска, тяжелой дезориентации, агрессии, отказа от жизненно необходимого лечения или невозможности заботиться о ребенке без постоянного контроля помощь КЦ состоит в безопасной передаче клиентки социальным службам, связь с опекой/КДН при риске ребенку, а не удержание женщины внутри приюта.

Сокращение интенсивности внутренней помощи. Если женщина не готова к программе проживания, не идет по маршруту, не показывает изменений, но остается в контакте, КЦ может ограничить помощь консультациями, вещами, групповыми занятиями.

Когда помощь можно считать достаточной?

Возможны такие варианты решений при реализации маршрута помощи:

- задачи кризисного этапа выполнены, и женщина переходит к самостоятельной жизни или амбулаторной поддержке;
- получена частичная, но значимая динамика, решена хотя бы одна критическая проблема, а остальные задачи переданы в длительное сопровождение;
- помощь в данном формате не дает результата или небезопасна, команда пересматривает план и организует иную помощь, не подменяя собой психиатрическую, наркологическую или жилищную систему.

Критерии завершения маршрута помощи обсуждают отдельно в каждом случае, в качестве результата применяются разные сценарии и вносятся необходимые изменения.

Выводы и рекомендации

Основные выводы

Кризисные центры — эффективная модель помощи женщинам и семьям в различных кризисных ситуациях. Исследование 52 кризисных центров из 35 регионов России показывает, что в большинстве организаций сформировался базовый стандарт помощи: безопасное проживание, психологическая, социальная, юридическая и гуманитарная поддержка, содействие трудоустройству, оформлению документов и выплат. По самооценке руководителей, в **68%** КЦ доля случаев, когда кризис не удается преодолеть, составляет менее **10%**. В 32% КЦ доля таких случаев может быть более **25%**.

Результативность помощи зависит от типа и глубины уязвимости женщины. При хроническом неблагополучии, цикличном насилии, сиротском опыте, зависимостях, психических и когнитивных нарушениях стандартной помощи КЦ может быть недостаточно, чтобы вывести женщину из кризиса. Наиболее существенные ограничения отмечаются при наличии психиатрических и ментальных нарушений (**71%** КЦ), зависимостях (**54%**), цикличном насилии и созависимости (**45%**). В этих случаях устойчивые изменения требуют длительной специализированной помощи, которая выходит за рамки возможностей большинства КЦ.

Кризисные центры не всегда могут своевременно распознать глубину уязвимости и оценить перспективы помощи. Только **18,4%** КЦ выявляют факторы, ограничивающие результативность стандартной помощи, уже при первом обращении. В большинстве случаев они становятся понятны в первые дни или недели проживания, иногда спустя месяц. Существующая практика оценки хорошо ориентирована на выявление непосредственных угроз женщине и ребенку, но меньше учитывает историю повторных кризисов, психиатрические и когнитивные особенности, родительские навыки, устойчивость социальных связей и способность к самостоятельной жизни. Это затрудняет выбор реалистичного маршрута помощи.

При отсутствии положительной динамики КЦ усиливают работу внутри существующей модели помощи, а не сокращают помощь. КЦ продлевают проживание, усиливают контроль за индивидуальным планом, увеличивают психологическое сопровождение. В сложных случаях такая стратегия может приводить к длительному удержанию женщины без существенных изменений, перегрузке команды и профессиональному выгоранию.

Устойчивый выход из кризиса зависит не только от работы КЦ, но и от доступности внешней помощи. Сегодня большинство КЦ взаимодействуют с государственными и медицинскими учреждениями, однако партнерства с профильными НКО, программы сопровождаемого проживания, психотерапии, реабилитации зависимостей и длительного постсопровождения развиты значительно слабее. Ограничены возможности передачи сопровождения между регионами. Поэтому развитие партнерской экосистемы помощи не менее важно, чем расширение ресурсов отдельных КЦ.

Главный вывод исследования заключается в том, что повышение результативности кризисных центров связано с более точным определением его возможностей и ограничений.

Рекомендации по развитию модели помощи КЦ

На основе результатов исследования предлагается развивать модель кризисных центров по нескольким направлениям.

1. Внедрять поэтапный скрининг и диагностику ситуации женщины и ребенка. Первичная оценка должна включать широкий спектр факторов, не только безопасность и срочные потребности, но и факторы, определяющие перспективы выхода из кризиса. Скрининг необходимо проводить последовательно: при обращении, в первые дни проживания и в диагностический период.

Разработанный в ходе исследования инструмент «Скрининг на входе в систему помощи» может использоваться как основа профессиональной беседы и оценки с учетом особенностей конкретного КЦ.

2. Определять границы достаточной помощи и условия изменения маршрута. Решение о продлении проживания или завершении сопровождения должно приниматься на основании достигнутых результатов, безопасности женщины и ребенка и перспектив дальнейших изменений. Для сложных случаев необходимо определять успешность помощи как динамику или отсутствие динамики улучшений. Полное преодоление кризиса не всегда возможно за время проживания в КЦ. Значимым результатом может быть снижение угрозы для женщины и ребенка, решение одной критической проблемы, оформление документов и выплат, начало лечения, формирование безопасного окружения или переход к длительному сопровождению.

Разработанный методический документ «Маршруты помощи» предлагает ориентиры для различных ситуаций уязвимости. Он носит рекомендательный характер и должен адаптироваться к возможностям организации и индивидуальным потребностям семьи.

3. Развивать партнерскую экосистему помощи. Необходимо формировать устойчивые рабочие связи с медицинскими и социальными учреждениями, психиатрами, наркологами, психотерапевтами, профильными НКО и программами сопровождаемого проживания. Важно развивать межрегиональную передачу сопровождения, а также поддерживающие сообщества — группы взаимопомощи, наставничество, клубы и другие формы поддержки после выхода из КЦ.

Приложение 1. Скрининг на входе в помощь

Скрининг на входе в систему помощи

Методический материал для сотрудников кризисных центров.

Скрининг на входе в систему помощи подготовлен как методический материал для специалистов кризисных центров, работающих с женщинами и женщинами с детьми в кризисной ситуации. Его задача помочь команде кризисного центра структурировать первичную оценку ситуации женщины и ребенка, своевременно увидеть риски, определить глубину уязвимости и принять обоснованное решение о дальнейшем маршруте помощи.

Документ разработан на основе материалов исследования кризисных центров, проведенного БФ «Культура благотворительности», и доработан с учетом комментариев экспертов и практиков, представляющих разные модели помощи женщинам с детьми.

Материал носит рекомендательный характер. Он не является обязательным регламентом, универсальным стандартом приема или заменой локальных документов организации. Конкретный порядок скрининга, сроки оценки, основания для размещения, заключения договора, продления проживания или маршрутизации должны определяться с учетом модели конкретного КЦ, его правового статуса, требований безопасности, ресурсов команды, региональной инфраструктуры помощи и индивидуальной ситуации женщины и ребенка.

Принципы применения скрининга

Скрининг — это не жесткая анкета, а структура профессиональной беседы. Специалист может менять порядок вопросов, возвращаться к темам позднее и использовать более простые разговорные формулировки. Скрининг предназначен прежде всего для ситуаций, когда женщина или женщина с детьми рассматривается для размещения в убежище, приюте или стационарном отделении кризисного центра. При амбулаторном сопровождении та же логика может использоваться как рамка первичной оценки, но без автоматического вывода о заселении.

