

# Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним

Благодарим за финансовую поддержку наших доноров:



**USAID | РОССИЯ**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**CHILDHOOD**  
WORLD CHILDHOOD FOUNDATION  
FOUNDED BY H.M. QUEEN SILVIA OF SWEDEN



 **EMpower**

*Johnson & Johnson*

При подготовке данной публикации были использованы средства, предоставленные Агентством США по международному развитию (АМР США).

Ответственность за содержание публикации несут исключительно организации «Врачи Мира – США» и «Врачи детям».

Содержание публикации не отражает взглядов АМР и правительства США.



Врачи  
детям

Рецензенты:

**Тарита Л. Г.** – к. пед. н., начальник Управления социальной защиты материнства и детства, семейной и демографической политики Комитета по труду и социальной защите населения Правительства Санкт-Петербурга, уполномоченная по правам ребенка в г. Санкт-Петербурге.

**Тюховская Р. Ю.** – начальник Отдела социальной защиты семьи и детей Комитета по труду и социальной защите населения Правительства Санкт-Петербурга.

Редакторский коллектив

**Боголюбова О. Н.** – к. психол. наук, ст. преподаватель, кафедра социальной адаптации и психологической коррекции личности, факультет психологии СПбГУ.

**Йорик Р. В.** – врач, магистр общественного здравоохранения, региональный директор организации «Врачи Мира – США», председатель правления организации «Врачи детям».

Авторский коллектив:

**Белякова А. В.** – к.м.н., врач-педиатр, координатор медицинской помощи Центра СПП Невского района, «Врачи детям».

**Воробьевский О. В.** – психолог, координатор Центра СПП Невского района, «Врачи детям»

**Ефимова Е. Л.** – специалист по социальной работе, заведующая Отделением профилактики безнадзорности несовершеннолетних ГУ КЦСОН Фрунзенского района, координатор Центра СПП Фрунзенского района, «Врачи детям»

**Цветков В. В.** – психолог, директор программ, «Врачи Мира – США» в Российской Федерации.

Верстка – **М. В. Пивоев.**

Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. – СПб.: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», 2008. – 146 с.: ил.

Данное руководство представляет собой методические материалы по оказанию междисциплинарной помощи беспризорным и безнадзорным, а также несовершеннолетним, находящимся в иной трудной жизненной ситуации или социально опасном положении, с целью их социально-психологической реабилитации и адаптации. В руководстве обобщен опыт организаций «Врачи Мира – США» и «Врачи детям» в партнерстве с Отделением профилактики безнадзорности несовершеннолетних ГУ КЦСОН Фрунзенского района Санкт-Петербурга, ГУ ЦСПСД и ГУ СРЦН «Альмус» Невского района Санкт-Петербурга, которые с 2001 г. успешно реализуют программу комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. Руководство адресовано специалистам, работающим в области защиты прав детей и социальной защиты населения, а также всем, кто интересуется проблемой социального сиротства в Российской Федерации.

Руководство опубликовано по заказу и при поддержке Комитета по труду и социальной защите населения Правительства Санкт-Петербурга. Руководство может быть использовано в работе специалистами учреждений социальной защиты населения и муниципальных органов опеки и попечительства.

(с) «Врачи Мира – США», 2008.

(с) «Врачи детям», 2008.

# Содержание

Введение .....	5
<b>Глава 1. Основы междисциплинарного ведения случая .....</b>	<b>11</b>
1.1. Междисциплинарное ведение случая — что это? .....	11
1.2. Стандарты междисциплинарного ведения случая .....	12
1.3. Принципы междисциплинарного ведения случая .....	14
<b>Глава 2. Особенности работы с беспризорными и безнадзорными несовершеннолетними .....</b>	<b>23</b>
2.1. Социально-демографические характеристики беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних .....	23
2.2. Поведенческие характеристики уличных подростков и молодежи .....	27
2.3. Основные проблемы безнадзорных и беспризорных детей и подростков .....	29
Социальные проблемы .....	29
Психолого-педагогические проблемы .....	30
Медицинские проблемы .....	32
Эпидемия ВИЧ/СПИДа среди беспризорных и безнадзорных .....	33
2.4. Формы работы с беспризорными и безнадзорными несовершеннолетними .....	35
Уличная социальная служба (аутрич-работа) .....	37
Мобильный пункт помощи .....	38
Дневной Центр социально-психологической помощи .....	38
Отделение кратковременного проживания .....	40
Социальный приют для детей .....	41
Социальная квартира .....	42
<b>Глава 3. Организация низкопороговой службы помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним .....</b>	<b>43</b>
3.1. Организация уличной социальной службы («аутрич») .....	43
3.2. Организация работы Центра СПП .....	46
3.3. Организация работы Отделения кратковременного проживания .....	50
<b>Глава 4. Междисциплинарное ведение случая в рамках низкопороговой службы помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним .....</b>	<b>52</b>
4.1. Установление контакта с клиентом .....	55
Привлечение клиентов с помощью аутрич-работы .....	55
Направление клиентов из других организаций .....	57
Привлечение клиентов методом «сарафанного радио» .....	58
Первый контакт с клиентом в Центре СПП .....	59
4.2. Первичная оценка состояния и потребностей клиента .....	59
4.3. Углубленная психосоциальная оценка .....	61
4.4. Разработка плана ведения случая (сервисного плана) .....	63
4.5. Осуществление сервисного плана – оказание междисциплинарной помощи клиенту .....	68
4.6. Регулярная оценка ведения случая .....	70
4.7. Закрытие случая .....	71
<b>Глава 5. Оценка эффективности низкопороговой службы помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним на примере Центра СПП .....</b>	<b>75</b>
Приложения .....	80

## Список сокращений

АРВ	Антиретровирусный(ая)
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ГУ КЦСОН	Государственное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения»
ГУ СРЦН	Государственное учреждение «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»
ГУ ЦСПСД	Государственное учреждение «Центр социальной помощи семье и детям»
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КДН	Комиссия по делам несовершеннолетних
МООП	Муниципальные отделы опеки и попечительства
НКО	Некоммерческая организация
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
ПАВ	Психоактивные вещества
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
Центр СПП	Центр социально-психологической помощи

## Введение

Проблема детской беспризорности и безнадзорности в России приняла общенациональные масштабы в начале 1990-х годов. Однако лишь спустя десять лет, в конце 2001 года, она была признана на государственном уровне и даже стала рассматриваться как угроза национальной безопасности<sup>1</sup>. В начале XXI века, по разным оценкам, в России насчитывалось от одного до пяти миллионов беспризорных и безнадзорных детей<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>. Девяносто процентов из них – «социальные сироты», т. е. сироты при живых родителях<sup>5</sup>. В Санкт-Петербурге, по мнениям различных экспертов, в настоящее время количество беспризорных и безнадзорных детей составляет от трех до десяти тысяч. Только в органы внутренних дел в Санкт-Петербурге ежегодно в качестве безнадзорных доставляются около 3 тысяч несовершеннолетних, и еще более тысячи задерживаются за совершение уголовных преступлений. Комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав в Санкт-Петербурге ежегодно рассматриваются около 4 тысяч дел в отношении несовершеннолетних<sup>6</sup>.

Причины детской беспризорности и безнадзорности довольно многообразны, что отражает сложность этого общественного явления. Среди основных причин эксперты называют следующие<sup>1, 5, 6, 7, 8, 9</sup>:

- **Кризис семей и разрушение их воспитательного потенциала.** Так, в Санкт-Петербурге более 28% семей с детьми относятся к категории малообеспеченных. Около 11% детей в Санкт-Петербурге воспитываются в неполных семьях. В последние годы появилась даже категория так называемых «новых бедных», которую составляют полные семьи с 1–2 детьми и работающими родителями, которые не в состоянии обеспечить достаток. Алкогольная и наркотическая зависимость родителей, их асоциальный образ жизни зачастую являются причиной невыполнения родителями своих обязанностей по воспитанию детей.

- **Разрушение государственной инфраструктуры общественного образования и воспитания несовершеннолетних.** Уменьшилось количество детских образовательных, творческих и спортивных организаций. Вместе с тем, растет стоимость внешкольных досуговых кружков и секций, что несомненно снижает их доступность. Негативную роль сыграла отмена обязательного среднего общего об-

1 В. А. Озеров. Детская беспризорность и безнадзорность как один из факторов угрозы национальной безопасности России. Доклад на Парламентских слушаниях 12 ноября 2001 г. *Аналитический вестник Совета Федерации*, № 20 (176), Москва, 2002 г., с. 6–16.

2 Министерство труда и социального развития Российской Федерации. О состоянии профилактики безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних. *Там же*, с. 70–80.

3 В. И. Матвиенко. О мерах по ликвидации безнадзорности и беспризорности детей. Выступление на «правительственном часе» сто пятьдесят седьмого заседания Государственной Думы 3 апреля 2002 года. *Там же*, с. 52–63.

4 В. С. Демина. О ликвидации детской безнадзорности и беспризорности в Российской Федерации как социального явления. *Аналитический вестник Совета Федерации*, № 14 (207), Москва, 2003 г., с. 8–13.

5 Г. И. Климантова, Т. А. Федотовская. О профилактике беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации. *Там же*, с. 23–32.

6 Правительство Санкт-Петербурга, Комитет по труду и социальной защите населения, Санкт-Петербургское государственное учреждение социальной помощи семьям и детям «Региональный центр «Семья». Аналитические материалы о положении детей в Санкт-Петербурге (2006 год). Санкт-Петербург, 2007.

7 Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. Комитет Совета Федерации по социальной политике. Положение детей в Российской Федерации. Доклад. Москва, 2006, с. 62–66, 98–109.

8 Министерство труда и социального развития Российской Федерации. О состоянии профилактики безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних. *Аналитический вестник Совета Федерации*, № 20 (176), Москва, 2002 г., с. 70–80.

9 С. В. Волкова. Стратегия и практика работы по профилактике и реабилитации несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных в г. Москве. *Аналитический вестник Совета Федерации*, № 14 (207), Москва, 2003 г., с. 60–66.

разования и коммерциализация профессионального образования. Это приводит к тому, что значительное число 15–18-летних подростков ничем не заняты. По данным Минобразования, в 2000 г. на территории Российской Федерации не обучались 367,7 тысяч детей и подростков в возрасте 6–17 лет, или 1,5% несовершеннолетних этого возраста. Около 40% несовершеннолетних, совершающих уголовные преступления в Санкт-Петербурге, нигде не учатся и не работают.

• **Неэффективность сложившейся системы социальной поддержки уязвимых семей и социальной реабилитации несовершеннолетних.**

Семьи, находящиеся в кризисной ситуации, не получают должной своевременной помощи, направленной на преодоление кризиса и предотвращение изъятия ребенка. В результате, основным методом «помощи» становится лишение родителей их родительских прав и помещение ребенка в интернатное учреждение. Неблагоприятным фактором является также недостаточное развитие семейных форм жизнеустройства детей, оставшихся без попечения родителей. Существующая же система приютов, интернатов и детских домов наиболее эффективно справляется с реабилитацией и жизнеустройством детей дошкольного, младшего и среднего школьного возраста. Эти учреждения не отвечают потребностям и интересам подростков, которые на сегодняшний день пополняют ряды и составляют основное число безнадзорных и беспризорных несовершеннолетних.

• **Высокая интенсивность миграции как между регионами Российской Федерации, так и из стран ближайшего зарубежья.** Например, в Москве до 80% беспризорных и безнадзорных составляют приезжие. В Санкт-Петербурге из числа беспризорных и безнадзорных детей и подростков, доставленных в органы внутренних дел в 2006 г., 46% не были жителями города, а 26% являлись иностранными гражданами. Среди несовершеннолетних, совершивших преступления в Санкт-Петербурге в 2006 г., 29% составляли приезжие. Эти данные, однако, не вполне соответствуют нашему опыту работы (см. раздел 2.1).

• **Несовершенство законодательной базы в области охраны жилищных прав несовершеннолетних.** В начале 1990-х годов многие дети и подростки потеряли жилье в связи с продажей его родителями-алкоголиками или наркоманами. Ситуация стабилизировалась с вступлением в силу в 1995 г. Части 1 Гражданского Кодекса Российской Федерации, которая предоставила возможность продажи жилья, где проживают несовершеннолетние члены семьи собственника, только с согласия органа опеки и попечительства<sup>10</sup>. Однако 1 января 2005 г. вступили в силу изменения к Гражданскому Кодексу, ограничившие полномочия органов опеки и попечительства сделками на жилье, затрагивающими только интересы несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей<sup>11</sup>. Аналогичная норма содержится и в Жилищном Кодексе Российской Федерации<sup>12</sup>. Данные изменения, внесенные в законодательство, могут привести к новым массовым нарушениям прав детей на жилье и новой волне бездомности среди несовершеннолетних.

Жизнь на улице представляет угрозу жизни и благополучию несовершеннолетнего и является нарушением фундаментальных прав, закрепленных в Конвенции ООН

10 Гражданский Кодекс Российской Федерации, ст. 292, п. 4 (в ред. Федерального Закона от 30.11.1994 г. №53-ФЗ).

11 Федеральный Закон от 30.12.2004 №213-ФЗ.

12 Жилищный Кодекс Российской Федерации, ст. 31, п. 4 (в ред. Федерального Закона от 29.12.2004 г. №189-ФЗ)

по правам ребенка<sup>13</sup>. Основные проблемы, с которыми сталкиваются беспризорные и безнадзорные, включают:

- Различные заболевания, включая дистрофию, авитаминозы, травмы, переохлаждения, инфекционные и паразитарные заболевания, такие как ВИЧ/СПИД, туберкулез и ИППП, что связано с образом жизни, насилием и рискованными формами поведения и что приводит к снижению качества жизни и высокой смертности;
- Психические и поведенческие расстройства, включая депрессии, реактивные состояния, когнитивные нарушения, зависимости, акцентуации личности, сниженная самооценка и другие, которые являются как следствиями, так и причинами жизни на улице;
- Отсутствие доступа к медицинской помощи, образованию и социальной защите, что препятствует нормальному росту и развитию ребенка;
- Вовлечение в различные формы незаконного труда, включая криминальную деятельность, детскую проституцию и порнографию;
- Насилие со стороны сверстников, взрослых обитателей улицы, а нередко и сотрудников милиции;
- Злоупотребление психоактивными веществами, в том числе токсическими ингалянтами, алкоголем и внутривенными наркотиками;
- Уровень жизни в целом, препятствующий физическому, умственному, духовному, нравственному и социальному развитию ребенка.

Необходимо отметить, сегодня количество беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних значительно уменьшилось, и изменился их возрастной состав: большинство из них теперь составляют подростки 15–18 лет и молодые люди в возрасте до 24 лет, в то время как в 1990-х годах значительную долю беспризорных и безнадзорных составляли дети до 14 лет. Это может быть связано как с улучшением благосостояния общества в целом и каждой семьи в отдельности, что повысило воспитательный потенциал российских семей, так и с эффективностью действующей системы социальной защиты и социально-психологической реабилитации несовершеннолетних. Вместе с тем, уменьшение числа детей на улицах может быть связано с общим уменьшением количества детей школьного возраста в 2000–2010 гг., что вызвано резким падением рождаемости в 1990-х годах.

В любом случае, несмотря на значительное улучшение социально-экономической ситуации в Российской Федерации в последний годы, большинство экспертов сходятся во мнении, что проблема беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних – это проблема долговременная<sup>14, 15</sup>. Государственные учреждения и общественные организации прикладывают все больше усилий к профилактике безнадзорности, правонарушений и наркозависимости среди несовершеннолетних. Однако какой бы эффективной ни была профилактика, неизбежны случаи социальных заболеваний, таких как алкоголизм и наркопотребление родителей, асоциальный образ жизни, неисполнение ими своих обязанностей по воспитанию детей и, как следствие, – вы-

13 Конвенция о правах ребенка. Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 года. Вступила в силу 2 сентября 1990 г.

14 В. А. Озеров. Детская беспризорность и безнадзорность как один из факторов угрозы национальной безопасности России. Доклад на Парламентских слушаниях 12 ноября 2001 г. *Аналитический вестник Совета Федерации*, № 20 (176), Москва, 2002 г., с. 6–16.

15 Правительство Санкт-Петербурга, Комитет по труду и социальной защите населения, Санкт-Петербургское государственное учреждение социальной помощи семьям и детям «Региональный центр «Семья». Аналитические материалы о положении детей в Санкт-Петербурге (2006 год). Санкт-Петербург, 2007.

падение детей и подростков из лона семьи, школы и общественной жизни в уличную среду. Особо уязвимую группу социального риска сегодня составляют молодые люди поколения 1980-х, выросшие на улице или в интернатных учреждениях в 1990-х, имеющие низкий уровень образования, страдающие алкогольной и наркотической зависимостями, и сегодня вступившие в репродуктивный возраст. При отсутствии должной социально-психологической и профилактической помощи эти молодые люди могут стать источником воспроизводства детской безнадзорности и беспризорности.

Дефиниции, используемые для определения детей из социально неблагополучных семей, очень многочисленны и разнообразны, что отражает сложность и неоднозначность этого социального феномена. Большинство из этих определений не являются взаимоисключающими и используются для описания того или иного аспекта неблагополучия ребенка или семьи. Ниже приведены термины, наиболее часто встречающиеся в практике социальной работы с несовершеннолетними. В рамках данного руководства мы используем различные термины как взаимозаменяемые, в зависимости от контекста.

- **Безнадзорный** – несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или иных законных представителей либо должностных лиц<sup>16</sup>;

- **Беспризорный** – безнадзорный, не имеющий места жительства и (или) места пребывания<sup>16</sup>;

- **Несовершеннолетний, находящийся в социально опасном положении** – лицо, которое вследствие безнадзорности или беспризорности находится в обстановке, представляющей опасность для его жизни или здоровья либо не отвечающей требованиям к его воспитанию или содержанию, либо совершает правонарушение или антиобщественные действия<sup>16</sup>;

- **Семья, находящаяся в социально опасном положении** – семья, имеющая детей, находящихся в социально опасном положении, а также семья, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними<sup>16</sup>.

- **Дети-сироты** – лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель<sup>17</sup>;

- **Дети, оставшиеся без попечения родителей** – лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей в связи с отсутствием родителей или лишением их родительских прав, ограничением их в родительских правах, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), находящимися в лечебных учреждениях, объявлением их умершими, отбыванием ими наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, нахождением в местах содержания под

<sup>16</sup> Федеральный Закон от 24.06.1999 №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

<sup>17</sup> Федеральный Закон от 21.12.96 №159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений; уклонением родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов, отказом родителей взять своих детей из воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и других аналогичных учреждений и в иных случаях признания ребенка оставшимся без попечения родителей в установленном законом порядке<sup>18</sup>;

- **Дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации** – дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды; дети, имеющие недостатки в психическом и (или) физическом развитии; дети – жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; дети – жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях; дети, проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи<sup>19</sup>.

- **Дети улиц, или уличные дети** – это несовершеннолетние, которые постоянно проживают или значительную часть своего времени проводят на улице. Этот неофициальный термин часто используется ввиду его емкости, краткости и понятности в обиходе. Однако именно из-за своей широты, этот термин страдает неточностью, поскольку он не отражает нюансов социального статуса ребенка. Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) различает «детей улиц» (*children of the street*), т. е. тех, которые постоянно живут вне дома, вне семьи или интернатного учреждения, «детей на улицах» (*children on the street*), т. е. тех, которые сохраняют связь с семьей и проводят на улице лишь часть времени, и «детей из уличных семей» (*street-family children*), т. е. тех, которые живут на улице вместе со своими родителями<sup>20</sup>.

Реабилитация уличных детей и подростков, имеющая целью возвращение их к кровным родителям, помещение в замещающую семью, направление в интернатное учреждение или адаптацию к успешному независимому проживанию, является сложным и длительным процессом, который предполагает вовлечение различных служб, как государственных, так и общественных. Однако начальным звеном этой длительной и кропотливой работы является служба первичной помощи детям улиц. Эта служба включает несколько низкопороговых, т. е. легко доступных и дружественных клиентам, компонентов, таких как уличная социальная работа («аутрич»), мобильный пункт помощи, центр дневного пребывания с социально-психологической и санитарно-гигиенической помощью и отделение кратковременного кризисного проживания. Низкопороговая служба первичной помощи является точкой первого контакта социальных служб с такой труднодоступной и высококомобильной целевой группой, которую представляют беспризорные и безнадзорные дети и подростки. Для этих клиентов низкопороговая служба зачастую становится единственной «дверью» в общество и шансом возвратиться в него.

18 Федеральный Закон от 21.12.96 №159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

19 Федеральный Закон от 24.07.96 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

20 State of the World's Street Children: Violence. Consortium for Street Children (UK), London, 2007, p. 65.

В данном руководстве представлен опыт Санкт-Петербургской общественной организации «Врачи детям» и международной гуманитарной организации «Врачи Мира – США» по организации службы первичной помощи уличным детям и подросткам. Этот проект реализуется в Санкт-Петербурге с 2001 г. в тесном сотрудничестве с Администрациями Фрунзенского и Невского районов и при государственной поддержке из средств гранта, в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации, грантов Агентства США по международному развитию, Всемирного Детского Фонда под патронажем Королевы Швеции Сильвии, программы ТАСИС Европейской Комиссии, Комитета по труду и социальной защите населения и Комитета по молодежной политике и взаимодействию с общественными организациями Правительства Санкт-Петербурга и корпорации «Джонсон и Джонсон». В рамках данного проекта были созданы два Центра социально-психологической помощи (СПП) детям улиц, Отделение кратковременного кризисного проживания и Социальная квартира для подростков, которые были включены в качестве отделений в состав ГУ СРЦН Фрунзенского района, ГУ ЦСПСД Невского района и ГУ ЦСОН Калининского района. Кроме того, методика Центров СПП и низкопороговой службы помощи уличным детям и подросткам была успешно внедрена в организацией «Врачи Мира – США» в г. Чернигове (Украина) в партнерстве с Государственной службой по делам детей. Данное руководство содержит рекомендации по созданию как государственных, так и негосударственных служб первичной низкопороговой помощи беспризорным и безнадзорным детям и подросткам.

Руководство состоит из пяти глав. В **Главе 1** представлено описание стандартов и принципов междисциплинарного ведения случая применительно к низкопороговой службе помощи уличным детям и подросткам.

**Глава 2** включает основные социально-демографические характеристики уличных детей и подростков, описание проблем, с которыми они сталкиваются, включая ВИЧ/СПИД, и основные модели помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним.

**Глава 3** посвящена организации низкопороговой службы помощи детям улиц.

**Глава 4** содержит детальное обсуждение всех этапов междисциплинарного ведения случая при оказании помощи беспризорным и безнадзорным детям и подросткам, включая оценку ее эффективности.

В **Главе 5** предложены рекомендации по мониторингу и оценке эффективности низкопороговой службы на примере Центра СПП.

## Глава 1. Основы междисциплинарного ведения случая

### 1.1. Междисциплинарное ведение случая – что это?

Междисциплинарное ведение случая (*case management*) сегодня является одной из центральных технологий современной социальной работы. Ведение случая в социальной работе тесно связано с таким фундаментальным понятием как «социальный случай», которое подразумевает не просто отдельную жизненную ситуацию, вызванную неблагоприятным стечением обстоятельств, а клиента – ребенка и его семью – в целом, на решение чьих проблем и направлено ведение случая. Специалист по социальной работе, ведущий случай, уделяет внимание как самому клиенту, так и его окружению, работает с несовершеннолетним и его родителями как напрямую, так и опосредованно, представляя и защищая их интересы в различных организациях и учреждениях.

**Междисциплинарное ведение случая** – это комплекс мероприятий, проводимых в тесном взаимодействии единой командой специалистов различных дисциплин для достижения общих целей по улучшению качества жизни клиента, защиты его интересов и прав. Клиентами, в зависимости от специфики деятельности социальной службы могут быть представители различных уязвимых социальных групп. Так, например, в данном руководстве описано междисциплинарное ведение случая в рамках работы, направленной на оказание первичной низкопороговой социально-психологической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним в качестве первого этапа их социальной реабилитации и адаптации.

