

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
по организации оказания  
психологической помощи  
людям с опытом бездомности  
в стационарных условиях**

**ОПЫТ ФОНДА  
«САМЮ СОСЬЯЛЬ МОСКВА»**



**САМЮсосьяль**Москва

Данное методическое пособие разработано и опубликовано при поддержке Фонда Президентских Грантов



## Пояснительная справка

В настоящем методическом руководстве изложены принципы и практические методы, с опорой на которые развиваются отношения в рамках оказания индивидуализированной психологической помощи в стационарной форме, то есть в условиях временного (на срок, определенный индивидуальной программой социальной адаптации) пребывания в организации социального обслуживания. Стоит отметить, что эти отношения, как правило, выстраиваются с учетом каждой отдельно взятой, конкретной, ситуации.

## Введение

История служб и учреждений, оказывающих помощь бездомным людям в России, насчитывает более двух столетий. При императрице Екатерине II впервые была организована система работных домов, в которую отправляли не только бродяг и нищих, но и преступников. Позже это способствовало тому, что работные дома превратились в обычные тюрьмы. Ситуация начала меняться, когда во второй половине XIX века в социальный сектор пришли меценаты и благотворители, которые поддерживали внедрение христианско-трудового подхода к ресоциализации бездомного населения посредством открытия так называемых домов трудолюбия: к 1895 году в Российской империи существовало 52 дома трудолюбия, а к 1898 – уже 130.

После Октябрьской революции вся социальная работа с данной категорией граждан была взята под полный государственный контроль. В соответствии с Декларацией прав трудящегося и эксплуатируемого народа все лица, живущие нетрудовыми доходами, были лишены политических прав. Это привело к тому, что к 1930 году вопрос бродяжничества был полностью криминализован (ст. 209 УК СССР – «Систематическое бродяжничество и попрошайничество» и ст. 198 УК СССР – «Нарушение правил прописки») и отдан на откуп силовым структурам.

После перестройки и распада СССР уголовная ответственность за бродяжничество была отменена. Сложная социально-экономическая ситуация в стране способствовала росту численности бездомных граждан. Идея перепрофилировать спецприемники МВД в центры социальной реабилитации бездомных лиц для оказания им социальной, медицинской и иной помощи, не была воплощена в жизнь.

С 2000-х годов Правительство РФ значительно увеличило финансовое и правовое обеспечение социальной сферы. Кривая уровня бездомности отреагировала незамедлительно: рост числа граждан без определенного места жительства пошел на убыль. Пришло понимание, что проблема является системной, что для организации эффективной системы вспомоществования необходимы, среди прочего, специальные знания, накопленные в том числе опытными зарубежными партнерами.

Одним из партнеров, имеющих колоссальный опыт работы с проблемой социальной исключенности, стала сеть служб, объединенных под общим названием «САМЮ сосьяль» («САМЮ» – это транслитерация франкоязычной аббревиатуры «SAMU» (Service d'Aide Mobile d'Urgence), которая расшифровывается как «передвижная служба неотложной медицинской помощи»; слово «сосьяль» означает «социальный»; таким образом получается, что «САМЮ сосьяль» - это «передвижная служба неотложной медико-социальной помощи»), и в частности Благотворительный фонд «САМЮ сосьяль Москва» – российская НКО, оказывающая срочную доврачебную, социальную и психологическую помощь с 2003 года. С 2005 по 2011 гг. мобильная бригада «САМЮ сосьяль Москва» оказывала доврачебную и психосоциальную помощь детям и молодым людям на улицах г. Москвы. В 2012-2013 гг. Фонд предоставлял помощь женщинам, находящимся в ситуации крайней социальной незащищенности. С 2014 года «САМЮ сосьяль Москва» работает в партнерстве с Департаментом труда и социальной защиты населения г. Москвы и оказывает разнообразную помощь взрослым бездомным людям.

# Принципы и практические методы индивидуализированной психологической помощи в стационарной форме

## ■ Структура консультации

Необходимо сразу отметить, что план проведения консультации является примерным и представляет собой синтез опроса, беседы (сбора социального анамнеза), экспериментального психологического, психолого-педагогического исследования. Отклонения от плана оправданы, если они позволяют провести углубленный разбор материала, являющегося основной преградой на пути к успешной социализации клиента.

Основной задачей внештатного психолога, работающего на базе стационарного учреждения обслуживания (далее – СУО), является оказание психологической помощи с соблюдением всех принципов этического кодекса психолога. Такой психолог не является сотрудником СУО и взаимодействие с руководством СУО строятся на принципах сотрудничества, а не вертикального подчинения. Это не значит, что психолог должен занимать оппозиционную позицию или выступать в роли третейского судьи между клиентом и администрацией. Безразличное отношение к просьбам и запросам сотрудников СУО, а также несоблюдение внутренних правил и распорядка учреждения может привести к ненужным конфликтам. Внештатный психолог должен уметь органически вписаться в уже существующий процесс социализации, дополнив и обогатив его новыми диагностическими методами, психологическими техниками, тренингами и иными ресоциализационными мероприятиями.

## ■ Первый этап. Информирование.

Наиболее логичным представляется приглашать на консультацию недавно поступивших, или тех, кто направлен специалистами по социальной работе. Позже, появится группа клиентов, посещающих психолога регулярно; план работы с ними будет выстраиваться индивидуально, в зависимости от техник, которыми оперирует психолог, и запроса клиента.

Краткосрочное психологическое консультирование является самым практичным видом терапии в данных обстоятельствах.

Психолог представляется, сообщает, что он не является наемным сотрудником СУО, а работает в благотворительном фонде. Необходимо довести до сведения клиента, что беседа добровольная, а информация, полученная от него на этой встрече, будет доступна его социальному работнику и предназначена для улучшения их взаимодействия. Далее предоставляются краткие сведения об организации, при поддержке которой работает психолог, и, самое главное, структура, продолжительность и цель беседы. Например: «Здравствуйте, меня зовут N, я – психолог благотворительного фонда «NN». Наш фонд сотрудничает с СУО. Мы занимаемся тем, что оказываем доврачебную, социальную и психологическую помощь людям,

оказавшимся в сложной жизненной ситуации. Беседа добровольная. После нашей беседы я составлю заключение, которое будет доступно Вашему социальному работнику. Это будет сделано для того, чтобы социальный работник глубже понимал Ваши проблемы и возможности. Консультация не займет у вас много времени, от 20 до 40 мин. Я задам вам ряд вопросов, чтобы понять, какие проблемы у Вас есть, и какую помощь я и мои коллеги можем Вам предоставить. Если на какие-то вопросы вы не захотите отвечать, можете этого не делать».

## ■ Второй этап. Сбор социального анамнеза.

Необходимо оценить внешний вид клиента, установить, насколько клиент ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Для этого следует спросить, как его/ее зовут, сколько ему/ей лет и какое сегодня число. Обычно уже на этом этапе беседы становится понятно, доступен ли человек к вербальному контакту, в каком объеме, и имеет ли смысл дальнейшее продолжение беседы. Возможно, потребуется помощь другого специалиста. Если появились сомнения, то контрольный вопрос «Где Вы сейчас находитесь?» расставит все точки над «i».

Немаловажным аспектом для продуктивной консультации является установление доверительных отношений с клиентом. Для этого можно уже в начале беседы сделать клиенту легкий комплимент или задать несколько отвлеченных вопросов, аккуратно пошутить, разрядив атмосферу. Хорошо работает поверхностное самораскрытие. Поменьше серьезности, побольше искренней эмоциональной включенности, эмпатии, сочувствия проблемам клиента. Используйте приемы активного слушания. Не отягощайте речь научной лексикой. В редких случаях допустимы жаргонизмы и сленг, тем самым разрывается дистанция, формируются доверительные взаимоотношения. Всегда ведите себя уважительно. Обращайтесь к клиенту на «Вы», по имени и отчеству, пока по обоюдному согласию не решите перейти на «ты». Уважение к личности, является основным принципом в работе с бездомными. Исключите из речи стигматизированные в обществе и являющиеся оскорбительными для бездомных людей слова: «бомж», «бич», «босьяк», «бродяга», «оборванец» и т.д. В отношении себя бездомные люди часто используют эти слова, но это не значит, что подобное можно и Вам. Даже само слово «бездомный» может болезненно восприниматься человеком, которого Вы этим словом называете, так как оно указывает на его социальный статус и место в обществе. Наиболее приемлема в данной ситуации формулировка «человек, попавший в сложную жизненную ситуацию».

