

*Мультипрофессиональный подход  
в лечении и уходе за людьми,  
живущими с ВИЧ/СПИДом*

**Практика совместного  
консультирования и лечения**

---

*Руководство*



Издание осуществлено **РОО «СПИД инфосвязь»**,  
в рамках проекта  
**«Создание и поддержка региональных  
исполнительных групп в РФ»**  
при финансовой поддержке  
**Немецкого общества по техническому содействию**

Под редакцией Д. В. Островского

**Мультипрофессиональный подход в лечении и уходе  
за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом  
Практика совместного консультирования и лечения**

Руководство содержит материал о практике оказания помощи с использованием мультипрофессионального подхода. Описаны сбор данных о проблематике клиентов и достижениях изменений, измерение результатов, использование современных методов и организация межпрофессионального взаимодействия при оказании согласованной помощи клиентам внутри одного учреждения и между различными организациями. Коллектив авторов состоит из врачей (инфекциониста, нарколога, фтизиатра), священника, психологов, специалиста по социальной работе и консультанта по социально-правовым вопросам. Они являются практиками и преподавателями, представляют государственные учреждения здравоохранения и образования, Церковь и общественные организации. В своей работе они сотрудничают, оказывая общую помощь людям, живущим с ВИЧ-инфекцией.

Выпускающий редактор Ирина Костецкая

Телефон: (095) 3826232

E-mail: [info@infoshare.ru](mailto:info@infoshare.ru)

Сайт: [www.infoshare.ru](http://www.infoshare.ru)

Распространяется бесплатно.

При перепечатке ссылка обязательна.

© **РОО «СПИД инфосвязь»**, 2005 г.

---

## **Коллектив авторов**

1. Владимир Михайлович Снетков, преподаватель Санкт-Петербургского государственного университета, психолог
2. Галина Николаевна Хан, координатор проекта СПб РОО «Возвращение», медицинский психолог
3. Галина Владимировна Волкова, заместитель главного врача СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», врач эпидемиолог
4. Ирина Викторовна Жужгова, врач инфекционист СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», психолог
5. Михаил Степанович Баев, врач психиатр-нарколог СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД»
6. Александр Михайлович Пантелеев, врач фтизиатр СПб ГУЗ «Городская туберкулёзная больница №2»
7. Игорь Залманович Карлинский, консультант по социально-правовым вопросам СПб региональной благотворительной организации помощи лицам без определенного места жительства «Ночлежка»
8. Игумен Мефодий (Кондратьев), настоятель Храма Св. Георгия в с. Георгиевское Ивановской епархии
9. Ольга Владимировна Кольцова, специалист по социальной работе СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД», медицинский психолог
10. Наталья Васильевна Сапрыкина, врач методист СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД»

Под редакцией Д. В. Островского

## Оглавление

### Теоретическое обоснование

Введение .....	7
Принципы человековедения .....	9

*Владимир Михайлович Снетков*

Мультипрофессиональная команда — объединение вокруг потребностей пациента.....	29
---	----

*Галина Николаевна Хан*

### Практика

Вопросы диагностики и оказания лечебно-консультативной помощи пациентам «Центра СПИДа» страдающим химической зависимостью. Роль врача-нарколога в формировании приверженности к лечению .....	37
--	----

*Михаил Степанович Баев*

Роль специалиста по социальной работе в построении общей помощи пациентам «Центра СПИД» .....	43
--	----

*Ольга Владимировна Кольцова*

Оказание фтизиатрической помощи в отделении для ВИЧ- инфицированных городской туберкулёзной больницы .....	50
---	----

*Александр Михайлович Пантелеев*

Особенности психологической работы с ВИЧ-инфицированными пациентами .....	57
--	----

*Ирина Викторовна Жужгова*

Некоторые вопросы духовного окормления ВИЧ-инфицированных .....	67
---	----

*Игумен Мефодий*

Проблемы организации медико-психолого-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных беременных женщин .....	78
---	----

*Галина Владимировна Волкова*

Изучение различий в среде наркопотребителей и поиск результативной практики оказания помощи .....	83
--	----

*Ольга Владимировна Кольцова*

Возможности и проблемы взаимодействия НГО и ГО в современном правовом пространстве (целевая группа: наркопотребители, ВИЧ-инфицированные, бездомные).....	97
---	----

*Игорь Залманович Карлинский*

### Главы из книги «Психодинамические аспекты аддикции»

Психодинамические аспекты предотвращения рецидивов при терапии наркозависимого поведения.....	110
--	-----

*Шамиль Ванигаратне и Френсис Кини*

В поисках надёжного демпфера: психологическое руководство персоналом в наркологическом отделении .....	131
---	-----

*Роберт Хейл*

### Фрагменты. Институт лучших практик при СПИДе (США)

Формирование приверженности к антиретровирусной терапии при ВИЧ .....	141
--	-----

О хосписе .....	159
-----------------	-----

Приложение .....	162
------------------	-----

## Предисловие

В России период одновременного развития эпидемий социально значимых инфекционных заболеваний: ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и туберкулёза. Медицинские учреждения большого города всё чаще сталкиваются с наплывом клиентов, которые имеют сочетанную медицинскую проблематику и сопутствующие трудности социальной адаптации. Существующие модели обслуживания в специализированных учреждениях здравоохранения часто не подходят для сложных случаев. Наличие наркомании у больного может даже исключить возможность обследования и лечения в инфекционной клинике. Социально-психологическая помощь не является обязательной, и для многих клиентов остаётся недоступной.

Прогрессирование ВИЧ-инфекции с переходом в стадию СПИД можно, в первую очередь, ожидать именно у социально-неблагополучных больных с несколькими хроническими заболеваниями, которые из-за несогласованности действий специалистов разного профиля оказываются «не долеченными, не обследованными, выпадающими из наблюдения», что не позволяет получить им доступ к *высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ)*.

Подготовка ВИЧ-инфицированных клиентов к ВААРТ основывается на мультипрофессиональном подходе, учитывает интеграцию всех симптомокомплексов: социальных, наркологических, психологических и соматических — исходя из чего выстраивается стратегия лечения. Это означает, что ВИЧ-инфицированный клиент должен иметь дело со многими специалистами.

Сотрудники медицинских учреждений, каждый в своей области, строго руководствуются существующими инструкциями. Клиент, направляемый из одного кабинета в другой, теряет терпение и доверие к предлагаемой помощи. Чтобы не допустить этого, специалисты организуют согласованную

помощь, ориентированную на потребности клиента, приглашая его стать активным участником процесса подготовки к лечению.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге с 1999 г. развивается в основном среди наркопотребителей. Антиретровирусная терапия является пока лишь средством продления жизни и возможностью для людей живущих с ВИЧ полноценно функционировать в обществе. По существующим стандартам здравоохранения АРВТ не может быть предоставлена наркопотребителям, если ремиссия (как минимум 6 месяцев) не подтверждена врачом наркологом.

Организация межпрофессионального взаимодействия необходима ВИЧ-инфицированным клиентам с ослабленными ресурсами здоровья и в нестабильной жизненной ситуации.

Существует много факторов, разрушающих приверженность ВИЧ-инфицированных к лечению. Установить потребность и готовность к лечению - можно проведя всеобъемлющие оценки.

В связи с побочными эффектами или по другим причинам в начале терапии клиенты могут испытывать разного рода трудности, что может привести к разрушению приверженности и к отказу от терапии. Сейчас ответственность за адаптацию к терапии всецело несёт врач инфекционист, а согласно мультипрофессиональному подходу, она должна быть разделена с наркологом, психологом и социальным работником, что положительно скажется на качестве лечения, сохранении приверженности.