- В экстренной ситуации первичный контакт может быть коротким: 20–30 минут, чтобы оценить безопасность, срочность и возможность немедленного размещения.
- При плановом обращении первичная беседа может занимать 30–60 минут, до 2–3 часов или проводиться как серия первичных бесед, если нужно дать женщине время рассказать о ситуации, задать вопросы, познакомиться с правилами и принять осознанное решение.
- Не все темы обязательно обсуждаются при первой встрече. Если женщина в остром стрессе, закрыта, тревожна или не готова к контакту, часть вопросов переносится на первые дни адаптации и диагностический период.
- Сроки этапов являются ориентировочными. Для сложных случаев первичная адаптация может занимать 14–30 дней, а диагностический период — 30–45 дней, если это соответствует практике и локальному порядку КЦ.
- Документы приема, договор, срочные услуги и сроки сопровождения оформляются по локальному порядку организации и применимым требованиям.

При выявлении острого психоза, суицидального риска, выраженной интоксикации, тяжелой дезориентации, агрессии, угрозы другим проживающим, невозможности заботиться о ребенке без постоянного контроля, отказа от жизненно необходимых лекарств — специалисты КЦ не должны самостоятельно ставить диагноз или принимать медицинское решение. Их задача зафиксировать риск, обеспечить безопасность и инициировать обращение к профильному медицинскому специалисту или в соответствующую службу.

Этапы входного скрининга

Этап	Срок	Главная задача	Формат
1. Первичный контакт	Экстренно: 20–30 минут. Планово: 30–60 минут, до 2–3 часов или серия первичных бесед.	Понять срочные риски, первичные потребности семьи и возможность безопасного размещения женщины и ребенка.	Короткое интервью / серия первичных бесед; чек-лист красных флагов; первичное решение о безопасности; при необходимости — первичный консилиум специалистов.
2. Первые 3–7 дней: адаптация и уточнение	1–3 дня как экстренная стабилизация; 3–7 дней как первичная адаптация; для сложных случаев часть задач переносится на 14–30 дней.	Снять остроту стресса, помочь адаптироваться к условиям КЦ, уточнить факты, увидеть базовую способность к контакту, правилам, быту и уходу за ребенком.	Беседы психолога и соцработника; наблюдение в быту; повседневное уточнение информации; первичный план стабилизации; при экстренном заселении — оформление документов приема по локальному порядку.
3. Диагностический период	Базово 7–30 дней. В сложных случаях — 30–45 дней.	Понять, подходит ли модель КЦ, какие изменения реалистичны, какой маршрут нужен дальше и где центр должен разделить ответственность с внешними службами.	Индивидуальный план помощи; консилиум специалистов; пересмотр маршрута; решение о продолжении программы, изменении формата, продлении диагностики или внешней маршрутизации. Договор/срочные услуги оформляются по локальному порядку.

Этап 1. Первичный контакт

Цель первого контакта понять безопасность, срочность, возможность заселения/размещения и первичные потребности женщины и ребенка. При плановом обращении цель шире: дать женщине возможность проговорить ситуацию, задать вопросы о работе центра, понять правила и принять осознанное решение о размещении.

Блок	Задача	Вопросы	Что фиксируем
Безопасность	Понять, есть ли угроза прямо сейчас.	Где вы сейчас? Можете ли говорить безопасно? Агрессор рядом или может вас найти? Нужна ли полиция, скорая, срочное перемещение, транспорт? Как с вами можно безопасно связаться до заселения?	Уровень немедленного риска; нужна ли экстренная помощь; безопасный способ связи; необходимость срочного перемещения.
Причина обращения	Понять, что женщина сама считает главным кризисом.	Что произошло сегодня или в последние дни? Почему вы обратились именно сейчас? Какую помощь вы хотите получить от КЦ в первую очередь? Что для вас сейчас самое важное?	Запрос женщины; первичная гипотеза специалиста о типе кризиса.
Насилие и риск эскалации	Оценить характер, длительность и опасность насилия.	Было ли физическое, сексуализированное, психологическое, экономическое насилие? Насилие усиливается? Были ли преследования, угрозы убийством, удушение, применение острых предметов или оружия? Есть ли доказательства эпизодов: фото, видео, аудио, свидетели, обращения? Есть ли видимые травмы? Нужна ли фиксация травм и медицинская помощь? Нужна ли смена телефона, выход из соцсетей, защита контактов женщины и детей?	Риск повторного насилия; необходимость плана безопасности; готовность/потребность в обращении в МВД, снятии побоев, медэкспертизе, сборе доказательств.
Риск для ребенка	Понять безопасность ребенка, угрозу изъятия, оставления без ухода или отказа от ребенка.	Где дети сейчас? Видели ли они насилие? Был ли вред детям? Кто сейчас заботится о них? Есть ли риск оставления без присмотра, пренебрежения, отказа от ребенка, разлучения или изъятия ребенка?	Риск для ребенка; нужна ли защита ребенка, привлечение социальных служб, опеки/КДН по локальному порядку.
Жилье и безопасные альтернативы	Понять, нужен ли именно КЦ/приют/стационар и какой формат проживания возможен.	Где вы жили до обращения? Можно ли туда вернуться безопасно? Есть ли родственники, друзья или другие люди, у которых можно безопасно остановиться? Нужно ли экстренное размещение в КЦ, длительное проживание, сопровождаемое проживание? При остром насилии и преследовании возможен ли	Подходит ли стационарный формат; есть ли безопасные альтернативы; возможен ли переезд в другой город; какие жилищные проблемы нужно решать отдельно.

		переезд в другой город к партнерам?	
Близкое окружение и безопасная опора	Понять, кто может быть ресурсом стабилизации, а кто усиливает риск.	Кто из родственников, друзей, знакомых, отца ребенка, работодателя, соседей или сообщества может помочь безопасно? Кому вы доверяете? Кто может дать жилье, бытовую поддержку, помощь с ребенком, эмоциональную опору? С кем нельзя связываться из-за риска?	Сеть поддержки; возможные участники маршрута; ресурсы для альтернативного проживания и постсопровождения; опасные контакты.
Документы и правовой статус	Понять возможность оформить помощь и маршрут.	Есть ли паспорт, свидетельства о рождении детей, полис, регистрация, документы на жилье, документы об инвалидности, льготы? Есть ли миграционные ограничения, долги, суды, опека, полиция?	Юридические ограничения; первичная задача для юриста/соцработника; документы, без которых невозможно оформить помощь.
Здоровье женщины	Выявить медицинские риски и ограничения проживания.	Есть ли травмы, беременность, послеродовой период, хронические заболевания, социально значимые заболевания, инвалидность? Нужны ли лекарства, врач, обследование, справки?	Нужна ли медицинская помощь до размещения или параллельно с ним; есть ли ограничения для проживания в общем пространстве.
Психологическое состояние	Предположить острый стресс, травматическую реакцию, депрессивное состояние, суицидальный риск.	Как вы спите, едите, принимаете решения? Есть ли паника, подавленность, мысли о самоповреждении? Нужна ли срочная консультация психолога или врача?	Острый стресс; суицидальный риск; необходимость кризисной психологической помощи или медицинской маршрутизации.
Психиатрические и когнитивные ограничения	Увидеть красные флаги, которые осложняют помощь семье и размещение в КЦ.	Вам сейчас понятно, где вы находитесь и что происходит? Бывает ли, что из-за состояния вы не можете заботиться о себе или ребенке? Есть ли лекарства, врач, госпитализации? Если специалист видит признаки риска, готовы ли вы обсудить консультацию психотерапевта/психиатра или другой медицинский маршрут?	Нужна ли консультация врача, усиленное сопровождение или другой формат помощи; есть ли ограничения при приеме в КЦ.
Зависимости	Оценить стадию зависимости, безопасность проживания и	Есть ли употребление алкоголя, наркотиков, сильнодействующих препаратов? Когда было последнее употребление? Состоите ли на учете у нарколога? Проходили ли	Риск срыва, интоксикации или абстиненции; нужна ли наркологическая помощь; возможна ли помощь в направлении в реабилитационный центр;

	профиль помощи при условии ремиссии.	лечение? Сколько времени длится ремиссия? Готовы ли обратиться к наркологу, пройти реабилитацию? Есть ли с кем оставить детей на период лечения/реабилитации?	безопасно ли проживание для других.
Готовность к сотрудничеству со специалистами КЦ	Понять, готова ли женщина обсуждать ближайшие шаги и условия программы.	Какие 1–2 шага вы готовы сделать в ближайшие дни? Какие правила проживания могут быть для вас сложными? Что нужно, чтобы первый шаг был возможен? Что важно знать специалистам, чтобы помощь была безопасной и реалистичной?	Первичная готовность к сотрудничеству; темы для диагностического периода; возможные ограничения и условия договора/индивидуального плана.