Метод междисциплинарного ведения случая представляет собой современный подход к социальной работе. В России и других странах бывшего Советского Союза этот метод все еще остается инновационным, мало описанным в практических руководствах. Традиционная для нашей страны модель оказания социальной помощи уязвимым группам подразумевает самостоятельное обращение клиента к различным специалистам, каждый из которых оказывает клиенту помощь, исходя из собственных профессиональных приоритетов. Эта модель не предусматривает активного поиска и привлечения клиентов («аутрич»), мотивирования клиентов на изменение поведения, или командной работы специалистов. Иными словами, традиционная модель социальной помощи рассчитана на социально адаптированных клиентов, способных четко сформулировать собственные потребности и самостоятельно обратиться за определенным видом помощи. В то же время, представители наиболее дезадаптированных и уязвимых слоев населения, таких как беспризорные и безнадзорные несовершеннолетние, зачастую «выпадают» из традиционной модели социальной защиты. Они не получают своевременной профессиональной помощи, что приводит к последовательному ухудшению их жизненной ситуации и нарастанию социальных, медицинских и психологических проблем. Применение технологии междисциплинарного ведения случая позволяет не только оказать первичную кризисную помощь несовершеннолетнему, находящемуся в трудной жизненной ситуации, но и сделать планомерные шаги в направлении его долгосрочной реабилитации и адаптации.

Ведение случая является важным методом профессиональной социальной помощи. Эта технология основана на доверительных и уважительных отношениях между специалистом по социальной работе и клиентом и имеет целью разрешить трудную жизненную ситуацию, обучить клиента наиболее эффективному использованию доступных ему общественных ресурсов и перевести его к независимому функционированию с сохранением достигнутых результатов. Ведение случая – это метод помощи, в рамках которого специалист анализирует потребности клиента, а затем организует, координирует, добивается предоставления, отслеживает получение и оценивает эффективность оказанных услуг, призванных улучшить качество жизни данного конкретного клиента. Метод ведения случая направлен на преодоление фрагментации между системами социальной защиты, образования, здравоохранения, психологической и юридической помощи, с которой социально дезадаптированный клиент самостоятельно справиться не в состоянии. Технология ведения случая может сильно варьироваться в зависимости от конкретных условий работы, учреждения, сервисного подразделения и целевой группы, на которую направлена помощь. Но несмотря на возможные различия, основополагающие ценности и принципы ведения случая, изложенные в настоящем руководстве, остаются общими.

#### **Отличительные особенности междисциплинарного ведения случая:**

1. Приоритет интересов и потребностей клиента над интересами специалиста;
2. Активное мотивирование клиента на изменение поведения и «формирование запроса» на получение помощи;
3. Комплексный подход к случаю, когда все проблемы и потребности клиента рассматриваются, исходя из его текущего состояния и особенностей социального окружения;
4. Координация работы различных специалистов – в работе со случаем участвуют представители различных дисциплин.

Применение технологии междисциплинарного ведения случая позволяет обеспечить доступ к помощи наиболее уязвимым социальным группам клиентов и организовывать эффективное и слаженное оказание такой помощи как на уровне отдельных организаций, так и целых систем, включающих большое количество различных служб. Метод междисциплинарного ведения случая апробирован в международной практике и признан действенным и экономически оправданным в работе с наиболее дезадаптированными группами клиентов, в число которых входят беспризорные и безнадзорные несовершеннолетние.

### **1.2. Стандарты междисциплинарного ведения случая**

Общие стандарты ведения случая, представленные в данном разделе, были разработаны Национальной ассоциацией социальных работников США (NASW) в 1992 г. Необходимо отметить, что хотя эти стандарты были разработаны для специалистов по социальной работе (в каждом из приведенных ниже стандартов речь идет именно о деятельности специалиста по социальной работе и квалификации такого специалиста), их применение возможно и в деятельности представителей смежных специальностей (психологов, социальных педагогов, воспитателей и медицинских

работников), участвующих в работе по ведению случая в составе междисциплинарной команды.

Также необходимо учитывать, что эти стандарты разработаны и применяются в США, и в оригинальном виде эффективно использовать их в России невозможно. Необходимо принимать во внимание различия в устройстве социальной, образовательной, медицинской и других сфер в США и в России. Мы попытались преодолеть эти противоречия, сформулировав дополнения к стандартам в виде принципов деятельности междисциплинарной команды по ведению случая (*case management team*). Эти принципы представлены в разделе 1.3.

Со стандартами Национальной ассоциацией социальных работников США и подробными комментариями к ним можно познакомиться на сайте по адресу: [www.socialworkers.org/practice/standards/sw\\_case\\_mgmt.asp](http://www.socialworkers.org/practice/standards/sw_case_mgmt.asp) (на английском языке).

Приводимые здесь десять стандартов традиционно разделяются на три группы:

1. Стандарты, относящиеся к работе с клиентом;
2. Стандарты, относящиеся к работе на организационном уровне;
3. Стандарты профессиональной квалификации.

Стандарт 1 определяет необходимую профессиональную квалификацию специалиста по социальной работе, занимающегося ведением случая. Стандарты 2–5 касаются вопросов непосредственной работы с клиентом. Стандарты 6–8 относятся к вопросам организации работы специалиста: взаимодействие с различными учреждениями, финансовая ответственность и обеспечение надлежащего качества помощи, а также оценка эффективности. Стандарты 9 и 10 снова обращаются к профессиональным требованиям и определяют принципы адекватного подбора специалистов, а также регламентируют отношения в профессиональной сфере.

### **Стандарты междисциплинарного ведения случая**

1. Специалист по социальной работе, занимающийся ведением случая, должен иметь высшее образование по соответствующей специальности. Специалист по социальной работе должен обладать знаниями, навыками и опытом, необходимыми для компетентного осуществления деятельности по ведению случая;
2. Специалист по ведению случая должен использовать свои профессиональные умения в интересах клиента. Интересы клиента имеют приоритетное значение;
3. Специалист по ведению случая должен вовлекать клиента во все стадии ведения случая. Участие клиента в решении его собственных проблем должно быть максимально активным, насколько позволяют его жизненная ситуация и возможности;
4. Специалист по ведению случая должен обеспечить соблюдение права клиента на неприкосновенность личной жизни, а также гарантировать соблюдение конфиденциальности, когда часть информации о клиенте предоставляется другим лицам;
5. Чтобы оказывать прямую помощь клиенту, а также координировать предоставление такой помощи, специалист по ведению случая должен осуществлять работу с клиентом на индивидуальном уровне;

6. Чтобы расширить доступность и повысить качество предоставляемой помощи, специалист по ведению случая должен осуществлять работу на организационном и межорганизационном уровнях;
7. Специалист по ведению случая должен быть информирован о доступности и количестве ресурсов, необходимых для оказания помощи клиенту, а также нести финансовую ответственность за все действия по ведению случая;
8. Специалист по ведению случая должен принимать участие в оценке качества предоставленной клиентам помощи, а также в оценке своей собственной деятельности;
9. Специалист по ведению случая должен иметь разумную рабочую нагрузку, которая позволяла бы ему эффективно планировать и осуществлять помощь клиентам;
10. Специалист по ведению случая должен быть вежливым в обращении с коллегами, демонстрировать уважение к ним, а также в интересах клиента стремиться к развитию внутрипрофессионального, межпрофессионального и межведомственного сотрудничества.

### 1.3 Принципы междисциплинарного ведения случая

Приведенные стандарты ведения случая применимы для оказания комплексной социальной, медицинской и психологической помощи различным клиентским группам. Однако, используя стандарты американской национальной ассоциации социальных работников, нельзя не учитывать местных особенностей. Например, Стандарт 1, касающийся образовательного уровня специалистов по ведению случая, требует, чтобы они обладали степенью бакалавра или магистра, тогда как такие понятия в России не имеют широкого применения. Вместе с тем, специалист по социальной работе в нашей стране может быть выпускником не только высшего учебного заведения (университета, института или академии), но и учебного заведения среднего профессионального образования (колледжа или техникума). Таким же образом требуют пересмотра и коррекции и остальные стандарты междисциплинарного ведения случая, предложенные Американской ассоциацией социальных работников.

Исходя из этого, мы дополнили изложение общих стандартов ведения случая описанием принципов их реализации в рамках деятельности междисциплинарной команды специалистов Центров СПП и других компонентов низкопороговой службы первичной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним.

#### Принципы междисциплинарного ведения случая

1. Профессионализм и высокая квалификация членов междисциплинарной команды;
2. Приоритет интересов клиента и добровольность получения услуг;
3. Активное участие клиента в междисциплинарном ведении случая и развитие собственного потенциала клиента;
4. Эффективный обмен информацией по ведению случая;
5. Конфиденциальность информации о клиенте;

6. Последовательность и преемственность в соблюдении этапов оказания помощи;
7. Индивидуальная ответственность специалиста за случай;
8. Полноценное использование общественных ресурсов и минимизация затрат;
9. Постоянная оценка качества и эффективности междисциплинарной помощи;
10. Оптимизация распределения нагрузки между членами междисциплинарной команды.

**Принцип 1.** *Профессионализм и высокая квалификация членов междисциплинарной команды*

Состав междисциплинарной команды основывается на потребностях клиентов из целевой группы. Команда Центра СПП обязательно включает в себя специалиста по социальной работе, психолога, медицинского работника (медицинскую сестру) и педагога-воспитателя. В зависимости от специфики организации или проекта, а также от имеющихся ресурсов, в состав команды могут также входить юрист, социальный педагог, специалист по физическому воспитанию (тренер) и т. д.

Помимо соответствующего образования, подтвержденного дипломами и сертификатами, члены междисциплинарной команды должны обладать опытом и навыками, которые необходимы для оказания квалифицированной помощи клиентам из целевой группы Центра СПП – уличным детям и подросткам. Так, специалист, ведущий случай, должен хорошо разбираться в специфических особенностях и потребностях представителей целевой группы, а также понимать социально-экономические, национальные, культурные и гендерные аспекты их жизненной ситуации. Помимо этого, каждый из членов междисциплинарной команды должен быть осведомлен о принципах работы и ресурсах государственной системы социально-психологической и медицинской помощи в целом, о взаимодействии ее составляющих, о финансовых аспектах помощи целевой группе, а также о ресурсах негосударственных организаций, работающих в регионе (см. Принцип 8). Конечно, команда может включать молодых сотрудников, а также специалистов, имеющих опыт работы с другими группами населения. Однако очень важно, чтобы ядро команды составляли сотрудники, имеющие опыт работы с представителями целевой группы. Специалистам, не имеющим достаточных знаний или опыта, необходимо предоставлять дополнительное обучение либо посредством супервизии со стороны более опытных членов команды, либо с привлечением внешних тренеров и экспертов. Постоянное повышение собственной квалификации должно быть требованием ко всем членам междисциплинарной команды, вне зависимости от их опыта.

Междисциплинарное ведение случая командой специалистов-профессионалов значительно отличается от помощи, оказываемой по принципу «равный равному». Этот принцип широко распространен в организациях, работающих с наркопотребителями, людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, а также уличными детьми. Помощь равных чаще всего заключается в психоэмоциональной поддержке клиента, профилактике рискованного поведения и мотивации клиента на получение профессио-

нальной помощи. Профессиональное ведение случая, по сравнению с поддержкой равных, подразумевает непосредственное предоставление профессиональной помощи, что способствует более эффективному решению социальных, психологических, медицинских, юридических и других проблем клиента в более короткие сроки, для чего в междисциплинарную команду включены специалисты различных направлений. Работа по принципу «равный равному» может служить важным дополнением к междисциплинарному ведению случая, например, для привлечения клиентов, консультирования о методах профилактики ВИЧ/СПИДа и ИППП, но не может заменить собой помощь профессионалов.

**Принцип 2. *Приоритет интересов клиента и добровольность получения услуг***

Традиционный подход к оказанию социальной помощи обычно предполагает, что «специалист знает лучше» и «специалист всегда прав». Такой патерналистский подход все еще характерен для многих российских медицинских и социальных учреждений. При этом, непонимание и неприятие клиентом как отдельных ожиданий и требований специалистов, так и общей цели работы, приводит к неоправданному расходованию человеческих и материальных ресурсов при низкой результативности такой помощи. Так, приоритетом безнадзорного подростка при обращении за помощью в Центр СПП, в отличие от приоритетов социального работника, будет не помещение в приют или интернат, а лечение язвы на ноге, гигиенический душ и смена одежды. Это отнюдь не означает, что специалист должен всегда идти на поводу у клиента. Принцип междисциплинарного ведения случая предполагает формирование или изменение приоритетов клиента, если, с точки зрения специалиста, они не совпадают с истинными потребностями клиента. При этом необходимо осознавать, что процесс мотивирования и изменения приоритетов может занимать достаточно длительное время. Так, может потребоваться множество встреч с подростком на протяжении нескольких месяцев, прежде чем он согласится на помещение в приют. Однако если специалист начинает оказывать (практически «навязывать») помощь в соответствии с собственными приоритетами, то его работа будет обречена на неудачу. В случае работы с беспризорными и безнадзорными подростками в условиях Центров СПП, оказывающих им первичную помощь, помещение клиента в приют против его воли приведет к неминуемому побегу и разрыву доверительных отношений между подростком и специалистом, ведущим случай. Более того, в дальнейшем подросток может избегать обращения в социальные организации и относиться с недоверием к людям, стремящимся оказать ему помощь.

**Принцип 3. *Активное участие клиента в междисциплинарном ведении случая и развитие собственного потенциала клиента***

В рамках парадигмы междисциплинарного ведения случая клиент не может рассматриваться в качестве пассивного реципиента некоего набора услуг. Междисциплинарное ведение случая подразумевает наличие у клиента не только прав на получение помощи, но и обязанностей. Инструментом, позволяющим обсудить, разделить и закрепить обязанности между клиентом и специалистами, является план ведения случая (или сервисный план, о котором более подробно рассказано в Главе 3). Ак-

тивное участие клиента в ведении случая подразумевает его вклад в формулирование целей, задач и мероприятий сервисного плана, причем ответственность за выполнение некоторых из шагов в рамках этого плана возлагается на самого клиента. Невыполнение клиентом своих обязанностей может привести к определенным санкциям, в некоторых случаях вплоть до досрочного закрытия случая.

При распределении обязанностей необходимо верно оценивать возможности и способности клиента к совершению действий, намеченных сервисным планом. В целях развития самостоятельности и социальной адаптации клиента его доля ответственности в проводимой работе должна соответствовать максимуму его возможностей. Иными словами, все, что клиент может сделать самостоятельно, он должен делать сам. Активное участие клиента в ведении случая предполагает, что клиент не просто выступает в роли пассивного «получателя помощи», но и учится пользоваться доступными ему общественными ресурсами, что способствует его социализации. Кроме этого, выполнение определенных требований, предъявляемых клиенту специалистами, ведет к воспитанию дисциплины, упорядочению образа жизни и, в конечном итоге, социальной адаптации и подготовке клиента к успешному независимому проживанию. Используя распространенную метафору, мы не снабжаем клиента рыбой, просто предоставляя ему помощь, а даем ему в руки удочку, научив клиента тому, как эту помощь можно получить.

На повышение личного потенциала клиентов также направлены различные обучающие компоненты работы Центра СПП (репетиторство в рамках программы средней школы, тренинги, обучающие семинары и т. п.) Участие клиента в ведении случая способствует воспитанию уверенности в себе и повышению самооценки, которая у подавляющего большинства уличных подростков является заниженной.

#### **Принцип 4. Эффективный обмен информацией по ведению случая**

Чтобы обеспечить согласованную работу междисциплинарной команды, все специалисты должны обладать единой информацией о клиенте и периодически получать информацию о динамике случая. Эффективному обмену информацией служит документация по ведению случая, а также конференции (совещания, консилиумы) по разбору случая. Для обозначения совещания по разбору случая в наших Центрах СПП чаще всего употребляется термин «междисциплинарный консилиум», что в целом соответствует понятию «социальный консилиум», но подразумевает участие различных специалистов. Обязательные документы, необходимые для записи и обмена информацией о случае, включают форму первичной оценки клиента, форму углубленной психосоциальной оценки, план ведения случая (сервисный план), а также записи специалистов об оказании помощи согласно сервисному плану. Более подробно документация по ведению случая описана в Главе 3.

На междисциплинарных консилиумах по разбору случая члены команды обсуждают цели, задачи и мероприятия по ведению отдельных случаев, утверждают сервисные планы, обсуждают динамику случая и принимают решение о его закрытии. Контроль над ведением документации, а также обобщение и представление информации на консилиуме возлагается на специалиста, ответственного за конкретный случай (см. Принцип 7).

**Принцип 5. Конфиденциальность информации о клиенте**

Любая информация о клиенте и его семье, которая становится известна специалистам в ходе работы по ведению случая, является конфиденциальной. Эта информация может быть предоставлена другим сотрудникам и, тем более, другим организациям, только с разрешения клиента или его законного представителя. Это не означает, что внутри междисциплинарной команды существуют «секреты». При подписании сервисного плана клиент должен выразить разрешение на предоставление информации о нем всем членам междисциплинарной команды, которые впоследствии будут оказывать ему помощь. В противном случае, эффективная работа команды станет невозможной. Это означает, что принцип конфиденциальности распространяется на всех членов междисциплинарной команды, вне зависимости от их специальности. Например, воспитатель, которому в ходе консилиума стало известно о ВИЧ-статусе клиента, точно также не имеет права разглашать эту информацию, как и медицинский работник. Все члены команды должны следовать единым этическим принципам.

Сохранение конфиденциальности предполагает возможность индивидуального консультирования клиента одним из членов междисциплинарной команды в отсутствие третьих лиц. Необходимо согласовывать с клиентом, какую информацию он готов или не готов открыть другим людям.

Команда Центра СПП должна иметь четкую политику в отношении следующих вопросов:

- какую информацию можно получить, и от кого;
- какая информация подлежит записи, и в какой форме;
- кто имеет право доступа к информации, и на каких основаниях;
- каким образом обеспечивается точность записываемой информации;
- по какому принципу хранятся и уничтожаются документы, содержащие информацию о клиенте.

Характер услуг, предоставляемых в сфере социально-психологической помощи несовершеннолетним, естественным образом налагает определенные ограничения на принцип конфиденциальности. Принципы конфиденциальности и добровольности должны быть письменно закреплены в плане ведения случая, который подписывают клиент и специалист, ответственный за случай. Специалист должен также устно подтвердить клиенту свою приверженность этим принципам, а также перечислить возможные исключения. В соответствии с положениями Федерального Закона Российской Федерации от 24.06.1999 №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», в число возможных исключений входят:

- Информирование муниципальных органов опеки и попечительства о выявлении несовершеннолетнего, оставшегося без попечения родителей (см. Приложение 2);
- Информирование органов социальной защиты населения о выявлении несовершеннолетнего, нуждающегося в помощи государства в связи с безнадзорностью и беспризорностью;
- Информирование органов внутренних дел при выявлении фактов жестокого обращения и других противоправных действий в отношении несовершеннолетнего, а также о несовершеннолетнем, совершившем правонарушение;

- Информирование органов образования о выявлении несовершеннолетнего, самовольно оставившего детский дом, школу-интернат или другое детское учреждение.

**Принцип 6.** *Последовательность и преемственность в соблюдении этапов оказания помощи*

Работа по ведению одного случая занимает более или менее продолжительное время – от нескольких часов до нескольких месяцев или даже лет. Вне зависимости от продолжительности работы со случаем, все шаги в процессе оказания помощи должны быть логичными и преемственными: каждый последующий шаг должен вытекать из предыдущего и служить основой для следующего.

**Этапы междисциплинарного ведения случая**

1. Установление контакта с клиентом;
2. Первичная оценка состояния и потребностей клиента;
3. Углубленная психосоциальная оценка;
4. Разработка плана оказания помощи (сервисного плана);
5. Оказание междисциплинарной помощи и ее координация – осуществление сервисного плана;
6. Регулярная (промежуточная) оценка эффективности вмешательства;
7. Закрытие случая.

Более подробно каждый из этих этапов работы рассмотрен в Главе 4 настоящего руководства.

**Принцип 7.** *Индивидуальная ответственность специалиста за случай*

Командный подход к ведению случая подразумевает разделение обязанностей между представителями разных специальностей для оказания клиенту различных видов помощи. В то же время каждый случай закрепляется за одним конкретным специалистом, который становится ответственным за ведение этого случая («case manager»). В обязанности ответственного специалиста входит составление предварительного плана ведения, представление случая на консилиуме, координация действий членов междисциплинарной команды и самого клиента при выполнении сервисного плана, направление клиента в другие организации и учреждения, а также контроль над ведением документации по случаю и соблюдением сроков выполнения сервисного плана. Ответственный специалист отслеживает динамику случая, регулярно встречается с клиентом, чтобы обсудить успехи и трудности в выполнении плана и наметить следующие шаги. При необходимости, ответственный специалист привлекает дополнительные ресурсы, необходимые для оказания помощи клиенту.

Ответственным специалистом, как правило, становится специалист по социальной работе. Однако при большом числе клиентов и небольшом количестве персонала, ответственность за ведение случаев может также возлагаться и на других членов междисциплинарной команды (психологов, педагогов, медицинских работников).

**Принцип 8.** *Полноценное использование общественных ресурсов и минимизация затрат*

Помимо междисциплинарной команды низкогопороговой службы для безнадзорных, которая оказывает непосредственную помощь клиентам, существуют также государственные учреждения здравоохранения и социальной защиты, коммерческие структуры и негосударственные некоммерческие организации, которые обладают необходимыми ресурсами. Задача специалистов службы состоит в том, чтобы обеспечить клиента теми видами помощи, которые не предоставляются другими организациями и учреждениями, и обеспечить доступ клиенту к услугам из других источников, не дублируя их. При этом, как было описано выше, для развития собственного потенциала клиента важно не делать за клиента всю работу, а научить его пользоваться существующей системой. Так, в Центре СПП существует соблазн самостоятельно организовать расширенную медицинскую, социально-психологическую или педагогическую помощь, чтобы уличным детям и подросткам не приходилось иметь дела с различными недружелюбными государственными организациями и учреждениями. Однако профессиональная деятельность междисциплинарной команды, помимо оказания прямой помощи клиентам, состоит и в том, чтобы адаптировать существующую систему к потребностям уязвимых клиентов, сделать государственные, общественные и частные ресурсы более доступными и ориентированными на потребности детей и семей в трудной жизненной ситуации. Более того, члены междисциплинарной команды могут и должны предпринимать шаги к изменению системы путем участия в разработке законопроектов, ведомственных документов, стандартов помощи и т. п., чтобы не только приспособить клиента к особенностям системы, но и адаптировать систему к нуждам целевой группы.

Необходимо понимать, что любая система, будь то государственное учреждение или негосударственная некоммерческая организация, обладает ограниченными ресурсами. Специалисты, ведущие случаи, ежедневно принимают решения о том, каким образом эти ресурсы будут распределены между клиентами. В принятии решений о распределении ресурсов, специалисты, ведущие случаи, должны руководствоваться двумя принципами: принципом приоритетности интересов клиента и принципом минимизации затрат. В организации должен существовать четкий механизм принятия и утверждения финансовых решений, включая утверждение расходов на оказание помощи клиентам (в том числе и материальной). Междисциплинарная команда должна осуществлять свою деятельность в рамках ясного и прозрачного бюджета, чтобы сотрудники понимали, какими ресурсами они располагают, и что можно предложить клиенту. Так, принимая на междисциплинарном консилиуме решение об оплате дорогостоящего лечения для клиента, команда должна отдавать себе отчет в том, каких ресурсов могут при этом лишиться другие клиенты, и таким образом взвешивать все «за» и «против».

