

УДК 364.04 + 364.42/44

Ю.А. Пучкина

**ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ В КОНТЕКСТЕ
ПРОБЛЕМ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА**

Рассматривается актуальная в современной России проблема отказов от новорожденных детей, выступающая одним из факторов социального сиротства. Предпринята попытка анализа феномена «отказничества», его причин на материалах Томской области, представлено обоснование необходимости двухвекторной работы с женщинами группы риска по отказу от ребенка. Описываются основные модели профилактики отказничества.

Ключевые слова: отказы, дети, социальное сиротство.

Одним из источников социального сиротства в современной России являются ранние отказы от новорожденных детей. Еще несколько десятилетий назад этому феномену не придавалось такое важное значение, поскольку оно не имело столь широких масштабов. Сегодня приходится констатировать, что проблема отказничества вышла на тот уровень, когда количество отказов от детей превышает возможности системы замещающей заботы, и большая часть оставленных в родильном доме детей становится воспитанниками домов ребенка и, таким образом, пополняет категорию социальных сирот.

Оставление ребенка сразу после его рождения представляется не менее, а в некоторых случаях и более губительным для ребенка, нежели его изъятие из семьи в старшем возрасте. Именно в младенческом возрасте темпы развития ребенка самые высокие, в этот период у него появляется наибольшее количество знаний и навыков, а поступающая информация работает на увеличение и усложнение структуры мозга, создавая базу для дальнейшего развития ребенка и во многом определяя его. Это требует постоянного пребывания рядом с младенцем близкого человека, который бы находился в эмоциональном контакте с ребенком [1]. В связи с этим стратегическую важность приобретает сохранение кровной семьи ребенка, способной осуществлять уход и заботу о нем. Разумеется, такого рода деятельность требует комплексного изучения феномена отказов от детей и научно-практической разработки моделей его профилактики.

В рамках научного исследования факторов социального сиротства и механизмов его профилактики в регионах Российской Федерации (2008 г.) исследовательской группой Томского государственного университета был проведен ряд интервью с руководителями и специалистами учреждений здравоохранения (родильные дома и дома ребенка), а также осуществлен анализ вторичных материалов интервью со специалистами указанных учреждений и матерями, отказавшимися от своего ребенка.

Стереотип, что родители отказываются чаще всего от детей, родившихся с патологией, не находит подтверждения. Эксперты говорят о разном соот-

ношении больных и здоровых детей, от которых отказались в родильном доме, но больных среди таковых всегда меньше. Эксперты из сельских родильных отделений утверждают, что в их практике вообще не было случаев отказа по причине болезни ребенка или это единичные случаи. Однако среди отказных детей количество больных действительно велико. Неслучайно в Томской области существует два Дома ребенка, и оба являются специализированными для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики. Большое число больных детей объясняется тем, что факты отказа от ребенка, как правило, сопряжены с социальным неблагополучием матери (семьи), ее аддикцией – алкоголизмом, наркоманией и др., поэтому ребенок нередко рождается с различными отклонениями, патологиями. Однако при этом заболевание ребенка не является причиной отказа от него.

Таким образом, основной фактор отказа – неготовность матери воспитывать ребенка, обусловленная рядом причин. Можно выделить несколько групп ситуаций, связанных с неготовностью к материнству и порождающих мотив отказа от ребенка.

1. Рождение ребенка у молодой матери (студентки, безработной, приезжей из другого населенного пункта и пр.), не имеющей собственного или даже постоянного жилья, средств к существованию, поддержки родственников и отца ребенка.

2. Рождение ребенка у несовершеннолетней матери в условиях непонимания и неприятия этого факта со стороны ее родителей.

3. Рождение ребенка у матери девиантного поведения (алкоголизм, наркомания, проституция, беспорядочные половые связи и т.д.). Такие женщины имеют низкий культурный уровень, ведут аморальный образ жизни и зачастую уже лишены родительских прав на имеющихся детей.