Этап 2. Первые 3–7 дней (иногда до 30 дней): адаптация и уточнение

В первые дни женщина выходит из острого стресса, осваивается в пространстве КЦ, привыкает к правилам, новым людям и формату взаимодействия со специалистами. Поэтому основной акцент этого этапа адаптация, снижение тревоги, уточнение фактов и наблюдение за тем, как женщина взаимодействует с ребенком, специалистами и другими проживающими.

Задача	Вопросы	Что фиксируем
Понять, снижается ли острота стресса	Появляются ли в течение дня периоды, когда вы чувствуете себя спокойнее или хотя бы нейтрально? Что остается самым тревожным? Что помогает вам удерживаться и не ухудшать состояние?	Динамика состояния; нужна ли дополнительная психологическая или психотерапевтическая помощь.
Уточнить декларируемую и реальную ситуацию	Что из рассказанного при первом обращении необходимо уточнить? Есть ли важные обстоятельства, о которых вы не сказали сразу и о которых специалистам КЦ важно знать?	Новые факты; изменения в плане помощи; темы, к которым нужно вернуться позже.
Понять способность проживания в формате КЦ	Что вам трудно делать в быту: соблюдать режим, убирать, готовить еду, поддерживать гигиену, договариваться с другими?	Нужен ли бытовой куратор; обучение навыкам; адаптированный формат проживания; необходимость отдельного размещения или иной маршрутизации.
Оценить родительские функции в реальной ситуации	Что ребенку нужно сейчас? Что вам труднее всего в уходе за ним? Бывает ли, что вы не можете покормить, переодеть, успокоить, отвести ребенка к врачу?	Риск пренебрежения; потребность в родительском сопровождении; особенности привязанности и контакта с ребенком.

Понять, выдерживает ли женщина правила КЦ	Какие правила понятны? Какие вызывают сопротивление или тревогу? Что может помешать их соблюдать? Какая поддержка поможет соблюдать правила без конфликта?	Риск конфликтов; условия проживания и индивидуального плана; потребность в дополнительном объяснении правил.
Оценить способность принимать поддержку	Какая помощь сейчас кажется полезной? Какие встречи уже помогли? Что вызывает сопротивление или страх? Как специалистам лучше объяснять следующие шаги?	Готовность к психологической, юридической, социальной помощи; темы, где нужен более бережный контакт.
Проверить, сохраняется ли риск возврата в семью или преследования	Искал, писал или звонил агрессор? Что вы будете делать, если он извинится и позовет обратно или начнет угрожать? Кто может помочь вам не остаться с этим одной?	План безопасности; риск преждевременного возврата; контакты, которые усиливают риск.
Увидеть то, что могло не проявиться на первой встрече	Бывают ли резкие перепады настроения, ухудшение состояния, потеря контроля, сильная подозрительность, голоса, спутанность? Готовы ли вы обсудить это с врачом?	Красные флаги; необходимость консультации невролога, психотерапевта или психиатра.
Понять риск срыва и влияние на проживание	Возникало ли желание употребить алкоголь или наркотики? Что или кто помогает удерживаться? Нужна ли консультация нарколога или группа поддержки?	План профилактики срыва; выполнение условий проживания; необходимость наркологической маршрутизации.
Найти безопасную опору вне КЦ	Кто может помочь безопасно: родственники, друзья, НКО, работодатель, религиозная община, соседи? С кем нельзя контактировать из-за риска?	Сеть поддержки; возможные партнеры маршрута; контакты, которых следует избегать.

Этап 3. Диагностический период: 7–30 дней (иногда до 45 дней)

К концу диагностического периода важно понять, какие изменения возможны внутри модели КЦ, что требует внешних служб, где центр должен разделить ответственность с другими партнерами и какой дальнейший маршрут реалистичен для женщины и ребенка.

Задача	Вопросы	Что фиксируем
Сформулировать реалистичный результат на 1–3 месяца	Что должно измениться, чтобы вы могли сказать: кризис начал разрешаться? Какой результат	Индивидуальный результат на ближайший период; реалистичность

	важен для ребенка? Что важно именно для вас?	ожиданий; приоритет ребенка и женщины.
Перевести запрос в действия	Какие шаги вы берете на себя? Какие шаги берет КЦ? Что делаем на этой неделе, в этом месяце?	Зона ответственности женщины, КЦ и партнеров; ближайшие действия.
Отличить временный кризис от повторяющегося сценария	Были ли похожие кризисы раньше? Что обычно повторяется? Что раньше помогало, а что не срабатывало?	Повторяемость сценария; риск возвращения в прежнюю ситуацию; факторы, которые раньше мешали выходу из кризиса.
Понять, достаточно ли обычной модели КЦ	Получается ли удерживать договоренности, заботиться о ребенке, планировать документы и деньги? Нужна ли врачебная помощь или постоянное сопровождение?	Подходит ли модель КЦ; нужен ли другой формат проживания или внешняя помощь.
Оценить, можно ли работать внутри КЦ без специализированного лечения	Есть ли срывы, отрицание проблемы? Готовы ли вы к консультации нарколога, долгосрочной реабилитации, группе поддержки, тренингам?	Нужен ли наркологический/реабилитационный маршрут; условия продолжения проживания.
Определить потребность ребенка в отдельной помощи	Что изменилось в состоянии ребенка? Нужен ли врач, невролог, детский психолог, дефектолог, детский психиатр, место в ДОУ/школе, сопровождение?	Потребность ребенка в медицинской, психологической, образовательной или коррекционной помощи.
Проверить реалистичность самостоятельного проживания после выхода из КЦ	Какие документы и выплаты оформлены? Можно ли работать? Какой вариант жилья возможен после выхода из КЦ?	Реалистичность выхода; план жилья, дохода и детской инфраструктуры.
Разделить ответственность с внешними службами	Какая помощь нужна за пределами центра: психиатр, психотерапевт, нарколог, миграционный юрист, сопровождаемое проживание, опека, КДН, НКО, соцзащита?	Партнеры маршрута; внешние службы, без которых КЦ не может удерживать результат.
Определить, что делает КЦ дальше	Продолжаем программу? Уточняем диагностический период и методики оценки? Меняем формат работы? Передаем в другую помощь? Выносим случай на консилиум?	Решение о дальнейшем сопровождении; возможное продление диагностики; смена маршрута; решение консилиума.

Рекомендации при проявлении или подозрении на психотическое состояние

1. **Зафиксировать признаки риска и не ставить диагноз.**

Если у женщины наблюдаются выраженная дезориентация, потеря контакта с реальностью, сильная подозрительность, бредовые высказывания, голоса, резкие непредсказуемые действия, агрессия, суицидальные высказывания или невозможность заботиться о ребенке, специалист КЦ фиксирует наблюдаемые признаки в рабочей документации. Психолог, социальный работник или куратор не ставят диагноз и не принимают самостоятельное медицинское решение о тяжести состояния.

2. **Немедленно оценить безопасность женщины, ребенка и других проживающих.**

Команда КЦ определяет, есть ли прямая угроза ребенку, самой женщине, другим проживающим или сотрудникам. До медицинской оценки необходимо исключить ситуации, в которых женщина остается одна с ребенком при риске безнадзорности, агрессии, спутанности сознания или потери контроля. При выраженных рисках обычное совместное проживание в КЦ рассматривается как недостаточное или невозможное.