**Принцип 9.** *Постоянная оценка качества и эффективности междисциплинарной помощи*

Все члены междисциплинарной команды должны принимать участие в оценке качества и эффективности оказываемой помощи на двух уровнях: на уровне отдельного случая и на уровне службы в целом. Для оценки качества и эффективности помощи

на уровне случая служит документация по ведению случая, отражающая достижение поставленных индивидуальных целей и задач, а также результаты обсуждения случая на междисциплинарных консилиумах.

Интегрированная информация по всем случаям, которые ведет или завершила социальная служба, используется, служит для оценки эффективности его работы в целом. Представляется немаловажным отметить, что на обоих уровнях оценки важно учитывать мнение клиентов о качестве оказываемой помощи, о соответствии услуг потребностям клиентов и т. д. Результаты оценки обязательно должны использоваться для структурных и функциональных изменений с целью повышения качества и эффективности работы социальной службы. Об оценке качества и эффективности междисциплинарной помощи более подробно пойдет речь в Главе 3 данного руководства.

**Принцип 10.** *Оптимизация нагрузки на членов междисциплинарной команды*

Количество сотрудников, занятых междисциплинарным ведением случая, должно соответствовать объему и сложности поставленных перед командой целей и задач, а также особенностям клиентов. В любой социальной службе должна существовать разумная политика в отношении нагрузки на специалистов. Ответственный специалист в каждый момент времени в состоянии вести одновременно 10–15 случаев. Число клиентов может варьироваться в рамках этого диапазона в зависимости от ряда факторов: степени сложности проблем у клиентов, доли «новых» клиентов, которые обычно требуют более пристального внимания, географической удаленности или разбросанности клиентов, наличия и доступности общественных ресурсов и т. д. Количество случаев, с которым может справиться специалист, зависит и от того, насколько часто ему приходится иметь дело с острыми, безотлагательными проблемами, поведением высокой степени риска. Нагрузка должна позволять ответственному специалисту уделять достаточное время индивидуальному консультированию клиентов, документированию случаев, а также оценке эффективности проводимой работы. С увеличением нагрузки ответственный специалист, как правило, теряет возможность выполнять такие регулярные функции как поддержание контактов со старыми клиентами. При большой нагрузке на специалистов, помимо снижающегося качества помощи, возникает риск профессионального «выгорания». Специалисты совместно со своими руководителями должны следить за адекватностью рабочей нагрузки и совместно решать проблемы, возникающие в случае ее превышения.

Всем членам междисциплинарной команды, вне зависимости от их квалификации, требуется профессиональный консультант, или «супервизор», к которому можно обратиться за помощью в сложных случаях. Профессиональную супервизию может осуществлять как руководитель социальной службы, так и опытный сотрудник организации, работающий в другом отделе или проекте, или внешний консультант. Главное, чтобы этот специалист обладал достаточным опытом и авторитетом. Психологическую супервизию, направленную на разрешение межличностных проблем в команде или между сотрудниками и клиентами, должен проводить внешний специалист, не являющийся членом команды. Супервизию необходимо осуществлять на регулярной основе, а не только «по запросу» специалистов. Практика работы организаций «Врачи Мира – США» и «Врачи детям» показывает, что самостоятельного запроса обычно не возникает. Это приводит к накоплению проблем, конфликтам в

команде, и, в конечном итоге, к «выгоранию» сотрудников и снижению качества помощи, предоставляемой клиентам.

В заключение данной главы отметим, что осуществление практики междисциплинарного ведения случая в соответствии с изложенными здесь принципами и стандартами, позволяет эффективно оказывать комплексную помощь клиентам из наиболее уязвимых социальных групп.

## Глава 2. Особенности работы с беспризорными и безнадзорными несовершеннолетними

Описательная статистическая информация, представленная в данной главе, основана на опыте работы организаций «Врачи Мира – США» и «Врачи детям» в Санкт-Петербурге. В 2001–2007 гг. сотрудники наших организаций совместно с коллегами из ГУ КЦСОН Фрунзенского района оказали помощь 1128 беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним в рамках работы Центров СПП во Фрунзенском и Невском районах Санкт-Петербурга, Отделения кратковременного кризисного проживания во Фрунзенском районе, а также уличного аутрич-проекта (подробнее о структуре и результатах работы низкопороговой службы помощи см. раздел 2.4 и главу 3). Кроме того, в 2006 г. организация «Врачи Мира – США», совместно с американскими Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC) и Санкт-Петербургским городским Центром профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями, провела социально-эпидемиологическое исследование распространенности ВИЧ-инфекции среди уличной молодежи в Санкт-Петербурге<sup>1, 2</sup>. Данные, полученные в ходе исследования, а также результаты опроса клиентов низкопороговой службы в ходе первичной оценки легли в основу нескольких разделов этой главы.

### 2.1. Социально-демографические характеристики беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних

*Половозрастной состав.* Среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних две трети (64%) составляют лица мужского пола и одну треть (36%) – женского. Возрастной состав клиентов служб низкопороговой помощи организаций «Врачи Мира – США» и «Врачи детям» представлен на рис. 1. Из рисунка видно, что возраст уличных детей, подростков и молодежи широко варьирует, от 0 до 24 лет, однако подавляющее большинство (75%) составляют подростки и молодые люди в возрасте 14–19 лет. Дети младше 10 лет приходят в Центры СПП, как правило, со своими старшими братьями и сестрами. Дети в возрасте до трех лет – это, чаще всего, дети подростков, пользующихся услугами Центров СПП.

Хотя эта картина может не полностью соответствовать демографической ситуации среди уличной молодежи в Санкт-Петербурге, она демонстрирует уменьшение доли детей и соответствующее увеличение доли подростков среди беспризорных и безнадзорных, по сравнению с 1990-ми годами. Уменьшение доли (и количества) детей до 14 лет среди беспризорных и безнадзорных может быть связано с улучшением социально-экономической ситуации в стране и повышением благосостояния населения, налаживанием работы по профилактике безнадзорности, законодательным ограничением на продажу жилой площади, если на ней зарегистрированы несовершеннолетние<sup>3</sup>, которое действовало до 2005 г.<sup>4</sup>, а также с уменьшением общего количества детей в возрасте до 14 лет, вызванным резким падением рождаемости в 1990-х годах.

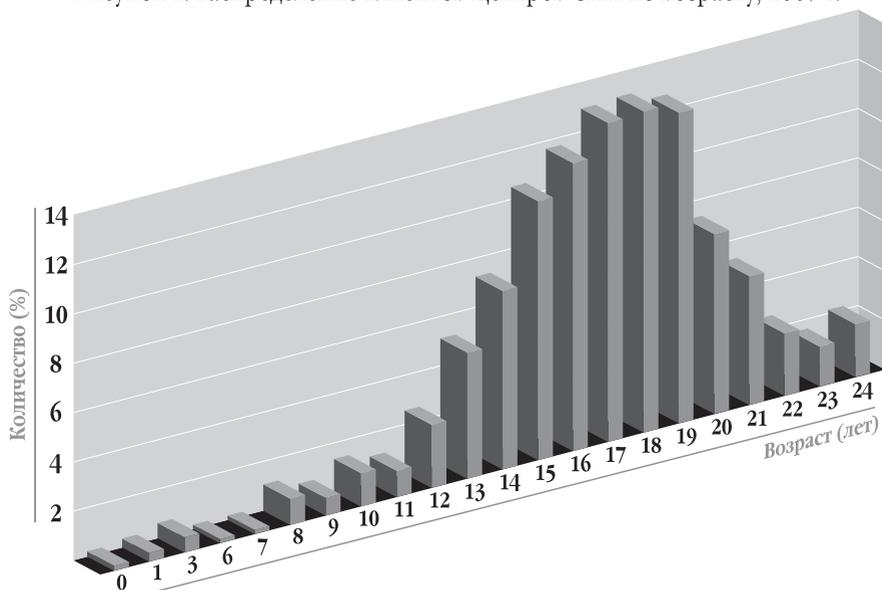
1 D. Kissin, L. Zapata, R. Yorick et al. HIV Seroprevalence in Street Youth, St. Petersburg, Russia. AIDS, 2007, 21:2333–2340.

2 Д. Киссин с соавт. Неопубликованные данные.

3 Гражданский Кодекс Российской Федерации, ст. 292, п. 4 (в ред. Федерального Закона от 30.11.1994 г. №53-ФЗ)

4 Федеральный Закон от 30.12.2004 №213-ФЗ.

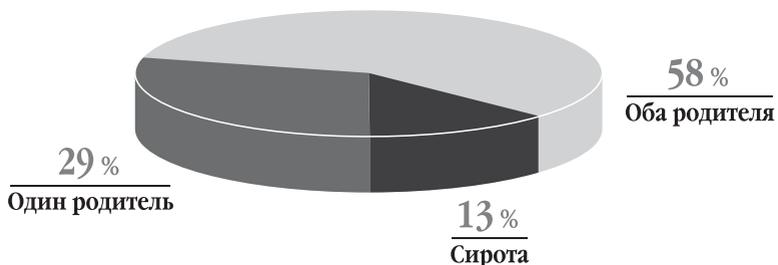
Рисунок 1. Распределение клиентов Центров СПП по возрасту, 2007 г.



Относительно небольшая доля молодежи 20–24 лет среди посетителей Центров СПП связана с ограничением возраста клиентов категорией несовершеннолетних. Большинство молодых людей старше 18 лет, пользующихся услугами Центров СПП, представляют собой наших повзрослевших клиентов, которые впервые обратились за помощью будучи подростками, либо лидеров уличных группировок, которых мы поощряем к привлечению в Центры СПП младших клиентов. Однако следует заметить, что существует большая потребность в социально-психологической помощи для социально дезадаптированных молодых людей в возрасте 18–24 лет. Это – дети и подростки 1990-х годов, выросшие на улице, жизненная ситуация которых не изменилась к лучшему, но по достижению совершеннолетия они потеряли доступ к государственным и общественным программам социальной реабилитации и адаптации, направленным на детей и подростков. Сегодня в Санкт-Петербурге практически нет программ социально-психологической помощи для совершеннолетних молодых людей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

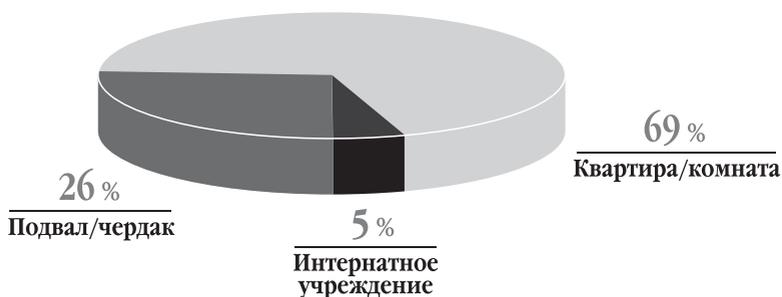
*Семейная ситуация.* Среди уличных подростков и молодежи Санкт-Петербурга в возрасте 15–19 лет только 13,4% являются сиротами, т. е. не имеют обоих родителей (рис. 2). Более чем у половины (57,5%) есть либо оба родителя, либо один родной родитель и мачеха или отчим, и одна треть (29,1%) воспитывается в неполных семьях. Около 11% подростков сохраняют постоянный контакт с семьей, живут и регулярно ночуют дома, и лишь часть времени проводят в уличной «тусовке». При этом у 56,6% семей имеются проблемы с алкогольной или наркотической зависимостью родителей или других близких родственников, а в 27,8% один или оба родителя не работают.

Рисунок 2. Семейная ситуация



*Жилищная ситуация.* Почти 70,4% уличной молодежи проживают в квартирах или комнатах, необязательно со своими родителями, но зачастую с друзьями и подругами группами по несколько человек. Тем не менее, каждый четвертый (23,5%) не имеет места для жилья и проживает в подвале, на чердаке, или в приспособленном нежилом помещении. Еще 6,2% проживают в государственном учреждении (детском доме, интернате) или в общежитии (см. рис. 3). При этом 71,3% безнадзорных имеют регистрацию по месту жительства в Санкт-Петербурге. Практически все эти подростки (68,4%) родились и всегда проживали в Санкт-Петербурге, еще 16,8% приехали из Ленинградской области, 13,6% – из других регионов России, а 1,3% – из ближайшего зарубежья (см. рис. 4). Около 6,4% уличной молодежи живут в Санкт-Петербурге менее 1 года, а 8,0% мигрируют сюда в зависимости от сезона.

Рисунок 3. Жилищная ситуация

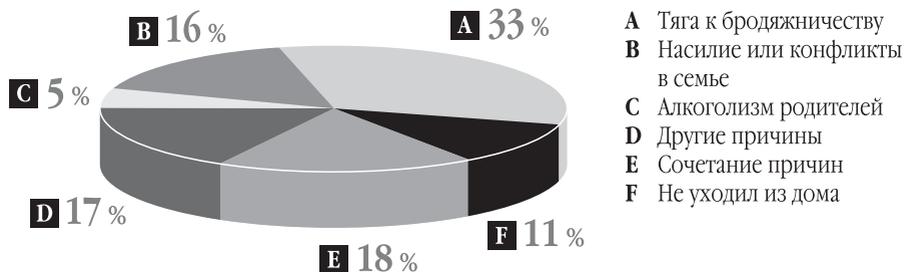


Почти 81,7% представителей уличной молодежи вовлечены в уличные «тусовки» дольше 1 года, и 18,3% – в течение последних 12 месяцев. Более одной трети подростков и молодых людей (35,9%) имеют опыт проживания в государственном учреждении. Среди причин, по которым подростки уходят из дома, они называют тягу к бродяжничеству (33,2%), насилие или конфликты в семье (15,7%), алкоголизм родителей (4,5%), другие причины (16,9%), либо их сочетание (17,9%) (см. рис. 5).

Рисунок 4. Предыдущее место жительства

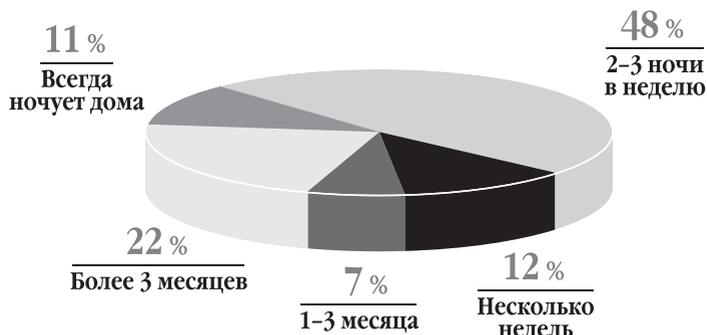


Рисунок 5. Причины ухода из дома



Уход из дома чаще всего не является однократным и безвозвратным шагом. Большинство молодых людей ведут беспорядочный образ жизни, периодически возвращаясь домой и потом вновь присоединяясь к уличной «тусовке». Лишь каждый пятый из уличных подростков (21,5%) подолгу, более 3 месяцев, живет вне дома или учреждения. Постоянно ночуют по месту проживания дома или в учреждении 11,1% подростков; 48,1% ночуют вне дома 2-3 ночи в неделю; 12,3% проводят вне дома по несколько недель подряд (до одного месяца), и 7,0% – от 1 до 3 месяцев (см. рис. 6).

Рисунок 6. Длительность проживания вне дома/учреждения



*Образовательный уровень.* Несмотря на школьный и студенческий возраст, 44,4% уличной молодежи не посещает учебных заведений более 3 лет; еще 24,5% не учатся в течение 1–3 лет; 15,2% подростков не посещают учебу от нескольких месяцев до 1 года, а 15,9% утверждают, что ходят в школу или училище почти каждый день.

## 2.2. Поведенческие характеристики уличных подростков и молодежи

Среди уличных детей и подростков распространены различные рискованные формы поведения, которые ставят под угрозу жизнь и здоровье несовершеннолетних.

*Употребление алкоголя.* Практически все беспризорные и безнадзорные (97%) употребляют различные виды алкогольных напитков (Таб. 1).

**Таблица 1. Употребление алкоголя уличными подростками и молодежью 15–19 лет (в процентах)**

Виды алкогольных напитков	Никогда	Попробовал 1 раз	Реже 1 раза в месяц	Несколько раз в месяц	Несколько раз в неделю	Каждый день
Спиртосодержащие напитки (водка, самогон, пр.)	6,3	33,2	27,2	20,9	8,5	3,8
Слабые алкогольные напитки (пиво, баночные коктейли, пр.)	0,6	6,6	7,3	13,9	42,7	28,5
Спиртосодержащие медицинские препараты (настойки, чистый спирт, пр.)	69,9	22,8	3,8	1,3	1,3	1,3

Большинство подростков (86,1%) покупают алкоголь самостоятельно или их угощают сверстники (79,1%); некоторых угощают взрослые (21,5%), а иногда (5,4%) даже родственники. Около 4,1% несовершеннолетних получали алкоголь в качестве платы за работу или услуги.

*Употребление наркотиков.* Подавляющее большинство (84,7%) уличных подростков и молодых людей в возрасте 15–19 лет имеют опыт употребления каких-либо наркотиков, причем 50,7% употребляли или употребляют инъекционные наркотики (Таб. 2). Первый опыт употребления наркотиков у 3,8% клиентов состоялся в возрасте 7–9 лет; у 21,2% – в возрасте 10–13 лет; у 55,7% – в 14–17 лет; и у 4,4% – в возрасте 18 лет и старше. Среди потребителей наркотических веществ 38,4% приобретают наркотики в аптеке, 75,6% получают их от друзей, 24,3% приобретают у дилера и 11,7% – в хозяйственном магазине (ингалянты).

**Таблица 2. Употребление наркотиков  
уличными подростками и молодежью 15-19 лет (в процентах)**

Виды наркотиков	В течении жизни	В настоящее время
Инъекционные наркотики	50,7	32,9
Пользование чужими шприцами среди ПИН	66,5	33,5
Стадол	44,2	19,9
Героин	34,4	23,3
Ингаляционные средства	55,2	40,1
Амфетамины	23,1	8,2
Эфедрин	19,8	7,4

Среди ПИН стаж потребления составляет до 1 месяца в 0,6% случаев, 1-6 месяцев – в 3,2% случаев, 6-12 месяцев – 10,1%, и более 1 года – 84,8%. Дополнительный риск в категории ПИН составляет групповая культура потребления наркотиков, что способствует пользованию общими шприцами, иглами и посудой для приготовления препаратов, что, в свою очередь, приводит к распространению ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С и других заболеваний. Только 3,8% ПИН употребляют наркотики всегда в одиночку; 46,8% – всегда в компании, а 48,7% – по-разному, от случая к случаю. При этом 66,5% ПИН признают случаи пользования общими шприцами, а 33,5% признают факт пользования общими шприцами от 10 до 30 и более раз.

*Сексуальное поведение.* Практически все беспризорные и безнадзорные в возрасте 15-19 лет сексуально активны (95,9%). При этом они практикуют такие формы рискованного поведения как незащищенный секс (79,6%), множественные половые связи (60,9%), причем 24,0% имеют более 5 партнеров в течение года, анальный секс (16,9%), коммерческий секс (9,7%), гомосексуальные половые связи (7,4%).

Как следует из социально-демографических и поведенческих характеристик уличных детей и молодежи, данная целевая группа чрезвычайно неоднородна, что приводит к затруднениям в описании этой клиентской группы и сложностям в систематизации работы с ней. Для облегчения этих задач, уличных детей и подростков можно условно разделить на три категории:

**1. «Бездомные»,** или несовершеннолетние и молодые люди, которые утратили взаимосвязь с родителями или не имеют их, длительное время (более 3 месяцев) проживают вне дома или интернатного учреждения. Таких клиентов в целевой группе 20–25%; именно у них нет постоянного места проживания, и они обитают группами в подвалах, на чердаках и в нежилых помещениях. Клиенты, составляющие эту категорию, обычно происходят из наиболее неблагополучных семей, долгое время не учатся и не работают. В большинстве своем, это – подростки и молодые люди более старшего возраста, 17–24 лет, со значительным стажем уличной жизни, наиболее рискованными формами поведения и багажом накопившихся социальных, психологических и медицинских проблем. Клиенты этой

группы требуют наиболее сложной междисциплинарной помощи с наименее очевидными перспективами.

**2. «Домашние»**, т. е. дети и подростки, которые постоянно проживают дома, куда чаще всего возвращаются на ночь. Они изредка пропускают занятия в учебных заведениях и проводят в уличных «тусовках» лишь дневные и вечерние часы и почти всегда ночуют дома. Такие клиенты составляют до 60% целевой группы. Чаще всего это – дети и подростки до 15 лет, без опыта проживания вне семьи, для которых наиболее актуально консультирование по профилактике рискованного поведения, репетиторство в рамках программы обучения, досуговые мероприятия.

**3. «Бегающие»** – промежуточная группа, состоящая из подростков 14–18 лет, периодически проводящих от нескольких недель до нескольких месяцев вне дома или интернатного учреждения, а затем возвращающихся назад. В течение этого периода времени несовершеннолетние прекращают обучение. Эти подростки составляют 15–20% из всей целевой группы уличной молодежи. В периоды «уличной» жизни клиенты практикуют рискованные формы поведения, которые могут повлечь тяжелые социальные последствия, а также нанести вред физическому и психическому здоровью. Для клиентов этой группы необходимы как профилактические мероприятия, мотивирование к изменению поведения и образа жизни, так и помощь в решении возникающих социальных, юридических, психологических и медицинских проблем.

## 2.3. Основные проблемы безнадзорных и беспризорных детей и подростков

### *Социальные проблемы*

Уличные дети и подростки сталкиваются с большим количеством сложных социальных проблем, работа над разрешением которых является неотъемлемой частью деятельности по оказанию помощи этой уязвимой группе.

**1. Отсутствие жилья или невозможность по тем или иным причинам проживать по месту регистрации.** Во многих случаях дети и подростки, живущие или проводящие большую часть своей жизни на улице, происходят из семей группы риска. Зачастую родители таких несовершеннолетних страдают алкоголизмом, злоупотребляют наркотиками, ведут асоциальный образ жизни. Нередко образ жизни родителей приводит к утрате ими жилплощади и, как следствие, дети становятся бездомными. В других случаях, несмотря на наличие жилья, ребенок или подросток не может там находиться, так как условия, сложившиеся там, невыносимы (отсутствие еды, антисанитария, агрессивное поведение взрослых и т. д.). Также в некоторых случаях подросток покидает дом из-за конфликта с родными и не осмеливается возвращаться, постепенно утрачивая связь с семьей.

**2. Отсутствие социально приемлемых форм опеки со стороны взрослых.** Часто в жизни несовершеннолетнего нет взрослых, реально отвечающих за его жизнь и благополучие. В некоторых случаях беспризорные и безнадзорные устанавливают взаимоотношения с тем или иным взрослым, фигурирующим в их жизни (соседом, временным работодателем и т. д.) Этот человек может неформально выполнять некоторые функции опекуна: предоставлять кров, кормить, оказывать первую медицин-

скую помощь – с той или иной степенью постоянства. Необходимо отметить, что в некоторых случаях этот человек может злоупотреблять доверием несовершеннолетнего, совершая по отношению к нему противоправные действия.

**3. Отсутствие средств к существованию и невозможность или неумение их получать социально приемлемым способом** – еще одна типичная проблема уличных детей. Большинство уличных детей и подростков не имеют постоянного дохода. Многие в результате жизни на улице оказываются вовлечены в преступную деятельность и приучаются добывать средства антиобщественными и криминальными путями: попрошайничеством, воровством, сексом в обмен на деньги или вещи. Большинство уличных несовершеннолетних не располагают опытом наблюдения положительных ролевых моделей, в том числе касающихся трудовой деятельности, а также не имеют даже базовых профессиональных навыков, необходимых для устройства на работу.

**4. Отсутствие документов:** свидетельства о рождении, паспорта, полиса обязательного медицинского страхования и др. Вследствие этого уличные дети сталкиваются с недоступностью социальных и медицинских услуг в системе государственных учреждений, а также невозможностью защиты своих гражданских прав.