4. Рождение больного ребенка, имеющего серьезные нарушения здоровья. Отказ может произойти как в ситуации рождения вне брака, так и в семье.

5. Рождение ребенка замужней женщиной (обычно средних лет), когда ее муж не является биологическим отцом ребенка. На почве семейного конфликта муж категорически не приемлет чужого ребенка и заставляет жену отказаться от него.

Подобные же причины отказов выявили и специалисты учреждений здравоохранения г. Хабаровска в ходе разработки и реализации инициативного проекта по профилактике отказов от ребенка. В результате анализа ситуаций, в которых находились матери-отказницы, они попытались ранжировать мотивы отказов по степени распространенности и таким образом разбили их на несколько групп. Самыми распространенными ситуациями оказались такие:

- 1) мать-отказница живет за чертой бедности;
- 2) женщина находится в алкогольной или наркотической зависимости;
- 3) мать – сама бывшая воспитанница детского дома, не имеющая ни жилья, ни опыта самостоятельного проживания;
- 4) роженица – несовершеннолетняя;
- 5) родился больной ребенок.

Также хабаровские медики констатировали, что каждая пятая из опрошенных женщин находилась в состоянии крайней подавленности и вообще

не шла на контакт с врачом. Довольно часто причины отказов были связаны не столько с реальными трудностями, сколько с ощущением своей несостоятельности, неспособности преодолеть жизненные испытания [2. С. 3].

Подобный анализ причин отказов от детей за последние несколько лет проводили и новосибирские специалисты в ходе разработки проекта по предотвращению отказов. В своем докладе, сделанном на научно-практической конференции «Наука. Технологии. Инновации» (5–7 декабря 2008 г., г. Новосибирск), И.А. Фролова, одна из участников проекта, назвала следующие причины отказов от детей в г. Новосибирске:

- 1) отсутствие супруга (63–71% от общего числа отказов);
- 2) низкое материальное положение (61–76%);
- 3) алкогольная или наркотическая зависимость матери (11–13,5%);
- 4) отсутствие жилья у матери (3,5–8,7%);
- 5) болезнь ребенка (1,4–3,6%);
- 6) несовершеннолетняя мать (1,4–2%);
- 7) проблемы со здоровьем матери (0,4–3%).

Думается, что в ряде случаев довольно сложно определить конкретную причину отказа от ребенка, поскольку некоторые факторы могут быть сопряжены с другими и образуют своеобразный «клубок» взаимозависимых причин.

Так или иначе, практически все указанные факторы свидетельствуют о неготовности женщины – потенциальной отказницы к материнству, которая может проявляться в разной степени, но в то же время подвергается дифференциации. Во-первых, для работы с женщиной группы риска первостепенное значение приобретают сущностные доминанты неготовности к материнству: женщина в большей степени не готова стать матерью из-за социально-бытовых проблем или все же доминируют морально-психологическая неготовность, отсутствие эмоциональной связи с ребенком, категорическое нежелание его воспитывать. Вполне очевидно, что гораздо сложнее та ситуация, когда преобладает последняя доминанта.

Во-вторых, следует разделять объективную и субъективную неготовность к материнству. Об объективной неготовности можно говорить в тех случаях, когда роженица – несовершеннолетняя, является выпускницей интернатного учреждения, не может осуществлять уход за ребенком по состоянию здоровья и др. Субъективной неготовностью женщины можно назвать ее ощущения, продиктованные страхом перед родами, переживаниями по поводу ссор с отцом ребенка, родственниками, преувеличение своих проблем и дефицитов.

Из экспертного интервью с главным врачом родильного дома:

ИНФОРМАНТ: Ну вот в любом случае, мотивация отказов и раньше, и сейчас одна: «Мне не на что его вырастить». Даже в советское время это было. Сегодня такая же мотивация присутствует.

ИНТЕРВЬЮЕР: Это мотивация – та, о которой мама заявляет.

ИНФОРМАНТ: Мама заявляет, ей проще так вот объяснить свой отказ и как бы оправдать себя.