3. **Инициировать медицинскую маршрутизацию.**

При подозрении на психотическое состояние КЦ организует обращение к профильному специалисту: психиатру, психотерапевту, в ПНД, скорую помощь или стационар, в зависимости от остроты состояния и локального порядка работы. Задача КЦ — не лечить психотическое состояние внутри центра, а обеспечить безопасный переход к медицинской оценке и специализированной помощи.

4. **Принять решение о формате дальнейшей помощи на консилиуме.**

После фиксации риска и запуска медицинского маршрута команда КЦ проводит консилиум и определяет дальнейший формат: продолжение проживания возможно только при отсутствии угрозы, соблюдении назначенного лечения и понятном плане сопровождения. Если состояние женщины создает угрозу другим проживающим, ребенку или не позволяет обеспечить безопасность в формате КЦ, принимается решение о перенаправлении в медицинскую, социальную или иную специализированную систему помощи. При необходимости рассматриваются отдельное временное размещение, сопровождаемое проживание, подключение родственников, опеки, КДН или других служб.

Что оцениваем	Конкретные вопросы	На что смотрит специалист
Ориентация и понимание	Вам сейчас понятно, где вы находитесь и что происходит? Легко ли вам понимать вопросы и правила? Нужно ли повторить или записать договоренности?	Понимает ли речь, удерживает ли тему, отвечает ли последовательно.
История помощи	Обращались ли вы раньше к психиатру, неврологу, психотерапевту? Были ли госпитализации? Есть ли врач, которому вы доверяете? Состоите ли на учете?	Сам факт обращения не является основанием для отказа; помогает понять маршрут и риски для женщины, ребенка и других проживающих.
Лекарства и лечение	Есть ли назначенные лекарства? Принимаете ли вы их сейчас? Что бывает, если прекращаете прием?	Риск ухудшения состояния, отказа от жизненно важного лечения.
Текущее функционирование	Бывают ли состояния, когда вы не можете встать, умыться, поесть, выйти из комнаты, позаботиться о себе или ребенке?	Способность к самообслуживанию и участию в быте КЦ.

Потеря контроля	Бывают ли моменты, когда вы теряете контроль: кричите, падаете на пол, бьетесь в истерику, можете причинить вред себе, ребенку или другим?	Риск для безопасности; нужна ли срочная помощь.
Суицидальный риск	Бывают ли мысли, что вы не хотите жить? Было ли желание причинить себе вред? Были ли попытки раньше?	Повод для немедленной помощи психиатра, медицинской маршрутизации или вызова скорой помощи. Необходимо сообщить о возможном риске специалистам центра.
Психотические симптомы	Бывает ли, что вы слышите, видите или чувствуете то, чего не замечают другие? Бывает ли сильный страх, что за вами следят или хотят навредить?	Выраженная подозрительность, бредовые высказывания, дезорганизация, дезориентация в пространстве.
Когнитивные ограничения	Трудно ли вам запоминать договоренности, считать деньги, оформлять документы, планировать дела? Что помогает вам не забывать?	Нужен ли постоянный сопровождающий или адаптированный индивидуальный план с короткими шагами и фиксацией договоренностей.
Родительская функция	Бывает ли, что из-за состояния вы не можете покормить, переодеть, успокоить, отвести ребенка к врачу? Кто помогает в такие моменты?	Видит ли потребности ребенка и может ли реагировать без постоянного контроля извне.
Готовность к медпомощи	Если специалисты увидят, что консультация врача важна для вашей безопасности или безопасности ребенка, готовы ли вы обратиться? Что вас пугает в таком обращении?	Согласие, страх учета, сопротивление, потребность в сопровождении.

Дополнительные вопросы для определения готовности к работе в КЦ

Эти вопросы помогают понять реалистичность для женщины работы в конкретной модели КЦ: видит ли она ближайшие цели, может ли принимать правила, выдерживать индивидуальный план и заботиться о ребенке.

Критерий	Конкретные вопросы	Хороший признак
Понимание проблемы	Как вы сами объясняете, почему оказались в кризисе? Что должно измениться, чтобы ситуация не повторилась?	Видит не только внешние обстоятельства, но и повторяющиеся риски.
Цель обращения	Чего вы ждете от КЦ: безопасности, жилья, помощи в сборе необходимых документов,	Может назвать хотя бы 1–2 конкретные цели.

	содействия в поиске работы, психологической помощи вам или ребенку?	
Готовность к действиям	Какие три шага вы готовы сделать в ближайшую неделю? Что из этого вы можете сделать сами, а где нужна помощь специалистов?	Называет реалистичные действия: документы, врач, юрист, работа, сад, школа.
Ответственность без самообвинения	Что зависит от других людей, а что можете делать вы? Что центр может сделать вместе с вами?	Не берет на себя вину за насилие, но видит свою зону ответственности и действий.
Отношения с агрессором	Что вы будете делать, если партнер извинится и позовет обратно или начнет угрожать? Что поможет вам не остаться с этим состоянием одной?	Есть хотя бы предварительный план безопасности.
Принятие правил	Какие правила проживания будут для вас сложными? Что может помешать их соблюдать? Что поможет вам справляться?	Готова обсуждать ограничения заранее.
Готовность выполнять условия программы и взаимодействовать со специалистами	Понимаете ли вы, что проживание в КЦ связано с обязательными встречами со специалистами, выполнением рекомендаций и участием ребенка в консультациях при необходимости? Что может помешать соблюдать эти условия?	Понимает обязательность взаимодействия со специалистами и готова обсуждать трудности выполнения условий программы.
Забота о ребенке	Что ребенку нужно сейчас? Что вам труднее всего в уходе за ним? Какая помощь нужна, чтобы ребенку стало безопаснее?	Видит ребенка отдельным участником ситуации.
Устойчивость плана	Что может сорвать ваш план? Что мы будем делать, если это произойдет? К кому можно обратиться в момент срыва?	Может обсуждать риски, а не только идеальный сценарий.

Приложение 2. Маршруты помощи

Маршруты помощи для женщин с разными типами и сочетаниями уязвимости

Документ «Маршруты помощи для женщин с разными типами и сочетаниями уязвимости» подготовлен как методический материал для специалистов кризисных центров, работающих с женщинами и женщинами с детьми в кризисной ситуации. Его задача — помочь специалистам структурировать сопровождение клиенток с разными типами уязвимости, определить возможный объем помощи внутри кризисного центра, обозначить ориентировочные сроки проживания и постсопровождения, а также увидеть ситуации, в которых необходима внешняя маршрутизация к медицинским, социальным, правовым, психологическим и другим помогающим организациям.

Документ разработан на основе материалов исследования кризисных центров, проведенного БФ «Культура благотворительности», и доработан с учетом комментариев экспертов и практиков, представляющих разные модели помощи женщинам с детьми. В обсуждении были учтены предложения по содержанию маршрутов, формулировкам, срокам сопровождения, ограничениям отдельных моделей КЦ, возможностям постсопровождения и взаимодействия с внешними службами.

Материал носит рекомендательный характер. Он не является универсальным стандартом, обязательным регламентом или заменой локальных документов организации. Предложенные маршруты, сроки и объем помощи следует рассматривать как ориентиры, которые могут адаптироваться с учетом модели конкретного кризисного центра, его ресурсов, требований безопасности, региональной инфраструктуры помощи, правового статуса учреждения и индивидуальной ситуации женщины и ребенка.