**5. Несоответствующий возрасту уровень образования** усугубляет правовую неграмотность и незащищенность уличных детей и подростков. Многие ребята старшего подросткового возраста имеют образование в пределах начальной школы. Такое многолетнее отставание оказывается сложно компенсировать даже в условиях продуманной реабилитационной программы. При этом низкий уровень образования существенно ограничивает возможности для дальнейшего обучения и трудоустройства подростков, что, в свою очередь, снижает их самооценку и мотивацию на оставление уличного образа жизни.

### ***Психолого-педагогические проблемы***

Среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних трудно встретить таких, у которых не было бы психолого-педагогических проблем. Именно эти проблемы часто оказываются в центре внимания помогающих специалистов, и работа над ними составляет существенную часть деятельности по реабилитации уличных детей. В ряду этих проблем можно выделить следующие наиболее распространенные:

**1. Педагогическая запущенность.** Некоторые уличные дети и подростки никогда в своей жизни не посещали учебных заведений, многие преждевременно бросили учебу. Кроме того, взрослые, окружавшие этих детей как на ранних этапах жизни, так и в дальнейшем, не уделяли внимания их развитию и образованию. В результате, большинство уличных детей и подростков демонстрируют более или менее выраженную педагогическую запущенность.

**2. Отсутствие школьных навыков и мотивации к обучению.** Как уже говорилось выше, уровень образования большинства уличных детей и подростков не соответствует их возрасту. Многим из них трудно вернуться к обучению в традиционной школьной среде, потому что они боятся насмешек со стороны младших по возрасту одноклассников и неприятия со стороны учителей. Более того, навыки, необходимые для школьного обучения (беглое чтение и письмо, усидчивость, соблюдение правил поведения в классе) могут быть утрачены или вообще отсутствовать. Не-

обходимо также отметить, что для подростков, адаптировавшихся к жизни на улице, необходимость продолжать образование может казаться неочевидной, и мотивация подростка на возвращение в школу может становиться значимой частью реабилитационного процесса.

**3. Задержка психического развития.** Среди детей и подростков, оказавшихся на улице, достаточно велика доля тех, у кого может быть выявлена задержка психического развития той или иной степени. В каждом индивидуальном случае необходима тщательная диагностическая работа для определения причин задержки и дифференциации последствий педагогической запущенности от задержек развития иного происхождения. У подростков с задержкой психического развития обнаруживаются интеллектуальные нарушения, проявляющиеся в замедленности мышления, своеобразной вязкости в изложении своих мыслей, часто – излишней обстоятельности, примитивности и незрелости суждений. Также наблюдаются заметные трудности, связанные с концентрацией внимания, его быстрой истощаемостью, снижением объема оперативной памяти. У большинства таких детей наблюдается психическое истощение, вялость, суженный круг интересов.

**4. Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ).** Многие беспризорные и безнадзорные несовершеннолетние злоупотребляют алкоголем, а также токсическими ингалянтами. Длительное злоупотребление этими веществами может приводить к развитию психических расстройств и органическому поражению головного мозга. В последние годы среди уличных подростков стало получать распространение внутривенное употребление наркотических средств, что, в свою очередь, повысило в данной группе риск заражения гепатитами и ВИЧ.

**5. Психологические расстройства, связанные с перенесенными стрессами, потерями и насилием.** Психологическое состояние уличных детей характеризуется наличием серьезных личностных проблем, изменением системы моральных ценностей. У них искажено нравственное сознание (в частности, размыто представление о добре и зле), ограничен круг потребностей, интересы носят примитивный характер. Это объясняется тем, что многие из них уже с раннего возраста были лишены эмпатийного общения, характеризующегося проникновением в чувства других людей, сопереживанием. В семье эти дети подолгу оставались в одиночестве, их нередко били. Поэтому дети и сами не научились сочувствовать, сопереживать, проявляют индифферентность к чувствам других. Многие уличные дети в своей жизни переживали тяжелые психологические травмы (разные формы насилия со стороны взрослых и сверстников, потерю близких). Связанные с этим посттравматические реакции могут приобретать хроническую форму и приводить к психической дезадаптации, злоупотреблению психоактивными веществами и саморазрушающему поведению.

**6. Нарушение детско-родительских отношений, потеря контакта с семьей, агрессия по отношению к родным.** Как уже было сказано выше, большинство уличных детей и подростков имеют сложные отношения со своими родными (если они есть), а многие полностью утратили такую связь. Как правило, это вызвано асоциальным поведением взрослых членов семьи, но в некоторых случаях причина разлада семейных отношений кроется в особенностях поведения подростка (агрессивность, конфликтность). Но какой бы ни была причина нарушения детско-роди-

тельских отношений в каждом конкретном случае, утрата опеки со стороны взрослых и жизнь на улице приводит к ухудшению психологического и социального статуса несовершеннолетнего. Необходима серьезная работа по восстановлению семейных связей (там, где это возможно и целесообразно), или поиску других форм семейного жизнеустройства несовершеннолетнего, оказавшегося на улице.

**7. Психологические особенности, препятствующие проживанию в сиротских учреждениях.** Дети и подростки, проводившие достаточно времени на улице, вне контролирующего влияния семьи и школы, с трудом приспосабливаются к условиям жизни в детском учреждении, таком как приют или детский дом. Они с трудом принимают необходимость иметь распорядок дня, ставить в известность о своей деятельности и местонахождении сотрудников сиротского учреждения. Зачастую они не могут сразу избавиться от вредных привычек и агрессивного стиля общения как с другими детьми, так и со взрослыми. Нередко это приводит к конфликтам, росту недовольства подростком со стороны персонала и протестного настроения у самого подростка, что со временем ведет к возвращению несовершеннолетнего на улицу.

**8. Дезориентация в системе нравственных и моральных ценностей.** Многие дети и подростки, лишенные опеки со стороны взрослых и проводящие большую часть своей жизни на улице, демонстрируют своеобразное изменение системы морально-нравственных ценностей. Понятия о добре и зле, недопустимом и позволительном поведении у безнадзорных несовершеннолетних могут быть значительно искажены.

**9. Высокая адаптированность к жизни на улице, отсутствие запретов.** Чем дольше продолжается жизнь ребенка или подростка «на улице», тем сложнее ему бывает вернуться к нормальной жизни. Это связано с тем, что адаптация к уличной среде требует принятия специфических норм поведения, а жизнь вне направляющего и ограничивающего влияния взрослых приучает подростка к мысли о том, что он волен распоряжаться своей жизнью без оглядки на значимых ему людей, социальные нормы и другие ограничения. Чем больше подросток «преуспевает» в адаптации к такой жизни, тем сложнее ему бывает принять наличие запретов и правил, без которых не обходится нормальная жизнь в обществе.

### *Медицинские проблемы*

Большинство уличных детей и подростков страдают различными хроническими заболеваниями, связанными с неблагоприятными условиями среды и образом жизни: неправильным, недостаточным и нерегулярным питанием, хроническим стрессом, переохлаждением, злоупотреблением алкоголем, табаком, токсическими ингалянтами и наркотиками. У большинства отмечаются симптомы дефицита витаминов, недостаток массы тела, отставание физического развития, кожные паразитарные инфекции, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, кариес зубов, дерматиты.

Физическое развитие является важным критерием здоровья. Немаловажное влияние на показатели физического развития безнадзорных и беспризорных детей оказывают недоедание, голод и качественно неполноценное питание, а также короткая продолжительность сна. Среди уличных детей наблюдается высокая доля несовершеннолетних с дисгармоничным (непропорциональным) фи-

зическим развитием, причем в большей степени за счет недостаточности массы тела, т.е. дети и подростки отличаются худобой, реже – за счет недостаточного развития грудной клетки. Дети с пропорциональным телосложением чаще всего все равно имеют физическое развитие ниже среднего, т.е. они низкорослые. У многих детей выявляется симптоматика витаминной недостаточности (сухость кожи, гиперкератоз, деформация и депигментация ногтей, кровоточивость десен и т. д.). Взаимосвязь между нарушениями в физическом развитии и ослаблением иммунитета проявляется высоким уровнем заболеваемости различными инфекциями, чаще всего – органов дыхания (ОРВИ), которые у одного клиента могут проявляться 4–6 раз в год, что позволяет отнести уличных детей и подростков к категории часто болеющих.

#### **Наиболее частые заболевания и состояния, наблюдаемые у детей улиц**

- Респираторные заболевания: ОРВИ, бронхиты, пневмонии;
- Травмы;
- Паразитарные болезни: педикулез и чесотка;
- Болезни органов пищеварения: кариес зубов, гастриты, хронические гастродуодениты;
- Болезни костно-мышечной системы: нарушения осанки, сколиозы, деформации грудной клетки, плоскостопие;
- Расстройства питания: дефицит массы тела, гиповитаминозы;
- Психические расстройства: депрессии, нарушение интеллекта;
- Резидуально-органические поражения нервной системы;
- Наркозависимость.

Кроме того, в связи со своим образом жизни и различными формами рискованного поведения (см. раздел 2.2) уличные подростки подвержены повышенному риску заражения ИППП, ВИЧ-инфекцией, гепатитами, туберкулезом.

#### ***Эпидемия ВИЧ/СПИДа среди беспризорных и безнадзорных***

ВИЧ-инфекция среди уличных детей и подростков представляет собой сочетание сложных медицинских, социальных и психологических проблем, которые обостряют все другие проблемы, с какими сталкиваются представители этой целевой группы. Вместе с тем, многие из социально-психологических факторов, характерных для жизни на улице, сами являются факторами риска ВИЧ-инфекции. По результатам недавнего исследования, проведенного организацией «Врачи Мира – США», совместно с американскими Центрами по контролю над заболеваниями (CDC) и Санкт-Петербургским Центром СПИДа, распространенность ВИЧ-инфекции среди уличной молодежи Санкт-Петербурга в возрасте 15–19 лет составляет 37,4%<sup>5</sup>. Такой масштаб эпидемии ВИЧ-инфекции является беспрецедентным для данной возрастной группы не только в Российской Федерации, но и в мире. Несомненно, основной фактор риска заражения ВИЧ в этой группе – внутривенное употребление наркотиков, которое увеличивает шансы заражения в 23 раза. Вместе с тем, был также

5 D. Kissin, L. Zapata, R. Yorick et al. HIV Seroprevalence in Street Youth, St. Petersburg, Russia. AIDS, 2007, 21:2333–2340.

определен ряд статистически достоверных социальных причин, повышающих вероятность заражения подростков ВИЧ-инфекцией. Так, шансы заразиться ВИЧ почти в 2 раза выше у 18-19-летних, по сравнению с 15-17-летними. Опыт проживания в интернатном учреждении повышает шансы заражения почти в 3 раза, отсутствие одного родителя – почти в 2, а обоих родителей – более чем в 3 раза. Отсутствие жилья увеличивает шансы заразиться ВИЧ почти в 2,5 раза. Это означает, что социальное неблагополучие, с которым сталкиваются уличные дети и подростки, представляет угрозу их здоровью и жизни.

Обращает на себя внимание достаточной высокий уровень знаний уличной молодежи о путях профилактики ВИЧ-инфекции. Так, 65,0% осведомлены об опасности совместного использования инъекционного инструментария; 69,2% – об эффективности презервативов для защиты от ВИЧ; 71,0% – о том, что по внешнему виду нельзя отличить ВИЧ-инфицированного человека; 60,0% – о том, что ВИЧ не передается через укусы насекомых, и 73,5% – что ВИЧ не передается через общую посуду.

В связи с угрожающими масштабами эпидемии ВИЧ/СПИДа среди беспризорных и безнадзорных, основными задачами являются профилактика дальнейшего распространения инфекции и обеспечение доступа к лечению для уже инфицированных. При выполнении этих задач необходимо принимать во внимание следующие особенности целевой группы:

- **Легкомысленное отношение клиентов к ВИЧ-статусу:** уличные подростки обычно не скрывают свой ВИЧ-статус друг от друга и от помогающих им специалистов. Зачастую подростки даже бравируют положительным ВИЧ-статусом, который может являться предметом своеобразной гордости. Это может быть воспринято как низкий уровень стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных в среде беспризорных и безнадзорных. Скорее всего, однако, это связано с низкой актуальностью ВИЧ-инфекции среди повседневных проблем беспризорных и безнадзорных, таких как поиск пропитания, очередной дозы наркотика, места для ночлега и т. п. Одновременно наблюдается фаталистическое отношение подростков к собственной жизни и здоровью: для них угроза умереть от передозировки ингалянтов или внутривенного наркотика, или в уличной драке, является более реальной, чем смерть от СПИДа.

- **Зависимость от ПАВ** и сопутствующие этой зависимости заболевания. ПАВ не только снижают мотивацию уличных подростков к социально-психологической и медицинской реабилитации, но и являются причиной инфекционных и токсических заболеваний печени (гепатитов). Эти заболевания могут не позволить подростку получать АРВ-терапию против ВИЧ, поскольку АРВ-препараты сами неблагоприятно влияют на печень, что ухудшает переносимость лечения.

- **Низкая приверженность к АРВ-терапии** вследствие хаотичного образа жизни уличных подростков. Несовершеннолетние, ведущие беспорядочную жизнь, не могут четко следовать сложным схемам приема АРВ-препаратов, пропускают время приема и бросают принимать назначенное лечение. Это приводит к риску развития ВИЧ, устойчивого к существующим АРВ-препаратам. Низкая приверженность к лечению может стать препятствием к получению ВИЧ-инфицированными уличными подростками необходимого им лечения. В связи с этим, одной из главных задач

при оказании помощи ВИЧ-инфицированным подросткам является стабилизация их жизненной ситуации и наркологическая реабилитация для повышения приверженности к АРВ-терапии.

## 2.4 Формы работы с беспризорными и безнадзорными несовершеннолетними

В настоящее время в России, также как и во всем мире, активно развиваются и используются на практике различные формы помощи уличным детям. Среди основных можно выделить следующие: социальная работа на улице, мобильные пункты помощи, дневные центры (отделения) помощи, центры (отделения) кратковременного проживания, социальные квартиры (гостиницы) и социальные приюты для детей и подростков. Эти формы организации помощи перечислены в порядке повышения «порога доступности», от самой «низкопороговой» социальной работы на улице («аутрич») до «высокопороговых» стационарных программ проживания, таких как социальная квартира или социальный приют. Высота «порога доступности» социальной службы определяется количеством и серьезностью требований, которым должен соответствовать клиент, чтобы получить доступ к услугам той или иной службы. Высота порога доступности зависит не только от положений и других документов, регламентирующих работу социальной службы или учреждения, но также от реальной практики и восприятия это порога несовершеннолетними. Так, несмотря на то, что социальные приюты должны принимать несовершеннолетних круглосуточно, независимо от места их проживания, несовершеннолетние с большим стажем уличной жизни практически никогда не обращаются в приюты самостоятельно, с большим трудом мотивируются на помещение в приют, и очень редко задерживаются там на время, необходимое для завершения программы социальной реабилитации.

### Службы помощи несовершеннолетним

#### «Низкопороговые»

- Уличная социальная служба («аутрич»)
- Мобильный пункт помощи
- Дневной центр (отделение) социально-психологической помощи
- Отделение кратковременного проживания

#### «Высокопороговые»

- Социальный приют
- Социальная квартира

Данное руководство посвящено организации низкопороговых служб помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. Эти службы могут быть созданы и работать при поддержке НКО, или быть встроенными в структуру государственного учреждения в качестве его подразделений. Согласно действующим нормативным актам, службы помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним могут создаваться в структуре социально-реабилитационных центров для несовершенно-

летних, центров социальной помощи семье и детям и комплексных центров социального обслуживания населения (см. Таб. 3, Приложения 2–7)<sup>6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.</sup>

**Таблица 3. Соответствие служб помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним структуре государственных учреждений социальной защиты населения**

	ГУ СРЦН	ГУ ЦСПСД	ГУ КЦСОН
Уличная социальная служба		Отделение профилактики безнадзорности несовершеннолетних	Отделение профилактики безнадзорности детей и подростков
Мобильный пункт помощи		Отделение профилактики безнадзорности несовершеннолетних	Отделение профилактики безнадзорности детей и подростков
Дневной Центр СПП	Группа дневного пребывания и социального патронажа	Отделение профилактики безнадзорности несовершеннолетних и служба сопровождения семей (социальный патронаж); Отделение дневного пребывания несовершеннолетних	Отделение профилактики безнадзорности детей и подростков; отделение дневного пребывания детей и подростков
Отделение кратковременного проживания	Социальная гостиница	Социально-реабилитационное отделение для несовершеннолетних временного проживания (стационарное отделение)	
Социальная квартира	Социальная гостиница для несовершеннолетних	Социальная гостиница для несовершеннолетних	

Остановимся подробнее на каждой из форм работы с уличными детьми и подростками.

- 6 Федеральный закон от 10.12.1995 №195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации».
- 7 Федеральный закон от 24.06.1999 №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».
- 8 Постановление Правительства Российской Федерации от 20.11.2000 №896 «Об утверждении примерных положений о специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации».
- 9 Постановление Минтруда Российской Федерации от 29.03.2002 №25 «Об утверждении рекомендаций по организации деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации».
- 10 Постановление Минтруда Российской Федерации от 19.07.2000 №51 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр социальной помощи семье и детям».
- 11 Постановление Минтруда Российской Федерации от 27.07.1999 №32 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения».
- 12 Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 16.05.2006 №559 «О Концепции развития системы социальной защиты населения Санкт-Петербурга на 2006–2010 годы».

### **Уличная социальная служба (аутрич-работа)**

**Аутрич-работа** (от англ. *outreach* – достижение вовне) – способ установления и поддержания контакта между специалистами социальной службы и целевой группой, потенциально заинтересованной в предоставляемых услугах. Аутрич-работа осуществляется непосредственно в месте нахождения целевой группы и является активным методом социальной работы. Технология аутрич-работы предполагает поиск специалистами социальной службы своих потенциальных клиентов, а также перенос предоставления некоторых услуг (консультирование, информирование, профилактика, снижение рискованного поведения) из учреждений «на улицу», ближе к представителям наиболее уязвимых групп. Как уже было сказано, аутрич-работа – это самая «низкопороговая» форма помощи беспризорным и безнадзорным. Для получения помощи от аутрич-работников клиенты должны соответствовать единственному требованию – быть неагрессивными по отношению к специалистам, не создавать угрозы их жизни, здоровью и безопасности. Вместе с тем, для установления взаимоотношений с клиентами на улице от специалистов требуется непредвзятое отношение к детям и подросткам, реалистичные ожидания от клиентов по поводу соблюдения ими графика встреч, правдивости предоставляемой информации и т. п. Метод уличной социальной аутрич-службы сегодня получил распространение в НКО при оказании помощи различным целевым группам (коммерческим секс-работницам, наркопотребителям, лицам без определенного места жительства и др.) К сожалению, форма уличной аутрич-работы практически не применяется государственными учреждениями социальной защиты населения, хотя ее технологии соответствуют целям различных структурных подразделений ГУ ЦСПСД и ГУ КЦСОН (см. Таб. 3).

#### **Виды помощи, предоставляемой в рамках уличной аутрич-службы:**

- Первичная социально-психологическая диагностика;
- Кризисное консультирование;
- Предоставление предметов первой необходимости (носки, гигиенические принадлежности и т. п.);
- Направление и сопровождение для получения помощи в другие службы, учреждения и организации;
- Мотивационное консультирование;
- Консультирование по снижению рисков и профилактике рискованного поведения;
- Междисциплинарное ведение случая, ограниченное рамками уличной работы.

При работе с уличными детьми специалисты аутрич-службы знакомятся с детьми на улицах, вовлекают в общение, предоставляют им предметы первой необходимости, расспрашивают о жизни, о проблемах, распространяют познавательную литературу, рассказывают о том, куда можно обратиться за различными видами помощи. Работа в формате аутрич подразумевает длительный контакт с уличными детьми и большую степень доверия специалистов и детей друг к другу. Часто многие из тех, с кем общаются аутрич-работники, видят в них друзей, к которым можно обратиться за помощью, консультацией, задать вопрос, с которым не обратишься к посторонне-

му человеку. Каждого следующего визита ждут, с удовольствием берут специальную литературу, рассказывают о себе. Аутрич-работники в ходе беседы собирают информацию о проблемах, нуждах и интересах своих подопечных – это необходимо им для дальнейшей работы, предоставления адекватной и оперативной помощи уличным детям и подросткам. Подробнее об организации уличной социальной службы рассказано в Главе 3.

### **Мобильный пункт помощи**

Мобильный пункт помощи – это разновидность аутрич-работы, при которой уличная служба оснащается автомобильным транспортом (автобусом или микроавтобусом), что позволяет расширить спектр оказываемых услуг. Так, в автобусе можно проводить индивидуальное консультирование, углубленный опрос клиентов, оказывать первую доврачебную помощь, а при наличии соответствующего оборудования и персонала – проводить экспресс-тестирование на ВИЧ, гепатиты и другие инфекции. Кроме того, мобильный пункт помощи позволяет доставлять клиентов для получения помощи в различные службы и организации (например, дневные Центры СПП, Центр СПИДа и другие лечебные учреждения, отделение кратковременного проживания), которыми при других условиях несовершеннолетние не пользуются.

Мобильные пункты помощи не привязаны к определенному адресу, что влечет за собой некоторые трудности, например, клиентам необходимо запомнить и привыкнуть к графику и маршруту движения мобильного пункта. Этот барьер можно преодолеть установлением и соблюдением четкого расписания перемещений мобильного пункта по городу. Вместе с тем, мобильный пункт позволяет увеличить географический охват аутрич-службы, установить контакт с большим количеством клиентов и оказать им несколько более качественную и эффективную помощь, по сравнению с той, которую можно оказать на улице.

### **Дневной Центр социально-психологической помощи**

Дневные центры социально-психологической помощи (Центры СПП) – довольно распространенная форма работы с беспризорными и безнадзорными детьми. В Санкт-Петербурге, помимо организаций «Врачи Мира – США» и «Врачи детям» аналогичные центры поддерживают и другие НКО («Детский кризисный центр», «Гуманитарное действие», «Центр «Инновации» и др.) Подобные центры могут функционировать как самостоятельно, так и в качестве отделений более крупных учреждений социальной защиты – центров социального обслуживания населения, социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних, или территориальных центров социальной помощи семье и детям (см. Таб. 3), о чем свидетельствует наш положительный опыт. Так, Центр СПП организаций «Врачи Мира – США» и «Врачи детям» в Невском районе Санкт-Петербурга долгое время работал как отделение дневного пребывания для несовершеннолетних при ГУ СРЦН «Альмус». Другой Центр СПП во Фрунзенском районе создавался как отделение профилактики безнадзорности несовершеннолетних при ГУ КЦСОН Фрунзенского района.

Дневной Центр СПП – это следующая ступень «низкопороговой» помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним после уличной аутрич-работы. Для

получения доступа к помощи в Центре СПП клиенты, помимо неагрессивного поведения в отношении специалистов, должны также быть неагрессивными по отношению к другим клиентам Центра и не находиться в помещении Центра в состоянии наркотической или алкогольной интоксикации. Концепция низкопорогового дневного центра помощи эквивалентна западной концепции «дроп-ин»-центра (от англ. *drop-in* – зайти, заскочить неожиданно или ненадолго). Клиенты в такой центр могут прийти без предварительной записи, не предъявляя никаких документов, с гарантиями анонимности и конфиденциальности, если это не противоречит закону.

В отличие от социальной работы на улице, работа в дневном центре происходит в помещении, а значит, возможна в любое время года и в любую погоду. В таких центрах уличные дети и подростки имеют возможность оторваться от своей повседневной беспорядочной жизни, согреться в холодное время года, удовлетворить свои бытовые нужды (душ, стрижка, стирка одежды), чего они не могут себе позволить в местах своего обычного обитания. Это те факторы, которые привлекают детей и подростков в дневные центры.