ИНТЕРВЬЮЕР: Как вы считаете, насколько это реально, насколько это истинная причина?

ИНФОРМАНТ: Это причина реальная, ну, может быть, процентов 50 на 50, может быть, она реальна процентов на 40».

В ряде случаев отказа от новорожденного ребенка решение матери продиктовано безвыходной, с ее точки зрения, ситуацией, глубокой депрессией, наконец, состоянием аффекта. Как правило, после стабилизации обстановки по истечении определенного времени мать начинает расценивать свой отказ как ошибку, которую, опять же с ее точки зрения, нельзя исправить.

Все эти и другие факторы обуславливают необходимость специальной работы с беременными и родившими женщинами, находящимися в зоне риска по отказу от ребенка. Вместе с тем возникает принципиальный вопрос: насколько целесообразно предпринимать попытки предотвращения отказа от ребенка или возвращения его в кровную семью, если при этом ребенок, оставаясь по сути нежеланным, незапланированным, может попасть в обстановку, социально и психологически опасную для него. Ответ становится очевидным, если под социальной работой с женщинами группы риска по отказу понимать не только предотвращение самого факта отказа, но и комплексное сопровождение женщины с ребенком, включающее помощь ей в решении социально-бытовых, материальных, медицинских и психологических проблем, а также обучение ее навыкам ухода за ребенком, эмоционального общения с ним и, в конечном счете, актуализацию материнского инстинкта женщины. Иными словами, такая работа видится двухвекторной: в ее основе должны лежать две задачи – оставление ребенка в кровной семье и создание условий для его полноценного развития в этой семье, – которые не могут быть реализованы отдельно друг от друга. Решение первой задачи без второй не обеспечивает защиту прав и интересов ребенка, а решение второй без первой еще и не отвечает интересам государства и делает всю работу с семьей бессмысленной.

Сегодня в практической социальной работе по профилактике ранних отказов можно выделить две модели деятельности, обозначив их условно как традиционная (реальная) и инновационная модели. Традиционная модель работы с беременными и родившими женщинами группы риска по отказу от ребенка реализуется в государственных социальных и медицинских учреждениях и осуществляется в рамках государственных полномочий специалистов. Следует сразу оговориться по поводу данной модели, что в строгом смысле она предполагает не работу по профилактике отказов, а скорее отсутствие таковой. Тем не менее, будучи повсеместной, она нуждается в изучении и анализе ресурсов и дефицитов.

На основе данных, полученных в ходе интервью со специалистами учреждений здравоохранения Томской области, можно сконструировать модель работы с женщинами группы риска по отказу от ребенка в государственных структурах в рамках функциональных обязанностей специалистов.

Прежде всего, анализ информации позволяет констатировать широкие возможности учреждений здравоохранения, в частности женских консультаций и родильных домов, для осуществления профилактики ранних отказов. Речь идет о возможностях раннего выявления семейного неблагополучия и

риска отказа. Часть отказавшихся от ребенка матерей (хоть и небольшая) все-таки становится на учет в женские консультации и время от времени наблюдается у участкового врача. Здесь заложены первые ресурсы раннего выявления и ранней профилактики отказа от ребенка: возможности побеседовать с будущей матерью, повлиять на ее отношение к ситуации, определить характер ее проблем, оказать психотерапевтическую помощь, направить к специалисту по социальной работе и т.д. Разумеется, эти возможности не удастся реализовать силами только участковых врачей, для этого необходима целая команда специалистов.

Еще одна возможность учреждений здравоохранения заложена в запрете прерывания беременности на поздних сроках по социальным показаниям. Дело в том, что нередко женщины, вовремя не прервавшие беременность, обращаются в женские консультации с просьбой сделать им аборт и уже на этом этапе сообщают о намерении отказаться от ребенка в случае его рождения. Здесь у специалистов по-прежнему есть возможность раннего вмешательства в семейную ситуацию и определенный запас времени до рождения ребенка для того, чтобы подготовить будущую мать к материнству и помочь решить ее проблемы. Каким образом реализуются указанные ресурсы и возможности?