Вот уже несколько лет инициативу партнёрской сети в Санкт-Петербурге поддерживает общественная организация «Возвращение». Мы надеемся, что это руководство вдохновит самых разных специалистов России объединить свои усилия и найти единомышленников.

## **Теоретическое обоснование**

### **Введение**

Предлагая технологии помощи, говоря о необходимости подбора комбинаций элементов такой помощи для каждого случая, мы, по умолчанию, предполагаем понимание всеми специалистами абсолютного условия целесообразности объединённых усилий. Этим условием является адресность помощи не только в пространстве (кабинета, палаты, отделения), но и во времени проблемной жизни пациента. Мы говорим о необходимости создания пространства помощи — реабилитационного континуума. Задача чрезвычайно сложна именно для пациентов с ускользающей мотивацией. Но просто невыполнима без создания сообщества специалистов строго фиксированного во времени и пространстве и оснащённого «фиксированной» идеологией, используемой внутри создаваемого ими реабилитационного континуума.

Образцом такой идеологии мы хотим предложить работу известного санкт-петербургского учёного психолога Владимира Михайловича Снеткова.

До создания мультипрофессионального коллектива, каждого из нас можно было сравнить с гребцами спасательных лодок, пытающимися хотя бы одного утопающего вытащить на берег среди множества тонущих людей. Теперь мы можем плыть (или уже плывём) на корабле, который специально оснащён и курсирует в местах скопления неосторожных путешественников. Такой корабль строится совместно, команда заходит на него ещё на стапелях, задолго до окончания работ, и вместе со строителями доводит механизм до необходимого совершенства. При этом по замыслу авторов концепции выполняется ещё более важная задача — сплочивание команды.

Используя этот образ можно утверждать, что петербургский «корабль» почти уже оснащён, на стапелях, но во многих городах он существует лишь в

чертежах. И хотя команда подозревает, куда ей в скором времени предстоит отправиться, она ещё не обладает общей идеологией, не имеет единого символа веры, видения мира, взгляда на природу человека. Без этого в предстоящие трудные годы выматывающей рутинной работы им как сообществу не сохраниться. Не спасёт ни великолепная подготовка, ни даже доведенные до автоматизма навыки согласованной работы и опытный капитан, знающий все карты. Потому что предстоящая работа имеет психологическую природу, люди, которых они будут принимать на борт, не сразу воспримут их как спасателей, иногда будут сопротивляться, отстаивать своё «право» делать что хочется, вплоть до самоубийства. Такой их подход к жизни по плечу принять и осилить, пожалуй, только христианскому сознанию.

Но, так как команда нашего корабля будет состоять не только из христиан, да и пассажиры, скорее всего, вовсе не христиане, нам представляется целесообразным для создания общего символа веры использовать работу автора, говорящего на «психологическом» языке, который входит в образовательный минимум каждого члена команды.

**Дмитрий Островский,**  
председатель правления Санкт-Петербургского  
РОО «Возвращение»

## **Принципы человековедения**

*Владимир Михайлович Снетков*

Эта работа продолжает тему человековедения как науки [1]. Под человековедением понимается прикладная, междисциплинарная отрасль человекознания, направленная на изучение методов, принципов, законов и механизмов целенаправленного сопровождения и управления развитием, воспитанием, обучением или восстановлением человека на протяжении всех этапов его жизни, то есть науки о психолого-педагогическом, медицинском, социальном и прочем сопровождении жизни человека от младенчества до глубокой старости. Там же мы поставили задачу о необходимости определения ключевых категорий человековедения: «человека», «социальной организации», «ситуации» и «развития». В работе мы решаем эту задачу и даём определение перечисленных категорий человековедения как науки.

В основе современного человековедения лежат результаты экспериментальных и теоретических исследований Б. Г. Ананьева, П. К. Анохина, А. Валлона, Л. С. Выготского, П. П. Блонского, В. М. Бехтерева, Л. И. Божович, А. В. Запорожца, А. Н. Леонтьева, А. А. Люблинской, И. П. Павлова, Ж. Пиаже, С. Л. Рубинштейна, Д. Б. Элькониной, и других, проведённых в рамках генетической и дифференциальной психологии, которые выявили особенности индивидуального развития человека в онтогенезе. Б. Г. Ананьев показал [2], что сенсорно-перцептивные характеристики человека не только являются продуктом его индивидуального развития, но и определяют потенциал его дальнейшего развития и обучения, противостоя инволюционным процессам в периоды старения и старости. Н. В. Кузьмина [3] и В. А. Якунин [4] также пишут о необходимости управления процессами развития, воспитания и обучения человека.

Теперь интерес к проблеме развития человека ещё усилился. Получены новые знания, обобщено большое количество наблюдений в разных науках, которые привели к возникновению новых научных направлений, например: тератологии, танатологии, нейрохимии, психогенетики, эмбриологии, философской, социальной, педагогической антропологии, социальной работе, социальной педагогике, специальной психологии, антропологии, акмеологии, экологии человека, психологии здоровья, социальной философии, синергетики, социального конструирования, социального менеджмента и многих других. Сказанное свидетельствует о том, что всё большее коли-

чество теоретиков и практиков склоняются к тому, что существует необходимость в научно-прикладном междисциплинарном человековедении, то есть в научно обоснованной целенаправленной деятельности группы специалистов и специальных социальных организаций для сопровождения человека в различных сферах его жизнедеятельности на всех этапах его жизни, начиная с пренатального периода и до ухода из жизни по старости или болезни. Можно констатировать, что человековедение становится ведущей парадигмой XXI века.

Общественная практика убеждает, что наряду с *общим человековедением*, то есть опытом социализации и развития человека как индивида, субъекта труда, личности и индивидуальности, существует *специальное человековедение*, в том числе христианское, профессиональное, военное, политическое, национальное и другое, в рамках которых развитие, воспитание и обучение человека как гражданина, певца, актёра, олимпийского чемпиона, кадрового офицера и так далее осуществляются специалистами на основе собственных, исторически сложившихся, узкопрофессиональных методов и принципов деятельности. Если взять для примера спортивное человековедение, которое существует уже более ста лет, то результаты, которые сегодня показывают спортсмены по сравнению с первыми олимпиадами, убедительно свидетельствуют о его практической эффективности.

В своей работе мы различаем человековедение как науку и как деятельность.

*Объектом* науки человековедения являются социально-психологические системы различной природы возникновения (В. М. Снетков. 2002).

*Предметом* — принципы, законы и механизмы управления и целенаправленного сопровождения человека в процессе его развития, воспитания, обучения или восстановления как в норме, так и в патологии.

Практической целью человековедения, как науки является разработка «стохастического алгоритма» [5], другими словами, методологии деятельности группы специалистов по сопровождению человека и достижению поставленных целей. Сказанное ставит задачу формулирования таких принципов человековедения, которые обобщали бы практический опыт всех существующих узкоспециальных его направлений, повышали бы эффективность деятельности всех субъектов социального, медицинского и психолого-педагогического

сопровождения процесса развития, воспитания и обучения человека.

