



ВОЛОНТЕРЫ В ПОМОЩЬ
ДЕТЯМ-СИРОТАМ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД



Абсолют—Помощь
благотворительный фонд

Международный детский фонд «Дети Саха-Азия»

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ

по результатам исследования

ТРАВМОИНФОРМИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ПРАКТИКЕ КРИЗИСНЫХ ЦЕНТРОВ ДЛЯ ЖЕНЩИН С ДЕТЬМИ

Исследование проведено при поддержке Благотворительного фонда «Абсолют-Помощь»¹

Составитель:

исследователь-аналитик Попова А.В.

2026

¹ Результаты проведенного исследования могут свободно распространяться всеми заинтересованными лицами на условиях открытой лицензии в соответствии с публичной офертой по адресу:
<https://clck.ru/3TSSnD>

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	5
МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	7
АНАЛИЗ ИНТЕРВЬЮ С СОТРУДНИКАМИ КРИЗИСНЫХ ЦЕНТРОВ.....	11
Ключевые темы.....	11
Ключевые нарративные сюжеты.....	15
Вывод по разделу.....	17
АНАЛИЗ ИНТЕРВЬЮ С КЛИЕНТКАМИ КРИЗИСНЫХ ЦЕНТРОВ	18
Ключевые темы.....	18
Ключевые нарративные сюжеты.....	24
Выводы по разделу	26
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ТРАВМОИНФОРМИРОВАННОГО ПОДХОДА: ВЗГЛЯД СПЕЦИАЛИСТОВ И КЛИЕНТОК КРИЗИСНЫХ ЦЕНТРОВ.....	27
ВЫВОДЫ	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	34
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ	36
ПРИЛОЖЕНИЯ	41
Приложение 1. Компоненты травмоинформированного подхода (выделены по результатам теоретико-аналитического этапа исследования)	41
Приложение 2. Опросник для самооценки организации на предмет внедрения травмоинформированного подхода (Trauma-Informed Organizational Self-Assessment).....	42
Приложение 3. Результаты самооценки кризисных центров/приютов на предмет внедрения травмоинформированного подхода (Trauma-Informed Organizational Self-Assessment).....	59
Приложение 4. Аналитическая таблица: результаты теоретического анализа, самооценки центров, интервью со специалистами и клиентками	61
Приложение 5. Гайд полуструктурированного интервью со специалистами кризисных центров.....	64
Приложение 6. Гайд полуструктурированного интервью для женщин с детьми, проживающих в приютах/ кризисных центрах.....	67

ВВЕДЕНИЕ

Данное исследование проведено при поддержке БФ «Абсолют-Помощь» в рамках грантового конкурса научно-практических исследований социального развития в сфере помощи детям и молодым взрослым в ситуации уязвимости.

Исследование нацелено на то, чтобы выявить, как травмоинформированный подход (ТИП) в работе с женщинами и детьми, проживающими в кризисных центрах, помогает им справиться с трудной жизненной ситуацией, сохранить ребенка в семье и вернуться к самостоятельной жизни.

Актуальность исследования продиктована потребностью в научно обоснованных стратегиях поддержки уязвимых групп. Череда кризисных явлений последних лет — пандемия, геополитическая напряженность, экономическая турбулентность, эскалация насилия в отношении женщин — привела к тому, что все больше людей сталкиваются с травматическим опытом, подрывающим психическое здоровье и качество жизни. Это ставит перед помогающими организациями задачу поиска более эффективных, доказательных моделей сопровождения клиентов. Закономерно, что данный запрос находит отражение и на государственном уровне: актуальность представленного направления подтверждается интересом государства к выявлению лучших практик работы кризисных центров для женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации (Письмо от 25.06.2025 № 1948/03 УГЮУ им. В.Ф.Яковлева по заказу Аппарата Государственной Думы Федерального Собрания РФ в интересах Комитета Государственной Думы по защите семьи, вопросам отцовства, материнства и детства).

Теоретическим основанием исследования выступили результаты аналитико-обзорного этапа, в рамках которого были проанализированы и обобщены международные исследования 1970–2025 гг. В работах описываются содержание, механизмы внедрения и результаты применения ТИП в различных сферах — здравоохранении, социальной работе, образовании, кризисных центрах (Bent-Goodley, 2019; McNally et al., 2023; Menschner & Maul, 2016; Mohamad, Abdulaziz et al 2023 и мн.др.).

Формированию травмоинформированного подхода способствовало признание высокой распространённости травматического опыта среди клиентов социальных служб. Подход учитывает влияние травмы на здоровье человека и ориентирован на создание безопасной и поддерживающей среды. Зародившись в США в 1970-х годах, к 2000-м годам ТИП распространился на здравоохранение, социальную работу,

образование и юриспруденцию. В таких странах, как США, Канада, Шотландия и Австралия, его внедрение на организационном и государственном уровнях привело к значимым результатам: улучшению психического здоровья клиентов, стабилизации их жизни и снижению конфликтности, что позволило признать ТИП «золотым стандартом» в работе с уязвимыми группами (Bent-Goodley, 2019; McNally et al., 2023).

В русскоязычных странах, несмотря на растущий интерес, научное осмысление ТИП, его компонентов и эффектов отсутствует. Внедрение носит фрагментарный характер, ограничиваясь отдельными организациями и пилотными проектами без чёткой теоретико-методологической основы.

Перспективы развития ТИП в России лежат в плоскости целенаправленной научно-практической работы. Первоочередным шагом является эмпирическое исследование, направленное на анализ компонентов ТИП, которые в настоящий момент реализуются в деятельности отечественных кризисных центров. Исследование позволит выявить локальные практики адаптации компонентов подхода в отечественном контексте, специфические барьеры и направления развития.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенный аналитико-обзорный этап позволил прийти к заключению, что ТИП представляет собой сложившуюся, доказательную методологию работы с уязвимыми группами населения. Его эволюция от узкопрофессиональной практики к национальным стратегиям в ряде стран (США, Шотландия, Канада, Австралия) свидетельствует о признании системообразующей роли травмы в возникновении социо-психологических и медицинских проблем, а также о необходимости учета последствий травматического опыта при оказании помощи. Сформулированные в рамках подхода принципы - безопасность, доверие, сотрудничество, эмпатизм, выбор, а также учет культурного контекста и предотвращение ретравматизации - образуют целостный этический и практический каркас для деятельности помогающих специалистов.

Современная доказательная база, включая систематические обзоры, подтверждает эффективность ТИП в улучшении знаний персонала, клинических исходов и удовлетворенности клиентов. Однако, как показывают исследования, ключевым фактором успеха является не разовое обучение, а комплексные организационные изменения, интеграция подхода в политику и процедуры учреждений.

Травмоинформированный подход развивался на основе междисциплинарных исследований, охватывающих классические теории психотравмы и стрессовых расстройств (например, Узнадзе, Кавтарадзе, Van der Kolk, McFarlane), а также концепции социальной психологии травмы и травмы развития (Черепанов, Woititz, Anda). Однако системное научное осмысление характеристик и компонентов травмоинформированного подхода началось после 2010-х годов, чему способствовало интегративное понимание нейробиологических, поведенческих и социальных механизмов психической травмы (Спаллетта и др., 2023).

Термин «травма-информированность» является переводом англоязычного «trauma-informed approach». Вклад различных авторов в развитие травмоинформированного подхода отличается содержательным разнообразием и многомерностью. Э. Боуэн и С. Муршид (Bowen, Murshid, 2016) обосновывают необходимость травма-информированной социальной политики, ориентированной на профилактику травматизации и достижение социальной справедливости. К. Меншнер и А. Маул (Menschner, Maul, 2016) систематизируют ключевые условия успешного внедрения подхода, среди которых — обучение персонала, организационные

преобразования и активное вовлечение клиентов. Дж. Левенсон (Levenson, 2017, 2020) фокусируется на интеграции принципов ТИП в практику социальной работы с пострадавшими от насилия. Р. Мирик с коллегами (Mirick et al., 2022) предлагают конкретные практики применения подхода при работе с суицидальным поведением. Б. Филсон и соавторы (Filson et al., 2023) раскрывают потенциал ТИП в формировании безопасной среды для женщин маргинализированных групп. Наконец, Н. Таршиш с коллегами (Tarshish et al., 2025) расширяют концептуальные границы подхода, включая в него задачи политической адвокации и устранения глубинных причин социального угнетения.

По словам Джилл Левенсон, практика, основанная на травме, отличается от терапии, ориентированной на травму. Это не метод лечения, а подход, основанный на осознании распространённости травмы, стратегий совладания с ней, а также психологического и физиологического воздействия травмы на протяжении всей жизни (Levenson, 2017).

По своей сути, помощь, основанная на травме, — это универсальная профилактическая стратегия, предполагающая, что поведение человека является адаптацией к контексту его жизненного опыта. Она направлена на предотвращение повторной травматизации и создание безопасной среды для исцеления. Центральное место в реализации данного подхода отводится терапевтическому потенциалу отношений: специалисты, осознавая целительную силу доверительного контакта, выстраивают взаимодействие с клиентом на принципах сотрудничества, предсказуемости и сострадания (Levenson, 2017, 2020; Menschner, Maul, 2016). В пространстве этих отношений специалист транслирует клиенту знания о природе травмы — ее психологических и физиологических последствиях. Такое психообразование выполняет двойную функцию: с одной стороны, оно нормализует болезненные переживания и снимает с клиента груз «патологичности», с другой — позволяет переосмыслить внешне дезадаптивные формы поведения как выработанные механизмы совладания, свидетельствующие о выживаемости и устойчивости. Тем самым в клиенте укрепляется вера в возможность позитивных изменений и исцеления.

Обзор зарубежных исследований позволил систематизировать базовые принципы ТИП: безопасность, доверие, сотрудничество, расширение прав и возможностей (эмпауэрмент) и выбор, — а также выделить дополнительные аспекты, такие как учет культурного контекста и предотвращение ретравматизации (Приложение 1). Эти

принципы легли в основу разработки инструментов и методологической рамки анализа на эмпирическом этапе исследования.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сбор данных проводился на базе семи российских кризисных центров для женщин с детьми:

1. Международный детский фонд «Дети Саха-Азия» (Якутск)
2. Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам» (Москва)
3. Межрегиональная общественная организация «Аистенок» (Екатеринбург)
4. Российский комитет «Детские деревни – SOS» (Пушкин, Ленинградская обл.)
5. Региональный православный центр защиты семьи, материнства и детства «Смоленский дом для мамы» (Смоленск)
6. Общественная организаций «Чужих детей не бывает» (Хабаровск)
7. Социально ориентированная автономная некоммерческая организация помощи незащищенным слоям населения «Благой дар Кубани» (Краснодар).

Источниками данных для эмпирического исследования выступили:

- 1) Индивидуальные полуструктурированные интервью с женщинами с детьми, планирующими выпуститься или уже выпустившимися из кризисного центра: 30 чел.;
- 2) Индивидуальные полуструктурированные интервью со специалистами, которые непосредственно работают с женщинами в кризисных центрах (администраторы, специалисты по социальной работе, юристы и др.): 21 чел.

Качественные методы сбора данных в большей степени подходят для исследования сложных и малоизученных феноменов (Полухина Е.В., 2023). В нашем случае сложным для анализа феноменом выступает травмоинформированный подход и его применение в социальной работе. Величины выборок обусловлены требованиями к проведению качественных исследований. Эксперты называют разные показатели минимально приемлемого числа информантов: 6-10 чел. (Malterud K., Siersma V., Guassora A.), 15 чел. (Рождественская Е.Ю., НИУ ВШЭ), 20 чел. (Ален де Вульпюн), 20—30 человек (Белановский С., Никольская А.). Мы также опирались на концепцию теоретического насыщения, в которой достаточной величиной выборки является та, в

которой каждый новый информант не привносит нового знания (мнения) (Белановский С., Никольская А, 2024).

Логика гайдов интервью опиралась на структуру Опросника для самооценки организации на предмет внедрения травмоинформированного подхода (Trauma-Informed Organizational Self-Assessment). Приложение 2. Предваряя этап интервью, была проведена самооценка организаций по тому же опроснику. Руководители и ключевые сотрудники каждого из семи центров заполнили анкету, оценивая реализацию компонентов ТИП по шкале от «абсолютно не согласен» до «совершенно согласен». Результаты самооценки (сводные данные в процентах по каждому разделу) представлены в Приложении 3. Эти количественные данные использовались для триангуляции с качественными результатами интервью – сопоставление того, как центр оценивает себя формально, с тем, как специалисты и клиентки описывают реальные практики, позволило выявить зоны совпадения и расхождения (см. Приложение 4).

В процессе взятия интервью у женщин, проживающих и выпустившихся из кризисных центров, интервьюеры придерживались травмоинформированного подхода². Такой подход предполагает, что для информантов из числа уязвимых категорий создается эмоционально безопасное пространство, где они чувствуют контроль над ситуацией. Это помогает не только собрать качественные материалы для исследования, но и получить новый положительный опыт для участников. Такие условия предпочтительны для всех исследований, однако, они особенно критичны при работе с теми, кто в прошлом сталкивался с ситуациями небезопасности и игнорирования их чувств и потребностей.

Интервью с подопечными кризисных центров брали специалисты с психологическим образованием, которые работали с женщинами в рамках своей организации, знакомы с их жизненной историей, понимают особенности их личности и состояния. Все специалисты, которые брали интервью у женщин, приняли участие в методическом семинаре о принципах травмоинформированного подхода в процессе беседы с информантами из числа уязвимых категорий.

Интервью с сотрудниками кризисных центров брали внешние специалисты. Это позволило: создать безопасную атмосферу с гарантией конфиденциальности для обсуждения «внутренней» кухни и сложностей в работе; получить более объективный

² <https://www.tnlcommunityfund.org.uk/media/insights/documents/Trauma-informed-social-research-A-practical-guide-2021.pdf>

взгляд на внутренние процессы в работе кризисного центра; выявить скрытые или малозаметные особенности в деятельности. Интервью к сотрудникам проводили специалисты БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам», имеющие высшее психологическое образование, дополнительное образование в области психологии травмы, обладающие навыками проведения интервью, опыт работы в кризисных центрах, опыт участия в исследованиях о деятельности кризисных центров, а также написания методических пособий по данной теме.