Выясните, есть ли у человека жалобы. Чаще всего они сообщают, что жалоб нет. В этом случае стоит за-

дать уточняющие вопросы, указывающие на то, какого рода информация вас интересует («Нет ли у Вас проблем со здоровьем? Не ухудшилась ли в последняя время память, внимание? Не путаются ли мысли? Как себя чувствуете эмоционально? Может быть, Вас преследуют какие-то воспоминания, от которых вы не можете избавиться? Вините себя за что-то, не можете простить? Нет ли конфликтов с кем-нибудь в комнате, коллективе, с администрацией СУО? Не нарушен ли сон, аппетит? Требуется ли помощь юриста? И так далее»). Высока вероятность того, что жалобы появятся в ходе беседы. Отдельно стоит отметить, что крайне важно выяснить у клиента, были ли в прошлом попытки суицида (если да, то каким способом, и есть ли мысли о суициде на сегодняшний день).

**Следующей фазой станет сбор стандартного социального анамнеза. Для выявления основных проблемных мест в социализации клиента. По следующей форме:**

- ♦ Вырос(ла) в полной, неполной (только мать / отец), приемной, сводной семье (мачеха / отчим), другое?
- ♦ Родился(ась) каким по счету ребенком в семье?
- ♦ Сколько всего детей в семье?
- ♦ Страдал ли кто-нибудь из ближайших родственников алко/нарко зависимостью / психическими расстройствами?
- ♦ Имело ли место эмоциональное / психическое / физическое / сексуальное насилие?
- ♦ Был(а) женат (замужем)? Сколько раз? Есть ли дети? Причина развода (расставания)?
- ♦ Кто из родственников жив на сегодняшний день и с кем поддерживает связь (указать степень родства, имя, дату последнего контакта, возможность выхода на связь)?
- ♦ Посещал(а) детский сад?
- ♦ В каком возрасте пошел(ла) в школу? Какими были взаимоотношения с педагогами, с одноклассниками? После школы поступил в техникум/колледж, ПТУ, ВУЗ? Окончил (если нет, то почему)?
- ♦ Служба в армии?
- ♦ Социально-трудовой маршрут (должность, стаж, причина смены места работы)?
- ♦ Состоит ли на учете в ПНД / НД (проходил ли лечение в ПБ, НБ)?
- ♦ Наличие хронических заболеваний?
- ♦ Привлекался(лась) к уголовной ответственности?
- ♦ Причина потери жилья?
- ♦ Стаж бездомности?
- ♦ Какой Вы человек? Охарактеризуйте себя.
- ♦ Как Вы относитесь к людям?
- ♦ Каков круг Ваших интересов (хобби)?
- ♦ Есть ли у Вас жалобы?
- ♦ Сколько времени Вы планируете пробыть в СУО и дальнейшие планы?

Заполнение социального анамнеза позволяет выявить основные проблемы, являющиеся преградой на

пути к успешной социализации клиента и требующие углубленной проработки с психологом. К перечню основных проблем относятся: психические расстройства, алко- и наркозависимость, психотравма утраты жилья, стыд и вина, вызванные социальным статусом бездомного, предпенсионный и пенсионный возраст, конфликтность, социальный инфантилизм. Редко проблема встречается изолированно. Куда чаще это комплекс проблем, построенный по принципу закольцованной цепи, где каждое из звеньев неразрывно связано с предыдущим и является закономерным продолжением следующего.

### ■ Третий этап. Углубленная беседа. Консультирование.

Основным запросом специалистов СУО к внештатному психологу является предоставление информации для составления более полной картины о проблемах и личностных особенностях клиента. Подобный запрос удовлетворяется в ходе первичной консультации. Далее индивидуальная работа с клиентами ведется в следующих формах:

- ♦ краткосрочное консультирование, информирование;
- ♦ долгосрочное консультирование (немедицинская психотерапия).

### ■ Краткосрочное консультирование

Фокус внимания в процессе краткосрочного психологического консультирования направлен на актуальную проблему клиента и ее оперативное решение, а не на поиск причин и источников. Зачастую для этого нужна 1 – 3 сессии. Данный подход эффективен в работе с индивидуальными проблемами взрослых людей (вопросами поиска мотивации, поведенческими проблемами, затруднениями в вопросах трудоустройства, а также внутригрупповыми бытовыми конфликтами). Инициатором встречи является клиент, осознавший наличие затруднений в каких-то конкретных ситуациях, связанных с личными особенностями. Ему/ей необходимо описать проблему и сформировать запрос, указав каких именно изменений, он(а) хочет добиться. Именно на этом этапе начинаются проблемы в работе с бездомными.

Основной сложностью является практически полное отсутствие представления о работе психолога как специалиста, который способен помочь в достижении изменений. Отсутствие готовности что-либо менять в собственном поведении, ограниченность абстрактного мышления, недостаточная способность к рефлексии, ригидность мышления и установок, наличие огромного числа комплексов и психотравм, мешающих открыться специалисту, определяют сомнительную эффективность опции краткосрочного консультирования в классической форме.

Исходя из имеющихся условий, часто приходится переформатировать структуру краткосрочной консультации в простое информирование клиента: после сбо-

ра социального анамнеза психолог в качестве короткого резюме сообщает клиенту о тех проблемах, которые он отметил, о тех трудностях, преодоление которых считает необходимым и первостепенным делом для качественного улучшения жизни клиента, предлагает пути и способы решения проблемы. Можно выделить перечень проблем, в работе с которыми данный вид консультирования представляется наиболее уместным:

### ► А) Алко-, нарко- и прочие виды зависимости

В обществе бытует мнение, что основной причиной бездомности являются различного рода зависимости. Однако в последние годы в ходе развития благотворительного движения помощи бездомным в России отчетливо прослеживается тенденция к попыткам вывести зависимость из числа основных причин потери жилья. Основной целью исключения зависимости из списка причин бездомности является снижение стигматизации группы, которое должно благоприятно повлиять на изменение общественного мнения, так как зависимость считается пороком, за который, по мнению большинства, несет ответственность сам человек.

Необходимо отметить, что на этапе ресоциализации не имеет большого значения стала ли зависимость причиной потери жилья или же она сформировалась в процессе бродяжничества. Куда важнее то, что в огромном числе случаев она становится основным камнем преткновения на пути возвращения человека к нормальной жизни.

После прохождения программы ресоциализации в СУО причиной повторного попадания на улицу в 98% случаев становится злоупотребление ПАВ. Недостаточное внимание к проблеме, а так же отсутствие действенных механизмов и программ ее решения сводит всю проделанную СУО работу на нет.

Зависимость рассматривается как болезнь. На сегодняшний день системный или комплексный подход зарекомендовал себя как наиболее эффективный при лечении зависимости. Он осуществляется посредством пяти этапов:

- ♦ На первом этапе происходит беседа, включающая в себя информирование, мотивирование и консультирование пациента. В число привлекаемых специалистов входят врач-нарколог и клинический психолог.
- ♦ Второй этап — детоксикация (естественное и искусственное удаление токсинов из организма), которая чаще всего проводится в условиях медицинского стационара под полным контролем врача-нарколога.
- ♦ Третий этап — реабилитация. Ее длительность варьируется от 1-12 месяцев в зависимости от многих факторов: стадии зависимости, длительности употребления, вида ПАВ, личностных особенностей пациента и т.д. На этом этапе к врачу-наркологу и клиническому психологу подключаются специалист по химической зависимости, а также специалист по социальной работе.
- ♦ Четвертый — постлечебная программа или сопровождение. На данном этапе человек включается в терапевтическую среду выздоравливающих зависи-

мых, которые поддерживают трезвый образ жизни. В программе принимают участие все специалисты, задействованные на третьем этапе, однако роль врача-нарколога в процессе лечения — уменьшается, но возрастает значимость и влияние других специалистов.