При этом под онтогенезом человека мы понимаем весь период его жизни, от момента зачатия и до его физической смерти. *В содержательном плане онтогенетическое развитие человека — это процесс преобразования его функциональных свойств и особенностей в инструментальные, в результате которого в человеке происходят необратимые количественные, качественные, структурные и системные изменения, а сам человек становится субъектом труда, общения, познания и индивидуальностью, то есть полноценной в духовно-нравственном отношении Личностью.*

Общее человековедение, развиваясь на пересечении многих наук о человеке, обогащается их знаниями, методами и принципами. Так, человековедение обогащает человека методами комплексной и лонгитюдинальной (Б. Г. Ананьев) оценки свойств, качеств и поведения отдельного человека на протяжении всей его жизни; психология — пониманием души как внутреннего мира человека и опытом его изучения; педагогика и менеджмент — практикой целеполагания и постоянной оценкой достигнутых человеком результатов; медицина и биология вносят в человековедение свой опыт научно-технического и экспериментального (аппаратурного) изучения объективных процессов, лежащих в основе как внешней, так и внутренней (душевной) жизни человека. Синергетика и менеджмент вносят в практику человековедения следующие принципы управления человеком:

1. Управленческое воздействие эффективно в той степени, в какой оно адекватно *природе человека* как объекта управления и *ситуации воздействия*.

2. Различают воздействие на человека как на физический, жестко структурированный объект от управленческого воздействия на человека как живую, духовно-нравственную, разумную, динамическую, самопрограммирующую систему.

3. При управленческом воздействии на человека резонансное, хотя и слабое, воздействие приводит к большему эффекту, чем сильное, но не согласованное с его природой и состоянием воздействие. Традиционная (линейная) концепция управления сводится к тому, что чем больше вложишь в воздействие усилия и времени, тем больше получишь отдачи. В управлении человеком линейный подход не всегда адекватен. В собственно управленческом воздействии на человека важна не величина, не сила и не длительность воздейст-

вия, а его правильная пространственная и временная организация. На человека следует воздействовать как на систему, в нужное время и место, топологически согласованное с его собственной структурой, в *сенситивный период*.

4. Человека как объект управления следует не достраивать или перестраивать, а необходимо через *проектирование развивающих ситуаций и видов деятельности* помогать ему выходить на собственные внутренние ресурсы и механизмы непрерывного, индивидуального онтогенетического развития.

5. Теоретически существует бесчисленное множество направлений, механизмов и инструментов (средств) онтогенетического, социального, духовного, психологического, биологического и профессионального развития человека, но объективно, на практике, человек уже в детском возрасте часто бессознательно выходит на свой индивидуальный *аттрактор* — *онтогенез*, то есть на путь и механизмы своего устойчивого в данной среде онтогенетического развития, которые определяются основными, то есть постоянно действующими законами его внутренней и внешней жизни. Человек по своей генетической природе приспособлен для жизни в стабильных внешних условиях (А. Н. Северцов). В таких условиях, если человек выходит на свой аттрактор, то он в процессе своей жизни тратит всё меньше и меньше сил и времени на поддержание своей жизни и развития. Таким образом, если у субъекта управления нет алгоритма вывода ребёнка на его аттрактор, то есть индивидуальный онтогенез, то ребёнок тратит много сил и времени на случайный перебор и поиск средств и механизмов адаптации к среде и смысла своей жизни, который может длиться достаточно долго, иногда всю жизнь. В условиях предоставления ребёнку полной свободы развития и воспитания велика вероятность того, что в качестве основания и средств своего развития он приобретет либо неадекватные, либо вообще случайные, то есть переходящие ценности и атрибуты своего развития, которые не принадлежат его индивидуальному онтогенезу как аттрактору.

Человековедение осуществляется в рамках различных социальных организаций. *Социальная организация как институт* — это группа из двух и более людей, имеющих общую цель, согласующих свои действия и использующих материальные, финансовые, временные и прочие ресурсы ради её достижения. Таким образом, по определению, к социальным организациям относятся семья, детский

сад, школа, промышленное предприятие, отдельный регион и государство в целом.

Современный рынок и конкурентная борьба требуют от всех социальных организаций постоянных действий по непрерывному развитию и вовлечению человеческих ресурсов, всего персонала в жизнедеятельность и развитие всей организации. Ресурсы организации — это то, что приносит ей прибыль и позволяет достигать поставленных целей. *Человеческие ресурсы (личная, внутренняя жизнь человека, его тело, способности, опыт, умения, здоровье, патриотизм и тому подобное) только тогда становятся прибыльным капиталом организации, когда они оценены и востребованы, то есть постоянно задействованы в её жизнедеятельности и развитии, когда они, образно говоря, «пущены в оборот».*

Поскольку люди в организациях обычно имеют уже профессиональное образование и стаж работы, постольку возникает проблема управления их профессиональным развитием и должностным ростом. Б. Г. Ананьев ещё в 1968 г. подчёркивал, что для социального прогнозирования необходимы научные знания о ресурсах и резервах самого человеческого развития, об истинных потенциалах этого развития [6, с. 6]. Злободневность обсуждаемой проблемы подтверждается развитием антропологии [7] и андрологии — отрасли педагогики, науки об обучении взрослых [8].

Все современные организации, в том числе и государство, вынуждены постоянно развиваться, возникает необходимость в увеличении «человеческого капитала» организации, в управлении и сопровождении непрерывным, профессиональным и духовно-нравственным развитием её персонала, а значит и необходимость в научно обоснованном *профессиональном человековедении*.

*Профессиональное человековедение* как деятельность группы специалистов по сопровождению и управлению профессиональным и индивидуальным развитием персонала организации, на наш взгляд, становится необходимым атрибутом современного научно-технического прогресса и развития всех социальных и промышленных организаций, в том числе и государства. Без реализации концепции непрерывного индивидуального и профессионального развития персонала и соответствующего социального и психолого-педагогического сопровождения этого процесса современные организации не имеют шансов выжить в конкурентной борьбе. Именно поэтому во многих промышленных организациях сегодня появились менеджеры по персоналу как специалисты по управлению челове-

скими ресурсами, деятельность которых иногда идёт вразрез с направлением и принципами онтогенетического развития человека как личности и как индивидуальности.

Говоря о профессиональном человековедении, необходимо отметить ещё одно важное положение современного менеджмента, которое должно лечь в его основу. Сегодня в мире ни один товар, ни одно крупное мероприятие не обходятся без проекта. При этом в понятие проекта обычно вкладываются два смысла. Чаще всего под проектом понимают то, что задумывается или планируется, например, изготовление какого-либо продукта или создание промышленного предприятия.

В данной работе мы исходим из того, что *проект — это комплекс взаимосвязанных мероприятий, предназначенных для решения в течение заданного времени и при установленном бюджете имеющейся задачи (проблемы) и достижения поставленной цели* [9]. Иногда в основе проекта лежит реально действующая или теоретическая модель проектируемого объекта или процесса.

Актуальность настоящей работы заключается в том, что постоянные преобразования и реконструкция многочисленных организаций в нашей стране зачастую начинаются и осуществляются без заранее утвержденного и фиксированного в документах проекта (модели) человека и ответа на главный вопрос: каким должен быть человек в преобразованной, реконструированной организации? Теперь страна перестраивается. Но поскольку отсутствует проект человека, то есть, не решён главный вопрос, под какого человека перестраивается РФ как социальная организация, постольку отсутствует платформа, на которой могли бы происходить оценка и управление ростом человеческого капитала страны.