Особое значение в документе имеет идея профессионального самоопределения кризисного центра: важно понимать, в каких случаях помощь может быть оказана внутри КЦ, где требуется усиление сопровождения, а где необходима ранняя маршрутизация в другую систему помощи. Такой подход позволяет более точно распределять ресурсы, снижать перегрузку специалистов и выстраивать для женщины и ребенка реалистичный маршрут выхода из кризиса.

Типы ситуации указаны как рабочие гипотезы, которые на практике могут уточняться в первые дни и недели сопровождения: часть факторов становится видна только при совместном проживании, в наблюдении за заботой о ребенке, соблюдением договоренностей и реакцией на помощь.

1. Относительно ресурсная женщина в остром ситуативном кризисе

Виды помощи внутри КЦ	Безопасное проживание; первичная психологическая стабилизация; социальное сопровождение; юридическая консультация; восстановление документов и выплат; гуманитарная помощь. При быстром решении вопроса жилья возможно продолжение помощи в формате срочных/амбулаторных услуг.	
Объем помощи специалистов КЦ	Психолог для женщины	4–6 консультаций, 2–3 раза в неделю с ориентацией на результат.
	Помощь соцработника/куратор	Не менее 2 консультации, до 3 раз в неделю в первые 7–14 дней

	Документы/выплаты	1–3 обращения по потребности
	Психолог ребенка	3–4 консультации, 2 раза в неделю при необходимости
	Гуманитарная помощь	разово по потребности, затем 1–2 раза в месяц
	Юрист	2 консультации, 2–3 в месяц по ситуации, по запросу
Постсопровождение	Контрольный звонок или встреча через 2–4 недели после выхода. При решении о проживании вне КЦ— дальнейшая работа через срочные/амбулаторные консультации психолога, юриста, специалиста по социальной работе и куратора семьи.	
Внешняя маршрутизация	Полиция/суд/адвокат при насилии; медицинская помощь; привлечение профильных НКО при наличии дополнительного запроса.	

2. Единичный случай или впервые проявившееся домашнее насилие при сохраненных ресурсах

Виды помощи внутри КЦ	Безопасное проживание; план безопасности; психологическая помощь женщине и ребенку; юридическое сопровождение; помощь с документами, выплатами, устройством в школу/ДОУ; при необходимости группа дневного пребывания для ребенка.	
Объем помощи специалистов КЦ	Психолог женщины	4–12 консультаций
	Психолог ребенка	4–12 консультаций
	Юрист/адвокат	4 консультации
	Сопровождение в суд/полицию	по необходимости
	Соцработник	3–6 встреч
	Гуманитарная помощь	По необходимости 3- 5 выдач
	Детские услуги	группа дневного пребывания по необходимости.
	Групповая работа/тренинги —	1 раз в месяц
Постсопровождение	Связь с куратором до завершения правовых шагов; при безопасной и не усугубляющейся ситуации — восстановление связи с родственниками или иным поддерживающим окружением.	

Внешняя маршрутизация	Полиция, суд, адвокат, медэкспертиза, профильные НКО по домашнему насилию.
------------------------------	--

3. Циклическое насилие и созависимые отношения

Виды помощи внутри КЦ	Безопасное проживание; мотивационная работа; психологическая помощь и психотерапевтическая работа с границами и нормой отношений; юридическая помощь; работа с ребенком; гуманитарная поддержка.	
Объем помощи специалистов КЦ	Психологические консультации/психотерапия женщины	10–20 консультации
	Групповая работа после стабилизации эмоционального состояния	1 раз в месяц или 6–10 встреч
	Психотерапия — только для мотивированных через тест/конкурс	Длительно до 1 года
	Детский психолог	10-20 консультаций
	Юрист	5-10 консультаций
	Гуманитарная помощь	5 -6 выдач
Постсопровождение	Длительное сопровождение после выхода 3–6 месяцев; групповая работа/тренинги; поддерживающее сообщество. Психотерапия может длиться 1–5 лет и не должна ограничиваться проживанием в КЦ	
Внешняя маршрутизация	НКО по домашнему насилию; длительная психотерапия; группы переживших насилие; юристы; детский психолог; поддерживающее сообщество.	

4. Хроническое социальное неблагополучие / «жизнь в кризисе»

Виды помощи внутри КЦ	Полный стандарт КЦ: проживание; документы/пособия; гуманитарная помощь; психолог; социальный работник; трудоустройство; финансовое планирование, правила накоплений и ведение бюджета; быт и режим; родительские навыки и компетенции; помощь со сбором документов, выплатами, устройством в школу/ДОУ.	
Объем помощи специалистов КЦ	Куратор	1- 2 раза в неделю
	Психолог	14–30 консультаций 1–2 раза в неделю
	Детский психолог	14–30 консультаций

	Занятия по быту/родительству, со специалистом по социальной работе	10–30 2–4 раза в неделю
	Трудоустройство —	1-3 попытки, желательно довести до трудоустройства
	Оформление документов/выплат	По необходимости, не менее 1 раза в неделю на активной стадии
	Финансовая грамотность/накопления	4 занятия или 1–2 раза в неделю
	Гуманитарные выдачи	8–12 раз
Постсопровождение	Постсопровождение 6–12 месяцев: звонки, встречи, групповая работа/тренинги, контроль благополучия детей. Содействие удержанию занятости и решение возникающих социальных вопросов.	
Внешняя маршрутизация	Органы соцзащиты, занятости, муниципальные службы, дополнительное обучение, предоставление жилья, кураторы/наставники из других НКО, помощь других НКО.	

5. Опыт сиротства, интернатное воспитание, травматичное детство

Виды помощи внутри КЦ	Проживание; социально-бытовое обучение; развитие навыков ухода за ребенком; работа по формированию привязанности с участием психолога, детского психолога и педагога; помощь со сбором документов, выплатами, устройством в школу/ДОУ; документы на жилье/постановка на очередь; содействие в трудоустройстве/обучении; наставничество при наличии ресурса; детский психолог и/или группа дневного пребывания для ребенка.	
Объем помощи специалистов КЦ	Занятия по бытовым навыкам	10–24 , 1–2 раза в неделю
	Обучение уходу за ребенком	10–24 , не менее 2 раз в неделю
	Психолог	10–24 не менее 1 раза в неделю
	Детский психолог	4–24 консультации
	Помощь с документами на жилье/выплаты	по необходимости
	Профобучение/работа	До трудоустройства/по необходимости;
	Гуманитарные выдачи	5–12 раз
Постсопровождение	Постсопровождение не менее 12 месяцев: выпускные группы, куратор, групповая работа/тренинги.	

Внешняя маршрутизация	Постинтернатные программы; наставники; психотерапевт; жилье для выпускников; профобучение; опека и службы защиты детства при риске отказа или угрозе ребенку.
------------------------------	---

6. Кризисная беременность, послеродовой кризис, риск отказа от ребенка

Виды помощи внутри КЦ	Проживание после роддома; медицинское сопровождение по назначению врача; обучение уходу за младенцем; работа по формированию привязанности с участием психолога, детского психолога и педагога; помощь в получении пособий и сборе документов; гуманитарная помощь; работа с семьей; помощь с документами на жилье, выплатами, устройством старших детей в школу/ДООУ.	
Объем помощи специалистов КЦ	Консультации по уходу за ребенком в процессе проживания	Не менее 5
	Работа по формированию привязанности	1–2 раза в неделю / 10 консультаций
	Психолог	10-40 консультаций
	Медсопровождение	по назначению врача / 12 визитов в год
	Оформление пособий/документов	3–4 консультации
	Гуманитарные выдачи: детские вещи, питание, средства гигиены	5–15
	Помощь с семьей и старшими детьми	
Постсопровождение	Сопровождение куратора до 12 месяцев после выхода — до устойчивой организации бытовых условий и ухода за ребенком.	
Внешняя маршрутизация	Женская консультация, центр кризисной беременности, роддом, педиатр, служба/центр ранней помощи ребенку раннего возраста или ребенку с риском нарушений развития, соцзащита, НКО, помогающие семьям с детьми, сообщества одиноких матерей и молодых мам, курсы ответственного родительства/родительской компетентности.	