**Основная цель дневного Центра СПП** – это оказание первичной социально-психологической и первой доврачебной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. Кроме того, деятельность Центра также направлена на оказание помощи семьям этих детей и подростков в тех случаях, когда это возможно. Центр СПП также осуществляет деятельность по профилактике беспризорности и безнадзорности, профилактике употребления ПАВ, профилактике ИППП и ВИЧ.

### **Виды помощи, предоставляемой Центром СПП**

- Первичная социально-психологическая диагностика;
- Доврачебный осмотр и первая медицинская помощь;
- Санитарно-гигиеническая помощь (душ, стрижка, стирка одежды);
- Комплексное междисциплинарное ведение случая по индивидуальному плану;
- Кризисное психологическое консультирование;
- Социально-правовое консультирование;
- Помощь в получении или восстановлении утраченных документов;
- Организация различных видов социальной, медицинской и психологической помощи и помощь в получении доступа к ней;
- Профилактика различных форм рискованного поведения, снижение рисков;
- Восстановление и формирование у несовершеннолетних социальных навыков;
- Индивидуальное и семейное психологическое консультирование;
- Помощь в дальнейшей реабилитации, адаптации и жизнеустройстве несовершеннолетних, восстановление семейных связей;
- Помощь в обучении;
- Профорентация, помощь в получении профессионального образования и трудоустройстве;
- Организация и проведение досуговых мероприятий.

Центр социально-психологической помощи призван способствовать реабилитации, социальной адаптации и дальнейшему жизнеустройству беспризорных и безнадзорных детей и подростков. Как служба, созданная для оказания экстренной первичной помощи, Центр СПП не может самостоятельно достичь целей долговременной социально-психологической реабилитации несовершеннолетних без привлечения других государственных и общественных ресурсов, таких как приюты, реабилитационные центры, органы опеки и попечительства и т. п. Таким образом, Центр СПП выступает в качестве первичного звена в системе реабилитации уличных детей и подростков.

Основу деятельности Центра составляет адресная социально-психологическая и профилактическая помощь конкретным беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним, а также их семьям, в соответствии с их индивидуальными потребностями; комплексность и своевременность оказания помощи; непрерывность и систематичность в организации социально-реабилитационных мероприятий и социального сопровождения.

Подробнее об организации работы Центра СПП рассказано в Главе 3.

### **Отделение кратковременного проживания**

Отделение кратковременного проживания может создаваться на базе ГУ ЦСПСД («Социально-реабилитационное отделение для несовершеннолетних временного проживания»), или ГУ СРЦН («Социальная гостиница – отделение временного пребывания несовершеннолетних в возрасте 15–18 лет», см. Таб. 3), что предусмотрено соответствующими ведомственными рекомендациями и Концепцией развития системы социальной защиты населения Санкт-Петербурга на 2006–2010 гг. Отделение кратковременного проживания необходимо для оказания кризисной помощи несовершеннолетним. Примерами таких кризисных ситуаций могут служить:

- недавний уход несовершеннолетнего из дома или интернатного учреждения вследствие насилия или конфликта;
- установление положительного диагноза на ВИЧ-инфекцию по результатам экспресс-теста и запланированная госпитализация в Центр СПИДа;
- подготовка несовершеннолетнего к помещению в приют или возвращению в интернатное учреждение, и др.

Круглосуточное пребывание несовершеннолетнего в Отделении кратковременного проживания предоставляет дополнительные возможности для создания безопасных условий проживания и подготовки дальнейших шагов по его реабилитации (направление в приют, в больницу, в реабилитационный центр, возвращение в семью и т. д.). Наличие Отделения кратковременного ночного пребывания позволяет эффективнее организовать работу по оказанию экстренной психологической помощи и снятию стрессового состояния в ранний послекризисный период для детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации или социально опасном положении.

Порог к доступу в Отделение кратковременного проживания находится на ступеньку выше, чем у Центра СПП. Дополнительным требованием к получению помощи является наличие сервисного плана по случаю данного клиента, с обоснованием необходимости размещения в Отделении и планом мероприятий по данному слу-

чаю. В Отделение кратковременного проживания помещаются клиенты Центра СПП или уличной аутрич-службы, с которыми проведена первичная и углубленная психо-социальная оценка, а также составлен план ведения случая. И клиент, и тем более специалист, ответственный за случай, должны иметь четкое представление о том, что они будут делать на следующее утро после размещения несовершеннолетнего в отделении. Размещение в Отделении кратковременного проживания требует от клиента большей мотивации на изменение собственной жизненной ситуации, чем получение помощи в Центре СПП. Тем не менее, мы относим Отделение кратковременного проживания к категории низкопороговых служб.

### **Социальный приют для детей**

Социальный приют, вместе с социально-реабилитационным центром для несовершеннолетних и центром помощи детям, оставшимся без попечения родителей, относится к учреждениям для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации<sup>13</sup>. Основными направлениями деятельности этих учреждений являются:

- Профилактика безнадзорности несовершеннолетних, оказание помощи по ликвидации трудной ситуации в семье ребенка;
- Обеспечение несовершеннолетним временного проживания на полном государственном обеспечении до определения и осуществления совместно с органами опеки и попечительства оптимальных форм жизнеустройства;
- Обеспечение доступности и своевременности квалифицированной социальной, правовой, психолого-медико-педагогической помощи несовершеннолетним на основе индивидуальных программ социальной реабилитации.

По сложившейся практике, а также по восприятию уличных подростков, приюты являются достаточно крупными учреждениями и относятся к высокопороговым службам помощи. Такая форма реабилитации как приют наиболее эффективна при оказании помощи детям дошкольного, младшего или среднего школьного возраста, которые были изъяты из неблагополучных семей или попали в приют по другим причинам, но без длительного периода пребывания на улице. Подростки же, особенно имеющие стаж уличной жизни, обычно «выпадают» из этой системы, поскольку требуют большей независимости и самостоятельности, не хотят жить в большом детском, или «сиротском», учреждении и следовать его правилам.

Методика работы социальных приютов для детей хорошо отлажена на основе многолетнего опыта, а порядок работы подробно регламентирован федеральным законом, а также правительственными и ведомственными постановлениями<sup>13, 14, 15, 16</sup>.

### **Социальная квартира**

Социальная квартира – это форма реабилитационной работы, при которой несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации или социально

13 Федеральный закон от 24.06.1999 №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (см. Приложение 2–6).

14 Постановление Правительства Российской Федерации от 20.11.2000 №896 «Об утверждении примерных положений о специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации».

15 Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 29.03.2002 №25 «Об утверждении рекомендаций по организации деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации».

16 Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.03.2003 №13 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПИН 2.4.1201–03» (Гигиенические требования к устройству, содержанию, оборудованию и режиму работы специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации).

опасном положении, предоставляется временное жилье в условиях максимально приближенным к домашним, с одновременным осуществлением индивидуальных социально-реабилитационных программ и оказанием правовой, психологической и педагогической помощи. Целью социальной квартиры является социально-психологическая реабилитация и адаптация несовершеннолетних, возвращение их в кровную семью, или подготовка к независимому проживанию и помощь в решении жилищных вопросов. Социальная квартира является формой реабилитации подростков, альтернативной сложившейся системе социальных приютов для детей. В социальной квартире, рассчитанной на 5–10 подростков, им предоставляется некоторая степень свободы, одновременно с вполне определенными требованиями по самоорганизации и самообслуживанию, обязательному продолжению учебы или трудоустройству, участию в социальной жизни квартиры и т. п. Создание социальных квартир (гостиниц) для несовершеннолетних предусмотрено Концепцией развития системы социальной защиты населения Санкт-Петербурга на 2006–2010 гг.

Порог доступа к услугам социальной квартиры – самый высокий из всех перечисленных выше форм помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. От подростка требуется серьезная мотивация, чтобы следовать всем требованиям и правилам проживания в социальной квартире. В связи с этим, добровольный преждевременный отказ от программы реабилитации и самостоятельный уход из социальной квартиры недостаточно подготовленных клиентов можно считать в определенной степени оправданным. Вместе с тем, от специалистов по социальной работе и юристов требуется, совместно с клиентами, в ограниченные сроки до окончания программы реабилитации решить один из самых сложных вопросов нашей действительности – жилищный. В январе 2008 г. исполняется один год с момента открытия организациями «Врачи детям», «Врачи Мира – США» и Администрацией и ГУ КЦСОН Калининского района Санкт-Петербурга социальной квартиры для подростков 15–18 лет. За это время помощь получили 15 несовершеннолетних, и у нас уже есть первые успехи. Однако в данном руководстве мы не будем подробно останавливаться на высокопороговых программах реабилитации.

## Глава 3. Организация низкопороговой службы помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним

К началу 2008 г., служба помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним, созданная в Санкт-Петербурге организациями «Врачи Мира – США» и «Врачи детям» в партнерстве с государственными учреждениями социальной защиты населения, состоит из следующих компонентов преемственной помощи:

1. Уличная социальная служба («аутрич»);
2. Мобильный пункт помощи;
3. Центры СПП:
  - отделение кризисной помощи несовершеннолетним в ГУ СРЦН Фрунзенского района;
  - отделение дневного пребывания несовершеннолетних в ГУ ЦСПСД Невского района;
4. Отделение кратковременного проживания в ГУ СРЦН Фрунзенского района;
5. Социальная квартира для несовершеннолетних 15–18 лет – отделение ГУ КЦСОН Калининского района.

Эти службы работают при организационной, методической и финансовой поддержке международной гуманитарной организации «Врачи Мира – США» и Санкт-Петербургской общественной организации «Врачи детям». Центр СПП в Невском районе функционирует с 2001 г., во Фрунзенском – с 2005 г. Уличная социальная служба («аутрич») действует с августа 2006 г., а Отделение кратковременного проживания и социальная квартира – с января 2007 г. К концу 2007 г. служба помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним оказала поддержку в общей сложности 1128 детям и подросткам, при этом 524 человек посетили Невский Центр СПП, 691 – Фрунзенский, и 274 человека посетили оба центра. За все время работы в 2001–2007 г. Центры СПП приняли более 25.100 посещений. Более 400 несовершеннолетних получили помощь в условиях уличной аутрич-работы. В 2007 г. в Отделении кратковременного проживания 107 несовершеннолетних провели 1341 койко-день, и еще 15 человек получили помощь в Социальной квартире.

Рассмотрим подробнее организацию работы в низкопороговой службе помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним, которая включает уличную аутрич-работу с мобильным пунктом помощи, Центры СПП и Отделение кратковременного проживания.

### 3.1 Организация уличной социальной службы («аутрич»)

Основными задачами уличной аутрич-службы являются установление контакта с беспризорными и безнадзорными несовершеннолетними в местах их проживания и времяпровождения, консультирование в условиях улицы и направление или сопровождение для получения помощи в другие службы (Центры СПП, Отделение временного проживания) и другие организации. Аутрич-работники чаще

всего имеют дело с наиболее дезадаптированными клиентами, которые практикуют самые рискованные формы поведения, не мотивированы на изменение образа жизни и не вовлечены во взаимодействие с другими социальными службами. На аутрич-работников ложится самая сложная задача первичного взаимодействия и мотивации несовершеннолетних. В связи с этим, главным качеством члена аутрич-команды является способность непредвзятого общения с представителями целевой группы. С этим требованием лучше всего справляются либо специалисты с психологическим образованием, либо специалисты, имеющие уже достаточный опыт работы с уличными детьми и подростками, либо равные консультанты из числа бывших клиентов.

### **Памятка аутрич-работника**

- Для работы на улице выбирайте простой, удобный и неброский стиль одежды. На элементах одежды или экипировки (на футболке, кепке, кармане, рюкзаке) можно разместить символику организации – так клиентам будет проще запомнить вашу принадлежность.
- Оставьте дома все ценности, но имейте при себе небольшую сумму денег на необходимые расходы, например, на транспорт, в том числе для сопровождения клиентов. Носите с собой недорогой мобильный телефон. Всегда работайте в паре и информируйте коллег и руководителя о том, куда, в какое время и на сколько вы направляетесь.
- Имейте при себе документы, удостоверяющие личность, и удостоверение о принадлежности к вашей организации с контактным телефоном администрации или руководителя для предъявления сотрудникам милиции.
- Всегда берите с собой недорогие мелкие «подарки» для клиентов (носки, гигиенические средства, соки и продукты питания в небольшой упаковке) – это поможет наладить контакт с уличными детьми и подростками. Вместе с этими подарками можно распространять информацию по профилактике рискованного поведения и о различных социальных, медицинских и психологических службах в городе, доступных целевой группе.
- Жизнь, здоровье и благополучие сотрудников, которые зачастую сталкиваются в ходе своей работы с рискованными ситуациями, являются приоритетом уличной социальной службы. Члены уличной аутрич-команды должны всегда работать сообща, оказывать друг другу необходимую поддержку и, по возможности, избегать риска в своей деятельности.

Работа на улице из соображений личной безопасности должна осуществляться как минимум в паре, поэтому штатное расписание аутрич-службы должно состоять, по меньшей мере, из двух человек: специалиста по социальной работе и психолога, один из которых выполняет функции координатора. В зависимости от имеющихся ресурсов и географии уличной работы, штатное расписание может расширяться и включать еще водителя, медицинского работника, а также нескольких специалистов по социальной работе и психологов (см. Таблицу 4).

**Таблица 4. Примерное штатное расписание уличной аутрич-службы**

№ п/п	Должности	Количество
1	Руководитель (координатор)	1
2	Специалисты по социальной работе	2–6
3	Психолог	1–2
4	Водитель (при наличии мобильного пункта помощи)	1
5	Медицинская сестра (лаборант, при наличии мобильного пункта помощи)	1
	Итого:	<b>4–11</b>

Для успешного установления контакта с детьми на улице аутрич-работников необходимо снабдить недорогими, но востребованными в среде клиентов предметами обихода и продуктами питания, такими как носки, женские гигиенические прокладки, фруктовый сок в мелкой таре (200 мл), небольшие хлебобулочные изделия в пластиковой упаковке. Эти предметы можно заранее расфасовать, и в каждый пакет включить также материалы по профилактике рискованного поведения, презервативы, информацию о социальных службах для уличных детей и подростков и т. п.

### *Картирование*

Важным этапом в организации работы уличной аутрич-службы является картирование территории и разработка маршрутов. Картирование, т.е. определение мест проживания и времяпровождения беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, необходимо проводить постоянно, поскольку целевая группа чрезвычайно мобильна, и топографическая картина постоянно меняется.

Картирование состоит из нескольких этапов. Вначале следует составить исчерпывающий список всех мест, где достоверно известно или потенциально возможно нахождение уличных детей и подростков. Такие места включают крупные транспортные узлы (железнодорожные и автобусные вокзалы, оживленные станции метрополитена), торговые центры и рынки, парки культуры, и т. п. Дополнительную информацию можно получить от сотрудников партнерских организаций, работающих с уличными детьми, муниципальных органов опеки и попечительства, КДН, социальных педагогов и даже сотрудников милиции. В дальнейшем эта информация будет дополняться собственными наблюдениями аутрич-работников, а также самими клиентами.

Вторым этапом картирования является методическая проверка всех мест уличных «тусовок» с составлением описания каждого из них. Примерная форма для описания уличного сайта приведена в Приложении 8. Информация о сайте включает его точное местонахождение, количество потенциальных клиентов, их возрастной и половой состав, род деятельности или интересов (поскольку каждая из «тусовок» на чем-то «специализируется»), а также время функционирования сайта, которое зависит от рода занятий членов «тусовки». Уже во время первичного картирования начинается ведение случая – установление контакта с клиентами (см. раздел 4.1 ниже), первичная оценка их потребностей и проблем, оказание им помощи в условиях улицы и направление в Центры СПП и другие службы.

### 3.2. Организация работы Центра СПП

Работа Центра СПП организуется согласно его положению и технологии работы. Положение и технология работы Центра СПП как отделения профилактики безнадзорности ГУ КЦСОН Фрунзенского района Санкт-Петербурга приведены в Приложениях 9 и 10. Принципы работы Центра СПП соответствуют принципам междисциплинарного ведения случая, приведенным в разделе 1.3.

#### *Штатное расписание*

Чтобы осуществлять многочисленные и разнообразные профессиональные задачи, штатное расписание Центра СПП должно включать следующий персонал:

1. Руководитель (координатор, заведующий отделением) – специалист в одной из областей деятельности Центра СПП (социальная, психологическая, педагогическая помощь), с опытом работы с беспризорными и безнадзорными детьми. Помимо выполнения организационно-административной функции, руководитель может также участвовать в оказании помощи клиентам по своей основной специальности;
2. Специалист по социальной работе: при наличии ресурсов, для оказания качественной социальной помощи клиентам в штате Центра СПП желательно иметь не одного, а двух-трех специалистов по социальной работе, поскольку именно они несут основную нагрузку по ведению случая. Количество специалистов по социальной работе также зависит от количества клиентов Центра: в начале работы можно обойтись одним сотрудником, а по мере увеличения числа клиентов расширять штат;
3. Психолог: обычно достаточно одной штатной единицы, но при большом количестве клиентов Центра СПП может понадобиться второй психолог; психолог осуществляет психологическую диагностику и консультирование (индивидуальное и групповое) уличных детей и подростков, а также членов их семей, участвует в разработке и организации тренингов и образовательных программ.
4. Медицинский работник (медицинская сестра): несмотря на ограниченный объем медицинской помощи, присутствие в штате медицинской сестры необходимо для осуществления доврачебного осмотра и оказания первой доврачебной и санитарно-гигиенической помощи.
5. Педагог-воспитатель: его основные функции заключаются в организации досуга клиентов, когда они не заняты работой с одним из специалистов Центра СПП. Как и в случае с другими сотрудниками, при большом количестве клиентов, достаточном количестве помещений и необходимости разделения потоков клиентов, могут понадобиться дополнительные педагоги-воспитатели. Дополнительные педагоги также необходимы для организации индивидуальной репетиторской работы с клиентами в курсе программы средней школы для улучшения успеваемости и уменьшения отставания по программе.

При наличии достаточных ресурсов, оптимальный штат Центра СПП составляет 6 человек, а при большом количестве клиентов он может быть увеличен до 10 человек.

Таблица 5. Примерное штатное расписание Центра СПП

№ п/п	Должности	Количество
1	Руководитель (координатор, заведующий)	1
2	Специалисты по социальной работе	2–3
3	Психолог	1–2
4	Медицинская сестра	1
5	Педагог-воспитатель	1–3
6	Уборщица	0,25
	Итого:	<b>6–10</b>

Виды помощи, предоставляемые в рамках деятельности Центра СПП, включают:

#### *Медицинская и санитарно-гигиеническая помощь*

1. Доврачебный осмотр и доврачебная медицинская помощь;
2. Первая медицинская помощь в случае травм, острых состояний и заболеваний;
3. Направление в лечебные учреждения для получения квалифицированной и специализированной медицинской помощи;
4. Санитарная обработка против педикулеза и чесотки;
5. Гигиенический душ и смена белья и одежды;
6. Стирка белья и одежды;
7. Индивидуальное и групповое консультирование по профилактике инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ/СПИД, контрацепции, наркозависимости; индивидуальное до- и послетестовое консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа, направление на тестирование.

#### *Социальная помощь*

1. Консультирование по социальным вопросам (вопросы жизнеустройства, назначения и выплаты пособий, защиты имущественных и других прав и пр.);
2. Помощь в оформлении утраченных или отсутствующих документов (свидетельство о рождении, паспорт, гражданство, полис обязательного медицинского страхования, единый проездной билет);
3. Помощь в получении пособий и льгот;
4. Помощь в восстановлении по месту учебы, поступлении в учебное заведение;
5. Сопровождение клиентов в государственные учреждения и организации.

#### *Психологическая помощь:*

1. Психологическое консультирование (индивидуальное и групповое);
2. Психодиагностика;
3. Помощь при кризисных состояниях;
4. Консультирование и психотерапия семьи;
5. Профорентация.

*Педагогическая помощь:*

1. Организация и проведение досуговых мероприятий;
2. Репетиторская помощь по программе средней школы;
3. Обучение навыкам компьютерной грамотности.

**Примерный перечень помещений Центра СПП**

1. Прихожая-раздевалка, где клиенты могут оставить верхнюю одежду и дожидаться осмотра медицинским работником. Прихожая должна быть оборудована вешалками и стульями или скамьями;
2. Медицинский кабинет для осмотра клиентов, оказания доврачебной и первой медицинской помощи, хранения медикаментов. Медицинский кабинет необходимо оборудовать согласно санитарным требованиям для медицинского или процедурного кабинета: панели из светлой кафельной плитки, раковина с проточной водой, шкаф для хранения медикаментов и другая мебель с поверхностью, пригодной для антисептической обработки (кушетка, стол, стулья, шкаф для документов, весы, ростомер);
3. Кабинет для приема и консультирования специалистом по социальной работе, оборудованный столом, стульями, компьютером, шкафом для документов и шкафом для одежды;
4. Кабинет для приема и консультирования психологом, оборудованный столом, стульями, двумя мягкими креслами, по возможности – компьютером, шкафом для документов и шкафом для одежды;
5. Игровая, или комната для досуговых занятий, оборудованная, в зависимости от размеров помещения, комплектом мягкой мебели (покрытой моющимся кожаным покрытием), несколькими столами, стульями, шкафами для настольных игр и книг, телевизором, видео- или DVD-плеером, музыкальным центром, компьютером, теннисным столом, и т. п. Если позволяет помещение, то можно оборудовать две игровые комнаты, что сделает возможным разделение клиентов по возрасту, интересам или видам досуговой и образовательной деятельности (что также предполагает занятость не менее двух педагогов-воспитателей);
6. Кухня-столовая, оборудованная холодильником, плитой, микроволновой печью, раковиной с проточной водой. Это помещение может служить как для приготовления (с разрешения Роспотребнадзора) или разогревания пищи, либо для приготовления чая, а также приема пищи;
7. Туалеты для клиентов и сотрудников;
8. Душевые комнаты с альтернативными водонагревательными приспособлениями на время отключения или перебоев с горячей водой. В одной из душевых также устанавливается бытовая стиральная машина, желательно с функцией не только отжима, но и сушки белья;
9. Кладовая для хранения чистой одежды и сменного белья, запаса гигиенических принадлежностей, канцелярских товаров и т. п.

Первый контакт с клиентом в Центре СПП осуществляет медицинский работник. Это является необходимым условием не только при первичном приеме, но и при любом последующем посещении Центра, чтобы исключить пребывание в Центре клиентов с контагиозными заболеваниями, такими как педикулез и чесотка, а также в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения. Это правило должны неукоснительно соблюдать как клиенты, так и сотрудники Центра. Клиенты обычно относятся к такому правилу с должным пониманием, принимая его как своеобразную дисциплинирующую необходимость, существующую для обеспечения как санитарной безопасности, так и психологического комфорта всех, кто находится в Центре.