Привлечение разных специалистов к проведению интервью (с подопечными и специалистами) по единому гайду, в едином методологическом подходе, обеспечила получение более достоверных данных за счет триангуляции исследователей (Кошарная Г.Б., Кошарный В.П., 2016).

Эмпирической базой анализа выступили 51 транскрибированное интервью: 30 интервью с клиентками центров и 21 интервью с сотрудниками. Анализ интервью проводился с использованием тематического анализа в гибридной стратегии, сочетающей дедуктивный и индуктивный подходы (Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Braun & Clarke, 2006). Дедуктивный этап опирался на предварительно заданную систему кодов, сформированную на основе теоретической рамки травмоинформированного подхода. Эти коды направляли первичное структурирование данных.

Индуктивный этап проводился в логике обоснованной теории (grounded theory) в версии Страусса и Корбина (2001): параллельно с дедуктивным кодированием применялось открытое кодирование, направленное на выявление эмерджентных тем, не предусмотренных исходной теорией. Это позволило зафиксировать специфические феномены, характерные для российских кризисных центров, которые не сводятся к западным моделям. Дополнительно использован нарративный анализ для реконструкции устойчивых сюжетов переживания кризиса и помощи.

Интерпретация строилась на сравнительном анализе взглядов специалистов и клиенток: по каждому компоненту ТИП сопоставлялись профессиональные описания и субъективное восприятие получателей помощи.

Таким образом, дизайн исследования, опирающийся на принципы триангуляции исследователей и источников данных, позволил обеспечить разносторонний и достоверный взгляд на изучаемый феномен. Интеграция принципов травмоинформированного подхода непосредственно в процедуру сбора данных (при проведении интервью с женщинами) не только соответствовала этическим нормам работы с уязвимой группой, но и способствовала получению более глубоких и

искренних нарративов. Выбранные методы анализа — тематическое кодирование в логике обоснованной теории и нарративный анализ — дали возможность не просто выделить повторяющиеся смыслы, но и реконструировать логику переживания и осмысления опыта пребывания в кризисном центре как с точки зрения клиенток, так и с позиции специалистов. Разработанная на основе теоретического обзора система кодов позволила операционализировать компоненты травмоинформированного подхода для последующего качественного анализа, результаты которого представлены в следующих разделах отчета.

АНАЛИЗ ИНТЕРВЬЮ С СОТРУДНИКАМИ КРИЗИСНЫХ ЦЕНТРОВ

В данном разделе представлены результаты тематического и нарративного анализа 21 глубинного интервью со специалистами семи российских кризисных центров для женщин с детьми (Приложение 5). В выборку вошли администраторы, психологи, специалисты по социальной работе, юристы, воспитатели и др.. Такой охват позволил рассмотреть реализацию ТИП не только как технологический процесс, но и как систему межличностных взаимодействий, организационных установок и повседневных практик. Средний возраст респондентов - 51 год (min=32 года; max=75 лет). Средняя длительность работы в центре/приюте - 8 лет.

Цель анализа — выявить, как специалисты понимают ключевые компоненты ТИП (безопасность, доверие, сотрудничество, предотвращение ретравматизации и др.), какими способами они реализуют их в своей работе и с какими барьерами сталкиваются. Особое внимание уделялось рефлексии специалистов о собственных ресурсах, границах и риске профессионального выгорания, поскольку человеческий фактор является ключевым звеном в создании терапевтической среды. В ходе анализа были выделены 6 ключевых тем и 4 устойчивых нарративных сюжета, описывающих логику помощи глазами тех, кто ее оказывает.

Ключевые темы

Тема 1: Безопасность как многоуровневый конструкт: от физической защиты до психологической предсказуемости

Специалисты описывают безопасность как комплекс мер: скрытый адрес, тревожные кнопки, видеонаблюдение, охраняемая территория, отдельные комнаты для семей. Важным элементом является также психологическая безопасность — создание предсказуемой среды через чёткие правила, распорядок дня, отсутствие хаоса.

● *«Адрес они не сообщают, где они... Есть охрана, у нас кнопка, которая через минуты...»* (Сотр6)

● *«У нас есть сигнализация. И у нас очень строго: дверь закрыть --- значит закрыть... Сначала набираешь домофон, в самом здании есть видеокамера»* (Сотр1)

● *«Существуют правила проживания, которые обсуждаются при заселении и вывешены на видном месте»* (Сотр7)

● *«Очень часто приходит женщина, когда она забыла, когда высыпалась, и забыла, когда она вкусно ела. Полный холодильник -- это тоже своего рода*

безопасность... Когда ты можешь закрыться шторочкой... когда женщина может просто... лежать одна и, ну, такая, знаете, как в своем маленьком коконе закрыться» (Сотр20)

Вариативность: Администраторы чаще акцентируют технические и организационные меры, психологи — эмоциональный климат, социальные работники — соблюдение правил как гарантию стабильности.

Тема 2: Доверие как процесс, а не данность: от контроля к диалогу

Установление доверия описывается как постепенный, нелинейный процесс. Начинается с наблюдения и осторожного контакта, часто через ребёнка или бытовые темы. Важны искренность, отсутствие осуждения, готовность выслушать. Контроль со стороны персонала часто переосмысливается как забота или обучение ответственности.

● *«искренность со стороны персонала, искреннее желание... выслушать по-доброму...»* (Сотр5)

● *«Я стараюсь, чтобы это не контроль, а ответственность... научить, а не проверять.»* (Сотр11)

● *«их не надо жалеть. Им надо сочувствовать... Ты понимаешь, что с ней произошло, и стараешься... не лезть пальцами в открытые раны. Не пытаться её переделать... не говорить: «ты сама виновата»* (Сотр17)

● *«Мы не торопим. У нас, мне кажется, эта девушка может долго прожить, до года. И действительно просто нужно время. Вот чтобы выйти из насилия, ты должна хотя бы, мне кажется, месяц пожить в просто безопасной обстановке, без этого стресса»* (Сотр1)

● *«Какое-то такое неформальное общение... За чашкой чая»* (Сотр13)

Вариативность: Психологи используют эмпатию, техники активного слушания, администраторы — бытовое взаимодействие и неформальное общение, юристы — профессиональную ясность и конфиденциальность.

Тема 3: Индивидуализация помощи: от шаблонов – к запросу клиентки

Специалисты подчёркивают отказ от единых инструкций в пользу гибкого подхода, основанного на готовности женщины, её травматическом опыте, ресурсах. План строится совместно, с учётом её целей (жильё, работа, детский сад). При этом отмечается напряжение между индивидуальным подходом и необходимостью общих правил.

● *«С каждой женщиной нужно индивидуально работать. Просто как бы по одному шаблону — не получится.»* (Сотр3)

● *«Мы составляем план вместе. Не я ей говорю «делай то», а спрашиваю: «Чего ты хочешь?»»* (Сотр10)

● *«это работа не с металлом, а с живыми людьми... Поэтому правила всегда варьируются... по сути, получается индивидуальный подход»* (Сотр17)

Вариативность: Социальные работники и психологи чаще используют инструменты совместного планирования, администраторы — гибко применяют правила, юристы — адаптируют юридические стратегии под ситуацию.

Культурный, исторический и гендерный контекст специалисты рассматривают преимущественно как необходимость решения бытовых и коммуникативных задач: отказ от свинины для мусульманок (*«Если ты не ешь свинину — значит, пожалуйста»*, Сотр4), использование переводчика при языковом барьере (*«Языковые решаем так... это переводчик в телефоне»*, Сотр18), а также терпимость к иным традициям (*«обряды они делают в комнатах»*, Сотр16). Иногда специалисты фиксируют культурные различия как «странные»: «они только что с пола не ели... », Сотр20, а гендерные ожидания (например, представление о том, что муж обязан обеспечивать, а женщина не должна работать) противопоставляют «нашим правилам» без глубинной рефлексии их влияния на травму (*«они говорят, что он обязан обеспечивать, потому что так принято у них, а я не должна работать»*, Сотр1). В целом компонент реализуется фрагментарно, на уровне индивидуальных договорённостей, без системного подхода.

Тема 4: Детско-родительские отношения как фокус восстановления: от разрыва – к контакту

Работа с диадой «мать–ребёнок» рассматривается как ключевая. Специалисты отмечают травматические разрывы (мать не может заботиться, ребёнок тревожен). Практики включают совместные занятия, обучение родительским навыкам, работу с привязанностью. Успех измеряется в позитивных изменениях взаимодействия: мать начинает играть, ребёнок — доверять.

● *«поначалу она вообще не знала, как общаться с маленьким ребёнком... Мы подключали психолога... подключали перинатального психолога, детский психолог выезжала к ней и прямо учила и показывала: как выстраивать контакт... Прошло полгода... это совершенно другая ситуация. Это мама, которая без ума от своего ребёнка. У них крепкие детско-родительские отношения»* (Сотр2)

● *«Ребёнок всё считывает. Если мама в тревоге, он тоже будет агрессивным или замкнутым.»* (Сотр1)

● *«Центр показывает, что с ребёнком можно общаться по-другому... Что, оказывается, с ним можно играть... И здесь очень помогают специалисты: они учат мам общаться с ребёнком, просто играть...»* (Сотр17)

● *«Если семья... мама нуждается в коррекции детско-родительских отношений, то это один из вопросов, с которым работает психолог»* (Сотр13)

Вариативность: Психологи работают с травмой и привязанностью, воспитатели и администраторы — с бытовыми навыками и организацией совместного досуга.

Тема 5: Границы и контроль: между заботой и вторжением

Тема контроля амбивалентна. С одной стороны, контроль (правила, проверки) обеспечивает безопасность и порядок. С другой — может восприниматься клиентками как вторжение, ограничение свободы, повторение травмирующего опыта. Специалисты стараются переосмыслить контроль как заботу, обучение, договорённость.

● *«Контроль есть, но не такой, что по часам... Мы проверяем, но стараемся не нарушать личное пространство.»* (Сотр3)

● *«Некоторым не нравится, когда их спрашивают - когда придешь, куда пошла. Наверное, это оценивают как слишком контроль, что ли»* (Сотр9)

● *«мамы, которые живут уже несколько месяцев, они, если видят нарушение правил от новеньких... они могут поделиться этим со специалистом»* (Сотр2)

● *«У нас контроль дежурств с ними, у дежурной есть журнал... Дежурная проверяет, как вымыто все... Конечно, контроль есть»* (Сотр10)

● *«Мы регулярно туда приезжали. И не вламываясь в комнаты... они нуждаются в этом как в ресурсе... За это они... часть своей интимности... они её уменьшают за счёт того, что они получают эту безопасность»* (Сотр14)

● *«определённый порядок есть. И контроль, конечно же, должен быть»* (Сотр5)

Вариативность: Администраторы чаще сталкиваются с негативной реакцией на контроль, психологи работают с её травматическими корнями, социальные работники балансируют между поддержкой и требованием соблюдения правил.

Тема 6: Ресурсы специалиста: между служением и выгоранием

Специалисты описывают свою устойчивость через поддержку коллег, супервизии, веру, личный опыт, умение дистанцироваться. При этом отмечается высокая

эмоциональная нагрузка, риск выгорания, недостаток специального обучения по травме. Часто звучит нарратив «помощь как призвание», что может маскировать потребность в психологической разгрузке.

● «...есть система поддержки, супервизорство... здесь как-то очень поддерживающая... атмосфера в коллективе... ты практически сам можешь выбирать себе... чем тебе хочется заниматься и развиваться...» (Сотр13)

● «Спасает коллеги. Если тяжёлый случай — садимся, пьём чай, обсуждаем.» (Сотр2)

● «Я иногда думаю, что это всё-таки работа. Понимаете?... тогда начинаешь над собой работать. Успокойся, это работа... Ты не солнце, всех не обогреешь» (Сотр3)

● «мой стаж работает. Чем больше здесь работаешь, тем больше ты стрессоустойчивый» (Сотр18)

Подготовка специалистов носит фрагментарный характер: около половины респондентов упоминают о прохождении отдельных тренингов или семинаров по травме, однако регулярное, глубокое обучение встречается редко. Многие сотрудники полагаются на самообразование, стажировки и взаимопомощь коллег.

● «Я проходила обучение у фонда Тимченко... в работе с семьями, затронутыми насилием, и работа с детьми, пережившими насилие» (Сотр2);

● «я... платно ходила на именно работу с жертвами сексуализированного насилия взрослыми» (Сотр14).

● «Специального обучения по травме у нас не было. Учусь сама, по видео, на конференциях.» (Сотр3);

● «Нет, специального обучения мы не проходили... » (Сотр5);

● «Нет, не было... я много видео смотрю... я сама много читала» (Сотр8).

Вариативность: Психологи чаще используют супервизии, администраторы — опору на команду, социальные работники — личный опыт и веру.

Ключевые нарративные сюжеты

Нарратив 1: «От выживания – к самостоятельности: история взросления»

Клиентка прибывает в организацию в состоянии беспомощности, страха, зависимости. В центре она получает безопасность, поддержку, учится навыкам. Постепенно начинает планировать, брать ответственность, восстанавливать отношения с ребёнком. Выход — как новый старт, иногда с поддержкой центра.

● Языковые средства: противопоставление «до» (хаос, опасность) и «после» (порядок, планы), метафоры «дать удочку, а не рыбу», «встать на ноги».

Примеры:

● *"Более уверенными и самостоятельными. И как-то они более становятся... людям как бы доверяют, понимаете?... она как-то более открытая становится"* (Сотр3)

● *"более организованной женщины... учим их как бы цели ставить и планируют..."* (Сотр5)

● *"В парикмахерскую начинают ходить... За собой начинают следить... они уже как бы принимают гостей. ... они раскрываются"* (Сотр10)

● *"Ну, это, наверное, всё-таки спокойное состояние. Это снижение тревожности как у самой мамы, так и у ребёнка в первую очередь"* (Сотр20)

● *"классно... когда ты видишь, что была мамочка, которая взяла ребёнка и хотела отказаться, а ты через 6 месяцев приезжаешь --- она даже тебе в руки его не отдаст больше"* (Сотр1)

Нарратив 2: «Специалист как «приёмный родитель»: забота с жёсткими правилами»

Специалист (особенно администратор, воспитатель) описывает себя в роли заботливого, но требовательного родителя, который обеспечивает безопасность, учит, иногда «ругает», но всегда на стороне женщины. Контроль и правила — проявление заботы, а не власти.

● Языковые средства: использование местоимения «мы» (центр как семья), метафоры «домашняя атмосфера», «как мама», «приёмный дом».