7. Психиатрические, ментальные или когнитивные особенности у женщины

Виды помощи внутри КЦ	Главная задача – выявить наличие нарушений. Важен диагностический период с наблюдением в быту; адаптированный индивидуальный план с короткими, конкретными шагами; оценка безопасности ребенка; помощь с получением пособий, выплат и документов; первичная кризисная поддержка как помощь в снижении острого состояния и организации контакта со
------------------------------	---

	специалистами; обучение навыкам ухода за ребенком и родительским компетенциям. При необходимости — отдельное размещение/гостиница/перенаправление и запуск медицинского маршрута.	
Объем помощи специалистов КЦ	Диагностика психиатра	1–30 дней наблюдения, 1-4 обращения (если отказывается, то маршрут не продолжать)
	Социальные работники, администраторы	По потребности
	Психологические консультации	1-12 консультаций
	Проживание	Возможно при соблюдении плана лечения и отсутствия инцидентов
	Гуманитарные выдачи	1–3 в месяц
Постсопровождение	Координация с родственниками/опекой и внешними службами. Координация с врачом возможна только с учетом согласия клиентки и правил конфиденциальности; медицинская информация не должна передаваться без законных оснований.	
Внешняя маршрутизация	Психиатр, ПНД, стационар при остром состоянии, МСЭ, сопровождаемое проживание, тьютор, социальный сопровождающий, опека.	

8. Депрессия, ПТСР, выраженные последствия травмы

Виды помощи внутри КЦ	Проживание; при необходимости отдельное размещение/гостиница; кризисное консультирование психолога; режим и восстановление сна; снижение перегрузки; помощь ребенку через детского психолога, педагога или группу дневного пребывания; юридическая и социальная помощь по ситуации; групповая терапия/тренинги после стабилизации.	
Количественные показатели / варианты экспертов	Психолог женщины	12–48 консультаций
	Детский психолог	12-30 консультаций
	Врач/психиатр	1–4 обращения
	Проживание без бытовой нагрузки	1 -2 месяца
	Гуманитарные выдачи	1–3 в месяц
Постсопровождение	Реабилитационный период от 2 месяцев до 1,5 года , постсопровождение и групповая терапия/тренинги 6–12 месяцев.	

Внешняя маршрутизация	Психотерапевт/психиатр, группы поддержки, медицинская помощь, детский психолог, НКО, работающие с ситуацией домашнего насилия.
------------------------------	--

9. Химическая зависимость или высокий риск зависимости

Виды помощи внутри КЦ	Краткосрочное безопасное размещение возможно только без активного употребления и при соблюдении правил; работа с мотивацией; оценка безопасности ребенка; помощь в получении пособий и сборе документов; подготовка к реабилитации; гуманитарная помощь. При активном употреблении первичным должен быть медицинский/наркологический маршрут.	
Количественные показатели / варианты экспертов	Проживание	Возможно в период ремиссии — от 1 до 12 месяцев;
	Мотивационные встречи/работа с психологом	4 -30 консультаций
	Нарколог/реабилитация Тесты и меддокументы	1–4 обращения; по необходимости;
	Гуманитарные выдачи	1–12
Постсопровождение	Удержание контакта после реабилитации; возвращение к КЦ возможно только при новых острых социальных рисках и при соблюдении условий безопасности.	
Внешняя маршрутизация	Нарколог, реабилитационный центр, группы взаимопомощи, СПИД-центр, психиатр, опека/КДН при риске ребенку.	

Рекомендуемые сроки проживания и действия при отсутствии динамики

Предложенные сроки являются ориентировочными и должны уточняться по итогам первичной оценки, диагностического периода и консилиума специалистов. Максимальный срок проживания определяется моделью конкретного КЦ, требованиями безопасности, ресурсами команды и наличием внешнего маршрута помощи.

Тип уязвимой ситуации	Рекомендуемый срок проживания	Максимальный срок	Что должно измениться	Если ситуация не меняется
Относительно ресурсная женщина во внезапном кризисе	До 1 месяца	До 3 месяцев	Снижена острота кризиса; восстановлены документы и выплаты; понятен безопасный адрес или план аренды;	Пересмотреть гипотезу случая: возможно, за внешним кризисом стоит хроническое неблагополучие, насилие, зависимость

Тип уязвимой ситуации	Рекомендуемый срок проживания	Максимальный срок	Что должно измениться	Если ситуация не меняется
Разовое или впервые проявившееся домашнее насилие при сохраненных ресурсах	1–3 месяца	До 6 месяцев	женщина выполняет договоренности и может перейти на амбулаторное сопровождение.	или ментальные трудности. Назначить консилиум и изменить маршрут помощи.
			Составлен план безопасности; начаты правовые шаги; есть безопасный адрес или план жилья; ребенок в безопасности; женщина удерживает контакт со специалистами и не возвращается в опасную ситуацию без плана.	Перевести случай в маршрут циклического насилия/созависимости; подключить профильные НКО по домашнему насилию, адвоката, группы поддержки, длительную психологическую помощь.
Циклическое насилие и созависимые отношения	3–6 месяцев	До 6 месяцев в КЦ; далее 1–5 лет внешнего сопровождения	Женщина начинает распознавать цикл насилия, имеет план безопасности, получает юридическую и психологическую помощь, формирует внешнюю поддержку, ребенок получает отдельную помощь при необходимости.	Не продлевать проживание только за счет ресурса КЦ без изменения маршрута. Подключить длительную психотерапию, профильные НКО, группы переживших насилие, поддерживающее сообщество; при риске ребенку — детские службы.
Хроническое социальное неблагополучие / «жизнь в кризисе»	6–12 месяцев	До 12 месяцев в КЦ; до 24–36 месяцев только в специальных программах	Появились устойчивый режим, доход или обучение, оформлены документы и выплаты, ребенок устроен в сад/школу, сформированы базовые бытовые и родительские навыки, есть план жилья и сеть поддержки.	Передать случай в длительное социальное сопровождение: соцзащита, муниципальные службы, наставники, НКО, сопровождаемое проживание. При угрозе ребенку — подключить опеку/КДН.

Тип уязвимой ситуации	Рекомендуемый срок проживания	Максимальный срок	Что должно измениться	Если ситуация не меняется
Опыт сиротства, интернатное воспитание, травматичное детство	6–12 месяцев	До 24–36 месяцев в специальных программах	Женщина осваивает бытовые и родительские навыки, оформляет документы, выплаты и жилищные права, включается в обучение или работу, получает наставника/куратора, ребенок находится в безопасной заботе.	Нужен не только КЦ, а постинтернатный маршрут: наставничество, сопровождаемое проживание, психотерапия, помощь с жильем и работой. При сохраняющемся риске для ребенка — совместная работа с опекой и детскими службами.
Кризисная беременность, послеродовой кризис, риск отказа от ребенка	1–3 месяца	До 6 месяцев в КЦ; до 24–36 месяцев в первичных специальных программах для молодых матерей	Женщина принимает решение о сохранении заботы о ребенке; КЦ; до 24–36 месяцев в первичные навыки ухода; оформлены пособия и документы; выстроен медицинский маршрут; есть бытовой план после выхода.	Подключить женскую консультацию, роддом, педиатра, раннюю помощь, соцзащиту, НКО для мам с детьми. Если забота о ребенке не обеспечивается — обсуждать защитный маршрут с детскими службами.
Мама с ребенком с инвалидностью или тяжелыми особенностями здоровья	3–6 месяцев	До 12 месяцев при наличии адаптированного ресурса	Оформлены или начаты МСЭ, выплаты, медицинский и реабилитационный маршрут; ребенок получает помощь специалистов; у матери есть передышка, психологическая поддержка и план ухода.	Если КЦ не может обеспечить доступную среду и поддержку ухода, сразу маршрутизировать в профильные службы: реабилитационные центры, НКО по инвалидности, проекты «передышка», соцзащиту, сопровождаемое проживание.
Химическая зависимость или высокий	До 1 месяца для стабилизации и перевода	До 12 месяцев только при ремиссии и готовности наркологический	Оценена безопасность ребенка; начат наркологический	Не заменять лечение проживание в КЦ. При активном употреблении или