В настоящее время приходится говорить об отсутствии системной работы с потенциальными отказницами. В настоящее время в родильных домах и женских консультациях нет специалистов по социальной работе, которые могли бы сопровождать женщину во время нежелательной беременности и родов. Специально такой работой не занимается никто. Можно лишь говорить о том, что в некоторых роддомах частично решается первая из двух указанных выше задач – медицинский персонал убеждает женщину не отказываться от ребенка. Такие беседы ведут старшая медсестра роддома, главный врач, психолог, другие врачи и медицинские сестры, но нужно понимать, что ни у кого из них эта деятельность не является основной, более того, она не включена в должностные обязанности данных специалистов.

Из экспертного интервью со старшей медсестрой родильного дома:

«Обычно первым человеком, который узнает об отказе, становится врач-акушер, который принимает роды.... Акушер и начинает ее как бы уговаривать оставить ребенка. Потом ее переводят в обычную палату, здесь и женщины в палатах, которые вместе лежат, не остаются безучастными, т.е. все, кто непосредственно контактирует с отказницей, все отговаривают. Потом последний этап – решающий. Я даю ей время некоторое подумать... Она приходит, читает перед тем, как подписать, и я опять даю время: может, дома что-то решит, может, с отцом ребенка поговорит, и они решат, что делать. То есть именно на этом этапе еще можно как-то изменить ситуацию».

Из всех специалистов, работающих в роддоме, к проблеме отказничества ближе всего по роду деятельности психолог. Но любопытно, что психолог, видимо, меньше всего принимает участие в работе с женщинами группы риска. По словам экспертов, психолог занят другой работой – организацией кур-

сов для будущих мам, психологической подготовкой к родам женщин, самостоятельно обратившихся за консультацией, помощью в преодолении послеродовой депрессии, а в работе с потенциальной отказницей он может не принимать участия. Вместе с тем для эффективной профилактики отказа необходим специалист именно психологического профиля или социальный работник, обладающий знаниями психологии.

Из экспертного интервью со старшей медсестрой родильного дома:

«...некоторые приходят и рассказывают мне то, что не могут рассказать другим о своей жизни, судьбе, о своих проблемах. Ведь зачастую она скрывает беременность, иногда знает подруга, но что она может сделать, чем помочь? Женщине-отказнице порой не с кем бывает поговорить, «излить душу», вот мне и рассказывают.... Здесь, когда все ее эмоции, чувства из глубины души, сама очень переживать начинаю. Особенно, когда юные матери, которые не знают что делать, к кому обращаться, чувствуешь себя в роли матери. Тяжело очень. Безучастной остаться нельзя. Очень трудно расположить ее (женщину-отказницу) к себе, чтобы она начинала говорить. Сначала какое-то недоверие, разговор может и не клеиться. Все зависит от того, как я себя поведу, смогу ли я расположить ее к себе. Бывают истерики, слезы, высказывания, типа «Да, Вы тут сидите, чем Вы мне можете помочь? и т.д.»

Успех в предотвращении отказа полностью зависит от мотивационных и нравственных установок беседующего с матерью специалиста, его коммуникативных качеств. И здесь нужно учесть, что некоторые медицинские работники вообще не считают нужным проводить какую-либо работу с отказницей, «уговаривать» женщину и «вообще возиться» с ней. Многие специалисты в силу гендерной принадлежности испытывают неприязнь к таким женщинам, и их осуждающая позиция мешает им отнестись к отказнице как к клиенту, попавшему в трудную жизненную ситуацию.

Из экспертного интервью с главным врачом роддома:

«ИНТЕРВЬЮЕР: Что Вы чувствуете при непосредственном общении с отказницей?»

ИНФОРМАНТ: Жалость чувствую, думаю, куда же ты катишься? Это моя работа, сентиментальностей я себе не позволяю.