Примеры:

● *"Мы не центр, мы не учреждение, мы дом. ... у нас получилось... немножко родственное, такое... отношение"* (Сотр10)

● *"всегда такая очень домашняя атмосфера. И это позволяет как раз создавать такую безопасную, уютную атмосферу"* (Сотр15)

● *"Общаемся с любовью, но и строгостью, как говорится, и пряником, и кнутом. Если... мы видим, где можно приласкать, а где просто поставить на место"* (Сотр6)

Нарратив 3: «Травма как тень: невидимое препятствие на пути восстановления»

Травматический опыт клиентки (насилие, сиротство, зависимость) представлен как невидимая, но мощная сила, которая влияет на её поведение, отношения с ребёнком, доверие к миру. Работа специалиста — помочь «осветлить» эту тень, не навредив.

- Языковые средства: метафоры «тяжёлый груз», «открытые раны», «прошлое догоняет», осторожные формулировки («она с опытом насилия», «сложный бэкграунд»).

Примеры:

- *«Сейчас прям очень чувствуется, что много... домашнего насилия. Повально. Много созависимости, конечно»* (Сотр11)

- *«История с границами, которые у неё нарушались постоянно в детстве: сейчас они нарушаются постоянно с детьми...»* (Сотр13)

- *«Она была ребёнком не потому, что злая, а потому что сама так выросла. Это её травма говорит.»* (Сотрб)

Нарратив 4: «Центр как временная гавань: между улицей и самостоятельной жизнью»

Центр — это временное убежище, где можно «перевести дух», «набраться сил», «составить план». Но не дом. Акцент на том, что задерживаться нельзя, нужно двигаться дальше.

- Языковые средства: метафоры «гавань», «передышка», «трамплин», «временный приют».

- Пример: *«Мы не навсегда. Мы — чтобы она отдохнула, собралась и пошла дальше. Дом она себе построит сама.»*

Вывод по разделу

Травмоинформированный подход в практике кризисных центров реализуется фрагментарно, часто интуитивно, на основе личного опыта и гуманистических установок специалистов. Наиболее сильны компоненты физической безопасности и поддержки детско-родительских отношений. Наиболее уязвимы — системное обучение персонала, учёт травмы, реальное партнёрство с клиентками и забота о ресурсе специалистов. Ключевым барьером является недостаток институциональной поддержки (обучение, супервизии, финансирование), что компенсируется личной вовлечённостью сотрудников, но повышает риск выгорания и непоследовательности помощи.

АНАЛИЗ ИНТЕРВЬЮ С КЛИЕНТКАМИ КРИЗИСНЫХ ЦЕНТРОВ

В данном разделе представлены результаты тематического и нарративного анализа 30 глубинных интервью с женщинами, проживающими или проживавшими в кризисных центрах для женщин с детьми (Приложение 6). Средний возраст респонденток - 34 года (min=20 лет, max=65 лет). Из них 30% на момент проведения интервью проживали в центре, 70% - уже выпустились из него.

Цель анализа — выявить, как компоненты травмоинформированного подхода способствуют преодолению кризиса, сохранению ребенка и возвращению к самостоятельной жизни. В отличие от формализованных опросников, качественный анализ позволил реконструировать субъективный опыт женщин: их восприятие безопасности, доверия, контроля, а также механизмы, запускающие внутренние изменения. Особое внимание уделялось метафорам и смыслам, с помощью которых клиентки описывают свое пребывание в центре, отношения с сотрудниками и другими женщинами, а также трансформацию собственной идентичности — от состояния «жертвы» и «спасенной» к обретению субъектности и желанию помогать другим.

В ходе анализа были выделены 7 ключевых тем и 4 нарративных сюжета, устойчиво повторяющихся в интервью клиенток из разных центров. Эти темы описывают не просто условия проживания, а глубинные психологические и социальные процессы, запускаемые средой и практиками центра.

Ключевые темы

Тема 1. «Дом, милый дом»: Обретение физической и эмоциональной «крыши»

Эта тема является фундаментальной. Женщины описывают центр не как «учреждение» или «общежитие», а как «дом» — место, где удовлетворяются базовые потребности в безопасности, тепле и пище, но что важнее — в эмоциональном принятии.

Тема включает два неразрывных компонента:

- Физическая безопасность: Закрытые двери, камеры, конфиденциальность местоположения, отдельные комнаты. Это создает базовое чувство защищенности от внешнего преследователя.

- Эмоциональный «дом»: Атмосфера, кардинально отличающаяся от травматичного прошлого. Ключевые дескрипторы: «домашняя», «уютная», «семейная», «намоленное место», «райский уголок». Это пространство, где можно «выдохнуть», «расслабиться психологически» и перестать быть в состоянии «жертвы».

Данная тема напрямую отражает компонент «Безопасность» (как физическую, так и эмоциональную) и «Предотвращение ретравматизации», поскольку отсутствие угроз и предсказуемость среды снижают риск повторного переживания травмы.

- «...здесь всё по-домашнему, всё нормально. ...Все друг друга понимают.» (Респ4)

- «...я живу в своём доме благодаря кризисному центру, который мне помог...» (Респ28) — здесь дом уже метафора всей новой жизни.

- «...прямо как будто бы ты в каком-то санатории прогуливаешься вечером.» (Респ30)

- «...это была просто сказка. Любой вопрос решаем...» (Респ21)

Вариативность и противоречия:

Несмотря на разные названия, образ «дома» един для всех. Даже в центре при храме с более строгим укладом, дом описывается как место принятия и безопасности.

Барьеры: Главный барьер — проживание в общей комнате на начальном этапе, что воспринимается как стресс и отсутствие личного пространства. Однако получение отдельной комнаты воспринимается как ключевой момент в обретении безопасности и возможности уединиться.

Исключение: Тема «дома» наиболее ярко контрастирует с ожиданиями женщин, которые готовились к худшему («палата, как в больнице», «закрытое учреждение»). Это расхождение усиливает терапевтический эффект.

Тема 2. Семейные метафоры в отношениях с сотрудниками: От «мамы» до «наставника»

Отношения с персоналом — центральный элемент терапии средой. Женщины редко описывают их как формальные отношения «специалист-клиент». Вместо этого они используют метафоры семейных связей, что указывает на удовлетворение глубокой потребности в привязанности и заботе, депривированной в травматичном прошлом

Спектр ролей, которые играют сотрудники, широк:

- «Мама», «бабушка»: Безусловная любовь, забота, утешение, опека, «примут как родного». Это самая сильная и часто встречаемая метафора. «Она относится к нам, как к детям. Это как любовь к ребенку» (Респ14)

- «Наставник»: Помощь в постановке целей, планировании, обучение навыкам. Это более «взрослая», партнерская роль, но все равно в рамках заботливой иерархии.

- «Друзья», «члены большой семьи»: Отношения между самими женщинами, которые вместе проходят через кризис.

Данная тема раскрывает компоненты «Доверие и прозрачность» (открытость, предсказуемость, искренность сотрудников) и «Сотрудничество и поддержка» (партнерство, взаимность, ощущение «мы на одной стороне»). «Материнская» метафора также работает на предотвращение ретравматизации, так как дает опыт безусловного принятия, которого часто не хватало в детстве.

- «...они все относятся к тебе как будто, ну, ты их член семьи...» (Респ20)
- «...Наши администраторы это как наши бабушки, как мамы.» (Респ5)
- «Как? Я не знаю, как... Ко мне мама так не относилась. Очень внимательно, очень внимательно.» (Респ21)
- «...мы все здесь, как члены семьи, тряслись над этой молодой мамочкой.» (Респ29)

Вариативность и противоречия:

Границы роли: «Материнская» метафора, будучи мощным ресурсом, может нести риск слияния или не оправданных ожиданий. В одном случае (Респ9) женщина описывает сильное давление со стороны конкретного сотрудника, что воспринимается как нарушение материнской (или любой другой поддерживающей) роли и вызывает боль.

Индивидуальный подход: Женщины четко различают стиль разных сотрудников, но в целом оценивают его как индивидуальный, что укрепляет доверие. Это также указывает на важность компонента «Отбор, обучение и поддержка персонала», так как именно личные качества сотрудников становятся решающим фактором.

Тема 3. Пузырь безопасности vs. Враждебный мир: Страх за порог

Центр выступает как идеальное, безопасное пространство — «пузырь», который защищает от реальности. Однако выход за его пределы часто возвращает женщину в состояние страха и тревоги. Это ключевое противоречие, показывающее, что травма все еще активна, а безопасность центра — временная, «инкубаторная».

Внутри центра — спокойствие и уверенность. Снаружи — подстерегают обидчики, их знакомые, «дураки», опасные соседи (центр для бездомных). Женщины описывают состояние «жути», необходимость оглядываться, страх, что ребенка «вырвут из рук».

Эта тема напрямую связана с «Предотвращением ретравматизации» (необходимость защитить от внешних триггеров) и одновременно указывает на ограниченность компонента «Безопасность» — безопасность обеспечена только в

стенах центра, но не интегрирована в жизнь вовне. Это вызов для перехода к самостоятельной жизни.

- «...за пределами центра я чувствовала, что я не в безопасности...» (Респ1)

- «...мне было очень страшно выходить из дома... это состояние жути, когда идешь, оглядываешься...» (Респ2)

- «...когда вечером возвращаешься домой, думаешь: блин, не дай бог какой-то дурак подойдет.» (Респ25)

- «Вне центра. В центре я себя чувствовала полностью безопасно. ... А вдруг он нас отследит...» (Респ9)

Эта тема подчеркивает, что основная задача центра — не просто изолировать от опасности, а подготовить женщину к жизни в этом «опасном» мире. Успех измеряется не только комфортом внутри, но и способностью справляться со страхом вовне после выхода. Некоторые женщины (Респ27) отмечают, что стали спокойнее выходить на улицу, что является важным маркером прогресса.

Тема 4. «От страха перед будущим к плану на 10 лет»: Восстановление субъектности через планирование

Ключевой механизм возвращения контроля над жизнью — переход от хаотичного реагирования к осознанному планированию. Центр предоставляет для этого инструменты и поддержку.

Практики планирования варьируются от устных обсуждений с психологом до составления письменных «карт сопровождения», «кейс-менеджмента», пошаговых планов. Важно, что женщина играет главную или равную роль в этом процессе. Выполнение даже маленьких шагов дает чувство «маленькой победы», «гордости», «облегчения» и укрепляет «опору на себя».

Это яркое проявление компонентов «Расширение прав, возможностей и выбора» (женщина сама определяет свои цели и контролирует процесс) и «Сотрудничество» (совместная работа с сотрудниками). Планирование напрямую снижает чувство безвластия, вызванное травмой.

- «...план с психологом тоже был... он строился именно в зависимости от того, что в моей голове...» (Респ1)

- «...в один день я просто села и написала план, что я буду делать в жизни. Прямо каждый год описала.» (Респ3)

● *«Главную, наверное, роль... план именно зависит от меня... Это... такое чувство спокойствия, что ты уверена в завтрашнем дне...»* (Респ1)

● *«...ты когда выполняешь один план, у тебя появляется там другой план выполнять. Ну, какая-то радость тоже чувствуется... мотивация идет дальше...»* (Респ20)

● *«...мы садились и прописывали по разным блокам, что нам нужно сделать в первую очередь...»* (Респ27)

Вариативность: Наличие письменного плана не является обязательным, но структурирует процесс. Наиболее эффективным кажется сочетание самостоятельного целеполагания женщины и коучинговой/наставнической поддержки сотрудника. Восприятие результата — от спокойствия до эйфории — указывает на сильный позитивный эмоциональный подкрепляющий эффект.

Тема 5. От благодарности к реципрокности: «Хочу помогать другим»

Глубокая благодарность центру трансформируется у многих женщин в устойчивое желание «отдать долг». Это мощный маркер завершения кризиса и обретения новой идентичности — не только «спасенной», но и «спасающей», несущей ресурс.

Женщины планируют (или уже реализуют) разные формы реципрокности: стать волонтером, помогать нынешним подопечным, рассказывать о центре другим, давать контакты, поддерживать связь и просто «быть рядом». Это превращает центр в сообщество, расширяя его влияние за пределы формального пребывания.

Данная тема отражает результат успешной реализации компонентов «Сотрудничество» и «Расширение прав и возможностей» — женщина из объекта помощи превращается в субъекта, способного поддерживать других. Это также проявление «Культурного контекста» (ценность взаимопомощи и солидарности).

● *«Если я встречу женщину, которой нужна будет помощь, я обязательно ей расскажу о своем опыте...»* (Респ1)

● *«Хочу стать волонтером. Дом для мамы.»* (Респ15)

● *«Конечно, я же там как волонтер. ...я же танцую с девочками... И вообще это семья какая-то стала.»* (Респ17)

● *«Я всегда готова помочь. Также поддерживать с руководством центра хорошие отношения...»* (Респ8)

● *«Я всем рассказываю, где я была. ... некоторые говорят: «Мы даже не знали, что такое есть».»* (Респ16)

Реципрокность завершает цикл восстановления: от получения помощи к ее предоставлению. Это позволяет женщине почувствовать себя сильной, компетентной и ценной для общества, окончательно закрепляя позитивную идентичность.

Тема 6. Терапия реальностью: Принятие и неосуждение как базис исцеления

Многие женщины впервые в жизни сталкиваются с безусловным принятием. Опыт неосуждения за ошибки, за «плохое» поведение, за саму ситуацию, в которую они попали, оказывает глубочайшее терапевтическое воздействие. Это антитеза травматичному опыту, где они постоянно подвергались критике, унижению и насилию.

Сотрудники не ставят «в вину», не делят на «хороших» и «плохих», а объясняют, направляют, помогают найти конструктивное решение. Это позволяет женщине снять «защитные доспехи», перестать ждать нападения и начать доверять.

Это прямое воплощение «Доверия и прозрачности», а также «Предотвращения ретравматизации» (отсутствие осуждения предотвращает вторичную травму). Учет «гендерного контекста» здесь также важен — женщины часто подвергались гендерно-обусловленному насилию и обесцениванию, поэтому принятие становится ключевым исцеляющим фактором.