В стране осуществляется реформа системы образования. Идут многочисленные дискуссии об учебных программах, видах и форме обучения. Но у правительства опять нет проекта духовно-нравственного развития и воспитания подростков как будущих граждан и основы государства. Таким образом, опять нет официально утвержденного документа (проекта), в котором был бы зафиксирован и описан образец того человека, того гражданина России, к которому, как к своей цели, должны стремиться в своей деятельности все организации системы воспитания и образования, от детского сада до института. А если нет цели, то нет смысла в дискуссиях о том, в каком направлении реформа должна двигаться. Здесь надо отметить, что в РФ проблема психолого-педагогического сопровождения человека в

условиях перестройки в последнее время получила государственный статус [10]. Очевидно, что без государственного проекта развития человека нет смысла ни в самой перестройке, ни в реформе образования, ни в управлении этими процессами. Так как сущность любого управленческого воздействия заключается в приближении состояния или свойств объекта управления, в нашем случае человека, к заранее заданным, то есть к цели или образцу. Без цели также невозможно определить вклад специалистов в её достижение и обеспечение. Для иллюстрации приведём цитату из «Приключения Алисы в стране чудес» Льюиса Кэрролла [11]:

«— Котик! Чешик! — робко начала Алиса. Она не знала, понравится ли ему это имя, но он только шире улыбнулся в ответ.

— Скажите, пожалуйста, куда мне отсюда идти?

— А куда ты хочешь попасть? — спросил Кот.

— Мне всё равно... — сказала Алиса.

— Тогда всё равно, куда идти, — заметил Кот.

— Только бы попасть *куда-нибудь*, — пояснила Алиса.

— Куда-нибудь ты обязательно попадёшь, — сказал Кот. — Нужно только достаточно долго идти».

Формулируя принципы человековедения, мы рассматриваем *ситуацию как единицу человеческой жизни*, так как каждый человек, рождается, живёт и действует в пространстве конкретной ситуации как социально-психологической системы (СПС). *Под СПС мы понимаем такую открытую систему, которая носит антропогенный, онтологический и целеустремлённый характер, неотъемлемым и смыслообразующим атрибутом пространства которой является целостный человек* (рис. 1). Достаточно в пространстве какой-либо системы появиться человеку, как она в тот же миг получает статус СПС. Так, класс без учеников — просто комната, школа без учеников — здание, территория без людей — ландшафт. Например, уберем человека из государства или организации, и они потеряют всякий смысл и основу своего существования и развития.

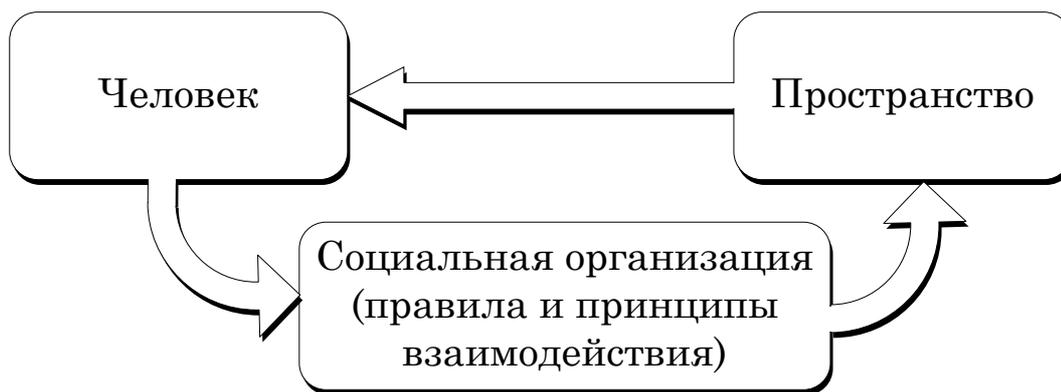


Рис. 1. Ситуация как социально-психологическая система.

По своей структуре ситуация как СПС включает в себя как минимум три элемента: отдельного человека как объекта и/или субъекта взаимодействия; пространство, в котором он осуществляет своё взаимодействие, и социальную организацию. Структура пространства ситуации как СПС включает в себя следующие составные части:

1. Духовный мир — мир культурных и национальных традиций и смыслов жизни.
2. Психологический мир — мир представлений, чувств и отношений человека.
3. Информационный мир — мир общения, знаний, значений и знаков.
4. Социальный мир — мир других людей, экономических, правовых и прочих групп.
5. Витальный мир — мир окружающих животных.
6. Растительный мир — мир растений и продуктов питания.
7. Физический мир — мир городов, транспорта, предметов быта, орудий труда и подобного.

*Социальная организация как процесс — это упорядочение взаимодействия всех элементов СПС между собой, в том числе человека с окружающим его пространством, с самим собой и с другими людьми на основе определённых законов, принципов, правил и норм. Именно социальная организация, то есть наличие и соблюдение законов, установленных норм и правил взаимодействия и поведения людей, определяет целостность, пространственные и временные границы ситуации как СПС. Таким образом, соблюдение законов, норм, правил и принципов взаимодействия элементов ситуации как СПС выступают её системообразующим фактором.*

Исходя из смыслообразующего значения человека для любой социальной организации как СПС, начиная от семьи, предприятия,

школы, региона и государства в целом, нам представляется важным утвердить мысль о том, что *в основе управления персоналом и стратегического развития (реконструкции) этих организаций, должен лежать заранее составленный проект развития, воспитания и обучения человека.*

Научной теоретико-методологической основой разработки проекта и сопровождения развития, воспитания и обучения человека должно являться современное синтетическое человекознание, модель развития человека и его психики, методология и практика общего и специального человековедения.

Научно-практической основой обеспечения подобного проекта и профессиональной деятельности команды специалистов, участвующих в осуществлении проекта развития человека, может выступить практика социальной работы (М. А. Гулина) [12] и концепция психологического обеспечения профессиональной деятельности (Г. С. Никифоров, 1989).

Поскольку модель инструментального развития человека и возможные формы его онтогенеза описаны нами ранее (В. М. Снетков), постольку в рамках настоящей работы мы остановимся на описании общих принципов человековедения как деятельности команды специалистов или группы организаций. Применение категории СПС позволяет показать, во-первых, исключительное значение проекта развития человека как *смыслообразующего* элемента стратегического развития социальной организации, во-вторых, определить такие важные для планирования развития человека и организации понятия, как «ситуация» и «событие». Без проектирования ситуации трудно решить проблему проектирования и сопровождения развития человека.

В человековедении главное не в том, чтобы прогнозировать поведение человека, что практически трудно осуществить, а в том, чтобы постоянно создавать такие ситуации и правила деятельности, в результате наличия которых нужный эффект или нужные личностные или профессиональные свойства и особенности человека не смогли бы не возникнуть и не закрепиться. Так как *развитие человека есть результат его взаимодействия со множеством текущих ситуаций.* Ситуация — это СПС (рис. 1), взятая без развития в конкретный момент времени, для которой возможны измерение и описание состояния, свойств, качественных и количественных характеристик, особенностей пространства, социальной организации и человека. Событие — это СПС, для которой зафиксированы

начальная и конечная ситуации, правила, направление, динамика, время и последовательность этапов перехода из начальной ситуации в конечную. *Событие* — это количественное и качественное изменение ситуации как СПС в целом, либо её элементов. Следовательно, случайная встреча, изменение среды обитания и правил поведения человека и тому подобного могут стать событиями в его жизни.

Таким образом, из вышесказанного следует исходное для практического *человековедения* положение, которое заключается в том, что целенаправленное сопровождение и управление развитием, воспитанием и обучением человека следует осуществлять через проектирование ситуации как события, что ставит перед человековедением задачу научно-практического определения таких понятий как «потенциал ситуации» и «потенциал человека» и, соответственно, разработки методологии их оценки.