ИНТЕРВЬЮЕР: А Вы стараетесь понять женщину, которая отказывается от своего ребёнка? Это вообще легко или трудно?»

ИНФОРМАНТ: А что тут трудного, отказалась да отказалась. А как понять? Разве нормальный человек откажется?!

ИНТЕРВЬЮЕР: Как Вы считаете, у Вас есть возможности осуществления профилактики отказничества?»

ИНФОРМАНТ: Да нет, конечно. Моё дело принять роды, а что там, как там... Этим пусть государство занимается.

ИНТЕРВЬЮЕР: А возможно ли вообще вмешательство в ситуацию?»

ИНФОРМАНТ: В принципе, если человек решил отказаться, зачем её уговаривать забрать? Нет, я, конечно, спрашиваю причину, уговаривать я не уговариваю. Я вообще считаю, чем плохая мать, пусть лучше её вообще не

будет. С такой ребёнок страдать будет, голодать, а так о нём другие позаботятся, кому он нужен. А такая, что ему даст – пьяница, алкашка?»

Именно поэтому работать с такими матерями должен специалист по социальной работе, использующий семейно ориентированный подход, нацеленный в первую очередь на сохранение кровной семьи, обладающий коммуникативными навыками и умениями находить общий язык с любыми клиентами, и главное, способный абстрагироваться от стереотипов. Приказ о введении в родильном доме такой должности, как социальный работник, уже существует, в нем четко прописаны его задачи и функциональные обязанности. Тем не менее на практике таких специалистов в роддомах нет, так как нет финансового обеспечения этой ставки, руководителям медицинских учреждений непонятен механизм финансирования деятельности такого специалиста.

При анализе вторичных данных, полученных студенткой ТГУ А.А. Майчиковой в ходе интервью с женщинами, отказавшимися от ребенка (2007 год, 9 информантов), обнаружено, что ни с одной женщиной не работал ни психолог, ни социальный работник, никому не была оказана помощь в момент принятия решения, хотя большинство из опрошенных нуждались в ней. Более того, никому их информантов не было разъяснено и предложено временно, на период, пока мать не решит свои материальные проблемы, поместить ребенка в государственное учреждение, присвоив ему статус временно оставшегося без попечения родителей. Возможно, для некоторых отказниц это стало бы фактором решения их проблем и позволило бы в дальнейшем вернуть ребенка.

Представляется, что родильные дома фактически исключены из процесса профилактики отказов в частности и социального сиротства в целом. Не видя необходимости (желания, возможности) работать с женщиной-отказницей, специалисты роддомов практически не взаимодействуют с другими органами и учреждениями. Возможности, не реализованные силами персонала родильных домов, могли бы использоваться специалистами социальных служб (центров социальной поддержки населения, органов опеки и попечительства и др.). Ведь вполне закономерно, что медицинские работники должны заниматься проблемами здоровья матери и ребенка, а социальные работники – их социальным благополучием. Однако этот мост между здравоохранением и социальной защитой весьма шаткий.

Из экспертного интервью:

«У нас три департамента на сегодняшний день, которые занимаются социальной защитой семьи: это соцзащита, это мы, наш отдел, и новый департамент по вопросам семьи и детей. Каждый, конечно, прежде всего, занят своей деятельностью, своим направлением, но взаимодействие между ними, на мой взгляд, недостаточное. Я раньше вообще ничего не знал и по-первости не совсем отчетливо понимал, кто что должен делать. Теперь все гораздо яснее, как и яснее то, что необходимо усилить взаимодействие».

Как таковой системы профилактики, основанной на тесном взаимодействии различных ведомств и учреждений, не существует; не налажено сотруд-

личество специалистов по социальной работе на горизонтальном уровне. То есть если женщина на позднем сроке беременности обращается в женскую консультацию с намерением сделать аборт и сообщает, что после рождения ребенка собирается отказаться от него, необходимо, чтобы специалист родильного дома (лучше всего социальный работник) связывался с участковым социальным работником по месту жительства женщины или по месту нахождения родильного дома, и они вместе осуществляли бы ее сопровождение и предупреждение отказа от материнства. Таким образом, должна выстраиваться система взаимодействия между специалистами департаментов по вопросам семьи и детей, социальной защиты, образования, здравоохранения, на всех уровнях – руководителей, начальников отделов и участковых социальных работников и социальных педагогов.