- «...в вину не ставят. Говорят, что: «Вот давай сделаем вот так...»» (Респ29)
- «...тут к каждому человеку абсолютно свой подход... Тут нет такого, что сотрудники кого-то обвиняют...» (Респ1)
- «Я, может быть, впервые там за 30 с лишним лет ощутила на себе, что такое принятие. ...Я впервые ощутила, что такое неосуждение.» (Респ14)
- «...сначала я думала... и вызовут каких-то людей, ребёнка заберут... Но когда я уже сюда приехала и поселилась, это намного лучше...» (Респ27)

Учёт культурных и религиозных особенностей клиентки воспринимают прежде всего через практические бытовые договорённости: «...мы там покупали одно время сосиски халяль...», Респ26; «к еде приспособились – кубинцы не ели супы, и это учитывали», Респ28). При этом сами клиентки в интервью не акцентировали внимание на культурных различиях как проблеме, что может свидетельствовать как о толерантной атмосфере, так и о недостаточной рефлексии значимости культурного контекста в процессе помощи.

Тема 7. Границы контроля: От «слежки» к «заботе о безопасности»

Восприятие контроля и правил в центре эволюционирует от потенциального источника страха к механизму заботы и порядка. Женщины, пришедшие из хаоса и насилия, часто боятся жестких правил (как в «психушке» или «тюрьме»), но в итоге принимают их как необходимую и поддерживающую структуру.

Контроль воспринимается позитивно, если он:

- Минимизирован и предсказуем: предупреждения о проверках, уважение к личному пространству (стучатся, спрашивают разрешения).

- Понятен и обоснован: правила объяснены, связаны с безопасностью или общим порядком (тишина, чистота).

- Осуществляется с заботой, а не с подозрением: интерес к состоянию, а не тотальная слежка. Правила «не навязываются», а являются «нормами обычной жизни».

Здесь балансируют «Безопасность» (контроль ради защиты) и «Расширение прав и выбора» (уважение автономии). Предсказуемость правил способствует «Доверию и прозрачности». Восприятие контроля как заботы, а не как надзора, критически важно для предотвращения ретравматизации (ощущения беспомощности).

- *«...за счёт вот этого вот контроля, и тот контроль был очень минимизированный... Приходя, всегда стучались в комнату...»* (Респ1)

- *«...настолько аккуратно все равно с нами обращались, то есть негатива никакого не испытывали. ...как будто бы бабушка пришла...»* (Респ2)

- *«Давящего контроля не ощущаю. Контроля нет, а вот интерес и заботу --- да...»* (Респ19)

- *«...после 9 нельзя было выходить на улицу. Ну так это и правильно, это же комендантский час.»* (Респ22)

Противоречия: Негативное восприятие контроля возникает там, где он ощущается как личная неприязнь или давление (Респ9, Респ22). Это ломает нарратив заботы и возвращает женщину в парадигму насильственной власти. Такие случаи указывают на недостаточную реализацию компонента «Отбор, обучение и поддержка персонала», когда сотрудник не справляется с собственной травмой или не обладает нужными компетенциями.

Ключевые нарративные сюжеты

В историях женщин прослеживаются устойчивые сюжетные линии, описывающие их путь.

Нарратив 1: «Падение и Спасение» (классический нарратив): Жизнь «до» — это история непрерывного насилия, страха и безысходности, часто описываемая в мрачных тонах. Кульминация — момент «дна», решение обратиться в центр. Спасение в центре описывается как обретение «тихой гавани», «крыши над головой», где их «приняли и спасли». Роль центра — пассивно-спасающая, роль женщины — «спасенная». Этот нарратив чаще встречается у женщин, только что переживших острый кризис или все еще проживающих в центре: *...осталась на улице с ребенком. Некуда было идти. ...Нашла брошюру в почтовом ящике...* (Респ18)

Нарратив 2: «Обучение и Взросление» (нарратив развития): Здесь акцент смещается со спасения на активную работу. Центр — не убежище, а «школа», «место силы». Женщина проходит путь от «не знала, что делать» до написания плана на 10 лет. Она учится планировать бюджет, воспитывать ребенка, отстаивать границы. Этот нарратив свойственен женщинам, которые уже прошли значительный путь и готовятся к выходу или уже вышли. Ключевая фраза — «*научилась*», «*поняла*», «*стала увереннее*».

● «*...в центре нам помогли наладить режим. Вообще, в центре мой ребенок всему научился: ходить, разговаривать.*» (Респ3)

Нарратив 3: «Возвращение Себя» (нарратив восстановления идентичности): Это наиболее глубокий психологический сюжет. Он не про внешние навыки, а про внутренние изменения. Женщина, которая была «сломлена» и жила в состоянии «жертвы», начинает ощущать свои чувства как важные, обретает право на собственное мнение и учится говорить «нет». Центр выступает как «зеркало», в котором она впервые видит себя ценной и достойной уважения.

● «*Мне стало легче говорить о том, что меня не устраивает. ...Пришло понимание того, что мои чувства тоже важны.*» (Респ13)

● «*Сейчас я понимаю... есть Я, есть мой ребёнок...*» (Респ5)

● «*Я вообще стала другим человеком. ...оказывается, я не плачу, когда меня обижают.*» (Респ30)

Нарратив 4: Нарратив о сотруднике: «Строгая мама» vs. «Душевный человек». Отношения с конкретным сотрудником часто структурируют весь опыт пребывания. Если сотрудник воспринимается как «душевный человек», «мама», это создает идеальный фон для исцеления. Если же сотрудник воспринимается как источник

давления и несправедливости (даже в единичных случаях), это врезается в память как травматичный эпизод, нарушающий всю картину безопасности. Это подчеркивает критическую важность личности и эмоциональной компетентности персонала, что соответствует компоненту «Отбор, обучение и поддержка персонала».

Выводы по разделу

Травмоинформированный подход в кризисных центрах реализуется эффективно, но преимущественно интуитивно, за счет личных качеств сотрудников. Наиболее сильно представлены компоненты «Безопасность» и «Доверие и прозрачность»: центры создают среду, воспринимаемую женщинами как физический и эмоциональный «дом», где впервые можно «выдохнуть», а доверие выстраивается через предсказуемость, уважение и неформальное, принимающее отношение. Практики имплицитно учитывают травму («Предотвращение ретравматизации») через гибкость правил, отсутствие осуждения и фокус на восстановлении контроля. Комплексная поддержка детско-родительских отношений и «расширение прав и возможностей» (где женщина — главный герой своего плана) напрямую работают на восстановление субъектности.

Главные разрывы связаны с критической зависимостью от личности сотрудника при отсутствии системного обучения и поддержки персонала, что создает риски вторичной травматизации и выгорания. Другая зона риска — «пузырь» безопасности: глубокая защищенность внутри центра контрастирует с восприятием внешнего мира как враждебного, и подготовка к выходу требует отдельного внимания. Сохраняется разрыв между декларируемым партнерством и реальной иерархией, а компонент «учета культурного контекста» остается не проблематизированным.

Ключевые факторы успеха глазами женщин: интегральность помощи, достаточное время пребывания, качество отношений с сотрудниками (главный ресурс изменений) и поддержка равных — других женщин центра. Главный вектор развития — переход от интуитивного «спасательства» к институционализации подхода: системному обучению персонала, реальному партнерству с клиентками и программам интеграции в социум за пределами «безопасного пузыря».

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ТРАВМОИНФОРМИРОВАННОГО ПОДХОДА: ВЗГЛЯД СПЕЦИАЛИСТОВ И КЛИЕНТОК КРИЗИСНЫХ ЦЕНТРОВ

Компонент ТИП	Взгляд специалистов	Взгляд клиенток
Безопасность (физическая и эмоциональная)	Понимается как комплексный конструкт: от технических средств (скрытый адрес, охрана) до психологической предсказуемости (чёткие правила, распорядок). Администраторы и соцработники акцентируют организационные меры, психологи — эмоциональный климат.	Центр воспринимается как «Дом» и «Пузырь безопасности». Физическая защита (закрытые двери) является базой, но ключевое значение имеет эмоциональная составляющая — «домашняя» атмосфера, где можно «выдохнуть» и расслабиться психологически.
Доверие и прозрачность	Описывается как постепенный процесс, требующий времени и терпения. Выстраивается через бытовые мелочи, искренность, отсутствие осуждения и работу с ребёнком. Контроль переосмысливается как забота.	Подтверждают процессуальность: «ждут подвоха». Доверие возникает через «человеческое», неформальное отношение сотрудников («как мама», «как бабушка»), уважение к личному пространству (стучатся в дверь) и понятность правил. Опыт неосуждения часто является первым в жизни и имеет мощный терапевтический эффект.
Сотрудничеств о и поддержка	Описывается как партнерство в принятии решений и совместное планирование. Однако в нарративах часто проскальзывает патерналистская позиция («мы лучше знаем», роль «приёмного родителя»). Поддержка коллег — главный ресурс для самих специалистов.	Ощущают себя главным действующим лицом в процессе планирования («план строился от того, что в моей голове»). Особо ценят поддержку «равных» — других женщин в центре («семья», «друзья»). Сотрудники выступают как наставники или фасилитаторы, а не диктаторы.

Расширение прав, возможностей и выбора (Empowerment)	Описывается через предоставление женщине возможности влиять на процесс работы и делать осознанный выбор. На практике декларируется, но обратная связь от клиенток редко влияет на изменения в центре.	Воспринимается через призму восстановления субъектности. Ключевой механизм — переход к планированию своей жизни («от страха к плану на 10 лет»). Возможность выбора (даже в мелочах) и выполнение маленьких шагов возвращают «опору на себя» и чувство контроля над своей жизнью.
Культурный, исторический и гендерный контекст	Специалисты учитывают религиозные и пищевые ограничения, не навязывают свою культуру. Однако системное понимание влияния идентичности, культурных норм и гендерного угнетения на травму отсутствует, а различия часто описываются как «странные» и требующие привыкания.	Клиентки фиксируют, что сотрудники подстраиваются под пищевые и поведенческие особенности подопечных. Однако в интервью клиенток эта тема напрямую редко артикулируется, что может указывать либо на её «растворённость» в индивидуальном подходе, либо на её неучёт.
Предотвращение ретравматизации	Понимается как мониторинг триггеров и устранение рисков повторной травматизации. Однако не всегда осознаётся, что чрезмерный контроль (проверки, ограничения) может сам стать таким триггером.	Чётко фиксируют разницу между контролем-заботой и контролем-вторжением. Негативно реагируют на давление, личную неприязнь или формализм, что мгновенно разрушает безопасную среду. «Пузырь» центра защищает от внешнего мира, но выход за его пределы является сильнейшим триггером, возвращающим страх, — зона роста для центра.
Отбор, обучение и поддержка персонала	Специалисты открыто говорят о недостатке системного обучения по теме травмы, высоком риске выгорания и опоре на личный опыт и взаимопомощь коллег как главный ресурс устойчивости.	Для клиенток этот компонент является критически важным, но «невидимым». Они напрямую сталкиваются с его результатом: качество помощи и ощущение безопасности целиком зависят от личности сотрудника. «Токсичный» или выгоревший сотрудник способен нанести серьёзную вторичную травму. Хороший же сотрудник воспринимается как «душевный человек» или «мама».

Проведенный сравнительный анализ позволяет сделать ряд ключевых выводов о роли травмоинформированного подхода в работе кризисных центров для женщин с детьми.

1. Совпадение фундаментальных ценностей: и специалисты, и клиентки сходятся в главном — основой преодоления кризиса является безопасная и принимающая среда. Образ центра как «дома» и «гавани» у клиенток полностью коррелирует с усилиями специалистов по созданию физической и эмоциональной безопасности. Компоненты «Безопасность» и «Доверие и прозрачность» являются безусловным фундаментом успеха и реализуются наиболее полно и непротиворечиво.

2. Асимметрия в восприятии власти и субъектности: это главная зона расхождений. Специалисты, декларируя партнерство (компоненты «Сотрудничество» и «Расширение прав и возможностей»), на уровне нарратива часто остаются в патерналистской позиции «спасателя» или «приёмного родителя». Клиентки же, напротив, описывают свой путь именно как возвращение себе авторства собственной жизни («я стала другим человеком», «я написала план»). Они не хотят быть просто «спасёнными», им важно стать субъектами. Это указывает на разрыв между декларируемым и реальным партнерством, где голос клиентки всё ещё может недооцениваться.

Данные из разных областей — социальной работы, медицины, педагогики, психиатрии — сходятся в одном: патерналистская модель взаимодействия является глубоко укорененной и широко распространенной в российской помогающей практике (Старшинова, 2006; СПбГУ, 2024; Журнал «Психиатрия», 2012 и др.). Это можно объяснить тем, что славянский православный культурный тип, к которому относится наша страна, является коллективистским, а в таких культурах, как правило, поддерживается иерархическая структура общества (Шамрова Д.П. и др., 2023). В этой структуре одни категории людей (например, специалисты) имеют более высокий социальный статус, и им делегируется право (и обязанность) принимать решения за тех, чей статус ниже или кто от них зависит (например, клиенты, подопечные). Переход от декларируемого партнерства к подлинному, где голос клиента становится определяющим, требует осознания этой проблемы и целенаправленных усилий по изменению профессиональных установок и подходов.

3. Критическая важность человеческого фактора и «слепые зоны»:

Персонал как главный ресурс и главная уязвимость: исследование блестяще подтверждает ключевую роль компонента «Отбор, обучение и поддержка персонала».

Для клиенток конкретный сотрудник — это либо «мама», либо источник травмы. Специалисты же признают, что работают «на энтузиазме», без системного обучения и с высоким риском выгорания. Это создаёт ситуацию, где успех всего подхода зависит от случайных личных качеств сотрудника, а не от институциональной устойчивости.

Предотвращение ретравматизации: специалисты видят риски ретравматизации вовне, но не всегда замечают их внутри (контроль как вторжение). Клиентки же очень тонко чувствуют эту грань. Кроме того, обе группы фиксируют проблему «пузыря»: безопасность внутри центра не гарантирует безопасности вовне, и подготовка к выходу в «опасный мир» (компонент «Безопасность» в широком смысле) требует отдельной проработки.

Культурный контекст: этот компонент оказался наименее проявленным в интервью, что может быть следствием однородности выборки (малая представленность представителей других культур), так и признаком его недоосмысления специалистами. В условиях растущего разнообразия общества это может стать вызовом.