♦ Пятый и последний этап — поддержание трезвости, соблюдение человеком определенных норм, правил и установок, разработанных им индивидуально в процессе лечения для поддержания трезвости (посещение специалистов самостоятельно, по запросу).

Столь сложную систему лечения может предоставить только отдельная, специализированная коммерческая или государственная структура. При взаимодействии с рамках государственной наркологической службой возникают различные нормативно-правовые проблемы, препятствия, например, в виде отсутствия необходимого пакета документов у клиента, непроработанности межведомственного взаимодействия. В случае с коммерческой наркологией это отсутствие материальных средств у клиента.

Основная роль приходящего / внештатного психолога при оказании помощи в борьбе с зависимостью заключается в первичной профилактике, а именно выявлении, информировании, мотивировании и консультировании. В идеале психолог должен уметь диагностировать и выявлять признаки зависимого поведения, обладать углубленной информацией о зависимости как о болезни, иметь сведения об организациях, предоставляющих разнообразные наркологические услуги, уметь мотивировать клиента на лечение, а также выстраивать индивидуальную схему работы с каждым, отталкиваясь от личных особенностей, в частности действовать следующим образом:

1. В процессе сбора социального анамнеза выявляется наличие проблемы зависимости.
2. Отталкиваясь от индивидуальных качеств клиента, предлагается следующий набор путей решения проблемы:
  - ♦ Кодировка;
  - ♦ Религиозная программа;
  - ♦ Группы взаимопомощи АА, АН, АИ и т.д.;
  - ♦ Программа, предлагаемая государственной наркологической службой;
  - ♦ Группы взаимопомощи на базе СУО;
  - ♦ Индивидуальная работа с врачом-наркологом и психологом.
3. В случае сомнений или отказа от лечения, проводится мотивационная беседа.
4. Последним этапом после предварительного подбора программы лечения является маршрутизация клиента по намеченному плану.

**Вот несколько клинических случаев из практики Фонда:**

### А. (М) 44 года.

*«В системе СУО более двух лет. Дважды был отчислен из СУО с формулировкой «нарушение режима». Фактически за употребление алкоголя на тер-*



ритории СУО. Наследственность неотягощена. В медицинском анамнезе врожденный порок сердца. Отец заведующий кафедры МГУ. Мать домохозяйка. Детский сад не посещал. В школу пошел в 7 лет. Учился хорошо. Проблем во взаимоотношениях со сверстниками и преподавателями не было. Имеет высшее образование. Был женат. От брака есть дочь, проживающая в Лондоне. Контакт с дочерью поддерживает. На момент беседы оба родителя мертвы. Употреблять алкоголь эпизодически начал в старших классах школы. В институте употребление стало носить систематический и патологический характер. В состоянии алкогольного опьянения агрессивен, теряет контроль над своим поведением. Трижды судим по статьям о побоях, угоне транспортного средства и оскорблении сотрудника правоохранительных органов при исполнении. Со слов А., все правонарушения были совершены в состоянии алкогольного опьянения. Не отрицает, что все потерял в жизни вследствие злоупотребления алкоголем. Несколько раз проходил лечение в НБ. Состоит на наркологическом учете. Алкоголиком себя признает. Не верит, что сможет бросить пить, но надеется вернуться к нормальной жизни».

А. была предложена государственная амбулаторная программа ресоциализации. В данном случае клиент был готов принять это предложение, и мотивационная беседа не потребовалась. К моменту составления пособия сегодняшний день у А. 8 месяцев трезвости. Он успешно закончил программу ресоциализации в государственной наркологии, устроился на работу, получает социальные выплаты ввиду наличия хроническому заболеванию, активно занимается лечением зубов, состоит в романтических отношениях, посещает группы АА, раз в две недели встречается с психологом, готовится к завершению программы СУО по жизнеустройству и выходу на самостоятельный съем жилья.

#### Л. (Ж) 38 лет.

«Жалобы на сон, отсутствие аппетита, эмоциональная нестабильность. Наследственность отягощена. Мать злоупотребляет алкоголем, состоит на учете в ПНД. Контакт поддерживает, но взаимоотношения плохие. Мать обвиняет Л. в утрате жилья. В медицинском анамнезе хронические заболевания ВИЧ, гепатит С, воспалительное тазобедренного сустава вследствие инъекционного употребления наркотических веществ в паховую область, приведшее к нагноению и дальнейшему протезированию данной области. Имеет инвалидность. Алкоголь и наркотические вещества начала употреблять в возрасте 13 лет. Употребляла марихуану, экстази, α-PVP(соль), амфетамин, героин, метадон. Суточная доза героина – 2 грамма. Судима по статье УК РФ 228 ч. 2. Отбывала наказание 3.5 года в колонии общего режима. В СУО с 2021 года. За это время трижды лежала в НБ. Дважды проходи-

ла стационарный курс реабилитации в заведениях религиозной направленности. Не может выйти в устойчивую ремиссию, регулярно срывается».

Также как и А. ей было предложено пройти курс государственной амбулаторной программы ресоциализации. К моменту составления брошюры Л. 9 месяцев трезвая. К сожалению, последствия длительного употребления дают о себе знать: она систематически попадает в больницу с вирусными заболеваниями, а также для завершения курса реабилитации по восстановлению подвижности тазобедренного сустава. Все эти обстоятельства не дают возможности найти постоянную работу и выйти на самостоятельный съем жилья.

#### И. (Ж) 60 лет.

«В системе СУО более четырех лет. В течение этого периода времени несколько раз устраивалась на работу. Трудоустраивается в места с возможностью проживания на территории работодателя. Зачастую это низкоквалифицированный труд (к примеру, помощником повара в пансионате или горничной на турбазе и т.д.). Каждый новый рабочий период в разы короче предыдущего. Истинные причины увольнения скрывает, обвиняя руководителей в предвзятости. После продолжительной беседы призналась, что с последнего места работы, на котором смогла продержаться ровно месяц, до первой зарплаты, была уволена за пронос алкоголя. Употребление отрицает. В молодости лишена родительских прав на троих детей вследствие злоупотребления алкоголем. Период с 1997 по 2017 год практически не помнит. По полученным отрывочным воспоминаниям И. можно предположить, что весь указанный выше отрезок времени находилась в перманентном запое. Тогда же лишилась жилья. Масштабы употребления пытается скрыть, минимизировать. Мимика свидетельствует о том, что в момент беседы о проблеме испытывает стыд и вину. Несмотря на очевидность фактов, свидетельствующих о наличии проблемы, отрицает ее наличие. В НБ не лечилась. На приеме у врача-нарколога ни разу не была».

После беседы И. были предложены все вышеуказанные схемы решения проблемы зависимости, был получен отказ. Тогда психолог вновь озвучил все социальные последствия, наступившие в жизни И. Ввиду злоупотребления алкоголем, была проведена мотивационная беседа (без распределения вины), в ходе которой клиентка была проинформирована о том, что зависимость – это болезнь, которая успешно лечится. В итоге И. приняла предложение посетить врача-психиатра нарколога, а чуть позже проинформировала о том, что посетила врача-нарколога.