Спроектировать развитие социальной организации значит — спланировать событие. То есть задать правила и принципы её перехода из актуального, текущего состояния как исходной ситуации, в конечную ситуацию как потребное будущее, что требует от проектировщиков описания конечной цели, то есть описания образца и модели ситуации или организации, которых необходимо достигнуть. При этом проектировщики в качестве центрального, смысло- и системоопределяющего фактора развития социальной организации могут рассматривать различные элементы СПС, которые позволяют нам описать следующие основные парадигмы проектирования стратегического развития социальной организации как института: *антропоцентризм (ориентация на человека), геоцентризм (ориентация на окружающую среду), социоцентризм (ориентация на социум), экономоцентризм (ориентация на рентабельность), техноцентризм (ориентация на технические средства и технологию) и законоцентризм (ориентация на объективно существующие законы и установленные нормы).*

Как показывает исторический опыт, абсолютизация какой-либо одной парадигмы приводит к осложнениям существования и стратегического развития социальной организации как СПС. При оптимальном сочетании всех парадигм социальная организация находит на свой аттрактор, то есть путь с наименее затратными механизмами своего устойчивого развития в данной среде.

Исходя из понимания организации как СПС, можно выделить следующие взаимосвязанные между собой подпроекты, которые

должны быть включены в общий проект её стратегического развития:

- 1) развития человека как индивида, личности и как индивидуальности, включая проект развития его семьи;
- 2) профессионального развития человека как субъекта труда, общения и познания, включающий в себя проект его профессиональной карьеры;
- 3) изменения видов деятельности, функций человека, его рабочего места, включая проект изменения окружающего человека внутреннего пространства организации;
- 4) изменения культуры, традиций, правил, норм и принципов, определяющих деятельность и поведение человека в коллективе организации.

Поскольку человек является смыслообразующим и основополагающим фактором организации как СПС, постольку проект его развития, воспитания и обучения приобретает первостепенное и принципиальное значение. Каков человек — такова и организация, какова организация — таков и человек. Именно от человека зависит, как и для чего будут использоваться материальные, технические, финансовые и прочие ресурсы организации. Исключительно важным является также проект развития правил, норм и принципов взаимодействия людей, подразделений и прочих подсистем и элементов внутри организации, которые определяют её целостность и сам факт существования и развития как СПС. И, наконец, не менее важным для развития организации, чем все предыдущие, является проект развития внутреннего человекосоразмерного пространства организации как зоны возможного ближайшего развития человека, включая информационную определённость, направление и скорость изменения пространства подразделений, правил взаимодействия и рабочих мест. Если скорость изменения окружающего человека пространства организации или государства превышает его способность к ассимиляции нового (Ж. Пиаже), то человек психологически «выпадает» из организации как СПС.

Перечисленные и взаимосвязанные между собой проекты, лежащие в основе стратегического развития социальной организации, занимают первостепенное значение не только благодаря своему содержанию, но и потому, что все они входят в предмет управления организацией, то есть непосредственно зависят от системы менеджмента организации. Человек же во всех этих случаях выступает как объект проектирования и управления. Проследить основные тенден-

ции эволюции взглядов в менеджменте за XX столетие на человека как объект управления можно по приведённой системе критериев (рис. 2).

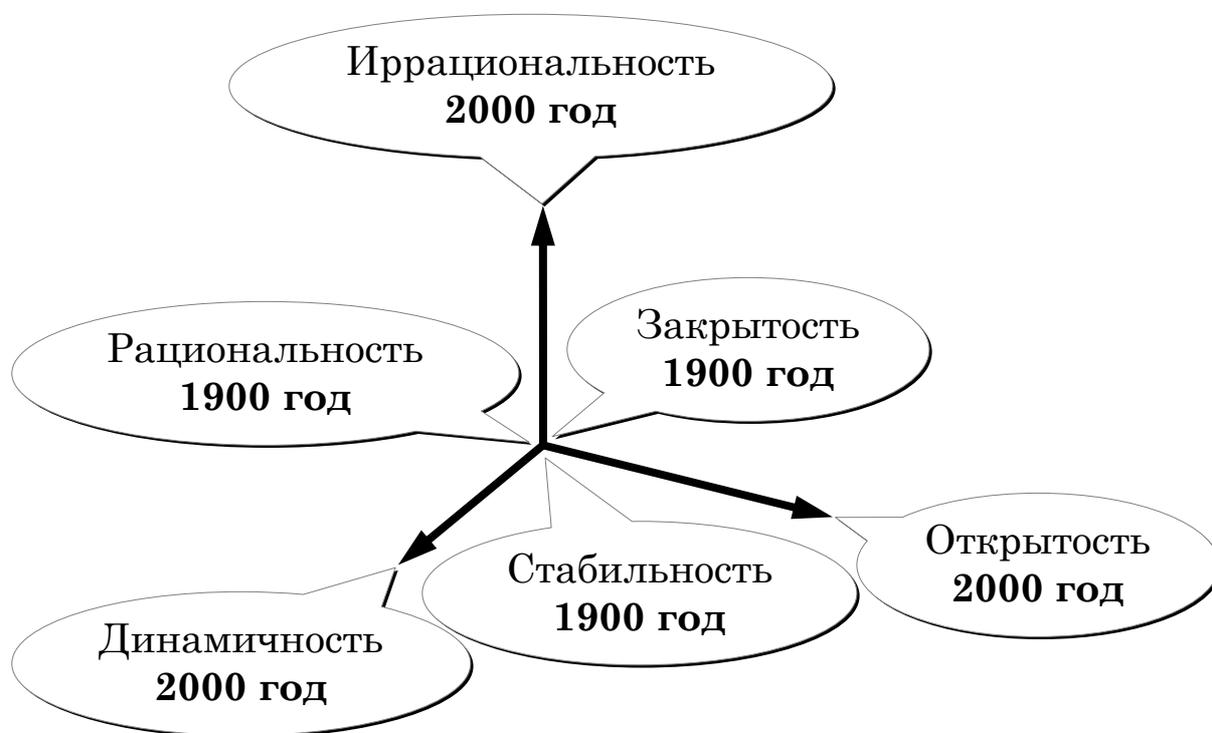


Рис. 2. Критерии человека как объекта управления.

В соответствии с приведёнными на рис. 2. критериями мы можем сказать, что человек в начале XX столетия рассматривался как рациональная, закрытая и стабильная система (концепция РЗС.). Поэтому к человеку как объекту управления, воспитания и развития в менеджменте и педагогике применялись и соответствующие методы воздействия. Хотя к началу XXI в. большинство специалистов пришли к пониманию человека как открытой, динамичной и иррациональной системы (концепция ОДИ), до сих пор в менеджменте, праве, экономике и политике чувствуется влияние концепции РЗС.

С другой стороны, можно сказать, что, если в начале XX столетия большинство людей из цивилизованных стран можно отнести к разряду созидателей (Н. В. Кузьмина), то есть людей, стремящихся внести что-то своё в окружающий мир: создать что-то новое, открыть новый географический путь или научный закон, понять истину и тому подобное, то, начиная с того момента, когда Г. Форд, а за ним и многие другие предприниматели пришли к выводу, что надо производить автомобили для продажи, а не для удовлетворения потребности человека в передвижении по земле, стало всё быстрее увеличи-

ваться число потребителей. Таким образом, к концу XX столетия большинство населения из развитых стран в результате целенаправленного развития и воспитания через маркетинг, рекламу и СМИ перешло в разряд потребителей. Несмотря на то, что конечные последствия этого процесса для человечества неясны, он все более расширяется и ускоряется. Человек стал центром пересечения различных промышленных, финансовых, политических, социальных и прочих групп и их интересов в сфере общественной практики. Исходя из вышесказанного, понятно насколько важным сегодня является строго научное определение понятия «человек» и разработка научно-практической концепции и принципов управления его развитием, воспитанием и обучением.