Тип уязвимой ситуации	Рекомендуемый срок проживания	Максимальный срок	Что должно измениться	Если ситуация не меняется
риск зависимости		соблюдать условия КЦ	маршрут; есть согласие на лечение/реабилитацию; составлен план профилактики срыва; определено, кто заботится о ребенке на период лечения.	срывах — маршрутизация к наркологу, в реабилитационный центр, группы взаимопомощи; при риске ребенку — опека/КДН.
Психиатрические, ментальные или когнитивные особенности	До 1 месяца диагностического периода	До 3 месяцев только при соблюдении лечения и отсутствии угрозы другим проживающим	Получена медицинская оценка; понятен диагноз/состояние или рабочая гипотеза; женщина соблюдает лечение, может заботиться о себе и ребенке, выполняет адаптированный индивидуальный план.	Если есть острый психоз, суицидальный риск, агрессия, тяжелая дезориентация или невозможность заботиться о ребенке без постоянного контроля, проживание в КЦ недостаточно. Нужны психиатр, ПНД, стационар, МСЭ, сопровождаемое проживание, социальный сопровождающий; при риске ребенку — опека.
Депрессия, ПТСР, выраженные последствия травмы	3–6 месяцев	До 12 месяцев; в отдельных случаях внешний реабилитационный маршрут может длиться до 1,5 лет и более	Стабилизированы сон, питание, режим; снижена острота травматических проявлений; подключен психолог/психотерапевт или психиатр; ребенок получает поддержку; снижена бытовая и эмоциональная перегрузка.	Подключить специализированную психотерапевтическую и/или психиатрическую помощь, группы поддержки, НКО по домашнему насилию, медицинские службы. При отсутствии динамики не удерживать случай только внутри КЦ, а переводить в долгосрочный внешний маршрут.

Результаты апробации методических материалов

В рамках работы по исследованию была проведена апробация на практике методических материалов «Скрининг на входе» и «Маршруты помощи» и по ее результатам проведено анкетирование руководителей и специалистов КЦ. В результате анкетирования получен 21 ответ.

Оба документа подробно изучили 14 из 21 респондента (67%), еще трое (14%) видели материалы, но не изучали подробно, и трое (14%) не изучали их. Большинство отметили для себя новые элементы в «маршрутах помощи» (71%), и 57% - в скрининге. В работе скрининг и маршруты смогли применить более половины ответивших (57%). Пользу материалов оценили в среднем на 4,5 балла из 5.

Скрининг. Наиболее полезными оказались блоки, которые оценивают угрозу жизни и здоровью (71%), оценку психиатрических, ментальных и когнитивных особенностей (67%), определение глубины уязвимости и выявление факторов, мешающих выходу из кризиса (52%). 29% смогли точнее оценить ситуацию на входе в КЦ, 57% респондентов сообщили, что скрининг помог раньше распознать случаи, где стандартной помощи КЦ недостаточно.

«В представленных документах даны четкие алгоритмы действий специалистов в различных ситуациях, конкретные мероприятия по выходу из трудной жизненной ситуации».

«Скрининг на входе будет служить основой первичного разговора с клиенткой при заезде в приют».

Маршруты помощи. Наиболее полезными оказались действия при отсутствии изменений в ситуации женщины (76%), описание помощи внутри КЦ по типам ситуаций (62%), типология уязвимости (48%). Больше всего КЦ использовали документ, чтобы уточнить индивидуальные планы и маршруты помощи клиенткам (43%),

«По опыту работы, у клиенток обычно несколько типов уязвимых ситуаций одновременно: хронический кризис, насилие, кризисная беременность, травматичное детство, которые могут привести женщину к отказу от ребенка. И поэтому психолог скорее всего будет работать на поддержку женщины сразу по всем уязвимым моментам. При этом документ позволяет выделить ту задачу, над которой важнее начать работать первой и какие ресурсы важно привлекать.»

Материалы получили высокие оценки и уже используются частью КЦ. Наиболее выраженная практическая ценность связана с индивидуальным планированием и алгоритмом действий при отсутствии динамики.

Приложение 3. Список участников и благодарности

Благодарим руководителей и специалистов кризисных центров, принявших участие в интервью, фокус-группах и рабочей группе исследования

1. Лазарева Лариса, МОО «Аистенок»
2. Алла Осипова, МОО «Аистенок»
3. Жижков Владимир, Негосударственный центр поддержки семей и детей "Вместе", Ассоциация "МАКСОРА" г. Новосибирск
4. Петрова Ирина, Ассоциация "МАКСОРА" г. Новосибирск
5. Голубева Светлана, Ассоциация "МАКСОРА" г. Новосибирск
6. Калмыкова Евгения, БФ "Оберег", г. Иркутск
7. Григорьева Анастасия, БФ "Оберег", г. Иркутск
8. Левина Марина, БФ "Родительский мост", г. Санкт-Петербург
9. Журавлева Ксения, БФ "Родительский мост", г. Санкт-Петербург
10. Буйнова Марина, Хабаровская краевая общественная организация "Чужих детей не бывает", г. Хабаровск
11. Вакулина Нина, БФ "Мир добрых сердец", Воронежская область
12. Лемешева Вероника, ЧУСО "Детские деревни-SOS Пушкин", г. Санкт-Петербург
13. Кирсеева Екатерина, ЧУСО "Детские деревни-SOS Пушкин", г. Санкт-Петербург
14. Андреева Елена, БФ "Волонтеры в помощь детям-сиротам", г. Москва
15. Клещева Ксения, ГАУ "ОКЦПЖ" "Областной кризисный центр помощи женщинам", Калининградская область
16. Прорубникова Галина, ПРОО "Территория семьи", г. Пермь
17. Садикова Алена, АНО "Центр помощи семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, "Китеж", г. Москва
18. Нагибина Мария, АУ СОН ТО и ДПО "РСРЦН "СЕМЬЯ", Тюменская область
19. Бескоровая Елена, ГКУ СО КК "Краснодарский краевой кризисный центр", г. Краснодар
20. Бондаренко Татьяна, СПб РОД "Петербургские родители", г. Санкт-Петербург
21. Рубец Лариса, АНО "Дом для мамы, Ставропольский край
22. Скобелкина Юлия, ПРОО "Территории семьи", г. Пермь

23. Махлес Елена ПРОО "Территории семьи", г. Пермь
24. Дира Анастасия, БФ "Волонтеры в помощь детям-сиротам", г. Москва
25. Рябова Анна, АНО "Центр помощи семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, "Китеж", г. Москва
26. Гогина Ксения, АНО "Центр "Мария", Ярославская область
27. Долбеева Вера, Религиозная организация Католический центр «Каритас Преображенской Епархии в Новосибирске», г. Новосибирск
28. Ковалёва Анастасия, Религиозная организация Католический центр «Каритас Преображенской Епархии в Новосибирске», г. Новосибирск
29. Березина Анжелика, Религиозная организация Католический центр «Каритас Преображенской Епархии в Челябинске», г. Челябинск
30. Степанова Татьяна, Региональный православный центр защиты семьи, материнства и детства "Смоленский дом для мамы", г. Смоленск
31. Лебедева Елена, Региональный православный центр защиты семьи, материнства и детства "Смоленский дом для мамы", г. Смоленск
32. Наврость Ирина, РОО «Православная Служба Милосердия», г. Екатеринбург
33. Некрасова Татьяна, РОО «Православная Служба Милосердия», г. Екатеринбург
34. Андросова Ольга, Международный детский фонд "Дети Саха-Азия", г. Якутск
35. Попцова Дарья, НООО «Нижегородский Женский Кризисный центр», г. Нижний Новгород
36. Ермолаева Анастасия, НООО «Нижегородский Женский Кризисный центр», г. Нижний Новгород