Стоит отметить, что указанные выше случаи скорее исключение, чем правило. Большинство клиентов СУО имеют или имели проблемы с зависимостью. Зависи-

мость – это хроническая, прогрессирующая и неизлечимая болезнь, то есть, даже перестав употреблять ПАВ, человек продолжает болеть, и зависимость от одного вещества может перерасти в зависимость от другого. Есть примеры «эволюции» болезни, связанной со спецификой условий проживания в СУО: так как на территории СУО есть запрет на употребление ПАВ, и человека могут «продуть» или отправить на освидетельствование, бездомные люди нашли «выход» - это ставки на спорт и игровые автоматы в сети интернет, на который спускаются пенсии, социальные пособия, зарплаты, кредиты и займы. Действия по быстрой добыче денег, зачастую полулегальным или откровенно криминальным путем, приводят к конфликтам внутри коллектива и не способствуют процессу социализации. Если зависимых от алкоголя и наркотиков, пойманных на употреблении, попросту выписывают из СУО, то с явлением лудомании администрация СУО бороться не может или не хочет.

## ► Б) Конфликты

Условия проживания в СУО представляют собой общежитие с палатами численностью от 2 до 16 человек и местами общего пользования. Длительность программ ресоциализации составляет от одного месяца до одного года, в зависимости от предоставляемых услуг, то есть носят временный, индивидуальный характер. Данный формат сожительства подразумевает минимум личного пространства и требует наличия хороших коммуникационных навыков взаимодействия в коллективе. Проблема заключается в том, что люди проживают в СУО годами, используя различные уловки в правилах и законах, при этом обладают весьма низким уровнем развития коммуникативных навыков. Прибавляя к этому личностные деформации, полученные в ходе бродяжничества и асоциального образа жизни, получают идеальные условия для возникновения конфликтов.

Само слово «конфликт» значит «резкое обострение противоречий и столкновение двух или более участников в процессе решения проблемы, имеющей деловую или личностную значимость для каждой из сторон». Но речь идет скорее о конфликтности как черте характера. Конфликтность – это свойство личности, которое отражает частоту ее вступления в межличностные конфликты, а также готовность личности к конфликтам, степень ее вовлеченности в развитие конфликтов.

Социально-психологические причины конфликтов вызваны непосредственным межличностным, внутригрупповым или межгрупповым взаимодействием клиентов. Наиболее распространенные из них:

1. Искажения информации в процессе коммуникации. Большинство клиентов не могут конструктивно изложить суть претензии.
2. Ограниченные способности человека к децентрации, т. е. к умению поставить себя на место другого человека и понять его интересы, ценности, к измене-

нию собственной позиции в результате сопоставления ее с позициями других людей.

3. Зачастую причиной являются внутриличностные конфликты, так называемые неврозы, имеющие в своей природе побудительные мотивы регулярного отыгрывания их вовне.

4. Отсутствие конструктивных психологических защит, таких как сублимация и компенсация.

5. Низкий уровень социально-психологической компетентности. Бездомный может не владеть приемами или не иметь навыков, умений бесконфликтного выхода из предконфликтных ситуаций.

6. Психологическая несовместимость. Выделяются четыре уровня психологической несовместимости: психофизиологический, индивидуально-психологический, социально-психологический и социальный. Индивидуально-психологическая несовместимость проявляется в неудачном сочетании темпераментов и характеров совместно проживающих людей. Социально-психологическая несовместимость предполагает противоречие в жизненных ценностях и идеалах, мотивах, целях деятельности. Социальная несовместимость проявляется в несовпадении убеждений, мировоззрений, идеологических установок и т. п.

7. Напряженные межличностные отношения.

8. Конкурентный характер взаимодействия с другими людьми и группами. Стремление занять наивысшую позицию в иерархии.

9. В большинстве своем у бездомных людей снижена способность к эмпатии – пониманию эмоционального состояния другого человека. Недостаточность эмпатийных личностных качеств приводит к тому, что клиент ведет себя в ситуации социального взаимодействия не так, как ожидают партнеры по общению, или не понимает чувств партнера по взаимодействию.

10. Завышенный или заниженный уровень притязаний также способствует возникновению межличностных и внутриличностных конфликтов. Завышенная самооценка обычно вызывает негативную реакцию со стороны окружающих, заниженная – имеет следствием повышенную тревожность, неуверенность в своих силах, тенденцию избегать ответственности и пр.

11. Многие бездомные обладают личностными качествами присущими виктимной личности. Позиция жертвы дает право быть агрессивным и защищаться.

12. Наиболее часто встречающихся личностных причин конфликтов являются различные акцентуации характера, которые представляют собой чрезмерную выраженность отдельных черт характера или их сочетаний у конкретного человека и представляют крайние варианты нормы, граничащие с психопатиями, что весьма распространено в среде бездомных.

## Вот примеры различных конфликтных ситуаций:

*«Неотъемлемой обязанностью внештатного психолога является установление делового контакта с работниками СУО. Специалисты находятся в не-*

посредственном контакте с клиентами и облада-ют наиболее полной информацией о подопечных. В рамках очередной, регулярной беседы со специалистами центра выяснилось, что один из клиентов крайне навязчив и регулярно нарушает межличностные границы».

В ходе индивидуальной беседы удалось выяснить, что специалист сам сыграл немаловажную роль в том, что своевременно не установил межличностных границ. В частности предоставил личный номер, отрывался от работы при малейшей попытке клиента вступить в диалог, лично включался в проблемы клиента, не говорил о своих недовольствах. Хотелось бы отдельно отметить, что специалист обладал определенными качествами, присущими созависимой личности, а также демонстрировал признаки эмоционального выгорания и релевантной психотравмы (запроса на работу с личными проблемами не было). Необходимо было решить конфликт, который по факту представлялся конфликтом лишь для одной из сторон. Клиент, как позже выяснилось, не подозревал о том, что специалист недоволен его поведением. Это связано с тем, что клиент имел определенное психическое заболевание, характеризующиеся снижением критики и эмпатических качеств личности. Что касается специалиста, то причина конфликта лежала во внутриличностной плоскости. Разрешить конфликт удалось с помощью трехсторонней встречи, в ходе которой были сформулированы принципы дальнейшего взаимодействия. Позже специалистами отмечалось, что после этой беседы клиент стал менее навязчив.

*«В адрес администрации центра поступила письменная жалоба на С., в которой было указано, что последняя не соблюдает правила общежития, регулярно открывает окна, на просьбы прикрыть или составить график проветривания отвечает нецензурной бранью».*

Стоит отметить, что самый распространенный вид конфликтов в СУО – бытовой. Зачастую в ходе разбора ситуации выясняется, что это всего лишь предлог, а суть конфликта лежит в межгрупповой, межличностной, а чаще всего внутриличностной плоскости. Так и в этом случае, С. имеет подтвержденное психическое заболевание – псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения. Данное заболевание характеризуется немотивированной агрессией, жестокостью, асоциальным поведением, злобными высказываниями, негативным отношением и беспричинной ненавистью к окружающим, увлечением наркотиками и алкоголем. В данном случае можно было наблюдать классическую картину обострения заболевания, случающуюся с пациенткой в среднем раз в 2-3 месяца. В ходе беседы выяснилось, что С. открывает окна не просто так. Она обвиняла своих соседок в метеоризме, называла бомжихами, негодовала, что должна проживать в одной комнате «непонятно с кем», хотя и находится в СУО более 3 лет. С. не

могла принять факт потери жилья. В данной ситуации внутриличностный конфликт, а именно нежелание принимать утрату сверхценного объекта, наложенное на отрицание психического заболевания, является преморбидом конфликта. Способность к критике у С. частично сохранена. После психотерапевтической беседы, в которой психолог выступал в позиции эксперта-авторитета, С. осознала неправоту ее обвинений в адрес соседок. Она принесла извинения и согласилась составить график проветривания.