Попытки найти строго научное определение человека в специальной литературе, в философской и педагогической энциклопедиях, в современных справочниках и психологических словарях показали, что современная психология насчитывает несколько сотен различных подходов, теорий и определений личности и буквально единицы в определении человека. О единой научно-практической теории человека в современной психологии и философии пока говорить не приходится. Чаще всего человека определяют как личность. А личность, в свою очередь, определяют как человеческий индивид, как индивидуальность, как продукт общественного развития, как субъекта труда, общения и познания. Понятно, что подобные определения не выдерживают научной критики из-за тавтологичности. Также довольно часто человека определяют как венец развития жизни на Земле. Не менее распространены определения человека как представителя вида *Homo sapiens*. Некоторые определяют человека как биологический компьютер и так далее. Онтогенез человека, то есть его жизнь от рождения и до смерти, чаще всего определяется как процесс развития индивидуального, живого организма, как процесс усвоения индивидом общественно-исторического опыта.

Как видно, приведённые и подобные им определения человека ничего не говорят ни о происхождении человека, ни о его сущности, ни о его природе, ни о законах его развития. Нам представляется, что научное определение сущности и природы человека сегодня является не прихотью того или иного учёного, не модой на человека, а тем, что от принятого определения человека не только зависят жизнь и развитие каждого отдельного человека, но и благосостояние и будущее всего человечества, так как масштаб и глубина воздейст-

вия на человека всё более и более усиливаются. И пока неизвестно, к каким последствиям приведут эти воздействия в будущем.

Научное определение человека, во-первых, важно потому что оно по своему содержанию должно отражать существенные свойства человека как природного, социального и духовного явления, а не только способ или образ его жизни. Во-вторых, кроме своей научной значимости научное определение человека имеет большое общественно-практическое, политическое, экономическое и нравственное значение, так как лежит в основе различных политических, экологических, образовательных, правовых, медицинских, биогенетических, социальных и прочих программ воздействия на человека и критериев их результатов.

В-третьих, являясь составной частью учебно-воспитательного процесса, определение человека становится основанием и частью процесса его самоопределения, самоидентификации, самоотождествления, персонификации человеком самого себя, формирования его «Я-концепции» и определения им своего места в социуме и мире.

В-четвёртых, поскольку человек является объектом воздействия различных средств массовой коммуникации и прочих сфер общественной практики, которые благодаря научно-техническому прогрессу неизмеримо возросли, постольку становится архиважным определение границ, норм и результатов этого воздействия. Например, если мы определим человека как биологический компьютер, то вполне естественно и гуманно будет стремление задать человеку хорошую программу его образа жизни и поведения, начать производство и продажу его «запчастей» и так далее — действия, что мы уже наблюдаем в современном мире.

И, наконец, в-пятых, человек по определению является краеугольным камнем, фактическим и смысловым основанием существования и развития всех существующих социальных организаций от семьи до государства в целом. Поэтому без научного определения человека и его онтогенетического развития невозможно решить проблему адекватного научно-практического проектирования новых и развития уже существующих социальных организаций.

Сейчас в мире, как известно, существуют две теории происхождения человека. Одна эволюционная, другая богословская. Каждая из теорий исходит из своего логического допущения происхождения человека и веры в его справедливость. Доказать или опровергнуть это допущение эмпирическим способом невозможно. Теория познания [14] относит такие теории к метафизическим. А. В. Петровский

и М. Г. Ярошевский, анализируя категории психологии, вслед за В. Соловьевым исходят из того, что метафизика есть область научного познания скрытой, невидимой сущности мира, которая при определённых условиях проявляется вовне. По их мнению, такой подход даёт возможность рассматривать теоретическую психологию «как научную дисциплину, имеющую *метафизический* характер» [15, с. 15]. Современная эпистемология по этому поводу утверждает, что если две противоречивые теории не могут фальсифицировать одна другую, то обе имеют полное право на своё существование [16]. Следовательно, право и обязанность каждого учёного или специалиста — взять для своей работы лучшее из этих теорий, как взаимодополняющих и усиливающих друг друга.

Уже ни у кого не вызывает сомнений актуальность и необходимость объединения сил и достижений светской и православной психологии и антропологии в рамках единого человекознания и практического человековедения, обращения к религиозному, в первую очередь, православному практическому опыту воспитания и развития человека. Эдуард Шюре ещё в 1914 г. писал о пагубности враждебного противостояния науки и религии, о невозможной потере от невозможности их обогатить и дополнить друг друга. «До тех пор, — писал он — пока христианство утверждало христианскую веру в среде европейских народов, ещё полуварварских, какими они были в Средние века, оно было величайшей из нравственных сил, оно формировало душу современного человека». Далее он пишет: «До тех пор, пока экспериментальная наука стремилась восстановить законные права разума и ограждала его безграничную свободу, до тех пор, она оставалась величайшей из интеллектуальных сил, она обновила мир, освободила человека от вековых цепей и дала его разуму нерушимые основы». С научной, материалистической точки зрения, пишет Э. Шюре, «причина и цель жизни останутся навсегда непроницаемы для человеческого ума» [17, с. 3].

Главные вопросы, на которые ни одна из современных наук о человеке не отвечает, это: зачем мы живём и в каком направлении мы развиваемся, то есть куда идём? На эти вопросы отвечает только религия. В. А. Лекторский в своей классической эпистемологии также говорит о необходимости объединения научного мышления с другими, ненаучными, в том числе религиозными, формами мышления, в первую очередь для наук о человеке [18, с. 51].

Отсутствие осознания смысла стратегической цели жизни и развития человека и всего человечества на Земле превращает совре-

менную науку, технические и технологические достижения в средство удовлетворения всё более возрастающих и постоянно меняющихся витальных, ментальных и социальных потребностей людей.

В своей работе мы исходим из следующего *общетеоретического определения человека*: *Человек создан Творцом как живая, органическая, разумная, речемыслительная, хронологическая, многоэтажная, открытая, слабоструктурированная, инструментальная система, способная по своей изначальной природе становится богоподобной (духовно-нравственной) Личностью и использовать свой внутренний и внешний мир для самовоспроизводства и достижения полноты своего бытия во времени и пространстве.*

Под инструментальными системами здесь понимаются системы, которые в процессе своего существования способны качественно изменяться и целиком, и на уровне подсистем и элементов. Коротко различие функциональных и инструментальных систем заключается в том, что в функциональных системах функциональные свойства отдельного явления, ставшего элементом системы, не меняются и, собственно, эти свойства (вклад в результат) являются основанием его включения в состав функциональной системы (П. К. Анохин). Тогда как основанием включения явления или объекта в состав «инструментальной системы» является его способность *изменить свои функциональные свойства под влиянием всей системы*. Указанная особенность инструментальных систем объясняет факт появления на уровне целой системы нового качества (эффект синергии), то есть несводимость этого нового качества системы к простой сумме функциональных свойств, включенных в систему элементов.

Взаимоотношения целого и части в рамках предлагаемой структурно-инструментальной парадигмы строятся именно на основе диалектического инструментализма, когда в какой-то момент жизни системы часть выступает инструментом сохранения и развития целого за счёт изменения своих функциональных свойств, а в другой момент уже целое, в свою очередь, является инструментом выживания и развития части. Если обратиться к миру живой природы мы увидим множество примеров проявления принципа диалектического инструментального взаимодействия, когда функциональные свойства одних животных или растений используются другими животными или растениями в качестве инструментов (средств) своего собственного выживания и развития. По своей сути весь биогеоценоз на Земле построен на основе принципа диалектического инструментализма. Ещё более ярко он проявляется в обществе. Отдельный че-

ловек, становясь членом общества или государства как социальной организации, значительно повышает вероятность своего выживания и качество своей жизни и развития. В данном случае общество выступает инструментом выживания и развития человека как индивида. За это оно как социальная организация, как СПС, налагая на человека определённые, социальные роли и позиции, то есть правила и законы поведения, использует человека как инструмент теперь уже своего собственного сохранения и развития.