4. Роль взаимоподдержки: важный вывод, который не всегда явно прописан в классических компонентах ТИП, — это колоссальный ресурс горизонтальной поддержки («равный — равному»). Для клиенток общение с другими женщинами, проходящими через похожий опыт, является мощнейшим фактором исцеления и восстановления идентичности. Специалисты, в свою очередь, находят ресурс в поддержке коллег. Это говорит о необходимости культивировать в центрах не только вертикальные (специалист-клиент), но и горизонтальные связи.

ВЫВОДЫ

Проведенное эмпирическое исследование, основанное на анализе интервью с сотрудниками и клиентками семи российских кризисных центров для женщин с детьми, позволяет сформулировать ряд ключевых выводов, соотносимых с теоретическими основаниями травмоинформированного подхода (ТИП) и задачами его внедрения в отечественную практику.

1. Подтверждение теоретических оснований ТИП в практической деятельности. Исследование подтверждает, что травматический опыт является системообразующим фактором, определяющим поведение, стратегии выживания и трудности женщин, обращающихся в кризисные центры. Нарративы клиенток («травма как тень», «пузырь безопасности», «страх за порогом») и специалистов («травма говорит», «они ждут подвоха») эмпирически верифицируют ключевой постулат ТИП: поведение человека, даже воспринимаемое как дезадаптивное, является адаптацией к контексту его жизненного опыта. Следовательно, помощь, не учитывающая природу травмы, рискует быть неэффективной или ретравматизирующей.

2. ИмPLICITная реализация принципов ТИП. Кризисные центры, участвовавшие в исследовании, на практике реализуют ряд фундаментальных принципов травмоинформированного подхода, часто интуитивно, без опоры на формализованное знание о ТИП. Наиболее полно и непротиворечиво реализуются компоненты «Безопасность» (физическая и эмоциональная) и «Доверие и прозрачность». Это выражается в создании женщинами среды, воспринимаемой как «дом» и «тихая гавань», где впервые появляется возможность «выдохнуть» и столкнуться с опытом безусловного принятия и неосуждения. Высокие показатели самооценки центров по этим направлениям (86% и выше по отдельным подшкалам) полностью коррелируют с качественными данными, что позволяет считать эти компоненты фундаментом эффективной помощи (см. Приложение 4).

3. Восстановление субъектности как центральный механизм исцеления. Исследование эмпирически подтверждает, что ключевым фактором преодоления последствий травмы является восстановление у женщины чувства контроля над собственной жизнью — субъектности. Компоненты «Расширение прав, возможностей и выбора» (Empowerment) и «Сотрудничество» проявляются в практике через механизм совместного планирования. Переход от хаотичного существования к осознанному планированию («от страха к плану на 10 лет») позволяет женщине вернуть «опору на

себя». При этом выявляется важное расхождение: специалисты склонны описывать свою роль в патерналистских терминах («приёмный родитель», «спасатель»), тогда как клиентки четко артикулируют собственное авторство изменений («план зависел от того, что в моей голове», «я стала другим человеком»). Это указывает на необходимость перехода от декларируемого партнерства к подлинному, где голос клиентки становится определяющим.

4. Критическая значимость человеческого фактора при институциональной уязвимости. Центральным звеном, обеспечивающим реализацию всех компонентов ТИП, является личность специалиста. Качественные данные со стороны клиенток однозначно демонстрируют, что успех помощи зависит от способности сотрудника к эмпатии, неосуждению и гибкому применению правил («душевный человек», «мама»). Однако количественные данные самооценки (57% по разделу супервизии и поддержки) и нарративы специалистов о работе «на энтузиазме», недостатке системного обучения и высоком риске выгорания вскрывают главную зону уязвимости (см. Приложение 4). Компонент «Отбор, обучение и поддержка персонала», являясь «невидимым» для клиенток, но критически важным, реализуется наименее системно. Это создает ситуацию, где устойчивость и качество помощи зависят не от институциональных механизмов, а от случайных личных качеств и самоотверженности конкретных сотрудников, что повышает риски вторичной травматизации и непоследовательности помощи.

5. Проблема «безопасного пузыря» и необходимость интеграции в социум. Исследование выявило важное ограничение в реализации принципа «Предотвращение ретравматизации». Центры успешно создают безопасное пространство внутри («пузырь»), однако внешний мир продолжает восприниматься женщинами как враждебный и опасный, а выход за пределы центра становится сильным триггером, возвращающим страх. Специалисты не всегда в полной мере осознают, что внутренние практики контроля также могут нести риск ретравматизации. Это указывает на необходимость разработки программ, подготавливающих женщин к жизни за пределами «безопасного пузыря» и интегрирующих принципы безопасности в более широкий социальный контекст.

6. Недостаточная рефлексия культурного и гендерного контекстов. Компонент «Культурный, исторический и гендерный контекст» оказался наименее проявленным в интервью обеих групп. Учёт религиозных и пищевых ограничений носит ситуативный характер и редко закреплён в регламентах. Языковые барьеры преодолеваются через

бытовые переводчики, а не через системное обеспечение переводческих услуг. Культурные различия в понимании семейных ролей и воспитания детей (например, в традициях Средней Азии) описываются сотрудниками как «странные» и требующие «долгого привыкания», что указывает на отсутствие рефлексивного подхода к культурной компетентности. Гендерный контекст (специфика насилия в отношении женщин, давление патриархальных норм) также не проблематизируется отдельно.

7. Роль горизонтальных связей как ресурса восстановления. Важным выводом, выходящим за рамки формальных компонентов ТИП, является выявление колоссального ресурса горизонтальной поддержки — как среди клиенток («равный — равному»), так и среди специалистов (поддержка коллег). Желание выпускниц помогать центру и другим женщинам («реципрокность») является мощным маркером завершения кризиса и обретения новой идентичности. Это указывает на необходимость институционализации и культивирования горизонтальных связей в работе центров.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённое исследование, основанное на анализе 51 глубинного интервью с клиентками и специалистами семи кризисных центров, а также на данных самооценки организаций, подтверждает, что травмоинформированный подход (ТИП) в российских кризисных центрах для женщин с детьми работает, но реализуется преимущественно интуитивно и фрагментарно. Наиболее сильными сторонами, признаваемыми обеими группами респондентов, являются физическая и эмоциональная безопасность, доверие и прозрачность, а также поддержка детско-родительских отношений. Центры создают среду, воспринимаемую женщинами как «дом» и «тихая гавань», где впервые возникает опыт безусловного принятия и неосуждения. Клиентки высоко ценят возможность уединиться, предсказуемость правил и человеческое, неформальное отношение сотрудников.

Вместе с тем исследование выявило системные разрывы и зоны институциональной уязвимости. Главное расхождение лежит в восприятии власти и субъектности: специалисты, декларируя партнёрство, в нарративах часто остаются в патерналистской позиции «спасателя» или «приёмного родителя», тогда как клиентки описывают свой путь именно как возвращение себе авторства собственной жизни. Это указывает на необходимость перехода от декларируемого партнёрства к подлинному, где голос клиентки становится определяющим.

Критически слабыми компонентами оказались предотвращение ретравматизации и поддержка персонала. Специалисты работают «на энтузиазме», с высоким риском выгорания и без системного обучения по травме, что создаёт ситуацию, где успех помощи зависит от случайных личных качеств сотрудника, а не от институциональной устойчивости. Компонент культурного, исторического и гендерного контекста оказался «слепой зоной»: специалисты сводят его к бытовым договорённостям, но не рефлексировать влияние идентичности и гендерного угнетения на травму.

Ещё одна зона роста – проблема «безопасного пузыря»: центры успешно защищают женщин внутри, однако выход за пределы центра остаётся сильным триггером, возвращающим страх, а подготовка к интеграции в социум не достаточна. Также выявлен колоссальный ресурс горизонтальной поддержки («равный – равному»), который используется недостаточно.

Таким образом, ключевые направления развития ТИП в России лежат в плоскости институционализации подхода: системное обучение и супервизия персонала, внедрение

механизмов реального партнёрства с клиентками, разработка программ подготовки к жизни за пределами центра, а также целенаправленная работа по развитию культурной компетентности и учёту гендерного контекста. Полученные данные эмпирически обосновывают необходимость перехода от интуитивного «спасательства» к целостной, контекстуально чувствительной методологии, способной повысить устойчивость и эффективность помощи уязвимым группам в России.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ваньке, А. В., Полухина, Е. В., Стрельникова, А. В. Как собрать данные в полевом качественном исследовании [Текст] / А. В. Ваньке, Е. В. Полухина, А. В. Стрельникова ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2020
2. Кошарная Галина Борисовна, Кошарный Валерий Павлович Триангуляция как способ обеспечения валидности результатов эмпирического исследования // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Общественные науки. 2016. №2 (38)
3. Практики анализа качественных данных в социальных науках / Отв. ред. Е. В. Полухина. М.: Издательский Дом ВШЭ, 2023
4. Багов, Р. А. (2025). Травмо-ориентированный подход в образовании: поддержка учащихся с посттравматическим синдромом. Психология и педагогика: новые вызовы и цели: Сборник научных статей (с. 19–22). Волгоград.
5. Вакуленко, С. М. (2025). Застосування травмоінформованого підходу в соціальній роботі з дітьми під час війни. Соціальна робота та психологія: освіта і наука, (1), 17–22.
6. Великодворская, Е. В., & Дукорский, В. В. (2024). Травма-информированный подход в работе кризисного консультанта и юридического психолога, оказывающего помощь женщинам, пострадавшим от насилия – участникам уголовного процесса. В А. А. Марголис, Н. В. Дворянчиков, Н. В. Богданович, В. В. Делибалт, М. Г. Дебольский, Е. Г. Дозорцева, Л. М. Карнозова, И. Н. Коноплева, Ф. С. Сафуанов, Р. В. Чиркина (Ред.), О. Р. Бусарова, О. Д. Гурина (Сост.), «Психология и право в современной России. Коченовские чтения». Сборник тезисов участников Всероссийской конференции по юридической психологии с международным участием (с. 253). ФГБОУ ВО МГППУ.
7. Катан, Е. А. (2019). Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте. Медицинская психология в России, 11 (2), 8. <https://doi.org/10.24412/2219-8245-2019-2-8>

8. Лазарева, Л. В. (Ред.). (2019). Слабое звено: социальный портрет женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации, обращающихся в кризисные центры, изучение их потребностей в услугах. Изд-во Урал. ун-та.
9. Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрической помощи: диагностика, лечение, реабилитация, общественные формы помощи» // Журнала «Психиатрия». - № 4(56), 2012. URL: <https://1090393.ru/stat/287> (дата обращения 14 января 2026)
10. Попова, А. В., Андреева, Е. К., и др. (2022). Исследование факторов результативности работы с мамами и их детьми на базе центра временного пребывания «Теплый дом». БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам». URL: <https://otkazniki.ru/upload/medialibrary/136/136cef18de29cef81b98ee7a5ba38efb.pdf> (дата обращения 14 января 2026)
11. Радченко, А. М., & Садовникова, Н. О. (2024). Психологическая травма: ретроспективный анализ проблемы. Научно-методический электронный журнал «Концепт», (06). <http://e-koncept.ru/2024/242011.htm>
12. Спаллетта, Дж., и др. (Ред.). (2023). Детская травма и психические расстройства (И. В. Олейчик, Пер.). ГЭОТАР-Медиа.
13. Старшинова Алевтина Викторовна Социологические аспекты исследования процесса становления и функционирования идеологии социальной работы // Вестник ЮУрГУ. Серия: Социально-гуманитарные науки. 2006. №2 (57). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsiologicheskie-aspekty-issledovaniya-protssessa-stanovleniya-i-funktsionirovaniya-ideologii-sotsialnoy-raboty> (дата обращения: 07.04.2026).
14. Ученые СПбГУ в ходе Форума здоровья обсудили, к чему может привести стандартизация медицины : сайт Санкт-Петербургского государственного университета, 2024. – URL: <https://spbu.ru/news-events/novosti/uchenye-spbgu-v-khode-foruma-zdorovya-obsudili-k-chemu-mozhet-privesti> (дата обращения: 07.04.2026)
15. Ходырева, Н. В., & Ходырева, А. Ю. (2020). Исследование кризисных центров и организаций, работающих по проблеме гендерного насилия в Северо-Западном регионе. Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник, (19), 59–76.
16. Шамрова Д.П., Арчакова Т.О., Гарифулина Э.Ш., Кабанов В.Л., Подушкина Т.Г., Тихомирова А.В., Бусыгина Н.П. Г61 «Голос» ребенка: участие детей в принятии решений, касающихся их благополучия / Д.П. Шамрова, Т.О. Арчакова, Э.Ш.

Гарифулина, В.Л. Кабанов, Т.Г. Подушкина, А.В. Тихомирова, Н.П. Бусыгина ; под науч. ред. Н.П. Бусыгиной. – Москва : ФГБОУ ВО МГППУ, 2023. – 179 с.

17. BAJ.media. (2023). Травмоинформированная журналистика: почему журналистам сложно признать свой травматичный опыт. <https://baj.media/ru/zhurnalistam-slozhno-priznat-svoy-travmatichnyy-opyt-chto-takoe-travma-informirovannaya-2/>

18. Badger, S., Wilkinson, D., & Chopra, I. (2024). A Systematic Review of the Existing Evidence on Early Year Interventions for Trauma and Violence Prevention. Trauma, Violence, & Abuse. <https://doi.org/10.1177/15248380241306040>

19. Bowen, E. A., & Murshid, N. S. (2016). Trauma-Informed Social Policy: A Conceptual Framework for Policy Analysis and Advocacy. American Journal of Public Health, 106(2), 223–229. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302970>

20. Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887

21. Brunner, T. S. (2025). Fostering Success: Trauma, Stability, and Academic Outcomes in Foster Youth. Journal of College Student Retention. <https://doi.org/10.1177/15210251251334073>

22. Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. Journal of Community Psychology, 33(4), 461–477. <https://doi.org/10.1002/jcop.20063>

23. Filson, B., et al. (2023). Embedding trauma-informed approaches in adult social care: Frontline briefing. Research in Practice for Adults. https://www.researchinpractice.org.uk/media/hj0k0021/ripfa_embedding_trauma-informed_approaches_frontline_briefing_web.pdf

24. Fallot, R. D., & Harris, M. (2015). Creating cultures of trauma-informed care: A self-assessment and planning protocol.

25. Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. International Journal of Qualitative Methods, 5(1), 80–92.