*«У подопечной А. пропал телефон, оставленный в холле для подзарядки. Она обратилась к руководству СУО с просьбой найти пропажу и разобраться в случившемся. В ходе просмотра камер наблюдения, удалось вычислить злоумышленника. Им оказалась одна из соседок. После чего последняя была вызвана на беседу».*

В процессе беседы В., похитившая телефон, всячески отрицала свою вину. Даже после демонстрации видеозаписи, на которой отчетливо было видно, как она совершает кражу, В. не созналась. Несколько раз ей было предложено выдать похищенное имущество самостоятельно, на что она отвечала отказом. За время беседы В. несколько раз меняла версию произошедшего в зависимости от изменяющихся обстоятельств, начиная от полного отрицания до версии, что она просто перепутала телефон со своим, ей его подбросили. В данном случае психологом были выдвинуты две рабочие версии. Первая, это то, что В. страдает kleptomанией. Так, как она прекрасно знала, что место совершения преступления находится под круглосуточным видеонаблюдением, но все же совершила кражу. Kleptomания же, как психическое заболевание, характеризуется таким симптомом, как непреодолимое, компульсивное влечение к воровству. Эпизоды не обусловлены выгодой, мстостью, бредом или галлюцинацией. Сопровождаются нарастающим возбуждением до кражи, ощущением удовлетворения во время и сразу после ее совершения. Заболевание диагностируется на основании анамнеза, жалоб пациента и/или свидетельств очевидцев и представителей правоохранительных органов. Лечение – психотерапия, медикаментозная терапия. К сожалению, данную версию не удалось проверить. Так как собрать анамнез не удалось. Второй версией является то, что воровство для В. является профессиональным занятием. Об этом свидетельствует то, с какой ловкостью она совершила кражу. Однако, в том же месте лежали телефоны по себестоимости намного превышавшие украденный аппарат. К сожалению, диалог с В. не получился.

## ► В) Кверулянтство

Кверулянтство – это психопатологический комплекс, который включает в себя зацикленность на выдуманной или сложноразрешаемой проблеме и упорное отстаивание собственных интересов путем агрессии,



жалоб, споров. В СУО чаще всего требование особых прав и отношений, а также очевидно безуспешные попытки вернуть или получить бесплатное, социальное жилье от государства. Человек, страдающий кверулянтством, постоянно высказывает недовольство поведением и поступками окружающих, ему не нравятся способы разрешения социальных проблем. Он отстаивает свою точку зрения, игнорируя при этом мнение других людей. Кверулянт получает моральное удовлетворение от причинения неприятностей отдельным личностям или организациям, вставшим на его пути к достижению желаемого.

Кверулянтство несет в себе еще один весьма значимый смысл для бездомного человека. Зачастую с бездомным человеком не считаются, его права и свободы игнорируют, отказывают в предоставлении положенных по закону медицинских, социальных, юридических и прочих услуг. В РФ любая жалоба, направленная в адрес государственного органа, должна быть отработана, а жалующемуся предоставлен ответ. После подачи жалобы бездомного человека начинают вызывать к себе руководители, с ним беседуют, выясняют подробности, собирают комиссии, нередко удовлетворяют жалобы. Все это искусственно поднимает крайне низкую самооценку, создает иллюзию значимости.

Система обработки жалоб имеет массу недочетов и в крайней степени необъективна. В подавляющем количестве случаев жалоба банально отправляется в то же учреждение, на которое она и поступила. Там, пройдя по всем инстанциям, в конечном итоге попадает к тому или тем, на кого она и составлена, и это приводит к конфликту между получателем социальных услуг и конкретными служащими учреждения. Нередко жалоба становится катализатором конфликта между руководством и подчиненными. Таким образом, благодаря плохо отлаженной системе, отсутствию конструктивного диалога внутри вертикали власти, жалоба способна парализовать работу СУО или его отделения.

Кверулянтство редко является проявлением бреда притязания, чаще оно сигнализирует о развитии у человека психопатии. Иногда сверхактивное сутяжничество связано с гипоманиакальными эпизодами.

Бред сутяжничества (кверулянтство, синдром настойчивых жалоб) — это убеждение человека в том, что он имеет право на некие выдуманные привилегии, которые намеренно игнорируются окружающими. Такие клиенты СУО неустанно ведут «борьбу за справедливость», не верят специалистам, видя в них врагов, желающих им зла. Они постоянно инициируют судебные разбирательства, пишут многочисленные жалобы в разные инстанции. Отличить кверулянта от здорового человека, действительно отстаивающего свои права, достаточно просто. Кверулянты делают акцент не на результат, а на сам процесс выяснения отношений, целью жизни становится составление заявлений в разные ведомства, постоянные походы по судам, устные жалобы близким.

Основными причинами появления патологии считаются индивидуальные личностные особенности и ментальные болезни (шизофрения, психопатия, биполярное расстройство, органические повреждения). В любом случае имеет место паранояльный радикал. Патология также может развиваться на фоне ряда психических нарушений: алкогольной и наркотической зависимости, депрессии, начальной стадии деменции, опухоли головного мозга и т.д.

Здесь можно привести следующий пример:

### А. (М) 49 лет

*«Знакомство с А. началось с того, что он пожаловался на предвзятое отношение со стороны конкретного специалиста по социальной работе. Далее жалобы поступали практически на всех сотрудников, с которыми А. взаимодействовал. Стоит отметить, что специалист пытался помочь одному из соседей А., которого последний нещадно «юзал». Откровенный разговор на эту тему спровоцировал конфликт, послуживший катализатором рецидива патологии. Сами жалобы сопровождалась нецензурной бранью, обесцениванием, угрозами. При этом А. был чрезвычайно перевозбужден и повышал тон голоса. Разговор с психологом А. задумал как манипуляцию для воздействия на специалиста по социальной работе. Не получив желаемого эффекта А., обратился к заведующему СУО, который разрешил конфликт в пользу А. В частной беседе заведующий признался, что боялся жалоб в вышестоящее руководство, которую он позже все равно получил. Так продолжалось какое-то время: специалист запрещал, заведующий разрешал. Таким образом, конфликт из плоскости «клиент-специалист» перерос в плоскость «социальная служба-заведующий». В это время А. ликовал, получая все новые преференции: поменял комнату, продлил проживание, спокойно употреблял психоактивные вещества и т.д.»*

В социальном анамнезе А. есть ряд пунктов, хрестоматийно указывающих на причины возникновения патологии. А. страдает алкогольной и наркотической зависимостью. На протяжении 20 лет системно употреблял синтетическое наркотическое средство первитин («винт»), оказывающее сильнейшее стимулирующее влияние на психику, многократно проходил лечение в наркологических больницах, имеет диагноз психопатия. Кверулянтство использует как способ достижения желаемого. Прекрасно осознает, что делает. На морализаторские беседы не реагирует. Критика снижена, последствий данного поведения не осознает. Видит только положительные стороны. От психотерапии и лечения зависимости отказывается. В данном случае работа психолога была сосредоточена на достижении единой позиции в отношении к А. со стороны работников СУО.

Следующий кейс будет представлен в виде краткого изложения индивидуальных консультаций (пред-

ставлены в хронологическом порядке, от ранней к поздней), чтобы продемонстрировать динамику патологии:

## **Е. (Ж) 61 год**

**25.03.2022**

«Контакту доступна. Настроение «нормальное». Жалуется на бытовые условия пребывания в СУО, а также на контингент. Мыслей о суициде нет. Судимость отрицает. На учете в ПНД и НД не состоит. Проблемы с употреблением ПАВ отрицает. Позже выяснилось, что проблемы с алкогольной зависимостью были. На учете в ПНД состоит. В анамнезе трепанация черепа вследствие автомобильной аварии. Диагноз не сообщает. Проблемы с краткосрочной и долгосрочной памятью. Замужем была 4 раза. Из родственников осталась дочь от первого брака, которая на контакт с ней не выходит. Дочь оставила в раннем детстве матери, сама уехала с мужчиной устраивать личную жизнь. Себя считает виноватой лишь отчасти. Утверждает, что так было лучше для нее. Занимает обвинительную позицию в отношении семьи и общества в целом. В крайней степени эгоцентрична в суждениях и эгоистична в желаниях. Критика снижена. Биографические данные сообщает выборочно. О причинах утраты жилья говорит неохотно. Общий стаж проживания в СУО более 10. За это время нигде не работала. Источник дохода – пенсия. Склона к кверулянтству. Регулярно пишет жалобы в различные инстанции. Считает, государство ей обязано предоставить отдельное жилье. Видимо имеет свой какой-то план действий по получению жилья, согласно которому и действует. Мотивы жалоб скрывает. Утверждает, что в дальнейших планах съем жилья и устройство на работу. Прямо после сессии собеседование. В ходе беседы было достигнуто соглашение, что прежде чем написать жалобу она будет сообщать о недовольствах социальной службе».