Как ни парадоксально, сегодня, в начале третьего тысячелетия, в рамках академической, светской психологии и педагогики отсутствует, по существу, самая главная из наук — наука о развитии психики (души) человека, точнее говоря — научная теория, практика и методология *психологического менеджмента*, то есть осознанного и целенаправленного управления развитием психики человека. Об этом же говорит Г. В. Суходольский [19, с. 5]. Таким образом, человековедение как междисциплинарная прикладная наука должна представлять собой научно-практическое и конструктивное единство всего светского и религиозного опыта сопровождения, развития и воспитания человека. Только на такой основе человековедение с полным правом может выступить в статусе самостоятельной синтетической науки, способной успешно решать поставленные проблемы. В связи с этим для человековедения представляет интерес опыт православной педагогики. Священник Е. Шестун в своём учебном пособии по православной педагогике [20, с. 544÷547] в качестве основных принципов выделяет:

- 1) православный взгляд на человека;
- 2) единство всех людей в Церкви и через Церковь;
- 3) построение жизни человека «по требованиям христианского совершенства»;
- 4) освоение наследия родного края.

В свою очередь, священник А. Зелененко в работе [21] об основных принципах православной педагогики, выделяет несколько иные *группы принципов*:

- 1) христоцентричности (определяющие отношение человека к Богу);
- 2) экклезиоцентричности (определяющие отношение человека к Церкви);
- 3) педоцентричности (определяющие отношение к ребёнку);

4) нравственно-педагогического взаимодействия (определяющие отношение воспитателей и воспитуемых к Богу, Церкви, друг к другу, Отечеству, культуре и миру);

5) нравственно-педагогического аскетизма (определяющие отношение педагога к себе и своей профессиональной деятельности).

По сути, всё нравственное богословие есть практическое руководство для верующих по православному человековедению и практике постоянного нравственного совершенствования и развития. Наиболее ярко и кратко описаны 30 ступеней восхождения православного человека к духовно-нравственному совершенству в труде Ионна Лествичника «Лествица» [22]. Из написанного видно, в православной педагогике содержатся многочисленные и полезные для практического человековедения принципы. Подводя итог всему вышесказанному, мы можем выделить следующие целевые принципы человековедения:

1) Принцип целе- и времяполагания — это описание образца (модели, эталона), свойств, качеств, поведения, состояния, отношений, результатов деятельности и тому подобных особенностей человека как цели, к которым за установленный срок по возможности ближе должен подойти человек в процессе реализации своего индивидуального проекта развития, воспитания, обучения или восстановления.

2) Принцип целецентричности означает, что действия всех участников проекта, включая самого человека и все основные и сопутствующие мероприятия по осуществлению проекта развития, воспитания или обучения человека, постоянно подчинены поставленной цели и не противоречат друг другу.

3) Принцип целеустремленности означает наличие постоянных, пусть не больших, но активных усилий в первую очередь самого человека и во вторую — группы сопровождения проекта по достижению поставленной цели. В отличие от трудовой деятельности, в вопросах развития, лечения и воспитания человека выходных и праздников не бывает.

4) Принцип заинтересованности в реализации данного проекта, как самого человека, так и всей организации, членом которой он является.

5) Принцип свободы выбора и добровольности участия человека в проекте своего развития, то есть отказа от *духовно-нравственного насилия*, под которым мы понимаем не санкционированное самим человеком изменение его внутренней личной жизни, состояния, от-

ношения или поведения. Право человека в любой момент выйти из проекта или изменить его.

6) Принцип постоянно повышающейся активности и участия самого человека в формулировании ближних и дальних целей своего развития и способов их достижения.

7) Принцип достаточной компетентности, то есть полноты информации и осознанного знакомства человека со всеми возможными проектами и вариантами его индивидуального развития или обучения, понимания их конечных результатов и наиболее вероятных последствий осуществления этих проектов или отказа от них.

8) Принцип наглядности, то есть доступность для восприятия человека результатов и жизнедеятельности людей, достигших успехов в деле осуществления подобных или похожих индивидуальных проектов их развития, воспитания или обучения.

9) Принцип соответствия внутреннего пространства организации целям проекта.

10) Принцип относительного постоянства и преемственности изменений норм, законов, стандартов и правил взаимодействия человека с другими людьми и окружающим его пространством организации, и соответствия их целям проекта.

11) Принцип адекватности целей, механизмов и способов воздействия на человека его индивидуальной природе и окружающей его ситуации.

12) Принцип адекватности цели проекта развития воспитания или обучения человека целям социальной организации, членом которой он является.

13) Принцип ответственности и постоянного собственного духовно-нравственного и профессионального развития специалистов, осуществляющих проект развития, воспитания или обучения человека.

14) Принцип постоянного мониторинга отношения и состояния человека и его приближения к намеченным результатам внешней, независимой экспертной группой специалистов, не принадлежащих данной организации.

В заключение необходимо отметить, что все перечисленные принципы находят своё эмпирическое подтверждение не только в практике подготовки мировых и олимпийских чемпионов в спорте высоких достижений, но и в развитии, воспитании и обучении мастеров искусства, то есть везде, где человек подчиняет всю свою жизнь достижению поставленной цели и овладению вершинами мастерства в избранной сфере деятельности.

## Литература

1. В. М. Снетков. «Человековедение как наука» // «Вестник Санкт-Петербургского университета» серия 6, 2002.
2. Б. Г. Ананьев, М. Д. Дворяшина, Н. А. Кудрявцева. «Индивидуальное развитие человека и константность восприятия». М., 1968.
3. «Основы вузовской педагогики». Под ред. Н. В. Кузьминой, Н. А. Уркина. Л., 1972.
4. В. Я. Кикоть, В. А. Якунин. «Педагогика и психология высшего образования»: учебник. СПб, 1996.
5. Г. В. Суходольский. «Введение в математико-психологическую теорию деятельности». СПб ун-т. 1998.
6. Б. Г. Ананьев. «Человек как предмет познания». Л., 1968.
7. В. И. Гинецинский. «Пропедевтика психогигиенической антропологии»: учебное пособие. СПб, 2001.
8. С. И. Змеев. «Основы андрологии». Программа для ВУЗ по специальности 031400-«Андрология». М., 1999.
9. В. И. Воропаев. «Управление проектами в России». М., 1995.
10. «Методические рекомендации по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе в условиях модернизации образования» // «Школьный психолог» 2004 №1 (январь).
11. Льюис Кэрролл. «Приключения Алисы в стране чудес». СПб, 1999.
12. «Психология социальной работы». Под ред. М. А. Гулиной, М., 2004.
13. Г. С. Никифоров. «Психологическое обеспечение профессиональной деятельности». Л., 1989.
14. «Эволюционная эпистемология и логика социальных наук. Карл Поппер и его критики». Сост. Д. Г. Лахути, В. Н. Садовский, В. К. Финн. М., 2000.
15. А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. «Основы теоретической психологии». М., 1999.
16. И. Лакатос. «Фальсификация и методология научно-исследовательских программ». М., 1995.
17. Э. Шюре. «Великие посвященные». Калуга, 1914.
18. В. А. Лекторский. «Эпистемология классическая и неклассическая». М., 2001.
19. Г. В. Суходольский. «Психологическое управление», в кн. «Актуальные проблемы психологической теории и практики». СПб, 1995.
20. Священник Е. Шестун. «Православная педагогика»: учебное пособие. М., 2001.
21. Священник А. Зелененко. «Основополагающие принципы православной педагогики» в кн. «Диалог отечественных светской и церковных традиций» // «Материалы Покровских педагогических чтений 2001–2003 гг». СПб, 2004 г. с. 212÷230.
22. И. Лествичник. «Лествица». СПб, 1996.