26. Goldstein, E., Chokshi, B., Melendez-Torres, G. J., Rios, A., Jelley, M., & Lewis-O'Connor, A. (2024). Effectiveness of Trauma-Informed Care Implementation in Health Care Settings: Systematic Review of Reviews and Realist Synthesis. The Permanente Journal, 28(1), 135–150. <https://doi.org/10.7812/TPP/23.127>

27. Guo, S., Chen, Q., & Chan, K. L. (2025). Effectiveness of Trauma-Informed Care Programs: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380251366271>
28. Hopper, E. K., Bassuk, E. L., & Olivet, J. (2010). Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3, 80–100. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/cenfdthy.pdf>
29. Levenson, J. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice. *Social Work*, 62(2), 105–113. <https://doi.org/10.1093/sw/swx001>
30. Levenson, J. (2020). Translating trauma-informed principles into social work practice. *Social Work*, 65(3), 288–298. <https://doi.org/10.1093/sw/swaa020>
31. Lotty, M., Dunn-Galvin, A., & White, E. B. (2020). Effectiveness of a trauma-informed care psychoeducational program for foster carers Evaluation of the Fostering Connections Program. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104390. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104390>
32. MacLochlainn, J., Kirby, K., McFadden, P., & Mallett, J. (2022). An Evaluation of Whole-School Trauma-Informed Training Intervention Among Post-Primary School Personnel: A Mixed Methods Study. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15, 925–937. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00432-3>
33. Magwood, O., et al. (2019). Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. *PLOS ONE*, 14(12), e0226306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226306>
34. Menschner, C., & Maul, A. (2016). Key Ingredients for Successful Trauma-Informed Care Implementation. Center for Health Care Strategies. <https://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/2018/11/Brief-Key-Ingredients-for-TIC-Implementation.pdf>
35. Mental Health Coordinating Council. (2014). *Annual Report 2013-2014*. https://mhcc.org.au/wp-content/uploads/2018/05/annual_report_2013-14-web.pdf
36. Mirick, R. G., Bridger, J., & McCauley, J. (2022). Trauma-Informed Clinical Practice with Clients with Suicidal Thoughts and Behaviors. *Smith College Studies in Social Work*, 92(1), 6–24. <https://doi.org/10.1080/00377317.2022.2104778>
37. Mohamad, N. H., Abdulaziz, A. M., Al Hmadi, R. A., Aldubayan, M. R., Nashri, K. H. A., Al-Qahtani, A. M., Almutrafi, M. D. T., Altarfan, M. A., Alqahtani, R. A. S., Algahtani, N. A. H., Alsahli, M. F. N., & Althagafi, R. A. (2023). The Role of Trauma-

Informed Social Services in Supporting Survivors of Abuse and Neglect: Integration of Trauma-Informed Advocacy in Social Work. *Review of Contemporary Philosophy*, 22, 6290–6299.

38. Orkney Integration Joint Board. (2021). Item 14: NHS Education for Scotland – National Trauma Training Programme. Orkney Health and Care. https://www.orkney.gov.uk/media/ttyad0ij/i14__national_trauma_training_programme.pdf

39. Pihama, L., Smith, C., Evans-Campbell, L. T., Te Nana, R., Kohu-Morgan, H. R., Skipper, H., & Southey, K. (2017). Investigating Māori approaches to trauma-informed care. *Journal of Indigenous Wellbeing*, 2(3). https://journalindigenousewellbeing.co.nz/journal_articles/investigating-maori-approaches-to-trauma-informed-care/

40. Pihama, L., Smith, C., Cameron, N., Te Nana, R., Kohu-Morgan, H. R., Skipper, H., & Mataki, T. (2020). He Oranga Ngākau: Māori approaches to trauma-informed care. Te Kotahi Research Institute. https://nzacap.org.nz/wp-content/uploads/2022/03/He-Oranga-Ngakau_Final-Report-1.pdf

41. Poole, N., & Greaves, L. (Ред.). (2012). Becoming Trauma Informed. Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). <https://australianwomenshealth.org/wp-content/uploads/2023/12/2013-Conference-N-Poole-L-Greaves.pdf>

42. Purtle, J. (2018). Systematic Review of Evaluations of Trauma-Informed Organizational Interventions That Include Staff Trainings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 725–740. <https://doi.org/10.1177/1524838018791304>

43. Tarshish, N., David, P., & Krumer-Nevo, M. (2025). Social Work Advocacy: Towards a Trauma-Informed Model. *Clinical Social Work Journal*, 53, 220–231. <https://doi.org/10.1007/s10615-024-00942-1>

44. Van der Hoeven, M. L., Widdershoven, G. A. M., van Duin, E. M., Hein, I. M., & Lindauer, R. J. L. (2023). A resilience enhancing trauma-informed program for children and mothers in domestic violence shelters: A qualitative study. *Child & Family Social Work*, 28(2), 515–526. <https://doi.org/10.1111/cfs.12981>

45. Winfrey, O., & Perry, B. D. (2021). What happened to you? Conversations on trauma, resilience, and healing. Flatiron Books.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Компоненты травмоинформированного подхода (выделены по результатам теоретико-аналитического этапа исследования)

Компонент	Краткая характеристика
Безопасность / Safety	Создание физической, эмоциональной и реляционной безопасности для клиентов и сотрудников; предотвращение ретравматизации; поддержка психологического комфорта, особенно у маргинализированных групп
Доверие и прозрачность / Trust, Trustworthiness	Формирование открытых и предсказуемых отношений, информирование клиентов о процессах и правах; снижение тревожности через искреннее общение
Сотрудничество и поддержка / Collaboration	Партнерство клиента и специалиста в принятии решений; взаимность, снижающая безвластие; поддержка устойчивости клиента
Расширение прав, возможностей и выбора / Empowerment, Choice	Поддержка автономии, предоставление возможности влиять на процесс работы; усиление мотивации и участие клиентов в организационном планировании; обеспечение контроля клиента над своей жизнью и возможностью делать осознанный выбор в вопросах ухода и поддержки; учет мнения и обратной связи клиента
Культурный, исторический и гендерный контекст / Cultural, historical, sex and gender contexts	Учет культурных, гендерных и исторических особенностей; влияние идентичности и системного угнетения на травму и восстановление
Предотвращение ретравматизации / Preventing retraumatisation	Мониторинг и устранение триггеров, снижающих риск повторной травматизации и вторичного травматического стресса у клиентов и сотрудников
Отбор, обучение и поддержка персонала / Training and Hiring Staff in Trauma-Specific Treatment Approaches	Найм сотрудников, подходящих для работы с подопечными, пережившими травму; специализированная подготовка в области ТИП; поддержка сотрудников и профилактика выгорания

**Приложение 2. Опросник для самооценки организации на предмет внедрения
травмоинформированного подхода (Trauma-Informed Organizational Self
Assessment)**

Ориентация на работу с травмой – форма самооценки для организаций						
	Абсолютно не согласен	Не согласен	Согласен	Совершенно согласен	Не знаю	Неприменимо к нашей организации
I Профессиональное развитие сотрудников						
A. Подготовка и обучение						
<i>Персонал на всех уровнях программы получает подготовку и проходит обучение по следующим темам:</i>						
Что такое травматический стресс						
Каким образом травматический стресс влияет на мозг и тело						
Взаимосвязь между психическим здоровьем и травмой						
Взаимосвязь между употреблением наркотиков и травмой						
Взаимосвязь бездомности и травмы						
Каким образом травма влияет на развитие ребенка						
Как травма влияет на привязанность ребенка к опекунам						
Взаимосвязь между травмой, полученной в детстве и последующими травматическим опытом в зрелом возрасте (домашнее насилие, сексуальные домогательства и т.д.)						
Культурные различия в понимании и реагировании на травму						

Как работа с пережившими травму влияет на персонал						
Как помочь осознать опасность (например, идентифицировать пугающие факторы из прошлого)						
Как помочь справиться со своими чувствами (например, с беспомощностью, гневом, печалью, ужасом и т.д.)						
Стратегии деэскалации (как помочь людям успокоиться до наступления момента кризиса)						
Как разрабатывать планы преодоления кризиса						
Какие факторы, влияющие на жизнь клиента, оцениваются на входе						
Как установить и поддерживать здоровые профессиональные границы						
В. Супервизия сотрудников, поддержка и самопомощь						
Персонал проводит регулярные собрания коллектива						
Проблемы, связанные с травматическим опытом клиенток, обсуждаются на собраниях коллектива						
Вопросы самопомощи обсуждаются на собраниях коллектива (вторичная травма, эмоциональное выгорание, стратегии снижения стресса)						

У персонала есть определенное время, отведенное на самооценку и самопомощь						
Сотрудники получают супервизию у куратора, который прошел подготовку по работе с травмой						
Выделяется специальное время на то, чтобы помочь сотрудникам осознать их собственные стрессовые реакции						
Выделяется специальное время, чтобы помочь сотрудникам понять, как их стрессовые реакции влияют на работу с клиентами						
Программа помогает сотрудникам восстановиться после кризиса						
В программе есть адекватная система для оценки работы персонала						
Программа дает сотрудникам возможность вносить изменения в практику ее осуществления						
Сотрудники имеют постоянную возможность получать помощь и консультации внешних специалистов, имеющих опыт работы с травмой						
II Создание безопасной и поддерживающей окружающей среды						
A. Создание безопасной физической окружающей среды						

Программа предусматривает систему безопасности (например, систему тревожной сигнализации)						
Сотрудники осуществляют контроль за теми, кто приходит и уходит						
Сотрудники спрашивают клиентов об их собственных представлениях о физической безопасности						
Окружающая территория (за пределами здания) хорошо освещена						
Места общего пользования на территории организации хорошо освещены						
Ванные комнаты хорошо освещены						
Клиенты могут запереться в ванной						
У клиентов в свободном доступе есть личные закрытые шкафы, где хранятся их личные вещи						
В помещении предусмотрены материалы и декоративные элементы, подходящие для детей (безопасные и «детоустойчивые»)						
В помещении есть место для детских игр						
Программа предоставляет клиентам возможности выступать с предложениями по						

улучшению или изменению физического пространства						
В. Создание поддерживающей окружающей среды						
<i>Обмен информацией</i>						
Программа регулярно пересматривает правила, права и порядок рассмотрения жалоб с клиентами						
Клиентов ставят в известность о том, как сотрудники программы должны реагировать на кризисные проявления клиентов (например, угрозы суицида, агрессивное поведение)						
Клиентов ставят в известность о том, кто будет контролировать их и их личное пространство (каким образом, как часто и почему это важно)						
Положения о проверке комнаты/квартиры четко прописаны и озвучены клиенту						
Права клиентов размещены на видном месте						
На информационных стендах размещена информация о травматическом стрессе (что это такое, как он влияет на людей и возможные способы преодоления)						
<i>Культурная компетентность</i>						
Информация о программе доступна на нескольких языках						

В рамках программы клиентам разрешено говорить на родном языке						
Клиентам разрешено готовить и употреблять блюда национальной кухни						
Персонал проявляет толерантность к проведению религиозных или духовных обрядов						
Программа предоставляет постоянную возможность клиентам обмениваться культурными ценностями друг с другом (совместные ужины, культурные программы, в том числе музыкальные и художественные)						
Внешние организации, имеющие соответствующий опыт, помогают в образовании и консультациях [по вопросам национальных особенностей]						
<i>Приватность и конфиденциальность</i>						
Программа информирует клиентов о масштабах и границах приватности и конфиденциальности (например, о том, какие записи они могут хранить, где их хранить, кто имеет доступ к этой информации и когда программа должна представить информацию в						

полицию или в органы опеки)						
Клиентов просят определить наименее навязчивые (наиболее приемлемые) способы проверки персоналом их самих и их личного пространства						
Программа предусматривает заблаговременное уведомление о проверке комнаты или квартиры						
Сотрудники программы должны получить согласие клиента перед проверкой комнаты или квартиры						
Если разрешение получено, клиента уведомляют о дате, времени и о том, кто будет проводить проверку						
Персонал не обсуждает клиентов в общественных местах						
Персонал не обсуждает клиентов за пределами территории программы [и другого рабочего пространства]						
Персонал не обсуждает проблемы одного из клиентов с другими клиентами						
С клиентами, нарушившими правила, проводятся личные беседы						
Выделены определенные места для частных бесед персонала и клиентов						

Безопасность и планирование предотвращения кризисов

Термин «планирование безопасности» в нижеследующих параграфах означает планирование того, что клиент и сотрудники будут делать, если клиент почувствует угрозу со стороны лица, находящегося за пределами программы

Клиенты сотрудничают с персоналом и вместе создают письменные индивидуальные планы для своих семей						
Письменный вариант плана включается в план сопровождения клиента						
<i>Для нижеследующих параграфов термин «план по предотвращению кризисов» означает личный план по оказанию помощи каждому клиенту в том, как справиться со стрессом и ощутить реальную поддержку</i>						
У каждого взрослого участника программы есть письменный вариант личного плана по предотвращению кризиса						
У каждого ребенка – участника программы – есть письменный вариант плана по предотвращению кризиса, сформулированный на понятном детям языке						
<i>Письменный план по предотвращению кризиса предусматривает:</i>						
Список триггерных факторов (например, стрессовых ситуаций, которые напоминают клиенту о прошлом травматическом опыте)						
Список признаков, определяющих, что клиент переживает стресс (типы поведения, типы реакции)						
Стратегии и способы, которые помогают клиенту справляться						

с депрессией или стрессом						
Стратегии и способы, которые НЕ помогают клиенту справиться с депрессией или стрессом						
Список лиц, с которыми клиент чувствует себя в безопасности и к которым может обратиться за поддержкой						
<i>Открытые и уважительные коммуникации</i>						
Сотрудники просят клиентов дать определение эмоциональной безопасности						
Сотрудники используют технику мотивационного интервью с клиентами						
В программе используются термины, в которых на первом месте – человек, а не определение (например, «люди, оказавшиеся бездомными», а не «бездомные»)						
Сотрудники используют описательную лексику, а не оценивающие суждения (например, человека определяют как «переживающего трудные времена в удовлетворении своих потребностей» а не как «привлекающего к себе внимание»)						
<i>Последовательность и предсказуемость</i>						