**01.04.2022**

«Анонсированное на предыдущей сессии собеседование не посетила. Предметом беседы является обращение Е. в приемную Президента РФ с просьбой о помощи и защите. Так как было не совсем понятно, в чем суть обращения, о какой помощи идет речь и от кого ей нужна защита, беседа началась с конкретизации проблемы. Удалось выяснить, что помощь нужна по трем пунктам:

1. Изменение группы инвалидности с целью увеличения денежного довольствия и оснований для получения собственного жилья.
2. Получение социального жилья, которое по ее мнению положено ей по закону.
3. «Перестать дергать» и отправлять в регион N по последнему месту прописки.

Защита же нужна от весьма абстрактных «жизненных обстоятельств» и «ситуации». Утвержда-

ет, что договоренности соблюдает, а жалоба была написана ранее. Полученные сведения были доведены до социальной службы. Записали на консультацию к юристу».

**08.04.2022**

«Жалуется на беспокойство из-за того, что находится в состоянии неопределенности. Переживает, что могут отправить или в Психоневрологический интернат (ПНИ) или в регион N по месту последней регистрации, что собственно предусмотрено законом. Рассматривает исключительно съем комнаты или квартиры. Хостел и общежитие не рассматривает. При этом не работает. Заявленные на первой консультации дальнейшие планы, в части поиска работы, выполняет лишь на словах. От идеи изменить группу инвалидности не отказывается. По просьбе социальных работников было проведено исследование памяти («10 слов» 5-7-7-5-5, отсрочено – 0 слов), объем непосредственного запоминания ниже нормы, долговременная память – резко ниже нормы. В ходе проведения методики «Рассказ» («Галка и голуби») не смогла передать фавулу. После прочтения тоже. В качестве компенсации использовала привнесения. Отсрочено не может вспомнить ничего из рассказа, даже действующие лица. Инструкцию удерживает. Быстро истощается, что снижает работоспособность. Достигнутые договоренности соблюдает. Но за три недели не разу не обратилась в социальную службу».

**15.04.2022**

«В начале беседы была агрессивна, недовольна тем, что оторвали от работы по уборке территории. Настроение быстро сменилось после принесенных извинений и признания важности ее труда. Со слов, работу ищет. Рада, что в ПНД признали ее проблему с памятью и поставили диагноз «расстройство памяти вследствие травмы головы». Все еще пытается изменить группу инвалидности. На предложение использовать ежедневник в качестве компенсаторного механизма долгосрочной памяти ответила согласием. Воспоминания достраивает с выгодной для нее позиции. Утверждает, что жалоб нет».

**24.04.2022**

«Жалоб нет. Терапию, назначенную в ПНД, принимает. Ощущает улучшение памяти и настроения. Утверждает, что если будут вопросы, то сначала обратится за помощью к администрации. О договоренностях помнит, соблюдать не отказывается. В то же время обращается за юридической консультацией в БФ NNN. Также записана на бесплатную юридическую консультацию по объявлению на остановке. Из полученных данных известно, что ранее она так делала. Потратила много денег, а результата не было. Повторяет те же действия».

**13.05.2022**

«Договоренности, со слов, соблюдает. Контактует с социальной службой. За два месяца так и не

*предприняла никаких попыток устроиться на работу. Утверждает, что на сегодня-завтра назначено собеседование в парикмахерской. Причем в рассказе фигурирует тот же салон, что и два месяца назад. Терапию назначенную в ПНД принимает».*

Необходимо отметить, что на момент последней консультации Е. уже была написана очередная жалоба в Департамент здравоохранения Москвы на городскую поликлинику, отказавшуюся менять ей группу инвалидности. Данный факт был скрыт от психолога и социальной службы, что в целом полностью укладывается в клиническую картину патологического кверулянтства, вызванного органическим повреждением мозга.

Сутяжная активность может сохраняться на протяжении длительного времени, иногда судебные тяжбы с участием кверулянта длятся годами. По мере разрешения конфликта активность сутяги начинает постепенно ослабевать, но стоит появиться новым неблагоприятным факторам, как ремиссия завершается и запускается очередной виток жалоб.

Иногда лечение заболевания растягивается на несколько десятков лет и на протяжении этого срока кверулянт неустанно строчит жалобы на различных специалистов, руководство СУО и т.д. Когда стадия обострения проходит, клиент прекращает писать заявления в разные ведомства. В каждом отдельном случае ремиссия имеет различную длительность. На это время сутяга зачастую пропадает из поля зрения, чтобы спустя определённый промежуток вновь напомнить о себе.

При лечении кверулянтства используется комплексный подход, который включает в себя следующие методики:

- ◆ подбор лекарственных средств (нейролептики, транквилизаторы, нормотимические препараты и иные медикаменты); прохождение курса психотерапии (применяются групповые и индивидуальные занятия, семейная терапия);
- ◆ физиотерапия;
- ◆ изоляция от внешних триггеров;
- ◆ лечебная физкультура.

Прогноз по заболеванию обычно сомнительный. Грамотная терапевтическая схема помогает нормализовать психику клиента, но любые психотравмирующие факторы могут привести к повторному развитию недуга.

## ► Г) Негативные чувства

Первое и самое важное, с чем приходится сталкиваться внештатному психологу, работающему в СУО - это негативные чувства клиентов. Бездомные люди на своем жизненном пути не раз сталкиваются с горечью утраты, предательством, обманом самых близких людей и испытывают все трудности жизни на улице. Клиенты находятся в крайне тяжелом положении, и это негативно сказывается на их эмоциональном состоянии. Именно поэтому на первой консультации они зачастую бывают либо чрезмерно агрессивны, либо в высшей степени

дружелюбны и приветливы, что по факту является всего лишь механизмом психологической защиты. Собственно в этом плане они мало чем отличаются от социализированных людей, пришедших на прием к психологу. Около 90% клиентов выросли в дисфункциональных семьях и подвергались различного рода насилию. Эта особенность несомненно сказалась на том, что с раннего детства они испытывали негативные эмоции... дальше школа, где зачастую, наши подопечные оказывались в числе аутсайдеров и изгоев, потом техникум и низкооплачиваемый труд. При этом никто не отменял амбиции, которые так и не удалось реализовать. В то же самое время у клиентов появлялась своя семья, зачастую такая же неблагополучная как родительская. И ключевой момент - утрата жилья, несущий в себе глубочайшую эмоциональную травму, затем мытарство по друзьям и знакомым, потом улица, где они столкнулись с полным социальным исключением.

Именно с таким жизненным багажом человек чаще всего попадает в СУО. В эмоциональном плане это обиды на родственников и общество, стыд и вина за потерю жилплощади, отвращение к себе, тревога, страх за будущее, самобичевание за неправильно прожитую жизнь, недоверие к людям и т.д.

Начальный период пребывания бездомного в СУО связан с высоким уровнем социальной тревоги, нередко перерастающей в субдепрессию. На данном этапе основной задачей психолога является оказание помощи в адаптации к новым условиям. Для достижения этой цели необходимо:

1. Расположить клиента к себе (для этого не надо быть чрезмерно навязчивым; помогут небольшие дружеские советы, без перехода профессиональной грани).
2. Дайте всю необходимую информацию по правилам учреждения, распорядку дня и условиям пребывания.
3. Ответьте на все интересующие вопросы.
4. Привлекайте нового члена коллектива ко всем внутренним мероприятиям.
5. Попросите кого-нибудь из «старожилов» взять шефство над новичком.
6. Регулярно напоминайте, что человек всегда может обратиться к Вам за помощью, что вы открыты для общения.