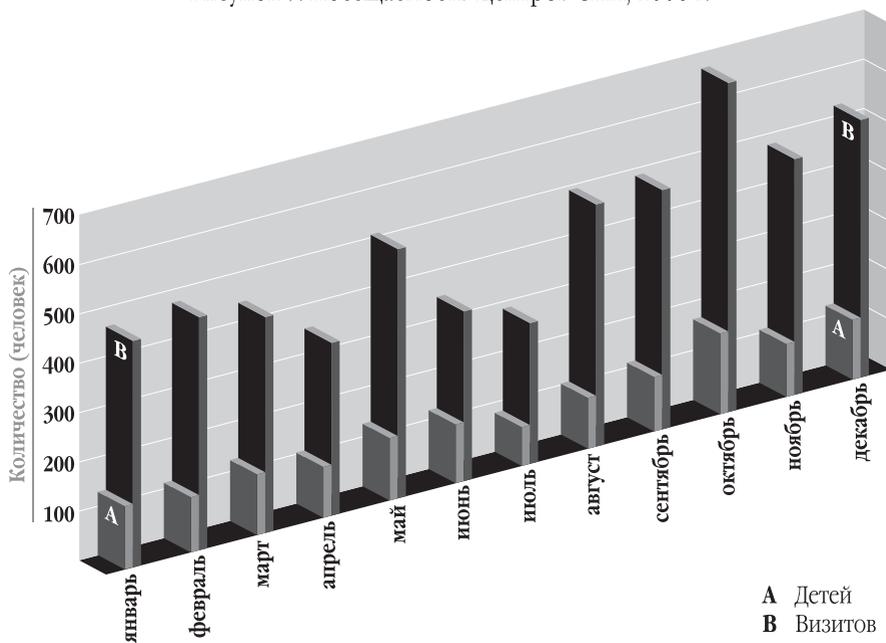
Из правила первичности и обязательности медицинского осмотра вытекают закономерные рекомендации к организации помещения Центра. Во-первых, необходимо наличие просторной прихожей с вешалками для одежды и местами для сидения. Прихожая берет на себя функции своеобразной буферной зоны, где подростки могут раздеться и более-менее комфортно ожидать своей очереди на осмотр. Во-вторых, прихожая должна находиться в непосредственной близости от медицинского кабинета, чтобы минимизировать перемещения подростков по Центру до медосмотра.

После осмотра медицинским работником и санитарно-гигиенических процедур подросток присоединяется к деятельности других посетителей и сотрудников Центра. Ему может быть назначена встреча с одним из сотрудников Центра СПП – специалистом по социальной работе, ответственным за его случай, с психологом или педагогом. Тогда клиент встречается с этими специалистами, чтобы получить консультацию, обсудить трудности и дальнейшие шаги по выполнению сервисного плана. После этого посетитель Центра может принять участие в досуговых мероприятиях, тренингах или групповых занятиях, организованных педагогами-воспитателями, психологами или волонтерами Центра СПП. Так, в наших центрах регулярно проводятся занятия по арт-терапии с участием профессиональных художников и психологов, тренинги для развития навыков коммуникации и профилактики рискованного поведения, различные праздники по поводу знаменательных дат и т. п.

План помещений Центра СПП в Невском районе представлен в Приложении 11.

С 2007 г. Центры СПП работают с 14 до 21 часа без выходных. В среднем Центр принимает 10–20 посетителей в день. Помесячный график, отражающий посещаемость в Центров СПП Невского и Фрунзенского районов за 2006 г. при пятидневной рабочей неделе представлен на рис. 7. Две трети клиентов в Центрах СПП являются постоянными посетителями: 38,5% клиентов посещают Центры СПП более 10 раз в год, и 27,7% – от 3 до 10 раз. Одна треть клиентов (33,8%) посещает центры один – два раза.

Рисунок 7. Посещаемость Центров СПП, 2006 г.



### 3.3. Организация работы Отделения кратковременного проживания

Отделение кратковременного проживания, созданное ГУ СРЦН Фрунзенского района и организациями «Врачи детям» и «Врачи Мира – США», находится в одном помещении с Центром СПП во Фрунзенском районе. Это позволяет клиентам Отделения получать помощь специалистов Центра СПП и участвовать в мероприятиях, организованных для клиентов дневного центра. Работа Отделения строится согласно положению, приведенному в Приложении 12. Кроме того, клиенты Отделения должны следовать правилам внутреннего распорядка, которые представлены в Приложении 13. Отделение рассчитано на одновременное пребывание 8 несовершеннолетних одного пола, либо одновременно до 4 мальчиков и 4 девочек. Отделение представляет собой две спальни с двумя двухъярусными кроватями каждая. Поскольку они находятся непосредственно в помещении Центра СМП, то клиенты отделения имеют доступ ко всей инфраструктуре Центра, как и его дневные посетители (душевые, медицинский кабинет, игровые комнаты, столовая и т. п.)

Штатное расписание, помимо руководителя (координатора, или заведующей отделением), включает 7 воспитателей-педагогов для организации посменных ночных дежурств двумя воспитателями. В обязанности воспитателей входит организация быта клиентов Отделения (питание, хозяйственная деятельность по поддержанию порядка и т. п.), организация досуга и выполнение сервисного плана в той части, которая входит в круг обязанностей воспитателя. Социальную же и психологическую

кую помощь клиентам Отделения временного проживания оказывают специалисты Фрунзенского Центра СПП. В связи с круглосуточным пребыванием клиентов в Отделении временного проживания, требуется доставка 3-разового питания.

Служба уличной социальной работы, два Центра СПП и Отделение кратковременного проживания представляют собой единую низкопороговую службу преемственной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. Эта помощь предоставляется по технологии ведения случая, которая более подробно описана в следующей главе.

## Глава 4. Междисциплинарное ведение случая в рамках низкопороговой службы помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним

Согласно Принципу 6 междисциплинарного ведения случая, в работе с каждым клиентом необходимо соблюдать шесть последовательных этапов:

**1. Установление контакта с клиентом.** Установление контакта с беспризорными и безнадзорными несовершеннолетними в рамках низкопороговой службы помощи происходит на улице в местах «тусовок» в ходе аутрич-работы, либо при самостоятельном обращении или направлении клиентов другими организациями в Центры СПП или Отделение кратковременного проживания.

**2. Первичная оценка состояния и потребностей клиента.** Первичная оценка представляет собой исследование актуальных и приоритетных проблем и потребностей несовершеннолетнего, чтобы оказать ему наиболее эффективную первичную помощь и определить дальнейшие этапы реабилитации. Первичная оценка начинается как можно раньше, при первой встрече с клиентом на улице или его появлении в Центре СПП. Однако завершение оценки может быть возможно только после нескольких встреч из-за неустойчивого внимания уличных детей и подростков, искаженной информации, которую они о себе предоставляют и т. д. Первичная оценка проводится по стандартизированной форме, включающей список обязательных вопросов с вариантами стандартных ответов (см. Приложение 14).

**3. Углубленная психосоциальная оценка.** Углубленная оценка предполагает более детальное изучение жизненной ситуации несовершеннолетнего и уточнение не всегда правдивой информации, полученной при первичной оценке. В результате углубленной психосоциальной оценки удастся выяснить ресурсы и факторы риска как самого несовершеннолетнего, так и его семьи. Углубленная оценка возможна лишь после установления достаточно доверительных отношений между клиентом и специалистом (чаще всего, психологом), который проводит эту оценку. На это может потребоваться от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Углубленная психосоциальная оценка происходит в форме полуструктурированного интервью (*semi-structured interview*), т.е. беседы, основанной на перечне примерных вопросов (или тем), к которым, в отличие от первичной оценки, нет вариантов стандартизованных ответов (см. Форму углубленной оценки в Приложении 15). Углубленная оценка может проводиться в несколько приемов, например, в ходе повторных посещений несовершеннолетним Центра СПП, а также визитов специалиста в семью, школу и т. д.

**4. Разработка плана ведения случая.** После проведения углубленной психосоциальной оценки специалисту по ведению случая становятся известны

потребности и проблемы несовершеннолетнего, его сильные и слабые стороны, имеющиеся ресурсы и трудности. На этом этапе ответственный специалист (см. Принцип ведения случая №7) совместно с клиентом приступает к постановке целей и задач для разрешения трудной жизненной ситуации и разработке плана действий для достижения этих целей. Постановка целей и задач подразумевает также мотивирование клиента, оказание ему помощи в планировании последовательных действий и шагов. План ведения случая (сервисный план), разработанный ответственным специалистом совместно с клиентом, фиксируется в письменном виде (см. Форму сервисного плана в Приложении 16). Ответственный специалист по ведению случая представляет составленный план для обсуждения на междисциплинарном консилиуме, после чего этот план может быть дополнен с учетом мнения других членов команды.

**5. Оказание междисциплинарной помощи и ее координация.** Координация помощи клиенту начинается с представления случая и плана его ведения на междисциплинарном консилиуме. На этом консилиуме команда специалистов уточняет цели, задачи и шаги, разработанные ответственным за ведение данного случая вместе с несовершеннолетним, а также распределяет обязанности по работе с клиентом между различными специалистами в команде. После этого междисциплинарная команда начинает работу согласно намеченному сервисному плану.

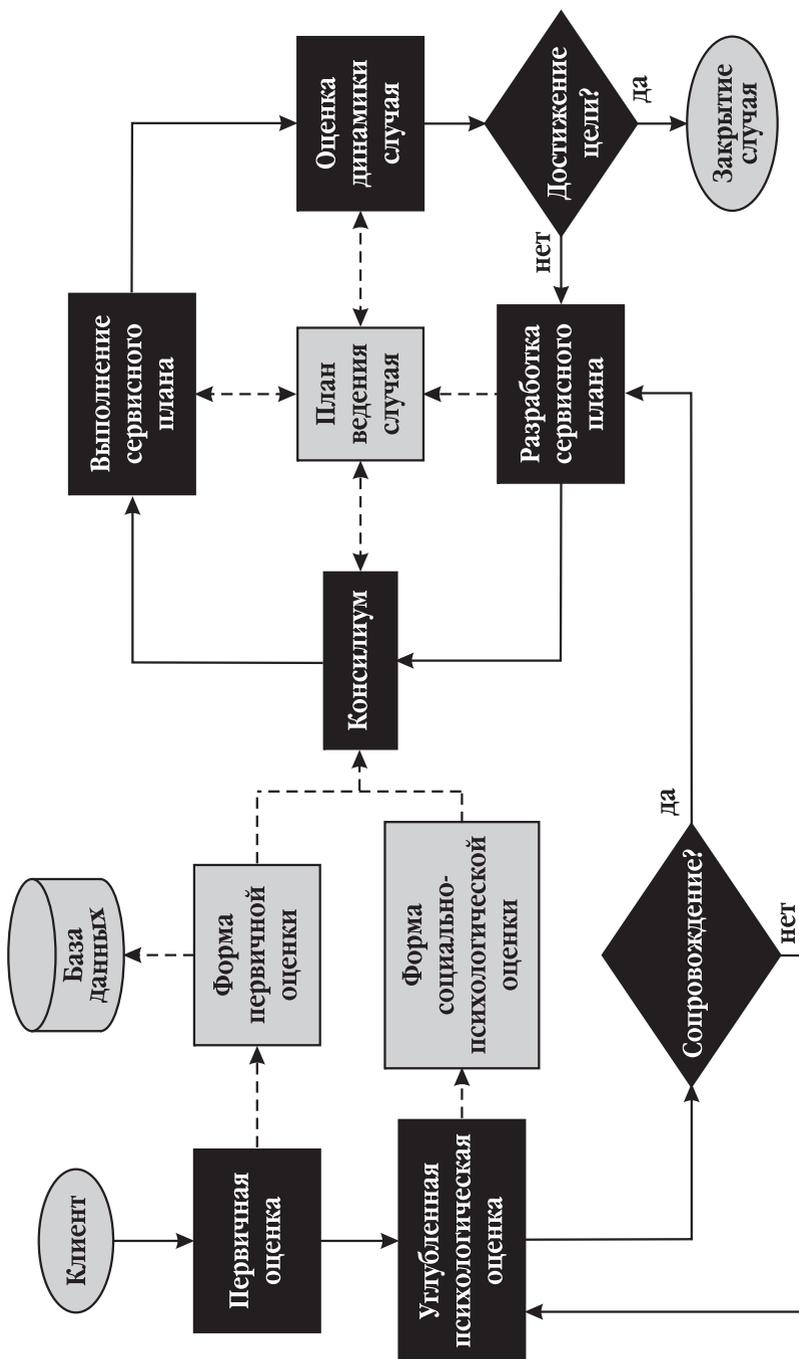
**6. Регулярная (промежуточная) оценка эффективности ведения случая.** Результаты работы по ведению случая оцениваются через определенные интервалы, которые междисциплинарный консилиум устанавливает индивидуально для каждого случая. Сроки для периодической оценки результатов зависят от сложности, специфики и этапа ведения конкретного случая. Оценка результатов ведения случая происходит на очередном междисциплинарном консилиуме, где ответственный специалист информирует о динамике случая, о новых задачах и шагах, согласованных с клиентом, и где уточняются задачи для специалистов междисциплинарной команды.

**7. Закрытие случая.** Случай закрывается, если были выполнены все задачи, поставленные междисциплинарной командой и клиенткой. В идеале, закрытие случая означает, что несовершеннолетний преодолел кризисную ситуацию и вернулся в семью или интернатное учреждение. Это возможно, когда:

- разрешены все существовавшие конфликты и разногласия в семье, которые привели ребенка на улицу;
- с несовершеннолетним регулярно посещает учебное заведение или работает;
- решены жилищные проблемы несовершеннолетнего, по причине которых он изначально оказался на улице.

Рассмотрим подробнее этапы междисциплинарного ведения случая по оказанию помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним.

Рисунок 8. Схема междисциплинарного ведения случая



## 4.1. Установление контакта с клиентом

Современная социальная работа подразумевает проактивную позицию сервисной организации по отношению к идентификации и привлечению потенциальных клиентов. Это означает, что неотъемлемой частью работы низкопороговой службы помощи является деятельность, направленная на активный поиск и вовлечению в работу беспризорных и безнадзорных детей и подростков. Задача по привлечению несовершеннолетних в Центры СПП может реализовываться с помощью нескольких различных, дополняющих друг друга, стратегий.

### *Привлечение клиентов с помощью аутрич-работы*

Знакомство с клиентами на улице – важный этап взаимодействия специалиста с клиентом, определяющий характер дальнейших взаимоотношений. В диалог следует вступать как бы между делом, с каких-нибудь общих фраз или шутки. При этом надо стараться не привлекать внимания посторонних людей и сотрудников правоохранительных органов. Общение может завязаться не сразу, но, как правило, подростки легко идут на контакт. Чаще всего, они без особых трудностей отвечают на вопросы относительно своего здоровья, способа заработка, примерного места проживания и «тусовки». В процессе общения стоит упомянуть о службах и организациях, в частности, Центрах СПП, где можно получить медицинскую помощь, помыться и просто провести время. Для подобного рода информирования при себе нужно иметь визитки и информационные буклеты с адресами и номерами телефонов упоминаемых организаций.

Повторный контакт, как правило, является более легким. Вполне уместно справиться у клиента о его делах и насущных нуждах. Постепенно в ненавязчивой форме можно переходить к обсуждению таких вопросов как семейная ситуация, причина ухода из дома или инертного учреждения. Если подобный разговор удастся, то можно предложить свою помощь, наметить примерный план совместного взаимодействия.

Возможно, что аутрич-работнику удастся договориться о конкретных действиях со стороны клиента (к примеру, встреча с целью визита к врачу или в паспортно-визовую службу). Но при этом необходимо помнить, что подобные договоренности и обещания могут быть легко нарушены клиентом. Он может не прийти на встречу или в последний момент передумать. Чтобы клиент, наконец, решился на реальный шаг к действию, возможно потребуются терпеть неоднократные неудачи. К подобным ситуациям надо быть готовым и относиться с пониманием.

Установлению контакта с беспризорными и безнадзорными несовершеннолетними как в условиях улицы, так и на других этапах работы, поможет следование некоторым правилам.

### *Правила установления и поддержания контакта с уличными детьми и подростками*

- **Объективность и непредвзятое отношение к клиенту:** Необходимо воспринимать ту жизненную ситуацию, в которой находится несовершеннолетний, его образ жизни, поведение, привычки и потребности как факт. Во взаимоотношениях «специалист – клиент», важно не то, кто виноват в нынешнем положении клиента, а что нужно сделать, чтобы помочь ему преодолеть трудную жизненную ситуацию, в которой он находится.
- **Добровольность получения помощи и приоритет интересов клиента:** Любые действия по отношению к клиенту – сопровождение в учреждение, медицинское обследование, контакты с родственниками, получение и передача информации о клиенте должны производиться только с согласия несовершеннолетнего. Этот подход не исключает мотивирования клиента на совершение тех или иных действий, которые, с точки зрения специалиста, соответствуют его интересам. Однако любые насильственные или обманные действия исключены, поскольку они подрывают доверие этого и других клиентов к службе и к организации в целом.
- **Принятие клиента:** Признание его права на те чувства, эмоции, потребности, которые он испытывает. Это не означает оправдания или жалости к клиенту, но означает признание его как человека и личности.
- **Анонимность:** Помощь в условиях улицы предоставляется вне зависимости от правдивости той информации, которую сообщает о себе несовершеннолетний. Аутрич-работники не требуют никакого документального подтверждения имени, возраста, адреса места жительства, контактной информации клиента или его родителей. Требуется достаточно длительное время, чтобы установить доверительные отношения с несовершеннолетним и выяснить достоверную информацию, необходимую для оказания ему наиболее эффективной помощи.
- **Конфиденциальность:** Для успешного установления контактов с несовершеннолетними в условиях улицы, необходимо гарантировать им конфиденциальность получаемой от них информации и возможность ее дальнейшей передачи кому бы то ни было только с разрешения клиента.
- **Уважение к личности клиента:** В общении с несовершеннолетними подчеркивайте уважение и интерес к ним – это сразу отличит вас от окружающих взрослых и вызовет доверие
- **Неосуждающая позиция:** При установлении контакта с клиентом не высказывайте порицания его поступкам – этим вы можете его оттолкнуть. Помните, что все его действия обусловлены той жизненной ситуацией, в которой он находится. После установления доверительных отношений вы можете начать выражать свое мнение о поступках клиента с целью его мотивации или изменения рискованного поведения, но со скидкой на уровень его восприятия

- **Правдивость:** Не обещайте клиентам ничего, что вы не можете сделать, и не делайте ничего, что вы обещали не делать. Всегда выполняйте свои обещания и договоренности, соблюдайте время назначенных встреч, вопреки тому, что клиенты не всегда отвечают взаимностью.

*Игорь К., 17 лет, обнаружен аутрич-работниками в уличной «тусовке» у одной из станций метро. В момент знакомства был замкнут, отказался сообщить какие-либо сведения о себе, но был заинтересован в прохождении экспресс-теста на ВИЧ. Однако в ходе обязательного дотестового консультирования Игорь сообщил психологу, что вместе с другими членами этой тусовки он несколько раз в месяц употребляет внутривенные наркотики (стадол, героин), периодически нюхает растворители и ежедневно употребляет слабоалкогольные спиртные напитки. Живет в квартире подруги вместе с несколькими другими членами «тусовки». В этой же группе они вместе употребляют наркотики и занимаются сексом. Они вместе решили сегодня протестироваться, чтобы получить предлагаемый в качестве поощрения продуктовый набор (молоко, сок, булочка). Игорь прошел экспресс-тестирование на ВИЧ в мобильном пункте с положительным результатом, но отказался от немедленной госпитализации в Центр СПИДа для полного обследования и постановки на учет. Игорю было предоставлено послетестовое консультирование, сообщен график работы аутрич-службы, а также предоставлены координаты Центров СПП.*

### **Направление клиентов из других организаций**

В Санкт-Петербурге работают несколько общественных организаций, которые оказывают помощь детям и подростками группы риска, но спектр услуг и возможности их проектов различны. Нередко в Центры СПП обращаются коллеги из других организаций за разовой помощью: организовать медицинский осмотр и санитарную обработку группе уличных детей перед отправкой в летний лагерь или помочь наладить контакт с ребенком или его семьей, если территориально они находятся ближе к Центру СПП. Однако бывают ситуации, когда организация, в которую изначально обратился несовершеннолетний, не располагает необходимыми ресурсами для решения его проблем.

*Коля И., 15 лет, в течение нескольких месяцев жил на улице, употреблял ПАВ и попал в поле зрения аутрич-работников Детского Кризисного Центра (ДКЦ). Вместе с другими подростками он был направлен в зимний лагерь ДКЦ. После периода воздержания от наркотиков во время пребывания в лагере, Коля выразил желание вернуться в семью. Однако сотрудники ДКЦ не имели достоверной информации о семье ребенка, насколько безопасна в ней обстановка, и примут ли его там. Специалисты ДКЦ, с разрешения подростка, передали нам контактную информацию родителей и попросили нас подготовить возвращение клиента из лагеря в семью.*

*Специалисты Центра СПП связались с родственниками Коли, посетили семью, провели социальное и психологическое консультирование. Когда Коля вернулся из лагеря, его встреча с родными произошла в Центре СПП при участии психолога. На этом наши отношения с мальчиком и его семьей не закончились: он еще неоднократно уходил из дома, в семье происходили конфликты, возникали и решались различные проблемы, но это уже были наши клиенты, и специалисты Центра СПП продолжали сопровождение семьи.*

Случается, что в Центр СПП обращается не сам несовершеннолетний, а кто-то из его семьи (родитель, брат или сестра, бабушка), социальный педагог школы или сотрудник органа опеки с просьбой о содействии в решении тех или иных вопросов социально-психологической или медицинской реабилитации несовершеннолетнего. Данный сценарий более правомерен в отношении безнадзорных подростков, не утративших окончательно основных социальных связей (с семьей, учебным заведением).

*Витя М., 16 лет, после окончания 9 класса школы поступил в профессиональное училище (ПУ), но в сентябре к учебе не приступил. Социальный педагог ПУ, посетив семью, выяснил, что родители подростка пьют, а сам Витя дома бывает редко – соседи видели его на улице с группой безнадзорных подростков. Социальный педагог обратился в Центр СПП с просьбой разыскать подростка и наладить работу с ним. Это оказалось несложно, поскольку Витя проводил время с компанией знакомых нам ребят и вскоре стал нашим клиентом.*

### **Привлечение клиентов методом «сарафанного радио»**

Распространение информации по «сарафанному радио», т.е. от клиента к клиенту, – один из самых эффективных методов информирования несовершеннолетних о программах помощи и привлечения их в Центры СПП и Отделение кратковременного проживания. Дети и подростки склонны больше доверять информации, полученной от сверстников, чем от взрослых. Именно на этом основаны программы просвещения по принципу «равный равному». Единственный отрицательный момент такого способа распространения информации – возможные ее искажения в процессе передачи. Поэтому важно либо предоставлять уличным подросткам напечатанную информацию в виде листовок для дальнейшего распространения в «тусовках», либо специально готовить «равных консультантов», обладающих необходимым уровнем знаний об организации, ее услугах и предоставляемой помощи.

При открытии обоих Центров СПП для привлечения клиентов мы активно использовали метод «сарафанного радио», и он до сих пор остается самым эффективным. В первый месяц после открытия Центр СПП в Невском районе принял 92 новых клиента. Из них 21 клиент (23%) был направлен сотрудниками других организаций, 5 (около 5%) человек привели аутрич-работники других НКО, и 66 (73%) человек впервые пришли в Центр благодаря «сарафанному радио». Через три месяца работы центра 79% подростков впервые пришли в

центр благодаря «сарафанному радио», аутрич-работники привели 12% новых клиентов, и 9% были направлены другими организациями. В настоящее время, через пять лет после открытия, около 75% новых клиентов приходят в Центр благодаря «сарафанному радио».

### ***Первый контакт с клиентом в Центре СПП***

Опыт показывает, что в подавляющем большинстве случаев дети и подростки, которых условно можно отнести к категории «бездомных» (см. раздел 2.2) приходят в Центр СПП за ситуативной помощью, такой как санитарно-гигиенические процедуры (душ, стирка одежды), первая медицинская помощь и направление на лечение, питание и проведение досуга. Решение же долгосрочных задач, которое предполагается при междисциплинарном ведении случая, является инициативой специалистов и предметом мотивации клиента. Напротив, «домашние» дети, которые проживают с родителями, но часть времени проводят в уличных «тусовках», обращаются в Центр СПП с более конкретными запросами, касающимися репетиторства в рамках школьной программы с целью закончить триместр, получения психологической помощи в разрешении конфликтов с родными, организации досуга во время каникул, оформления документов и др.