В программе существует план регулярных собраний клиентов						
Программа информирует заранее об изменениях в ежедневном или недельном расписании						
Сотрудники программы последовательно реагируют на обращения клиентов (преемственность между разными специалистами, сменами)						
Предусмотрены меры по поддержке связи сотрудников с клиентами (тренинги, собрания сотрудников, собрания при пересменке, интервизии)						
При необходимости правила программы могут быть изменены в зависимости от индивидуальных обстоятельств						
III. Оценка и планирование						
A. Проведение диагностики при поступлении в программу						
<i>Оценка включает следующие вопросы:</i>						
Сильные стороны личности						
Культурный бэкграунд (происхождение, родной язык)						
Культурная база (взгляд на мир, роль духовности, культурные связи)						
Социальная поддержка в семье и обществе						

Текущий уровень опасности, исходящий от других людей (запреты агрессору на общение с клиенткой, история домашнего насилия, угрозы со стороны других лиц)						
История травмы (физическое, эмоциональное или сексуальное насилие, унижение, потери, домашнее или социальное насилие, боевые действия, бездомность в прошлом)						
Черепно-мозговые травмы в анамнезе						
Качество отношений с ребенком или детьми (привязанность ребенка)						
Пережитые в детстве травмы (пренебрежение, насилие, унижения)						
Соответствие ребенка нормам развития						
Анамнез проблем в развитии у ребенка						
Медицинский анамнез ребенка						
Наличие у ребенка опыта бездомности						
<i>Процесс сбора информации</i>						
Выделено приватное, закрытое помещение для сбора информации						
Программа информирует клиентов о том, почему задаются такие вопросы						

Программа информирует клиентов, какая информация подлежит обнародованию и почему						
В течение всего процесса сбора информации программа контролирует состояние клиентов (им задают вопросы – нужен ли им перерыв, не нужна ли вода и т.д.)						
Программа предоставляет переводчика (не являющегося еще одним клиентом программы), в процессе сбора информации, если это необходимо						
<i>Процесс постоянного сбора и обновления информации о клиентке</i>						
На основе собранных данных, взрослым предоставляются особые услуги, если это необходимо						
На основе собранных данных, детям, в случае необходимости, дается направление для углубленной диагностики и/или предоставляются специальные услуги						
Данные регулярно обновляются						
Программа обновляет документы и бланк информированного согласия, когда необходимо обратиться к новой внешней организации / специалисту						
В. Постановка целей и разработка планов						

Сотрудники поддерживают клиентов в определении их целей						
Цели, поставленные клиентами, регулярно пересматриваются и обновляются						
Клиенты работают с сотрудниками, чтобы составить план для определения потребностей их детей						
Прежде чем выйти из программы, клиенты и сотрудники вырабатывают план по обеспечению безопасности						
Перед выходом из программы клиенты и сотрудники выявляют потребность в дальнейших услугах по работе с травмой						
Перед выходом из программы сотрудники и клиенты разрабатывают план, который предусматривает необходимые их детям услуги по работе с травмой						
С. Услуги и специфические вмешательства, связанные с травмой						
Программа предоставляет возможности клиентам получить различные услуги (жилье, работа, юридическая помощь, медпомощь, борьба с алкогольной и наркотической зависимостью)						

Когда необходима психиатрическая помощь (индивидуальная терапия, групповая терапия и или семейная терапия), программа направляет взрослых клиентов в организации, имеющие опыт работы с травмой						
Когда необходима психиатрическая помощь (индивидуальная терапия, групповая терапия и или семейная терапия) программа направляет детей в организации, имеющие опыт работы с травмой						
Программа координирует постоянные коммуникации между взрослыми психиатрическими и наркологическими клиниками						
Программа координирует постоянные коммуникации между лечебными учреждениями, обеспечивающими раннее вмешательство, и психиатрическими клиниками						
Программа просвещает клиентов по поводу травматического стресса и триггеров						
Программа предоставляет клиентам возможности выразить свои переживания						

невербально, в творчестве или арт-терапии						
Программа имеет доступ к клиникам, имеющим опыт работы с травмой (на постоянной основе или для консультаций)						
IV. Вовлечение нынешних и бывших клиентов						
<i>Нынешние клиенты</i>						
Потребности и проблемы клиентов обсуждаются на общих собраниях						
Программа предоставляет клиентам возможность выступить на общем собрании						
Клиенты вовлечены в разработку плана действий						
Клиентам предоставляется возможность оценивать программу и выдвигать свои предложения по ее улучшению на анонимной и или конфиденциальной основе (через ящики для предложений, в ходе регулярных опросов и встреч, посвященных необходимым улучшениям)						
<i>Бывшие клиенты</i>						
Бывшие клиенты привлекаются в качестве сотрудников / волонтеров на всех уровнях программы						
Программа принимает бывших клиентов в						

управляющие органы (попечительский совет и др.).						
Бывшие клиенты участвуют в развитии программы						
Бывшие клиенты участвуют в предоставлении услуг (партнерские группы поддержки, образовательные и терапевтические группы)						
Бывших клиентов приглашают, чтобы они поделились мыслями, идеями и т.д.						
V. Адаптация методики						
A. Создание письменного варианта методики						
В программе есть письменное положение, которое включает обязательство понимать проблематику травму и заниматься практическим решением этой проблемы						
Положение о программе основано на понимании влияния травмы на клиентов						
Положение содержит обязательство уважать культурные различия и опыт						
Программа письменно обязуется нанимать сотрудников, которые имеют опыт работы с бездомным [или готовить специалистов самостоятельно]						

Программа обязуется учитывать потенциальные угрозы клиентам от лиц, не участвующих в программе						
Программа имеет четко прописанные правила подхода к решению кризисных ситуаций клиентов (суицидные наклонности, агрессия по отношению к другим и т.д.)						
Программа имеет четко прописанные обязанности для персонала (границы, отклик на запросы клиентов и т.д.)						
В. Пересмотр методики						
Программа пересматривает свою методику регулярно, чтобы определить, насколько она удовлетворяет требованиям лиц, переживших травму						
Сотрудники принимают участие в пересмотре методики						
Программа привлекает клиентов к пересмотру методики						

Приложение 3. Результаты самооценки кризисных центров/приютов на предмет внедрения травмоинформированного подхода (Trauma-Informed Organizational Self-Assessment)

*Средние значения по ответам «согласен» и «совершенно согласен»

№	Компоненты	% *
I Профессиональное развитие сотрудников		
A.	Подготовка и обучение	76%
B.	Супервизия сотрудников, поддержка и самопомощь	57%
II Создание безопасной и поддерживающей окружающей среды		
A.	Создание безопасной физической окружающей среды	86%
B.	Создание поддерживающей окружающей среды. Обмен информацией	67%
	Создание поддерживающей окружающей среды. Культурная компетентность	74%
	Создание поддерживающей окружающей среды. Приватность и конфиденциальность	69%
	Создание поддерживающей окружающей среды. Безопасность и планирование предотвращения кризисов	36%
	Создание поддерживающей окружающей среды. Открытые и уважительные коммуникации	64%
	Создание поддерживающей окружающей среды. Последовательность и предсказуемость	91%
III. Оценка и планирование		
A.	Проведение диагностики при поступлении в программу. Вопросы оценки	89%
	Проведение диагностики при поступлении в программу. Процесс сбора информации	74%
	Проведение диагностики при поступлении в программу. Процесс постоянного сбора и обновления информации о клиентке	82%
B.	Постановка целей и разработка планов	88%
C.	Услуги и специфические вмешательства, связанные с травмой	50%
IV. Вовлечение нынешних и бывших клиентов		

А.	Нынешние клиенты	93%
В.	Бывшие клиенты	43%
V. Адаптация методики		
А.	Создание письменного варианта методики	53%
В.	Пересмотр методики	57%

Приложение 4. Аналитическая таблица: результаты теоретического анализа, самооценки центров, интервью со специалистами и клиентками

Компонент ТИП	Краткая характеристика	Самооценка центров: <i>сред. знач. по ответам «согласен» и «совершенно согласен»</i>)	Взгляд специалистов	Взгляд клиенток	Ключевой вывод (синтез)
1. Безопасность (физическая и эмоциональная)	Создание физической, эмоциональной и реляционной безопасности для клиентов и сотрудников; предотвращение ретравматизации; поддержка психологического комфорта, особенно у маргинализированных групп	• Физ. безопасность – 86% • Приватность – 69% • Предсказуемость – 91% • Кризисное планирование – 36%	Понимают комплексно: от охраны и скрытого адреса до психологической предсказуемости (распорядок, правила). Администраторы фокусируются на техсредствах, психологи — на эмоциональном климате.	Центр = «дом» и «пузырь». Физическая защита — база, но ключевое — эмоциональная атмосфера, где можно «выдохнуть». Высоко ценят предсказуемость и уважение к личному пространству.	Фундамент создан, но есть разрыв. Специалисты обеспечивают базу, клиентки её чувствуют. Однако планирование предотвращения кризисов реализуется недостаточно, а «пузырь» безопасности резко контрастирует с восприятием внешнего мира как враждебного.
2. Доверие и прозрачность	Формирование открытых и предсказуемых отношений, информирование клиентов о процессах и правах; снижение тревожности через искреннее общение	• Предсказуемость – 91% • Открытые коммуникации – 64% • Обмен информацией – 67% • Приватность – 69%	Доверие — постепенный процесс. Выстраивается через отсутствие осуждения, работу с ребёнком, бытовые мелочи. Контроль переосмысливается как забота. Признают, что клиентки «ждут подвоха».	Подтверждают процессуальность: «ждут подвоха». Доверие возникает через неформальное, «человеческое» отношение («как мама», «как бабушка»). Опыт неосуждения часто первый в жизни и обладает мощным терапевтическим эффектом.	Сильная сторона, держится на личности. Специалисты интуитивно верно выстраивают доверие. Клиентки это считают и исцеляются через принятие. Но открытые коммуникации (64%) и обмен информацией (67%) могли бы быть выше при системном подходе.

3. Сотрудничество и поддержка	Партнерство клиента и специалиста в принятии решений; взаимность, снижающая безвластие; поддержка устойчивости клиента	• Открытые коммуникации – 64% • Вовлечение нынешних клиентов – 93% • Вовлечение бывших – 43% • Постановка целей – 88%	Декларируют партнёрство, но в нарративах часто звучит патернализм («мы лучше знаем», роль «приёмного родителя»). Поддержка коллег — главный ресурс для самих специалистов.	Ощущают себя главным действующим лицом («план строился от того, что в моей голове»). Особо ценят поддержку «равных» — других женщин («семья», «друзья»). Сотрудники — наставники, а не диктаторы.	Разрыв в восприятии власти. Специалисты мыслят категориями опеки, клиентки — авторства. Горизонтальная поддержка (вовлечение бывших — 43%) используется слабо, хотя может выступать ресурсом.
4. Расширение прав и возможностей (Empowerment)	Поддержка автономии, предоставление возможности влиять на процесс работы; усиление мотивации и участие клиентов в организационном планировании; обеспечение контроля клиента над своей жизнью и возможностью делать осознанный выбор в вопросах ухода и поддержки; учет мнения и обратной связи клиента	• Постановка целей – 88% • Диагностика при поступлении: вопросы оценки – 89%, процесс сбора - 74%, обновление информации - 82% (участие клиентки) • Вовлечение нынешних клиентов – 93%	Предоставляют выбор и возможность влиять на процесс, но обратная связь от клиенток редко меняет работу центра. Патернализм сохраняется.	Переход от хаоса к планированию («от страха к плану на 10 лет») — ключевой механизм восстановления. Возможность выбора и выполнение маленьких шагов возвращают «опору на себя».	Реализуется через планирование. Высокие баллы по постановке целей (88%) подтверждают: механизм работает. Но реальное влияние клиенток на организационные процессы (обратная связь) остаётся низким.
5. Культурный, исторический и гендерный контекст	Учет культурных, гендерных и исторических особенностей; влияние идентичности и системного угнетения на травму и восстановление	• Культурная компетентность – 74%	Присутствует декларативно на уровне бытовых договоренностей или индивидуального подхода. Однако системное понимание влияния идентичности и гендерного угнетения на травму отсутствует, а различия часто описываются как «странные» и требующие привыкания.	Прямо не артикулируется, но косвенно подтверждает наличие бытовых практик: сотрудники подстраиваются под пищевые и поведенческие особенности. Сами женщины редко называют культурные различия проблемой, что может указывать как на толерантную атмосферу, так и на недостаточную	«Слепая зона». При высокой самооценке (74%) глубокая рефлексия компонента отсутствует у специалистов, а практики носят ситуативный характер. Клиентки не проблематизируют эту тему, что может скрывать неучтённые потребности.

				рефлексию значимости этого аспекта.	
6. Предотвращение ретравматизации	Мониторинг и устранение триггеров, снижающих риск повторной травматизации и вторичного травматического стресса у клиентов и сотрудников	• Кризисное планирование – 36% • Травма-специфичные услуги – 50% • Физ. безопасность – 86%, • Приватность – 69%	Понимают как мониторинг внешних триггеров. Не всегда осознают, что внутренние практики контроля (проверки, ограничения) могут сами становиться триггерами.	Чётко различают контроль-заботу и контроль-вторжение. Давление или формализм разрушают безопасную среду. Выход за пределы центра — сильный триггер, возвращающий страх.	Критически слабая зона. Низкие баллы по кризисному планированию (36%) и травма-вмешательствам (50%) коррелируют с данными клиентов. Специалисты недооценивают внутренние риски и проблему интеграции в социум.
7. Отбор, обучение и поддержка персонала	Найм сотрудников, подходящих для работы с подопечными, пережившими травму; специализированная подготовка в области ТИП; поддержка сотрудников и профилактика выгорания	• Обучение персонала – 76% • Супервизия, поддержка – 57% • Создание письменной методики – 53% • Пересмотр методики – 57%	Открыто говорят о недостатке системного обучения по травме, высоком риске выгорания. Главный ресурс — личный опыт и взаимопомощь коллег. Работают «на энтузиазме».	Для клиенток этот компонент «невидим», но критически важен. Качество помощи и безопасность целиком зависят от личности сотрудника. «Токсичный» или выгоревший сотрудник способен нанести вторичную травму.	Главная институциональная уязвимость. Высокий риск выгорания при недостаточной супервизии. Успех держится на личных качествах, а не на устойчивых механизмах.