На следующем этапе у человека начинают всплывать чувства вины и стыда за утраченное жилье, подкрепленные самобичеванием. В каком-то роде психологическая травма, полученная из-за потери жилья, сопоставима по своей значимости с утратой конечности или близкого родственника. В сознании человека она представляется как невосполнимая.

Известно, что проживая горе или утрату, человек проходит **5 стадий**:

1. **Шок (отрицание).** Человек просто не верит, что ему больше нигде жить. Нередко люди лишаются рас-

судка на этом этапе, не в состоянии признать, что это действительно произошло с ними.

⇒ **Как помочь:**

- ✓ Поддерживать разговоры о потере.
- ✓ Тактично напоминать, что это нельзя исправить.
- ✓ Быть терпеливым и дать человеку время на осознание.
- ✓ Помощь при горевании не может включать фразы вроде «Соберись!», «Хватит об этом говорить!». Позвольте горюющему говорить о случившемся, но не поддерживайте его иллюзий, не давайте советов и рекомендаций.

**2. Гнев (чувство вины).** Человек принял случившееся, но считает это несправедливым. Есть риск навредить себе и окружающим, застрять в недоверии к миру и жажде мести.

⇒ **Как помочь:**

- ✓ Много разговаривать и слушать.
- ✓ Поддерживать выражение чувств экологичным способом — плач, крик, спорт, письма, помощь другим.
- ✓ Помочь проанализировать случившееся, найти причины и следствия, виновников, если они есть.
- ✓ Цель поддержки — защитить человека и окружающих от него самого, но при этом помочь выразить чувства экологичным способом.

**3. Торг.** Человек застрекает во внутренних диалогах. Пытается договориться с самим собой и высшими силами.

⇒ **Как помочь:**

- ✓ Помочь человеку увидеть его долю ответственности, если она есть, но не уходить в самообвинение.
- ✓ Помочь увидеть долю ответственности других людей и обстоятельств.
- ✓ Объяснить человеку, что он достоин жить дальше и быть счастливым.
- ✓ Поощрять мысли о необратимости ситуации.
- ✓ Цель поддержки — помочь осознать необратимость случившегося. Нельзя поддерживать человека в идеях самонаказания или искупления вины, если он винит себя и в чем-то ограничивает себя или принуждает к чему-то.

**4. Депрессия.** Человек чувствует бессилие. Квартиру не вернуть, от мщения боль не проходит, торги не приносят результатов. Наступает отчаяние, опускаются руки. Все бессмысленно. Человек становится равнодушен к себе, другим, своим увлечениям, работе. Он не понимает, как ему жить дальше и как справиться с чувствами, которые он испытывает.

⇒ **Как помочь:**

- ✓ Разделить боль.
- ✓ Так как у наших клиентов нет родственников или они с ними не общаются, сотрудники центра должны помочь и поддержать морально и физически. Например, помочь в быту.
- ✓ Поощрять проговаривание чувств и эмоций, помочь выразить их через творчество.
- ✓ Цель работы на данном этапе — поддержать, защитить от ухода в клиническую депрессию и суицида.

**5. Принятие.** Человек возвращается к привычной жизни, начинает испытывать положительные эмоции. Боль не утихла, но человек учится жить с этим.

⇒ **Как помочь:**

- ✓ Порекомендовать постепенно возвращаться к обычной жизни — брать больше бытовых обязанностей, рабочих задач и т. д.
- ✓ Помочь найти новые цели и смыслы или вернуться к старым начинаниям.
- ✓ Помочь найти то, что интересно и хочется узнать, попробовать.
- ✓ Не торопить, но и не слишком опекать.

Люди, проживающие в СУО, как правило, носятся по первым четырем стадиям, проваливаясь в них на годы и десятилетия, этому также способствуют проблемы со здоровьем, алкогольная зависимость и отсутствие поддержки со стороны родственников.

Ключевым моментом в реадaptации клиента СУО становится период выписки. В это время клиенты чувствуют максимальный уровень тревоги и страха перед будущим и неизвестностью. Их терзают мысли «Как я буду дальше? Получится ли? Что делать, если снова окажусь на улице?». На данном этапе основной задачей психолога является поддержка. Необходимо напоминать, что психологическая помощь доступна, информировать о местах и времени получения помощи.

Отдельная категория граждан — это люди, для которых СУО стал перевалочным пунктом и дальше они распределяются в другие учреждения, оказывающие профильную социальную помощь. Такие люди также испытывают высокий уровень тревоги. В первую очередь это связано с тем, что их неоднократно обманывали, а страх остаться на улице никуда не делся. Кроме того, зачастую им совершенно не представляют никакой информации о новом месте пребывания. Клиента просто ставят перед фактом, что они в ближайшее время переезжают. К примеру, одна из клиенток, получив распределение в пансионат ветеранов труда и сумев получить информацию от социальной службы исключительно касательно приблизительного района его нахождения, самостоятельно отправилась на место для того, чтобы хотя бы приблизительно оценить условия содержания. Одной из задач психолога является взаимодействие с социальной службой для того, чтобы последние предоставляли более полную информацию своим клиентам.

### ■ Долгосрочное консультирование

Если целью краткосрочной терапии чаще всего является консультация, информирование и решение конкретной, актуальной проблемы, то цели долгосрочной немедицинской психотерапии более масштабны. Это длительная форма работы, предполагающая:

- ◆ Направленное воздействие на развитие личности клиента и знакомство со своим истинным «Я».
- ◆ Ориентация на процессуальные проявления, то есть на то, как человек ведет себя «здесь и сейчас», и какие проблемные паттерны проявляет.



♦ Глубинное изучение проблемы. Клиент с терапевтом смотрят на то, что стоит за паттернами поведения и реагирования, стремясь восполнить имеющийся дефицит развития, а также обрести недостающие навыки.

♦ На первый план выходят именно общие факторы эффективности психотерапии, то есть контакт, доверие, эмпатия и принятие. Все эти факторы не управляют изменениями, а скорее создают контекст для них.

Специфика данного вида терапии заключается в том, что ее продолжительность составляет от полугода до пяти лет, при частоте встреч один раз в неделю. Длительность терапии зависит от множества факторов: начиная с глубины «нарушений» и мотивации клиента к изменениям и заканчивая качеством контакта с психотерапевтом. Кардинальные изменения в психической структуре личности не происходят быстро и требуют от клиента значительных временных, когнитивных, мотивационных ресурсов. Основными объектами работы с бездомными людьми в рамках долгосрочной психотерапии являются:

- ♦ Детские психотравмы (различного рода насилие и деструктивные методы воспитания).
- ♦ Опыт бездомности и стигматизации со стороны общества.

Клиенты зачастую не обладают необходимым набором ресурсов для качественного включения в работу с психологом по ряду понятных причин. Основными из которых являются:

- ♦ Невозможность физического присутствия в поле работы психотерапевта (переезд в другой город, повторное возвращение на улицу и т.д.).
- ♦ Недостаточный уровень, а порой и недоступный уровень абстрагирования необходимый для понимания значения работы с таким специалистом как психотерапевт или психолог.
- ♦ Страх сближения и страх впасть в зависимость от специалиста. Клиенты зачастую перестают приходить на сессии, когда сформировался достаточный уровень доверия. Это делается бессознательно, чтобы в очередной раз ощутить себя покинутыми и брошенными. Данная позиция препятствует изменениям и выступает в роли защитного механизма психики.
- ♦ Установки, направленные на то, что обращаться за помощью стыдно, надо справляться самому или же ожидание «волшебных» изменений без прикладывания достаточного количества собственных сил, приводят к тому, что человек просто бросает терапию.