Необходимо отметить, что подобного рода взаимодействие кое-где существует на неформальном уровне, то есть там, где налажены личностные контакты, например, между главным врачом родильного дома и специалистом районного органа опеки и попечительства. При возникновении ситуации отказа от ребенка руководитель родильного дома/отделения уведомляет об этом определенного специалиста социальной службы, с которым он лично хорошо знаком и неоднократно сотрудничал, и уже вместе они сначала пытаются повлиять на мать, чтобы та изменила свое намерение, а уже в случае отказа решают проблему жизнеустройства новорожденного ребенка. При такой организации работы, как правило, результативность на порядок выше: женщине, собирающейся отказаться от ребенка, не только разъясняются ее права на пособия и льготы, но и оказывается помощь в их оформлении, специалист из учреждения социальной защиты предлагает женщине реальные перспективы решения ее проблем, вследствие чего мать может все-таки забрать ребенка из роддома. В ситуации отказа проблема жизнеустройства ребенка также решается легче с помощью неформального взаимодействия: еще в день отказа от ребенка «вызванный» специалист органа опеки подбирает ребенку замещающую семью и помогает быстро оформить документы, в такой ситуации будущие родители успевают забрать ребенка из родильного дома (что всегда является наиболее желательным для потенциальных опекунов/усыновителей). В данном случае специалист социальной службы выступает некой «скорой социальной помощью», направленной на профилактику социального сиротства.

Описанная выше модель взаимодействия существует, как уже отмечалось, далеко не везде. В основном это распространено в сельской местности, где коммуникативная среда существенно отличается от городской. На селе складывается ситуация, когда все друг друга знают, когда личностные контакты, завязанные даже на профессиональной почве, могут быть очень тесными, когда специалисты могут быть лично мотивированы на помощь той или иной женщине или ребенку, когда вся социальная инфраструктура села сосредоточена в одном месте (здание больницы может находиться рядом со зданием администрации и учреждений социальной защиты). Все эти факторы обуславливают успешное взаимодействие между специалистами разных учреждений, преследующих общие цели. Неслучайно количество отказов на

селе невелико, поскольку влияют факторы сельской коммуникативной среды: на селе труднее скрыть что-либо, женщины боятся осуждения знакомых и соседей, легче найти родственников женщины или отказного ребенка для того, чтобы они повлияли на ее решение, и т. д.

Таким образом, система профилактики отказов от новорожденных детей в рамках государственной политики на сегодняшний день не выстроена, отсутствует какая-либо работа с матерью-отказницей по преодолению ее трудностей и сопровождению матерей группы риска, забравших ребенка из родильного дома. Отдельные акции по предотвращению отказов и работе с семьей в традиционной модели являются добровольными инициативами отдельных сотрудников родильных домов.

Между тем сегодня можно говорить и об инновационной модели профилактики ранних отказов, разрабатываемой в рамках деятельности волонтеров, общественных организаций и инициативных проектных команд государственных учреждений, работающих на средства грантов. Такие проекты были разработаны и реализованы в Москве, Челябинске, Новосибирске, Хабаровске и др. Каждый инновационный проект имел свои организационные особенности, но все они в целом опирались на установку о необходимости решения одновременно двух задач – предотвращения факта отказа от ребенка и коррекции ситуации в семье, обеспечивающей условия для развития ребенка.

Ярким примером такой модели может служить проект по организации помощи матерям-отказницам и их детям, разработанный инициативной группой специалистов г. Хабаровска под руководством Г.А. Аристовой. Можно коротко охарактеризовать содержание работы по проекту [2. С. 4–12].