Приложение 5. Гайд полуструктурированного интервью со специалистами кризисных центров

Введение для интервьюера

Цель интервью:

Выявить, как травмоинформированный подход в работе с женщинами с детьми, проживающими в кризисных центрах, помогает им справиться с трудной жизненной ситуацией, сохранить ребенка в семье и вернуться к самостоятельной жизни

Инструкция интервьюеру

- Формат - полуструктурированное интервью, где вопросы служат ориентиром. Позвольте рассказу респондента идти свободно, важно сохранять гибкость
- В вопросах для написано принют или кризисный центр. Используйте название, которое называет респондент
 - Длительность ~ 60 минут
 - Проводится онлайн
 - Интервью должно быть записано любым удобным способом, но только с явного согласия сотрудника
- Этические моменты: информированное согласие, информация о доступной психологической поддержке. Предусмотрите возможность перерыва, если тема вызывает сильные эмоции
- Допускается варьирование формулировок в зависимости от роли респондента
- Начните с чтения информации о проекте и получения информированного согласия

Информированное согласие – краткий текст для чтения перед началом

Меня зовут _____, я сотрудница _____. Скажите, пожалуйста, как мне к вам обращаться во время разговора? Можно использовать любое имя, не обязательно настоящее.

Спасибо, что согласились рассказать о вашей работе. Цель разговора – понять, как сотрудники разных приютов/кризисных центров работают с женщинами с детьми, какие практики помогают, а что можно улучшить. Интервью займет около часа.

Мы будем записывать разговор. Это нужно для точности анализа. Запись будет храниться в защищенном и анонимном виде. Никто за пределами разговора не узнает вашу личность. Если во время разговора вам станет плохо, мы можем прервать интервью и предложить психологическую поддержку. Есть ли какие-то вопросы? *(ответить на вопросы)*

Согласны ли вы участвовать и разрешаете ли вы аудиозапись? *(начать аудиозапись любым удобным способом)*

Структура интервью и вопросы

1. Вступительная часть

- Подтвердите, пожалуйста, еще раз, что вы согласны на участие в интервью *(это необходимо сделать уже после начала записи)*

- Расскажите, пожалуйста, немного о себе: чем вы занимаетесь в приюте/ кризисном центре, сколько лет работаете в этой сфере?
- С какими женщинами с детьми вы чаще всего взаимодействуете? Какие трудности им обычно приходится преодолевать?

Цель: установить контакт, понять профессиональный контекст и ценностные ориентиры специалиста

2. Понимание своей работы и подхода к ней

- Как бы вы описали основные принципы работы с женщинами с детьми в вашем центре?
- Были ли ситуации, когда вы пересматривали привычные способы работы, чтобы лучше откликнуться на состояние женщины?

Цель: узнать про внутренние принципы, гибкость, эмпатию, уважение к опыту клиентки

3. Создание безопасной и поддерживающей среды

- Как вы оцениваете атмосферу в центре? Что помогает сделать её поддерживающей и безопасной?
- Какие элементы пространства, правил или распорядка, по вашему мнению, особенно важны для ощущения защищенности женщин и детей?
- Есть ли что-то, что мешает женщинам чувствовать себя безопасно, спокойно? Если да, то что это?
- Как в центре решаются сложные или конфликтные ситуации между проживающими, между женщинами и сотрудниками?
- Каким образом женщины узнают про правила центра, свои права и обязанности?
- Как в центре решается вопрос контроля, например, за тем, кто приходит, куда можно выходить, проверка комнат? Как вы думаете, чувствуют ли женщины, что в центре есть контроль? Что помогает сделать его понятным и не вызывающим напряжения?

Компоненты из опросника: физическая и эмоциональная безопасность, последовательность и предсказуемость

4. Отношения и взаимодействие

- Как вы строите отношения с женщинами с детьми, которые пережили насилие, потери или другие тяжелые события?
- Что вам помогает установить доверие, построить отношения?
- Как вы реагируете, если женщина выражает недовольство, раздражение или уходит в себя?
- Есть ли у вас возможность учитывать культурные, языковые или религиозные особенности женщин? Как это выглядит в работе?

Компоненты из опросника: открытая коммуникация, уважение, культурная компетентность

5. Поддержка в воспитании ребенка

- Как центр помогает женщинам в вопросах воспитания и взаимодействия с детьми?
- Замечаете ли вы, как меняется взаимодействие матери и ребёнка в процессе проживания в центре? Что помогает этим изменениям?
- Сталкивались ли вы с ситуациями, когда травматический опыт женщины отражался на ребенке? Как вы действовали в таких случаях?

Компоненты из опросника: восстановление привязанности, поддержка детско-родительских отношений

6. Индивидуальная работа и планирование

- Как вы помогаете женщинам с детьми определять свои планы, цели и двигаться к ним?
- Какие изменения вы чаще всего замечаете у женщин и детей в процессе проживания в центре?
- Что, по вашему опыту, помогает женщине с детьми почувствовать уверенность в себе и готовность жить самостоятельно? Какая поддержка оказывается наиболее востребованной?

Компоненты из опросника: постановка целей, планирование, оценка и адаптация услуг

7. Вовлечение клиенток и обратная связь

- Есть ли механизмы, с помощью которых женщины могут высказывать мнение о работе центра или предлагать какие-либо изменения? Расскажите, пожалуйста про форматы.
- Привлекаются ли каким-то образом бывшие клиентки к работе центра?

Компоненты из опросника: совместное принятие решений, обратная связь, право голоса клиенток, роль бывших клиенток

8. Поддержка специалистов и условия работы

- Что помогает вам сохранять устойчивость при работе с эмоционально тяжелыми историями?
- Какие у вас есть возможности для обсуждения профессиональных трудностей с коллегами или руководством?
- Расскажите, пожалуйста, какую подготовку, обучение вы проходили? Было ли что-то, связанное с травмой и ее последствиями?
- Есть ли у вас возможность предлагать улучшения, изменения в работу приюта/кризисного центра. Приведите, пожалуйста, примеры.

Компоненты из опросника: обучение, супервизия, поддержка персонала, профилактика выгорания

9. Размышления и развитие практики

- Что, по вашему мнению, можно было бы улучшить в организации работы центра, чтобы она была более бережной к сотрудникам и женщинам?
- Есть ли что-то, чем вы хотели бы поделиться, но мы не обсудили?

Цель: понять про профессиональные инсайты, ориентацию на развитие

Закрытие

- Поблагодарите респондента за уделенное время
- Напомните о конфиденциальности и о том, что результаты исследования будут использоваться только в обобщенном виде
- Скажите, что попросите прочитать интервью, когда оно будет переведено в текст, чтобы не было никаких ошибок

Приложение 6. Гайд полуструктурированного интервью для женщин с детьми, проживающих в приютах/ кризисных центрах

Введение для интервьюера

Цель исследования

Выявить, как травмоинформированный подход в работе с женщинами, проживающими в кризисных центрах, помогает им справиться с трудной жизненной ситуацией, сохранить ребенка в семье и вернуться к самостоятельной жизни

Инструкция интервьюеру

- Формат - полуструктурированное интервью, где вопросы служат ориентиром. Позвольте рассказу участницы идти свободно, важно сохранять гибкость. При задавании вопросов следуйте за клиенткой, используйте ее слова.
- На формулировки вопросов влияет выехала женщина из приюта/ кризисного центра или живет сейчас (использовать прошедшее или будущее время)
- В вопросах для участниц написано приют или кризисный центр. Используйте привычное для вас название
 - Длительность ~ 60 минут
 - Проводится онлайн или офлайн
 - Интервью должно быть записано любым удобным способом, но только с явного согласия участницы. Если интервью проводится по видеосвязи, то сохранять и передавать организаторам необходимо только аудиофайл (без видео)
- Этические моменты: информированное согласие, информация о доступной психологической поддержке. Предусмотрите возможность перерыва, если тема вызывает сильные эмоции
- Начните с чтения информации о проекте и получения информированного согласия

Примеры подсказок/пробных вопросов (короткие фразы для интервьюера)

- «Можете привести пример?»
- «Что конкретно произошло в тот момент?»
- «Как вы себя чувствовали тогда?»
- «Что в этом помогло – люди, место, информация, что-то еще?»
- «Кто еще поддерживал вас в этот период?»

Информированное согласие – краткий текст для чтения перед началом

Меня зовут_____, я сотрудница_____ (на случай первого знакомства). Спасибо, что согласились поговорить. Цель разговора – узнать ваш опыт проживания в приюте/кризисном центре. Интервью займет около часа.

Вы можете отказаться отвечать на любой вопрос и остановить интервью в любой момент. Мы будем записывать разговор. Это нужно для точности анализа. Запись будет храниться в защищенном и анонимном виде. Никто за пределами разговора не узнает вашу личность. Если во время разговора вам станет плохо, мы можем прервать интервью и предложить психологическую поддержку. Есть ли какие-то вопросы? *(ответить на вопросы)*

Согласны ли вы участвовать и разрешаете ли вы аудиозапись? *(начать аудиозапись любым удобным способом)*

Структура интервью и вопросы (с подсказками для интервьюера)

1. Вступительная часть

- Подтвердите, пожалуйста, еще раз, что вы согласны на участие в интервью.
(Это необходимо сделать уже после начала записи)
- Расскажите, пожалуйста, немного о себе: чем вы сейчас занимаетесь, как складывается ваша жизнь после выхода из центра?
(Если женщина уже не живет в приюте. Здесь можно без подробностей, так как вопрос является вступительным)
- Расскажите, пожалуйста, немного о себе: как выглядит ваша жизнь в приюте /кризисном центре?
(Если женщина живет в приюте. Здесь можно без подробностей, так как вопрос является вступительным)
- Как вы попали в приют/ кризисный центр? Какие события в вашей жизни привели вас в кризисный центр? Как вы приняли решение ехать в центр? Какие чувства, состояния были в тот момент.
- Какое у вас было представление о кризисных центрах до приезда? Что совпало с реальностью, а что оказалось совсем другим?

2. Безопасность и поддерживающая среда

- Как вы оцениваете саму территорию приюта/ кризисного центра – комнаты, освещение, общие места, личное пространство? Есть ли/ была ли возможность уединиться, когда нужно?
 - Что для вас значит «безопасность»?
(Если затрудняется ответить, можно привести примеры: комната, запирающиеся двери, ничего не угрожает, правила)
 - Насколько вы и ваш ребенок/дети чувствовали себя безопасно в приюте/кризисном центре?
(Попросите привести пример)
 - В каких ситуациях вы чувствовали себя НЕ безопасно в приюте/кризисном центре?
(Попросите привести пример)
 - Как на ваше чувство небезопасности или другие трудные чувства реагировали сотрудники?
(Можно задать уточняющие вопросы: обращались ли вы к сотрудникам, замечали ли сотрудники эти трудные чувства?)

Компоненты из опросника: физическая безопасность, эмоциональная безопасность, предотвращение кризисов

3. Отношения с персоналом и стиль взаимодействия

- Как вы можете в целом описать отношение сотрудников центра к вам?
- Как сотрудники реагировали, если вы не соглашались с чем-то или выражали недовольство?
 - В приюте/ кризисном центре могут жить очень разные люди – у кого-то свой язык, свои привычки, традиции, вкусы. Вы замечали различия? Как они влияют на ежедневную жизнь приюта? Как сотрудники учитывают эти различия?
 - Вы ощущаете какой-то контроль, проверку со стороны сотрудников? Если да, как это выглядело. Как вы относитесь к наличию контроля?
 - Где и как вы получили информацию о приюте, правилах, своих правах и обязанностях и о том, как там устроена жизнь?

Компоненты из опросника: уважительное общение, последовательность, прозрачность, культурная компетентность

4. Индивидуальная поддержка и восстановление контроля над жизнью

- Были ли у вас письменные индивидуальные планы или цели? Как они составлялись?
 - Какую роль в составлении и выполнении плана играли вы? Как вы чувствовали себя, когда вам удавалось решать задачи плана?
(В зависимости от того, как озвучила женщина или как это называется в приюте: пункты, задачи, цели плана)

Компоненты из опросника: постановка целей, планирование выхода, повышение саморегуляции

5. Поддержка в воспитании ребёнка

- Какую помощь оказывал центр в вопросах, связанных с вашим ребенком?
- Были ли трудности с ребенком, в которых вы чувствовали, что вам не хватает поддержки, знаний или вы не справляетесь?
 - Что помогало вам чувствовать уверенность в своих силах как матери?

Компоненты из опросника: помощь в восстановлении привязанности, поддержка детского развития, работа с травмой ребенка

6. Опыт участия и обратной связи

- Была ли у вас возможности рассказать, что вы думаете о жизни в центре, предложить изменения? Если вы что-то предлагали, как на это реагировали сотрудники? Менялось ли что-то в жизни центра?
(Попросите привести пример)

Компоненты из опросника: совместное принятие решений, право голоса клиента

7. Переход к самостоятельной жизни

- Какие изменения вы заметили в себе за время проживания в приюте/кризисном центре?

(Если затрудняется ответить, то можно привести примеры: кто-то может назвать «Я стала спокойнее», «Я научилась ухаживать за ребенком», «Я нашла жилье», «Я снова общаюсь с родственниками», а как у вас?)

- Что помогло изменению и выходу из центра? Какая поддержка, полученная в приюте/кризисном центре, оказалась для вас самой важной?

(Если затрудняется ответить, то можно привести примеры, индивидуальное консультирование, обучение уходу за ребенком, юридическая помощь, помощь в восстановлении документов, помощь с жильём и т.д.)

- Планируете ли вы каким-то образом взаимодействовать (поддерживать контакт) с приютом/ кризисным центром после выезда или взаимодействуете с центром сейчас?

(Попросите привести пример)

Компоненты из опросника: достижение результатов, поддержка после завершения программы, вовлечение нынешних и бывших клиентов

8. Завершающая часть

- Расскажите ли вы своему ребенку/ своим близким, о том, что когда-то жили в приюте/ кризисном центре. Если расскажете, то о чем? Если нет, почему?

(Если ребенок маленький и не помнит проживания в приюте, то спрашиваем про ребенка, если ребенок помнит о проживании, то спрашиваем про близких)

- Есть ли что-то, чем вы хотели бы поделиться, но мы не обсудили?

Закрытие

- Поблагодарите участницу за уделенное время
- Напомните о конфиденциальности и о том, что результаты исследования будут использоваться только в обобщенном виде
- Скажите, что попросите прочитать интервью, когда он будет переведен в текст, чтобы не было никаких ошибок
- Предложите обратиться за психологической помощью, если в ходе интервью возникла необходимость или уведомите психолога с согласия участницы
- В конце проинформируйте участницу о возможности получения итогов исследования (по желанию)