Вот пример долгосрочной терапии: клиент посетил 27 консультаций в течение года:

### А. (М) 33 года

*«Состоит на учете в ПНД с диагнозом паранойяльная шизофрения. На учете в НД не состоит.*

*Проблем со злоупотреблением ПАВ, со слов, не было. Наследственностьотягощена алкоголизмом по линии отца. Утверждает, что у матери тоже «не все в порядке с головой». Терапию, назначенную психиатром, принимает. На момент беседы заболевание проявлялось «в запаранности, навязчивости, тревожности». В судебном порядке пытается оспорить право проживания в квартире, которую он продал. Утверждает, что мать похитила средства с карты, пока он находился в НБ. В связи, с чем находится в перманентном конфликте с матерью. Средства к существованию – пенсия. Мыслей о суициде нет. А. утверждает, что мать является адептом секты «Свидетелей Иеговы» (деятельность организации запрещена на всей территории РФ). Он так же до 18 лет состоял в ней, но вышел. Опыта проживания на улице не было. Был женат. Детей нет. Отбывал наказание в исправительном учреждении больничного типа за совершение кражи».*

В разные периоды психотерапевтического сопровождения были различные запросы. Местами приходилось сталкиваться с откровенной манипуляцией. А. намеренно искажал или преподносил факты в таком виде, в котором они должны были благоприятно повлиять на отношение к нему, и его длительность пребывания в СУО, при условии передачи информации социальным работникам. Порой он рассказывал определенные факты своей жизни исключительно с этой целью. У него не было сомнений в том, что он центр вселенной, и все разговоры вокруг о нем. Данному факту способствует диагноз и характерное для таких людей эгоцентрическое мышление.

На первых этапах взаимодействия, А. было предложено начать вести дневник чувств, чтобы он научился отслеживать свое эмоциональное состояние, улучшить самопонимание и самоконтроль, поближе познакомиться с мотивами поведения и языком тела, чтобы он смог перенести фокус внимания с внешних объектов на психическую реальность (дело в том, что специалисты СУО активно жаловались на чрезмерную навязчивость А.).

Дневник представлял собой таблицу из 4 столбцов:

Событие	Чувства	Мысли	Контрмера

Предлагалось писать не менее 7 эмоционально значимых событий в день. В колонке «событие» необходимо было кратко описать произошедшее (одну короткую транзакцию). А. так и не научился разбивать жизненные ситуации на отдельные части. Зачастую он писал повесть, которая начиналась в колонке «события» с реально происходящего и заканчивалась какими-то домыслами, объяснениями и фантазиями в колонке «мысли». К примеру:

Событие	Чувства	Мысли	Контрмера
Пришел заблокированный пользователь и угрожал мне расправой, как и учат в учебниках ФСБ. Я представил, что он уже меня убил и я уже мертв, я ощутил покой, и выгнал его из клуба	Безопасность, спокойствие, смирение:	Он может найти и убить меня, он думает, что этим сделает мне плохо, он окажет мне услугу, и ещё порядка 150 человек из Свидетелей Иеговы скажут ему огромное спасибо.	Контрмера не нужна
Оксана написала сообщение, что кот ее достал и она выкинула его через форточку со 2 этажа, кот короткошерстный, охоте не обучен, на улице -20, это очень жестокий даже по моим садистским меркам поступок, я принял решение прекратить с ней всякое общение: смирение, спокойствие, принятие	Не любви, не тоски не жалости, чувств нету	Я уже ничего не чувствую, раньше было больно когда расставался, теперь шизофрения делает свое дело	Контрмера не нужна

\*Пунктуация и орфография сохранены

Это упражнение значительно помогло А. в развитии навыка идентификации своих чувств, с которыми он знакомился в ходе индивидуальных консультаций. Также у него была таблица чувств, из которой к каждой консультации он брал по три чувства и из словаря выписывал их значение. В случае А. необходимым условием для успешной реализации является принятие психиатрического заболевания, сформированность навыка самонаблюдения за психическим состоянием и комплаентность. Проблем с принятием заболевания в целом не было. На момент начала занятий А. регулярно посещал НБ и принимал необходимые медикаменты. Проблема была в отношении к заболеванию. А. активно использовал его для извлечения выгоды, индуцировал специалистам чувство жалости, граничащее с чувством вины, манипулируя тем самым. С собой он общался через тот же самый механизм. От решения сложных задач уходил посредством спекуляции заболеванием. Используя арт-терапевтические техники, удалось вскрыть эти механизмы, продемонстрировать их А., что частично повлияло на изменение его поведения. Данный факт был отмечен специалистами СУО, работавшими с ним. Навык самонаблюдения формировался посредством выполнения задания «График настроения». В конце каждого дня А. оценивал три категории (Настроение, Физическое состояние, Отношение с людьми) по 10-ти бальной шкале. Основной целью было развитие навыка самонаблюдения, установление взаимосвязи между этими категориями.

А. оказался весьма творческой личностью. Он увлекался написанием стихов и рассказов. Во время работы удалось вложить новый смысл и продемон-

стрировать А. практическую ценность использования его хобби в качестве копинг-стратегии, позволяющей конструктивно выражать и контейнировать чувства, а так же бороться со стрессом:

*«Я странник – без дома, жены и опоры  
Я тень лишь того кем когда то я был  
Я прячу за маской спокойствия раны  
И я боюсь мест где когда то я жил  
Кинжалами в мозг проникают родные  
Те люди что звались моею семьей  
Сейчас они точат остроги и вилы  
Готовясь идти на меня в смертный бой  
Наследие рода – война с сыновьями  
Война с дочерьми – геноцид матерей  
Как хочется мне поскорее все бросить  
Сбежать ото всех за десятки земель  
Я воин без князя, без рода, без цели  
Зачем я хожу по земле под дождем  
А в разуме снова все те же знакомые лица  
И их страшный возглас – тебя мы уьем  
Не уж то наследие рода такое  
Нести разрушение подлость и мрак  
Но сильно во мне моей жизни желанье  
И знаю я – по другому никак  
Я вырос озлобленным раненым зверем  
Лишь ведьма смогла надо мной взять контроль  
Я ей доверял и она доверяла  
Но жизнь все усилья разрушила в ноль  
И вот зверь ревет  
На душе его рана  
И нет рядом той что приносит покой  
Собаки бегут по следам уже в чащу  
Там будет решающий последний бой*

*Выживу я, сохраню ли обличье?  
Или уйдет разум мой на покой?  
Я много прошел  
И я много увидел  
И я от судьбы принимаю сей бой».*

\*Пунктуация и орфография сохранены

Основным результатом работы с А. стало то, что он устроился на постоянную работу, начал встречаться с девушкой и стал искать возможность самостоятельного съема жилья.

## ■ Выводы

Жизнь на улице очень быстро приобретает хронический характер и влечет за собой нарушение субъективных основ понятий времени, пространства, тела и отношения к другим людям. Последствия влияния этого явления на психическую жизнь значительны.

Методология, используемая Фондом при оказании психологической помощи, по своей концепции и методам реализации вписывается в процесс оказания неотложной помощи. Часто неотложная помощь не-

справедливо воспринимается как необходимость незамедлительно предоставить решения всех выявленных проблем. Следствием этого может оказаться то, что бездомные люди, которые находились в наиболее отчаянном положении и в текущий момент обеспечены крышей над головой, продолжают прятать свои психические страдания за определенным поведением и позициями.

Цель методологии, изложенной в настоящем пособии, — помочь обойти эти подводные камни с помощью профессиональных методов и навыков, выработанных на основе понимания потребностей людей, пребывающих в стационарных учреждениях социального обслуживания. При этом решающее значение имеет принцип, который всегда следует помнить: в работе с бездомными людьми требуется очень долгосрочная вовлеченность и терпеливый подход, адаптированный к каждой конкретной ситуации и индивидуальному жизненному ритму каждого. Прежде всего, следует их поддерживать и подбадривать, чтобы позволить им выйти за пределы логики выживания.