На начальном этапе – в родильном доме – осуществлялось выявление потенциальных отказниц, составлявших целевую группу проекта. В первую очередь предпринимались попытки установления доверительных отношений с матерью-отказницей и выяснения причины предполагаемого или уже сделанного отказа, затем специалисты пытались получить согласие матери на работу с ней. В каждом случае рабочая команда из семи специалистов (неонатолог, педиатр, два психолога, два социальных работника и координатор проекта) составляла индивидуальный план работы с каждой семьей. Одной из самых важных задач на этом этапе было пробуждение у матери чувства привязанности к новорожденному с помощью прикладывания ребенка к груди, пребывания ребенка в палате с матерью, бесед с ней о новорожденном, уходе за ним, вскармливании и т.д.

Уже на этом этапе некоторые женщины приняли решение забрать своего ребенка домой. При этом остальным предлагалась помощь на втором этапе – пребывании в грудном отделении детской больницы, в котором была выделена палата специально для матерей с детьми из целевой группы проекта. Основной целью этого перевода было сохранение и укрепление привязанности между матерью и ребенком. Специалисты проекта продолжали свою работу с данной семьей по составленному плану. Женщинам оказывалась помощь в решении жилищных, материальных, юридических проблем, в изменении внутрисемейных отношений, в повышении значимости роли матери в глазах членов семьи и в ее собственных. Таким образом, в ряде случаев уда-

валось помочь женщине окончательно утвердиться в своем решении забрать ребенка в семью.

Но и на третьем этапе – семьи – специалисты не оставляли мать без поддержки, регулярно совершали визиты в семьи, включавшие в себя помощь по организации быта и налаживанию внутрисемейных отношений, обучение уходу за ребенком, содействие в оформлении необходимых документов для получения льгот, выплат, решения жилищных, медицинских и бытовых проблем. Медико-психолого-социальное сопровождение семей продолжалось до исчезновения риска повторного отказа.

Однако не все матери-отказницы доходили до третьего этапа. Часть матерей все же не могла забрать ребенка домой, и поэтому его временно помещали в дом ребенка, а мать периодически его навещала, сохраняя намерение вскоре вернуться за ним. И на этом этапе работа с матерью продолжалась. Однако ее эффективность в конечном счете оказалась наименьшей: большинство матерей, чьи дети были помещены в Дом ребенка, так и не забрали их домой.

В результате 10-месячной работы проекта из двадцати выявленных случаев в шести удалось вернуть детей в биологические семьи.

Описанная выше модель работы с женщинами группы риска представляет собой эффективную систему сопровождения женщин и детей, попавших в трудную жизненную ситуацию, с целью предотвращения отказа от ребенка и создания условий для его развития в семье. Необходимо учесть, что подобного рода опыт приобретается, как правило, в рамках гранта или конкурса. У этой системы финансирования социальной сферы есть свои минусы: работа, которая ведется по проекту, носит временный характер и зачастую заканчивается вместе с финансированием. Получить финансовую поддержку на продолжение деятельности довольно сложно, так как грантодатель заинтересован в новых проектах и разработках. В связи с этим можно утверждать, что у системы профилактики отказов от детей в частности и социального сиротства в целом нет никаких перспектив, если она будет строиться исключительно на пилотных проектах волонтеров, общественных организаций и инициативных команд специалистов. Система профилактики социального сиротства по-настоящему заработает в тех случаях, когда очаги инновационного опыта станут распространяться на всю государственную систему защиты детства; когда услуги, предоставляемые сейчас в рамках локальных (и по сути временных) проектов, перейдут в повсеместную и постоянную практику; наконец, когда наиболее эффективные и отработанные технологии найдут свое законодательное закрепление.

Литература

1. Довбня С.В., Морозова Т.Ю. В поисках решения. Материалы к фильмам «Дорога домой», «Джон». СПб.: Издательство Санкт-Петербургского института раннего вмешательства, 2007. 80 с.
2. Трушкина С. Проблема отказов от новорожденных детей // Социальная работа. 2006. №3. С. 57–62.