В основном, как они сами говорят, подростки впервые приходят в Центр «за компанию», услышав о Центре от своих друзей («сарафанное радио»). Это, безусловно, можно использовать для начала общения. *Кто из твоих друзей уже посещает наш Центр? Что говорят о Центре твои друзья? В чем сотрудники Центра помогли твоим друзьям?* Эти вопросы помогут инициировать беседу, которая будет нацелена на формулировку клиентом своих проблем и потребностей. Очень важно, чтобы клиент попытался сделать это сам, так как именно таким способом можно помочь ему осознать свои реально существующие проблемы. Более того, предоставляя клиенту активную роль при первом же контакте, мы помогаем ему сделать начальный шаг на пути к решению этих проблем. Стоит заметить, что первый контакт с подростком может произойти уже в прихожей. Заранее инициируя беседу в непринужденной обстановке, специалист Центра может значительно облегчить дальнейшую работу по первичной оценке проблем и потребностей клиента. Чтобы создать и поддерживать атмосферу психологического комфорта во время первого контакта с клиентом, необходимо, чтобы все сотрудники Центра обладали развитым чувством психологического такта. Все правила общения с клиентом на улице, приведенные в разделе 4.1, применимы и к условиям Центра СПП.

## **4.2. Первичная оценка состояния и потребностей клиента**

Первичная оценка клиента начинается уже при знакомстве с ним на улице или при первом посещении Центра СПП. Цель первичной оценки – выяснить информацию о наиболее острых проблемах несовершеннолетнего, чтобы оказать ему кризисную помощь и определить план дальнейшей работы. Поскольку даже первичная оценка требует определенной степени доверия между клиентом и специалистом, может потребоваться несколько встреч с несовершеннолет-

ним, прежде чем специалист соберет необходимую информацию. Результаты первичной оценки фиксируются в стандартизированной форме, содержащей ряд вопросов с несколькими вариантами ответов (см. Приложение 14). Для уличной социальной работы применяется сокращенный вариант формы первичной оценки. Форму первичной оценки чаще всего заполняет специалист по социальной работе; иногда в заполнении формы первичной оценки, помимо специалиста по социальной работе, участвуют по очереди несколько специалистов (медицинский работник, психолог).

### **Основные разделы первичной оценки**

1. Паспортные данные (со слов клиента);
2. Ситуация в семье, взаимоотношения с родителями и другими родственниками;
3. Образование, посещение учебного заведения в настоящий момент;
4. Причины ухода на улицу, опыт уличной жизни;
5. Сексуальный опыт, формы рискованного сексуального поведения;
6. Употребление ПАВ (алкоголя, наркотиков, токсических ингалянтов);
7. Состояние физического здоровья, включая ВИЧ/СПИД;
8. Состояние психического здоровья.

Первичная оценка должна происходить в диалоговой форме, когда с новым клиентом беседует только один сотрудник в отсутствие в помещении третьих лиц. Первичная оценка предполагает сбор деликатной информации, такой как употребление наркотиков, сексуальный опыт, ВИЧ-статус и др. Клиент должен быть полностью уверен в конфиденциальности предоставляемой информации, и что она может быть передана другим лицам, в том числе сотрудникам Центра, только с его разрешения. Чаще всего, не следует заполнять форму первичной оценки непосредственно во время первой встречи с ребенком, поскольку это может вызвать его подозрение и недоверие. Лучше всего фиксировать полученную информацию сразу после беседы. Когда установлены доверительные отношения с клиентом, можно заполнять различные формы в его присутствии.

По окончании первичной оценки, специалист обязательно делает вывод и определяет самые важные проблемы клиента: насилие в семье или интернатном учреждении, отсутствие заботы со стороны родителей или попечителей, отсутствие жилья, злоупотребление ПАВ, рискованное сексуальное поведение, ВИЧ-инфекция или другие проблемы со здоровьем и т. п. Кроме выявленных проблем, важно также определить ресурсы самого клиента и ресурсы социальной службы, а также насколько они соответствуют потребностям клиента. В зависимости от этих выводов, будет строиться дальнейшая работа по ведению случая.

При первом контакте с клиентом всегда необходимо учитывать его наиболее актуальные потребности. Если подросток страдает педикулезом, чувствует сильный голод, испытывает какие-то болезненные ощущения или острое эмоциональное расстройство, ему необходимо предоставить помощь, и уж потом продолжать сбор информации.

*Игорь К., 17 лет (см. начало случая в разделе 4.1), пришел в Центр СПП в сопровождении аутич-работника. Несколько недель назад он был тестирован на ВИЧ у одной из станций метро с положительным результатом. После нескольких последующих встреч с аутич-работником, в результате которых он никак не соглашался на госпитализацию в Центр СПИДа, Игорь согласился прийти в Центр СПП. Во время осмотра медработником у Игоря обнаружился головной педикулез, а также выяснилось, что он находится в состоянии легкого алкогольного и токсического опьянения (с утра «подышал», а потом пил пиво). Ему была проведена санитарная обработка и разъяснительная беседа о недопустимости нахождения в Центре СПП в состоянии интоксикации. В связи с продолжительным временем, прошедшим после употребления ПАВ, незначительной степенью интоксикации и неагрессивным поведением, Игорь был допущен в Центр СПП. В беседе со специалистом по социальной работе в рамках первичной оценки Игорь сообщил, что родился и вырос в Санкт-Петербурге, имеет здесь жилье и регистрацию. Около года назад он ушел от матери, с которой проживал в двухкомнатной квартире. Со слов мальчика, у матери периодически появлялись мужчины, с которыми он не ладил и время от времени уходил из дома. Игорь закончил 9 классов и поступил в ПУ по специальности «мастер отделочных работ», но проучился лишь несколько недель. В настоящий момент у него нет никаких документов, но дома у матери должно быть свидетельство о рождении. Игорь предоставил полную контактную информацию матери (адрес, домашний телефон), но ни в коем случае не разрешил с ней связываться. В Центре СПП ему понравилось, и он обещал прийти снова в течение ближайшей недели.*

### **4.3. Углубленная психосоциальная оценка**

После завершения первичной оценки проблем и потребностей клиента, социальный случай считается открытым, и клиент, в случае необходимости, кризисную помощь. Однако из опыта работы Центров СПП (см. раздел 3.2.), около трети посетителей, которые появляются в Центре 1–2 раза, не переходят на следующую стадию ведения случая: большинство из них даже не завершают первичной оценки. Для составления сервисного плана необходимо получить дополнительную информацию, прежде всего о родителях и ближайших родственниках, о ситуации по последнему мету учебы или работы, о взаимоотношениях с правоохранительными органами и т. д. Этим целям служит углубленная психосоциальная оценка, форма которой приведена в Приложении 15. В отличие от первичной оценки, углубленная психосоциальная оценка проводится в формате «полуструктурированного интервью», для которого предложены примерные вопросы или темы для обсуждения, и нет стандартных вариантов ответов. Форму психосоциальной оценки заполняют совместно психолог и специалист по социальной работе, что требует нескольких встреч с клиентом, а также, с его согласия, визитов в семью, в школу или училище. Кроме того, требуется связаться с МООП, а также другими службами в соответствии с законом (см. Приложение 2), о чем необходимо информировать клиента. Один из

специалистов, проводящих углубленную оценку (чаще всего – специалист по социальной работе), становится ответственным за случай (см. Принцип ведения случая №7).

*Игорь К., 17 лет (см. начало случая в разделах 4.1. и 4.2), снова появился в Центре СПП в сопровождении аутич-работника через несколько недель после первого посещения. Выяснилось, что это был период интенсивного употребления внутривенных наркотиков, на время которого Игорь «обо всем забыл». Сейчас он уже в течение нескольких дней не употребляет, и хотел бы «завязать» совсем. Сегодня вечером он согласился остаться в Отделении кратковременного проживания, чтобы завтра утром забрать у матери свидетельство о рождении и лечь в наркологическое отделение детской инфекционной больницы №3 на детоксикацию.*

*В беседе с психологом в ходе углубленной психосоциальной оценки Игорь сообщил, что родители его разведены, и что связь с отцом прервалась несколько лет назад, хотя ему бы хотелось эту связь возобновить. В школе он всегда учился плохо, но ему нравилось работать руками. Он недоволен матерью, что она заставила его поступить в ПУ на мастера отделочных работ, поскольку он считает специальность автослесаря более прибыльной. Он также недоволен образом жизни матери, ее друзьями и компаниями. Со слов Игоря, она тратила деньги на себя, выпивала. Игорь согласился, чтобы на следующий день в поездке домой за свидетельством о рождении его сопровождал специалист по социальной работе с целью познакомиться с его матерью.*

*Во время визита домой, специалист по социальной работе отметил, что мать Игоря, Ирина Александровна, была не рада его визиту, и что разговор между матерью и сыном был весьма неприятный. Специалист по социальной работе отметил, что семья очень скромного достатка, мать работает продавцом, невысокого уровня образования, но не производит впечатления пьющей. В беседе со специалистом, она сообщила, что Игорь в течение последних месяцев периодически тайком наведывался домой, уносил деньги, вещи, продукты, что заставило ее сменить дверные замки. Ирина Александровна рассказала, что ей всегда было трудно с сыном, он рос неуправляемым, плохо учился, пропускал занятия в школе, всегда находился в плохих компаниях. В средних классах школы он начал «нюхать клей», а потом стал пробовать наркотики. Ей с большим трудом удалось добиться его поступления в ПУ. Ирина Александровна сказала, что переживала, когда сын перестал ночевать дома, но не могла потерпеть воровства. Ирина Александровна посетовала, что так и не сумела найти второго отца для Игоря, что все его проблемы – от отсутствия «мужской руки», но что она все еще надеется устроить свою личную жизнь. Она сказала, что очень рада, что нашлись люди, которые помогают ее сыну, что она готова содействовать его выздоровлению, и что Игорь всегда может вернуться домой, когда освободится от наркотиков. Мать ничего не знает о ВИЧ-положительном статусе Игоря, установленном несколько недель назад.*

*Игорь возвратился в Отделение временного проживания, чтобы затем отправиться на госпитализацию. Мать согласилась приехать в больницу*

в качестве законного представителя Игоря, чтобы помочь госпитализировать его в отсутствие паспорта.

#### 4.4. Разработка плана ведения случая (сервисного плана)

По результатам углубленной психосоциальной оценки, ответственный специалист, помимо своего заключения, составляет совместно с клиентом примерный план ведения случая, основанный на выявленных проблемах и сформулированных запросах клиента. Цели работы могут включать, например, разрешение конфликтной ситуации в семье и возвращение несовершеннолетнего к родителям. Если по результатам оценки работа с родителями представляется невозможной или бесперспективной, целью ведения случая может быть мотивирование клиента на помещение в приют и, в дальнейшем, в интернатное учреждение, либо получение альтернативного жилья (например, места в общежитии при учебном заведении).

*Витя М., 16 лет, был направлен в Центр СПП социальным педагогом профессионального училища в связи с непосещением занятий и неуспеваемостью (см. начало случая в разделе 4.1). После проведения углубленной психосоциальной оценки и визита в семью, специалисты Центра СПП пришли к выводу о том, что возвращение подростка к родителям невозможно из-за их алкогольной зависимости, конфликтов с сыном, антисанитарного состояния жилья, и нежелания клиента налаживать отношения с родителями. Была поставлена цель помочь подростку получить место в общежитии училища. В том ПУ, где Витя обучался, общежития не было. Вместе с тем, в ходе работы с клиентом у него был выявлен тяжелый гепатит, по поводу которого он был госпитализирован. После окончания лечения, Витя был переведен по состоянию здоровья в другое ПУ, где ему было предоставлено общежитие.*

После завершения первичной и углубленной психосоциальной оценки, а также разработки совместно с клиентом предварительного сервисного плана, ответственный специалист выносит этот случай на обсуждение междисциплинарным консилиумом (см. Принцип ведения случая №4).

Междисциплинарный консилиум собирается регулярно, один раз в 1-2 недели, в зависимости от количества и сложности случаев в социальной службе. В состав консилиума входят все специалисты Центра СПП и работники уличной службы, а также руководитель Отделения временного проживания. К участию в консилиуме также приглашаются специалисты МООП, социальные педагоги учебных заведений и другие специалисты, если консилиум разбирает случай, находящийся в их компетенции. Консилиум рассматривает как новые случаи, так и те, которые давно находятся на сопровождении и требуют периодической плановой оценки. Новый случай на консилиуме обычно представляет специалист по социальной работе, проводивший углубленную психосоциальную оценку. Он становится специалистом, ответственным за случай.

### **Схема представления случая на междисциплинарном консилиуме**

1. Имя и возраст клиента, другие паспортные данные, место проживания, наличие документов;
2. Где и при каких обстоятельствах был установлен первичный контакт с клиентом;
3. Ситуация в семье, ее социально-экономическое положение, поддержание клиентом контакта с родителями или другими родственниками;
4. Уровень образования клиента, посещение учебных заведений;
5. Рискованные формы поведения и состояние здоровья клиента;
6. Наиболее острые и актуальные на момент консилиума проблемы клиента;
7. Наиболее актуальный запрос клиента: в получении какой помощи он заинтересован больше всего;
8. Менее острые проблемы, требующие отсроченного вмешательства;
9. Имеющиеся ресурсы, в том числе в семье, школе, других организациях;
10. Помощь, оказанная клиенту к настоящему моменту;
11. Другая важная информация, например, психологические особенности клиента;
12. Предварительный сервисный план, составленный ответственным специалистом совместно с клиентом.

Представление случая ответственным специалистом может быть дополнено другими сотрудниками службы. Как правило, уже при первом разборе случая информацией о клиенте владеют несколько специалистов: аутич-работник, медицинский работник Центра СПП, специалист по социальной работе (ответственный за случай), психолог, воспитатель-педагог Центра СПП. Во время общего обсуждения каждый специалист междисциплинарной команды может задавать вопросы, высказывать свою точку зрения, однако на первом месте должны находиться проблемы, потребности и ресурсы несовершеннолетнего.

### **Примерный план представления случая психологом**

- Особенности личностной сферы: самооценка, система ценностей, акцентуированность характера, способности;
- Особенности эмоционально-волевой сферы: характер проявления эмоций, волевая регуляция эмоций и деятельности;
- Особенности когнитивной сферы: особенности и уровень мышления, особенности памяти и внимания, уровень интеллекта (если проводилось обследование);
- Особенности мотивационной сферы: направленность мотивов (социальные, эгоистические), отношение к своей жизненной ситуации, отношение к реабилитации;

- Особенности коммуникативной сферы: стиль общения и характер отношения к членам семьи, к ближайшему окружению.

### **Примерный план представления случая медицинским работником**

- Состояние здоровья;
- Перенесенные заболевания;
- Данные медицинского анамнеза и источник их получения (со слов клиента, со слов матери, из медицинской карты клиента, из медицинской выписки и т. д.);
- Данные функциональной диагностики (если проводилась);
- Рискованные формы поведения;
- Заключение медицинского консилиума (кем проводился, когда и где).

### **Примерный план представления случая педагогом-воспитателем**

- Сформированность школьных знаний, умений, навыков согласно возрасту (классу, в котором обучается несовершеннолетний);
- Отношение к учебе;
- Характер и динамика взаимоотношений несовершеннолетнего с посетителями Центра;
- Активность участия в досуговых мероприятиях Центра.

*В случае с Игорем К., 17 лет (см. начало случая в разделах 4.1–4.3), наиболее острыми проблемами, с которыми согласен сам клиент, являются наркопотребление и ВИЧ-инфекция. Серьезной проблемой представляют его взаимоотношения с матерью, из-за которых он не может проживать дома, а также отсутствие паспорта, из-за чего он может не получить доступа к некоторым видам помощи, вернуться в училище или трудоустроиться. Проблемами, требующими отсроченного вмешательства, являются обучение и трудоустройство Игоря, раскрытие матери его ВИЧ-статуса. Ресурсом в случае Игоря, несомненно, является его мать. Возможным ресурсом также является отец, который раньше поддерживал взаимоотношения с сыном, но информация о котором в ходе психосоциальной оценки не была получена. Кроме того, ресурсом для Игоря является жилье в Санкт-Петербурге, где он зарегистрирован, и куда может вернуться.*

План ведения случая — сервисный план — состоит из нескольких элементов, цели задач, мероприятий и действий, или шагов. **Цель** — этот конечный глобальный результат, которого нужно достичь в ходе ведения данного случая. Часто цель является общей для многих случаев, например, возвращение

несовершеннолетнего в кровную семью или интернатное учреждение. Для достижения глобальной цели необходимо выполнить ряд более узких и конкретных **задач**.

В случае с Игорем К., **целью** ведения случая является его возвращение домой к матери. **Задачи** для достижения этой цели могут быть следующими:

1. Прохождение курса детоксикации;
2. Наркологическая реабилитация в условиях стационарного реабилитационного центра;
3. Налаживание взаимоотношений с матерью;
4. Обследование и постановка на учет в Центре СПИДа.

Каждая из задач затем раскладывается на отдельные, еще более конкретные, **мероприятия**. Чем конкретнее и точнее определены мероприятия, тем более вероятно, что весь план ведения случая будет выполнен и глобальная цель достигнута.

В случае с Игорем К., для выполнения Задачи 1, Прохождение курса детоксикации, необходимо выполнить ряд мероприятий, часть из которых уже была выполнена:

1. Поместить клиента в Отделение кратковременного проживания для поддержания его в состоянии трезвости, проведения санобработки и составления сервисного плана;
2. Получить свидетельство о рождении, которое необходимо для госпитализации (конечно, для 17-летнего подростка необходим паспорт, но для проведения детоксикации не было времени на оформление утерянного паспорта);
3. Оказать психологическую поддержку клиенту в период госпитализации: непонятно, будет ли навещать его в больнице мать, и вызовут ли ее посещения обратного эффекта.

Для выполнения Задачи 2, Наркологическая реабилитация в условиях стационарного реабилитационного центра, необходимо выполнить следующие мероприятия:

1. Мотивировать Игоря на прохождения длительного (несколько месяцев) курса реабилитации;
2. Одновременно с этим, найти наркологический реабилитационный центр для несовершеннолетних, в котором будут свободные места. В Санкт-Петербурге на сегодня действует только одно такое учреждение. Кроме того, клиента, скорее всего, не примут на реабилитацию без уточненного ВИЧ-статуса и постановки на учет в Центре СПИДа. В связи с этим, сначала придется выполнить две другие задачи – получить паспорт и пройти обследование в Центре СПИДа.

Одной из самых сложных может оказаться Задача 3, Налаживание взаимоотношений с матерью. Для этого необходимо:

1. Индивидуальное консультирование и просвещение матери (возможно, на групповых семинарах для родственников наркопотребителей) о проблемах зависимости и созависимости;

2. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование для Игоря и его матери с целью налаживания внутрисемейных взаимоотношений;
3. Направление Ирины Александровны на группу взаимной поддержки для родственников наркопотребителей;
4. Оказание Игорю психологической поддержки для раскрытия его ВИЧ-статуса.

В ходе выполнения сервисного плана, каждую задачу необходимо разбить для клиента на элементарные и легко выполняемые действия, которые не вызывают у него страха или сомнения в том, что он способен их выполнить. Кроме того, при выполнении мероприятий сервисного плана, часть ответственности необходимо возлагать на клиента с целью развить его самостоятельность и умение эффективно функционировать в обществе (см. Принцип ведения случая №3).

*В случае с Игорем К., при выполнении мероприятий по восстановлению утраченного паспорта, распределение обязанностей между специалистом по ведению случая и клиентом может выглядеть следующим образом:*

Восстановление паспорта		
№ п/п	Шаги	Ответственный
1	Консультирование клиента по процедуре восстановления паспорта	Специалист
2	Сбор необходимых документов (форма № 7 и форма № 9)	Клиент
3	Оплата госпошлины за оформление паспорта	Клиент
4	Посещение паспортно-визового отдела милиции и подача заявления на восстановление вместе со всеми необходимыми документами	Специалист + Клиент
5	Получение готового паспорта	Клиент

*Если клиент в значительной степени дезадаптирован, и любое взаимодействие с государственными структурами представляет для него серьезную трудность, то второй, третий и четвертый шаги могут быть сделаны совместно с сотрудником социальной службы, а пятый он может выполнить самостоятельно.*

На междисциплинарном консилиуме нет необходимости определять конкретные действия: достаточно сформулировать цель, задачи и мероприятия, назначить ответственного специалиста, распределить функции других членов команды, а также определить сроки выполнения каждого из мероприятий. За планирование, координацию и реализацию конкретных мероприятий, необходимых для выполнения поставленных задач, отвечает ответственный специалист.

Необходимо подчеркнуть особо, что для каждого случая назначается ответственный специалист. Ответственный специалист ведет всю документацию по случаю и является тем «центром», который организует контакты клиента с другими службами и специалистами, отслеживает результаты этих контактов, вносит необходимые коррективы и поддерживает активность клиента на оптимальном уровне. Иными

словами, он ведет случай. В низкопороговой службе помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним, ответственным специалистом чаще всего является специалист по социальной работе или аутрич-работник. Ответственный специалист одновременно ведет 10–12 случаев (см. Принцип ведения случая №10).

План ведения случая (или сервисный план, см. Приложение 16), ответственный специалист заполняет перед междисциплинарным консилиумом и дополняет по его итогам. Первая часть формы включает анализ случая: от кого исходит инициатива (от клиента или от специалиста), в чем состоит запрос клиента, и в чем его потребности с точки зрения специалиста, каковы ресурсы клиента и социальной службы, и в чем состоят цели и задачи работы с данным случаем. Вторая часть формы включает сервисный план, состоящий из мероприятий, ответственных, сроков и результатов выполнения. Здесь же содержится решение междисциплинарного консилиума и дата следующего разбора этого случая. Эта форма является текущим рабочим документом, в котором отражается динамика выполнения сервисного плана. После завершения каждого из мероприятий, ответственный специалист записывает итог работы. Форма ведения случая пополняется новыми страницами по мере выполнения запланированных задач и мероприятий и формулирования новых.

После того как на консилиуме согласован сервисный план, определены сроки его реализации и распределены обязанности каждого из специалистов междисциплинарной команды, назначается дата следующего разбора этого случая. В зависимости от сложности и остроты случая, повторный разбор может быть проведен через неделю на следующем консилиуме, или через несколько недель после выполнения нескольких задач сервисного плана. Это необходимо для того, чтобы держать случай в поле зрения руководителя сервисной службы и междисциплинарной команды в целом и эффективно координировать работу с этим случаем.

#### **4.5. Осуществление сервисного плана – оказание междисциплинарной помощи клиенту**

Осуществление сервисного плана ведения случая заключается в выполнении задач и мероприятий, предусмотренных этим планом. Каждый из членов междисциплинарной команды выполняет порученные ему компоненты сервисного плана в соответствии со своей профессиональной компетенцией. Ответственный специалист (чаще всего, этот специалист по социальной работе или аутрич-работник), помимо оказания услуг по своей специальности согласно сервисному плану, еще координирует обращение клиента к различным специалистам, организует оказание помощи клиенту в других службах и учреждениях, а также контролирует своевременность, эффективность, качество и результат оказанной помощи. При большом количестве случаев, специалистами, ответственными за ведение случая, могут также назначаться психологи, педагоги и медицинские работники. Выполнение задач и мероприятий, а также их результат, фиксируются в плане ведения случая, что служит для отслеживания динамики случая, обеспечения преемственности работы специалистов внутри одной службы и между разными службами, а также для проведения регулярной оценки случая. Ниже приведем пример случая от обращения клиента за помощью до закрытия случая.