Список организаций, принявших участие в анкетировании:

1. БФ «Родительский мост»
2. Челябинская региональная общественная организация «Центр защиты семьи, материнства и детства „Берег“»
3. ГКУ Республиканский ресурсный центр «Семья»
4. СПб ГБУ «Кризисный центр помощи женщинам»
5. ГКУ Самарской области «Тольяттинский социальный приют для детей и подростков „Дельфин“»
6. Региональный православный центр защиты семьи, материнства и детства «Смоленский дом для мамы»
7. Центр помощи семье и детям «Быть мамой»
8. ГБУСО Калининградской области «Центр содействия семейному устройству детей „Надежда“»
9. Мамин дом «Аистенок»

10. СПб ГБУСОН «Центр социальной помощи семье и детям Петродворцового района Санкт-Петербурга»
11. ГАУ Калининградской области «Областной кризисный центр помощи женщинам»
12. Мурманский центр социальной помощи семье и детям
13. АНО «Мать и Дитя»
14. Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам»
15. ЧУСО «Детская деревня — SOS Пушкин»
16. АНО «Кризисный центр „Право голоса“»
17. ПРОО «Территория семьи»
18. КГБУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения города Бийска»
19. ГБУ СО «Комплексный центр социального обслуживания населения Республики Карелия»
20. ЧУСО «Детская деревня — SOS Томилино»
21. Приют для мам «Всё в твоих руках»
22. ГАУАО «Семиозерский кризисный центр»
23. ГАУ Новосибирской области «Областной центр социальной помощи семье и детям „Радуга“»
24. АНО ЦРСП ТО «Милосердие»
25. Фонд «Владмама»
26. Приют для женщин с детьми «Нечаянная радость» — Православная служба милосердия Екатеринбургской епархии
27. Приморская общественная организация социальной поддержки населения «Живая Надежда»
28. ГАУ «КЦСОН „Малахит“ Орджоникидзевского района города Екатеринбурга»
29. ГКУ Астраханской области «Кризисный центр помощи женщинам»
30. ГАУСО СО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних Ревдинского района»
31. БФ «Дорога к дому»
32. ОФ «Право на детство»
33. БФ «Елизаветинский»
34. ГАУСО Свердловской области «Центр социальной помощи семье и детям Артемовского района»
35. ГБУ «Курганский центр социальной помощи семье и детям»
36. ГБУ АО «Каргопольский центр помощи семье и детям»
37. Нижегородский женский кризисный центр (НЖКЦ)

38. Кризисный центр «Покров»
39. БФ «Оберег»
40. «Чужих детей не бывает»
41. АНО «Обитель Утешения» — Центр помощи беременным и мамам с детьми «Мамино Гнездышко»
42. НГОО «Негосударственный центр поддержки семей и детей „Вместе“»
43. ГБУ Калужской области «Центр социальной помощи семье и детям „Берегиня“»
44. АНО «Центр социальной помощи женщинам „Ты Не Одна“»
45. Международный детский фонд «Дети Саха-Азия»
46. АНО «Кризисный центр „С верой в жизнь!“»
47. Региональный центр «Семья» Тюменской области (АУ СОН ТО и ДПО «РСРЦН „Семья“»)
48. Региональное общественное движение «Петербургские родители»
49. АНО «Дом для мамы»
50. АНО ЦЗМ «Небесные ласточки»
51. Благотворительный фонд «Мама-Дом»
52. АНО «Женщины за развитие»

Приложение 4. Список источников

1. [Слабое звено: социальный портрет женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации, обращающихся в кризисные центры, изучение их потребностей в услугах](#) / под ред. Л. В. Лазаревой; науч. консультант А. Д. Трахтенберг. 2-е изд., стереотип. Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2018. 96 с.
2. [Слабое звено: социальный портрет женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации, обращающихся в кризисные центры, изучение их потребностей в услугах. Часть 2.](#) Кризисные центры глазами руководителей и сотрудников / под ред. Л. В. Лазаревой; науч. консультант А. Д. Трахтенберг. Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2019, 62 с.
3. [Ананьина В. Т., Сомхишвили К. О., Петров К. А., Тарасов И. А. Многообразие «трудной жизненной ситуации»: исследовательский отчет. 2020. 130 с.](#)
4. Попова А. В., Андреева Е. К., Арчакова Т. О., Деснянская О. В., Нерсисян А. А., Шихова О. В. [Исследование факторов результативности работы с мамами и их детьми на базе центра временного пребывания «Теплый дом».](#) Москва: БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», 2022. 49 с.
5. [БФ «Солнечный Город». Спиральное неблагополучие: анализ межпоколенческого неблагополучия в семьях, маршрут, особенности, эффективные способы поддержки семей: презентация исследования. Новосибирск, 2025.](#)
6. Практическое пособие из опыта работы кризисного отделения временного проживания для женщин с детьми / сост. А. В. Осипова; при участии Л. В. Лазаревой, А. В. Осиповой, И. В. Черепановой, А. В. Ворошириной. Екатеринбург: МОО «Аистенок», 2024. 47 с.
<https://aistenok.org/media/uploads/2024/04/05/zawdgk.pdf>
7. [МОО «Аистенок». Сборник контактов кризисных центров и приютов для женщин с детьми в Российской Федерации.](#)
8. [Бурдина О. Оценка социальных результатов практики оказания помощи семьям с детьми, попавшим в трудную жизненную ситуацию: отчет по результатам исследования. Екатеринбург: МОО «Аистенок», 2020. 28 с.](#)
9. Лазарева Л. В., Ярославцева Т. Г. Временное жилье для женщин с детьми в трудной жизненной ситуации. Технология оказания помощи: методические материалы. Екатеринбург: СРОО «Аистенок», 2013. 130 с. [объем доступного PDF]. [Ссылка на Смартеку](#)
10. [Кризисные центры временного проживания для женщин с детьми. Технология работы: методическое пособие из опыта работы организаций, имеющих в своем составе кризисные центры временного проживания для женщин с детьми. МОО «Аистенок», 2024.](#)
11. [Оказание помощи семьям с химической зависимостью: методические рекомендации для специалистов сферы защиты детства и профилактики социального сиротства в рамках проекта «Начать жить»](#) / Я. В. Архипова, А. В. Кузнецова, Л. В. Лазарева, А. В. Осипова, В. И. Татауров, Т. Г. Ярославцева; под ред. Л. В. Лазаревой, Т. Г. Ярославцевой, И. В. Черепановой. Екатеринбург: МОО «Аистенок», июнь 2024. 93 с.
12. Гарифулина Э. Теория уязвимости: когда слабость превращается в силу и стойкость // Журнал о благотворительности. 25 августа 2025. [Статья](#)
13. Гарифулина Э. Ш., Телицына А. Ю. Уязвимое детство в контексте детского благополучия // Психология и право. 2024. Т. 14, № 1. С. 72–88. [Статья](#)
14. Исследование эффективности работы адаптационных центров для матерей «Голубка» и «Маргарита» и качества предоставляемых услуг. Ассоциация «МАКСОРА». Новосибирск, 2025.
15. МОО «Аистенок». Практика «Сохраним семью для ребенка»: логическая модель и дерево результатов.