*Аня С., 12 лет, пришла в Центр СПП вслед за подружкой по уличной тусовке, которая уже была клиенткой Центра. При первом знакомстве девочка была мало контактная, подробных сведений о себе не давала, настороженно отнеслась к сотрудникам Центра. При доврачебном осмотре выявлен педикулез, умеренное отставание в физическом развитии, признаки гиповитаминоза, множественный кариес зубов. Кроме того, девочка была очень грязная, одежда не по сезону легко.*

*При последующих встречах с Аней и проведении первичной оценки выяснилось, что девочка живет с матерью в коммунальной квартире с двумя соседями. Отец умер за несколько лет до этого. Основной задачей сотрудников на этом этапе была мотивация Ани на поддержание контакта и посещение Центра. Девочку удалось вовлечь в досуговую программу, и она стала нашей регулярной клиенткой.*

*Постепенно удалось завоевать доверие Ани и провести углубленную психосоциальную оценку. С согласия девочки, специалисты по социальной работе вышли по месту проживания Ани, чтобы познакомиться с ее матерью и обследовать жилищно-бытовые условия семьи. Квартира находилась в антисанитарном состоянии, сырая, грязная, нуждалась в ремонте. Соседи по квартире, так же как и мать Ани, вели асоциальный образ жизни, не работали и злоупотребляли алкоголем. В квартире часто собирались пьяные компании, устраивали скандалы и драки. В комнате обследуемой семьи все спали на полу, на матрасе, отдельного спального места для девочки не было. Нет было также места для приготовления школьных уроков и отдыха.*

*Мать не имела никаких доходов, она длительное время нигде не работала. Пенсия по потере кормильца девочки не была оформлена. Мать злоупотребляла алкоголем, проявляла социальный инфантилизм, не занималась воспитанием ребенка. Девочка была предоставлена самой себе. Аня перестала посещать школу, не была аттестована, большую часть времени проводила на улице, стала употреблять спиртные напитки. В семье отмечено физическое и психологическое насилие (в основном пренебрежение) над ребенком.*

*На междисциплинарном консилиуме с участием инспектора МООП и специалистов социального приюта первоочередной целью было поставлено изъятие ребенка из семьи, помещение в приют и дальнейшая работа либо по реабилитации матери, либо, при неэффективности, лишение ее родительских прав и дальнейшее жизнеустройство ребенка.*

*Для выполнения этого плана требовалось мотивирование девочки. В результате, через некоторое время Аня согласилась на медицинское обследование в больнице с последующим устройством в приют. Пока Аня находилась в больнице, сотрудники Центра СПП собрали необходимые документы, совместно со специалистом по социальной работе приюта провели повторное обследование жилищных условий, наладили контакт с матерью, заручились ее согласием на помещение ребенка в приют и дальнейшую работу по реабилитации. После полного обследования в больнице девочка переведена в приют, и случай передан в ведение его сотрудников. К сожалению, через несколько месяцев после помещения Ани в приют ее мать была убита. Девочка осталась сиротой и была помещена в интернатное учреждение.*

## 4.6. Регулярная оценка ведения случая

Оценка эффективности оказываемой помощи и динамики случая осуществляется непрерывно с целью непрерывного повышения качества социально-психологической помощи и оптимизации усилий всех членов междисциплинарной команды. Постоянную оценку динамики случая ответственный специалист проводит в ходе своей повседневной работы, отслеживая выполнение задач и мероприятий сервисного плана. Периодическую оценку случая проводит ответственный специалист вместе со своим руководителем в рамках регулярной технической супервизии (см. Принцип ведения случая №1). Кроме того, вся междисциплинарная команда оценивает свои коллективные усилия по работе над случаем в рамках междисциплинарного консилиума. Задача руководителя службы состоит в том, чтобы следить за соблюдением ответственными специалистами сроков пересмотра случаев и требовать своевременного вынесения «старых» случаев на консилиум. Работу по ведению случая можно оценивать по количественным показателям (процесс) и качественным показателям (результат).

### **Количественные показатели работы со случаем (показатели процесса)**

- Частота встреч с клиентом и его родственниками;
- Количество предоставленных услуг (например, число психологических консультаций, количество домашних визитов и т. д.);
- Объем материальной помощи, оказанной клиенту;
- Количество времени, затраченное специалистами на выполнение задач;
- Количество специалистов, участвующих в реализации сервисного плана;
- Количество организаций, вовлеченных в выполнение сервисного плана клиента.

### **Качественные показатели динамики случая (показатели результата)**

- Достижение конечной цели ведения случая, определенной в индивидуальном сервисном плане;
- Выполнение задач индивидуального сервисного плана;
- Динамика случая (изменение жизненной ситуации, повышение качества жизни клиента, изменение образа жизни и рискованного поведения);
- Формирование у клиента определенных знаний, умений и навыков;
- Налаживание взаимоотношений подростка с родителями или другими родственниками;
- Возвращение с улицы в семью или интернатное учреждение;
- Возобновление или успешное окончание учебы;
- Успешное трудоустройство;
- Решение жилищных вопросов клиента;
- Наличие у клиента всех необходимых документов, оформление всех пособий и льгот, на которые он имеет право.

Следует учесть, что выполнение всех задач сервисного плана не всегда означает достижение конечной цели ведения случая. Это связано с изменением реальной жизненной ситуации клиента, появлением новых проблем, потребностей и запросов. В связи с этим, после выполнения поставленных задач могут быть сформулированы новые. Специалист, ведущий случай, должен своевременно вносить коррективы и пересматривать сервисный план. Такой пересмотр необходимо осуществлять в тесном сотрудничестве с клиентом. Наглядная демонстрация клиенту динамики совместной работы — решенных задач, сделанных шагов, преодоленных проблем — повышает уверенность несовершеннолетнего в собственных силах и в своей способности справляться с трудностями, дает положительный опыт сотрудничества со специалистами и способствует лучшему пониманию собственных целей, желаний и мотивов. Постоянное внимание к достигнутым успехам, пусть даже небольшим, укрепляет контакт подростка с сотрудниками проекта, повышает доверие и поддерживает мотивацию к сотрудничеству.

## 4.7. Закрытие случая

**Критерием** успешности ведения случая является достижение наилучшей из возможных жизненной ситуации и качества жизни клиента. В результате междисциплинарной помощи в жизни несовершеннолетнего должны быть созданы условия для его социализации, личностного роста и полноценной жизни в обществе. После профессионального вмешательства, несовершеннолетний должен приобрести навыки самостоятельного решения собственных проблем, узнать о рисках, с которыми он сталкивается, проживая на улице, о проблемах своего возраста и пола. Он также должен получить информацию о сети организаций, куда он может обратиться с конкретной проблемой.

Общим критерием для завершения работы над случаем является выполнение поставленной цели сервисного плана. Поэтому формулировка цели важна не только для выбора правильного направления работы, но и для ее завершения.

При выполнении сервисного плана и достижения поставленной цели, случай закрывается как успешный. Однако если клиент систематически не выполняет намеченные мероприятия или отказывается от дальнейшего сотрудничества с социальной службой, случай может быть закрыт преждевременно. Клиенты должны быть информированы о такой возможности и не ожидать, что помощь будет предоставляться бесконечно без каких-либо усилий с их стороны. Случай также может быть закрыт в связи со сменой места жительства клиента и его семьи, смертью клиента, заключения его в места лишения свободы и т. д.

В том случае, если клиент поменял место жительства и выехал за географические пределы деятельности социальной службы, случай закрывается с пометкой «закрыт в связи с переменой места жительства». По возможности, следует заранее провести работу с клиентом и партнерскими организациями по передаче случая в ведение служб, обслуживающих территорию, куда убыл клиент.

Между активной фазой ведения случая и окончательным завершением работы могут использоваться промежуточные формы работы. Например, **дистантный мониторинг**, когда специалист отслеживает ситуацию опосредованно через других

специалистов (например, школьный социальный педагог, классный руководитель, родственники, опекуны и прочие лица). Эта форма работы не подразумевает активной деятельности, но специалист в любой момент может оказать помощь при возникновении такой потребности.

Еще одна промежуточная форма работы – *патронаж*, когда специалисты с согласия клиента и его законных представителей, посещают несовершеннолетнего на дому и/или в школе с определенной периодичностью, чтобы следить за изменениями его психосоциального состояния и предоставить поддержку в случае необходимости. При дистантном мониторинге и патронаже специалист по ведению случая фиксирует полученную информацию о состоянии клиента в карте клиента.

Необходимо отдельно остановиться на процедуре расставания специалиста с клиентом. Расставание является очень важным этапом работы. Отношения специалиста с клиентом не могут быть неопределенно продолжительными, так как это никогда не идет на пользу клиенту. Если они являются таковыми, то это повод для предоставления специалисту психологической супервизии.

Расставание является своеобразным водоразделом между прошлым и будущим клиента. Этот этап также означает, что теперь клиент самостоятелен и не нуждается в помощи извне. Как правило, для процедуры расставания назначается отдельная встреча, о чем клиент информируется заранее. В самом начале проговаривается цель встречи («завершение работы, расставание»). Специалист обращается к первоначальному запросу, который зафиксирован в карте ведения случая. Ретроспективно рассматриваются все этапы сопровождения, начиная от первых встреч и до последней встречи. После этого подводятся итоги, где первое слово предоставляется клиенту, когда он может сравнить себя «до» и «после», высказать свои мысли по поводу проделанной работы, проанализировать свои успехи и промахи.

Очень важным аспектом расставания является работа с чувствами клиента и специалиста. Клиенту важно дать возможность выразить как свои позитивные чувства, так и негативные. Для этого можно использовать хронологический способ от самой первой встречи («что ты чувствовал, когда пришел сюда?», «когда мы стали работать?», «когда у тебя был первый успех?», «когда ты совершил ошибку?», «какие чувства у тебя сейчас?»). То же самое делает и специалист.

Наиболее важным моментом расставания является представление клиентом своего будущего. Необходимо предоставить возможность клиенту высказать свои мысли о будущем и выразить свои чувства. Вполне возможно, что у клиента существуют сомнения, страхи, опасения. Если это так, то специалист не должен торопиться их развеять: нужно дать возможность клиенту самостоятельно справиться с трудностями, используя вопросы «как ты думаешь, как можно выйти из этой ситуации?» или «что может помочь тебе в этом?» и т. д.

Чтобы «поставить точку» в работе с клиентом, можно использовать такой прием, как написание отзыва в книге отзывов, «фотографию на память» и т. п.

В завершении оговариваются условия возвращения клиента в Центр СПП, т. е. при каких обстоятельствах он может получить комплексную помощь. При этом следует различать экстренную помощь, совет или просто дружеский контакт с бывшим клиентом и комплексную помощь. Последняя отличается вовлечением нескольких специалистов, постановкой цели, составлением плана ведения случая. Но самое глав-

ное, для нового открытия случая должен быть запрос со стороны клиента и наличие трудной жизненной ситуации, с которой несовершеннолетний не может справиться самостоятельно.

Ниже приведены примеры закрытых случаев.

### **Вася М., 13 лет: отказ сотрудничать**

*Вася посещал Центр СПП нерегулярно и нечасто. Своих проблем он не озвучивал, ни с кем из детей и сотрудников близко не сходиллся. Он приходил только поиграть в теннис и провести время. По данным карты сопровождения, у него год назад умерла мать, он живет с отцом, школу посещает нерегулярно. Отец работает, материальных трудностей в семье нет.*

*Долгое время Вася не соглашался на консультацию психолога, но когда согласился, то даже пригласил на беседу отца. Выявилась конфликтная ситуация: у отца другая семья, и он мало времени уделяет сыну.*

*Был открыт случай. Цель: восстановление семейных отношений, психологическая поддержка ребенка, помощь в учебе. Несколько раз отец и сын приходили на консультации вместе, но отец не стремился к налаживанию отношений, рекомендации психолога игнорировал, переводить мальчика в другую школу, более подходящую ему по уровню, отказался.*

*Консультации прекратились, Вася перестал приходить в Центр, ссылаясь на то, что отец купил ему компьютер, и ему теперь и дома не скучно. Случай пришлось закрыть в связи с отказом клиента от сотрудничества.*

*Инспектор по опеке, к которому мы обратились, обследовал семью и дал заключение, что формально у него нет претензий к отцу по выполнению родительских обязанностей, т. к. тот материально обеспечивает ребенка, а потому и оснований для вмешательства нет, но обещал держать семью на контроле.*

### **Маша С., 16 лет: выполнение плана ведения случая**

*Маша живет с матерью-инвалидом в общежитии. В Центр СПП приходит, чтобы провести свободное время. Отец умер несколько лет назад. Пенсия ни у матери по инвалидности, ни у дочери по потере кормильца не оформлена. Большой долг за квартиру. Девочка перестала посещать школу, у нее появился взрослый молодой человек, она часто не ночует дома.*

*После обследования жилищно-бытовых условий, а также беседы с матерью и девушкой в мае месяце был составлен и согласован план работы. Цель – включение семьи в структуру социального обслуживания и создание условий для ее самостоятельного функционирования.*

*Первичными были признаны социальные проблемы: необходимость улучшить материальное состояние семьи путем оформления пенсий и пособий, возобновление обучения девочки, устройство матери на операцию, поддержка матери во время лечения. До оформления пособий семье была оказана экстренная материальная и продуктовая помощь, помощь медикаментами для матери. В дальнейшем ко всем этапам оформления справок, пособий и т. д. привлекалась Маша. Она вместе с социальным работником ходила в различные организации, получала справки, оформляла на свое имя пособия, дежурила у матери в больнице и училась за ней*

*ухаживать. К сентябрю девушку перевели в сменную школу, она стала регулярно посещать занятия и окончила первый триместр одной из первых в классе. В результате оформления пенсий и пособий доход семьи стал выше прожиточного минимума, и они начали выплачивать долги за квартиру. Семья встала на учет в отдел социального обслуживания. В последнее время возникающие проблемы семья решала самостоятельно, получая от специалиста по социальной работе только консультации. В ноябре, через полгода после начала работы, с согласия семьи было принято решение о закрытии случая в связи с выполнением сервисного плана.*

*На заключительной встрече ответственный специалист с Машей обсудили возможные проблемы, которые могут возникнуть у нее, и куда по какому поводу она может обратиться. Так же мы заверили ее, что будем рады, если она будет сообщать нам о своих делах, и никогда не откажем в консультации и совете.*

## Глава 5. Оценка эффективности низкопороговой службы помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним на примере Центра СПП

Оценку деятельности Центра СПП проводят на двух уровнях: индивидуальном (эффективность оказания помощи отдельному клиенту) и организационном (эффективность работы Центра СПП в целом). Оценка эффективности оказанной помощи на уровне отдельного клиента является неотъемлемой частью ведения случая. Соответствующие подходы и инструменты описаны в предыдущих разделах этого руководства. Здесь мы рассмотрим оценку работы Центра СПП на организационном уровне.

Оценка работы на организационном уровне складывается из двух компонентов:

**1. Мониторинг деятельности,** или **оценка процесса,** позволяющие проследить осуществление основных функций Центра, выполнение им **задач** и достижение **промежуточных результатов.** В соответствии с задачами Центра СПП, мониторинг деятельности показывает эффективность работы Центра по привлечению новых клиентов и удержанию существующих, их вовлечение в работу Центра, а также оказание им различных видов помощи: первой медицинской, санитарно-гигиенической, социально-психологической и педагогической.

**2. Оценка эффективности,** или **оценка результатов,** позволяющая продемонстрировать достижение Центром СПП конечных **целей** своей работы: реабилитации и социальной адаптации беспризорных и безнадзорных детей и подростков, а также профилактики беспризорности и безнадзорности среди детей из неблагополучных семей.

Чтобы оценить деятельность Центра СПП и ее результаты, мы используем индикаторы (показатели) для каждой из целей и задач, а также для различных видов деятельности (см. Таблицы 6 и 7). Для подсчета этих показателей необходимо наладить непрерывный сбор данных, которые позволят оценить деятельность Центра и результаты этой деятельности в конце определенного периода (за день, неделю, месяц, квартал, год). В этом разделе подробно описан выбор индикаторов, необходимые данные и методы их сбора, включая различные инструменты (формы) для сбора данных.

### Индикаторы оценки эффективности ведения случая

Индикаторы (или показатели) деятельности и результатов работы Центра СПП выбирают, исходя из потребностей нескольких сторон:

1. руководителя и сотрудников Центра;
2. партнерских организаций, в том числе государственных;
3. доноров, финансирующих работу Центра СПП.

Следует ограничиться самыми необходимыми индикаторами и не стараться отразить в цифрах любой шаг каждого из сотрудников. В противном случае, сбор данных для подсчета большого количества показателей превращается в отдельный вид деятельности, отнимающий много сил и времени у сотрудников.

Большинство индикаторов представляют собой относительные величины, выраженные в долях или процентах, например: доля старых и новых клиентов среди по-

сетителей Центра СПП за определенный период (месяц, квартал, год). Эти показатели демонстрируют, насколько эффективно проводится аутрич-работа по привлечению новых клиентов, и, одновременно, насколько эффективно сотрудники Центра СПП налаживают и поддерживают контакт с клиентами. Иногда в качестве показателей можно использовать и абсолютные числа, но они могут оказаться менее информативными. Так, если в течение первого года работы Центра в семью были успешно возвращены 10 клиентов, а в течение второго – 20 клиентов, то может показаться, что работа в течение второго года велась более эффективно. Однако если в течение первого года работы Центр оказал помощь 100 клиентам, а в течение второго года – 400 клиентам, то окажется, что эффективность работы в первый год составила 10%, а во второй – 5%. Это может быть результатом слишком большого потока клиентов, в связи с чем имеющийся штат сотрудников не справляется с оказанием социально-психологической помощи. Также это может быть результатом изменившегося состава клиентов, например, наплыва подростков 14–18 лет с большим стажем проживания на улице, которые менее успешно поддаются социальной реабилитации. В любом случае, помимо подсчета индикаторов, чрезвычайно большое значение имеет их интерпретация с последующей корректировкой, если это необходимо, деятельности Центра СПП.

В таблицах в качестве примеров представлены некоторые показатели процесса и результатов, которые можно использовать для оценки деятельности Центра СПП.

**Таблица 6. Показатели процесса**

Цели и задачи	Показатели	Структура показателя
Привлечение клиентов в Центр СПП	Доля новых клиентов среди посетителей Центра СПП (%)	Числитель: Количество новых клиентов, посетивших Центр СПП в течение оцениваемого периода Знаменатель: Общее количество клиентов, посетивших Центр в течение оцениваемого периода Множитель: 100%
Вовлечение клиентов в работу Центра СПП	Доля клиентов, посетивших Центр СПП три и более раз (%)	Числитель: Количество клиентов, посетивших Центр СПП три и более раз в течение оцениваемого периода Знаменатель: Общее количество клиентов, посетивших Центр в течение оцениваемого периода Множитель: 100%
	Среднее количество посещений Центра СПП на одного клиента	Числитель: Общее количество посещений Центра СПП в течение оцениваемого периода Знаменатель: Общее количество клиентов, посетивших Центр в течение оцениваемого периода

<p>Оказание клиентам первой медицинской, санитарно-гигиенической, социально-психологической и педагогической помощи</p>	<p>Количество оказанных клиентам Центра СПП услуг, по видам услуг</p>	<p>Первая медицинская и санитарно-гигиеническая помощь (количество услуг в течение оцениваемого периода): осмотр, обработка ран, направление в лечебные учреждения, обработка от вшей, обработка от чесотки, гигиенический душ, смена одежды</p> <p>Психологическая помощь (количество услуг в течение оцениваемого периода): кризисное консультирование, психодиагностика, индивидуальное консультирование, семейное консультирование, групповая работа, профориентация</p> <p>Социальная помощь (количество услуг в течение оцениваемого периода): консультирование, сопровождение в учреждения и организации, восстановление утраченных или получение новых документов, оформление пособий</p>
---	---	---

**Таблица 7. Показатели результатов**

Цели и задачи	Показатели	Структура показателя
<p>Реабилитация и социальная адаптация беспризорных и безнадзорных детей и подростков</p>	<p>Доля клиентов Центра СПП, возвращенных в биологические семьи (%)</p>	<p>Числитель: Количество клиентов Центра СПП, возвращенных в семьи в течение оцениваемого периода Знаменатель: Общее количество клиентов Центра СПП в течение оцениваемого периода Множитель: 100%</p>
	<p>Доля клиентов Центра СПП, помещенных в приюты, социальную гостиницу, или возвращенных в детские интернатные учреждения (%)</p>	<p>Числитель: Количество клиентов Центра СПП, помещенных в приюты, социальную гостиницу, или возвращенных в детские интернатные учреждения в течение оцениваемого периода Знаменатель: Общее количество клиентов Центра СПП в течение оцениваемого периода Множитель: 100%</p>
<p>Профилактика беспризорности и безнадзорности среди детей из неблагополучных семей</p>	<p>Доля клиентов Центра СПП, не покидающих свои семьи (%)</p>	<p>Числитель: Количество клиентов Центра СПП, проживавших с родителями (включая клиентов, возвращенных в семьи) в течение оцениваемого периода, минус количество клиентов, покинувших семьи в течение оцениваемого периода Знаменатель: Количество клиентов Центра СПП, проживавших с родителями (включая клиентов, возвращенных в семьи) в течение оцениваемого периода Множитель: 100%</p>

### Методы сбора данных

Для получения наиболее достоверных показателей, следует наладить регулярный (ежедневный) сбор данных, требуемых для подсчета этих показателей. Необходимые данные определяются, исходя из структуры показателя, например: чтобы подсчитать долю новых клиентов среди посетителей Центра СПП, нужно знать общее количество клиентов, посетивших Центр за определенный период, а также количество новых клиентов. При этом необходимо избегать двойного подсчета: общее количество клиентов в неделю не равно сумме клиентов за каждый день, поскольку среди посетителей в разные дни могут быть одни и те же дети. То есть, складывая количество посетителей за каждый день, мы можем получить общее количество **посещений**, а не клиентов. Для индивидуального подсчета клиентов необходимо вести их ежедневный поименный учет. Помимо учета клиентов, мы учитываем оказываемые каждому из них услуги, а также результаты работы (т. н. «социальную динамику» клиента). Эти данные фиксируются каждым сотрудником в бумажной форме (см. Приложение 17), откуда они затем переносятся в электронную **базу данных**.

Таблицы разработаны для каждого специалиста по виду оказываемой им помощи (медицинская, социальная и психологическая). Каждая форма включает в себя: фамилию, имя, отчество клиента, а также дату его рождения. С целью сохранения конфиденциальности информации, вместо имени и фамилии можно использовать код, составленный из нескольких букв фамилии и имени, а также даты рождения. Кроме того, форма обязательно включает в себя «социальный статус» клиента, изменения которого отслеживаются при каждом контакте с клиентом и отражают его «социальную динамику»: «беспризорный», «безнадзорный», проживает «в биологической семье» или «в приюте».

Другие поля формы различаются в зависимости от специальности сотрудника, который ее заполняет. Медицинская форма включает в себя оказанную клиенту помощь или сделанные направления: обработка от вшей и чесотки, гигиенический душ, смена одежды, обработка ран, направление на госпитализацию, и т. п. Форма социальной помощи включает в себя консультирование клиентов или их родителей, сопровождение клиентов в государственные учреждения, получение пособий, различных документов и т. п. Форма психологической помощи включает в себя психодиагностику, консультирование индивидуальное, групповое или семейное, а также профориентацию (см. Приложение 17).

### Электронная база данных

База данных организации «Врачи детям» состоит из двух разделов:

1. информация о клиентах, включая паспортные и различные демографические данные, информацию о семье и поведенческих рисках, которые имеют значение для ведения случая, а также динамика случая;
2. информация об оказанных услугах.

Электронные формы с информацией о клиентах являются отражением бумажных форм, заполняемых сотрудниками. Так, информация о клиенте заполняется на основе формы первичной оценки; информация об оказанных услугах заполняется на основе соответствующих форм медицинской, социальной и психологической помощи.

Электронная база служит нескольким целям:

1. Возможность быстрого и подробного анализа;
2. Обмен информацией о клиентах между несколькими службами (например, между несколькими центрами СПП, в которых могут появляться одни и те же беспризорные и безнадзорные подростки) – при условии, что различные службы регулярно получают обновления базы данных;
3. Хранение данных о клиентах, об услугах, и ведении случаев.