## Мультипрофессиональная команда — объединение вокруг потребностей пациента

Галина Николаевна Хан

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России продолжается. Распространённость на 31/12/2004 достигла 210,1 на 100 тыс. населения. При внутривенном введении наркотиков заразились 75%. Среди потребителей инъекционных наркотиков распространённость — 2266,8 на 100 тыс. обследованных. Среди ВИЧ-инфицированных лиц от 15 до 39 лет — около 80%. Наметилась тенденция выхода вируса ВИЧ из субпопуляции наркопотребителей в «магистральное» общество, происходит рост полового пути передачи заболевания и количества инфицированных женщин. Соотношение ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин: 1996 год — 6,0:1; 2000 год — 2,6:1; 2004 год — 1,5:1.

Как известно, инфекция ВИЧ, несмотря на очевидные успехи современной антиретровирусной терапии, остаётся тяжёлым заболеванием, полное излечение от которого пока невозможно. Человек, узнавший, что он инфицирован, переживает тяжелейший кризис. В. В. Беляева [1] считает, что, как правило, ВИЧ-инфекция, как «биологически и социально злокачественное заболевание, при котором человек, живущий с ВИЧ-инфекцией, постоянно переживает чрезмерно тяжёлый стресс, влияет на человека в следующем:

- изменяет его самооценку (человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей);
- влияет на самоуважение;
- изменяет уверенность в себе;
- влияет на самосознание (изменяет образ себя и отношение к себе).

Возможное снижение или утрата социальной идентичности ВИЧ-инфицированного человека объясняются происходящей в ряде случаев стигматизацией, дискриминацией, дегуманизацией, что ведёт к обесцениванию личности, ущемлению её прав, снижению социального статуса, «приклеиванию ярлыка».

Таким образом, социально-психологические последствия ВИЧ-инфекции проявляются на нескольких уровнях: индивидуальности, семьи, общества, помогающих структур».

А с учётом того, что развитие ВИЧ-инфекции характеризуется возникновением и прогрессом сопутствующих заболеваний и

оппортунистических инфекций, для оказания полноценной и своевременной помощи становится очевидной необходимость создания организованных команд специалистов разного профиля — медиков, психологов, социальных работников, с включением в работу «равный-равному» консультантов из числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

В целом развитие естественных и гуманитарных наук в XXI веке продолжает появившуюся в XX веке тенденцию синтеза знаний, внимания к феномену знания как таковому (в отличие от информации), вниманию к процессу, спонтанному и направленному развитию, к динамике, а не фиксированному результату. В сфере наук и практических подходов, имеющих отношение к человеку, это проявляется в реализации принципа *холизма* (целостности). Например, в медицине не отдельная «снятая» информация, не только констатация, диагноз, но динамика и развитие, человек, его личность во всей сложности, системности его устройства. Возникновение, а в ещё большей степени течение соматических заболеваний неразрывно связано с психологическим (всё чаще говорят и о духовном) состоянием человека, имеющимися у него социальными проблемами. Ориентируясь на видение человека — не в качестве объекта нашего воздействия, а развивающегося (или деградирующего), обременённого различными взаимовлияющими проблемами, — мы сознаём, что серьёзную помощь страдающему от ВИЧ-инфекции мы можем оказать, только объединив усилия различных профессионалов, специализированных консультантов.

В России и за рубежом уже есть опыт мультипрофессиональных команд для разных сфер деятельности. Сформулированы принципы их создания и функционирования. М. В. Фирсов, Б. Ю. Шапиро определяют условия формирования такой команды для социальной работы:

- Размер команды должен составлять  $5 \pm 1$  человек.
- **Комплементарность навыков.** Нецелесообразно держать в одной команде несколько специалистов, обладающих идентичными навыками, кроме финансовых затрат, это чревато проблемами с распределением ролей в команде и, как следствие, снижением работоспособности.
- **Общность целей.** Чтоб группа специалистов превратилась в работоспособную команду, необходима выработка общих целей, достижению которых посвящена деятельность команды.

- **Общность идеологии.** Необходимо выработать общую идеологию работы группы для основных теоретических принципов, базовых ценностей и используемых методов работы.

- **Внутригрупповая ответственность.** Нормальное функционирование группы может осуществляться лишь при наличии определённого уровня групповой ответственности членов команды друг перед другом и перед вышестоящими организациями и лицами.

«Также целесообразно различать типы и способы принятия командных решений, а именно:

- **Специфически профессиональные решения.** Принимаются руководителем команды или одним специалистом узкой направленности, и, как правило, касаются деталей методов и стратегий профессионального воздействия на случай.

- **Решения по работе со случаем.** Принимаются руководителем команды совместно с case-менеджером относительно того, каких специалистов, когда и на каких условиях необходимо привлекать к работе, а также как использовать их профессиональный потенциал наиболее эффективно.

- **Управленческие решения.** Оценка уровня работы команды, анализ внутригрупповой стратегии деятельности и другие решения, которые принимаются непосредственно группой. Решения, связанные с планированием работы команды, принимаются руководителем команды и/или case-менеджером.

Основными способами принятия решений являются:

- **Принятия решений одним профессионалом.** Решение и ответственность за него принимает один член команды. Это специфические узкопрофессиональные решения конкретных вопросов, на которые команда не имеет права влиять.

- **Принятие решений одним профессионалом после консультирования с командой.** Чаще всего к ним относятся решения о начале и окончании работы (открытие и закрытие случая), причём в последнем случае команда принимает решения о правильности и целесообразности использованных методов и стратегий работы.

- **Принятие решений одним профессионалом на основе общей политики команды** могут приниматься после голосования группы или на основе единодушия всех членов команды. Отдельный специалист должен подчинить своё мнение общему решению, принятому командой на основе выработанной идеологии.

Для эффективной деятельности команда должна иметь чёткую структуру и организацию и руководствоваться в своей работе чётко

определёнными принципами. Внутри команды основная руководящая роль принадлежит руководителю, который назначает ответственных по тем или иным «случаям». Когда это происходит, руководство каждый случай передает назначенному члену команды, которому подчиняются все остальные задействованные в этой работе специалисты.

Для эффективной работы МПК очень важно распределение обязанностей и отсутствие дублирования функций. Поскольку возможны пересечения в квалификациях специалистов (например, социальный работник может иметь значительный опыт в психологическом консультировании), необходимо чёткое установление межпрофессиональных границ. Отчасти это может быть достигнуто созданием чётких должностных инструкций для членов МПК. Другим моментом является необходимость проведения командного строительства, тренингов внутрикомандной деятельности и деловых игр, направленных на повышение эффективности распределения обязанностей в команде. Ответственность за эту работу возлагается на руководителя команды, который привлекает к работе по внутрикомандному строительству психолога-консультанта» [3].

Во многом сплочённость, а значит, и эффективность усилий команды зависит от стадии её развития, зрелости. Можно выделить 5 стадий (на высшие 4, 5 уровни выходят не все):

1. «Притирка» — члены команды приглядываются друг к другу и показывают свои возможности и потребности, определяются в правильности выбора. Решающую роль играет руководитель.

2. «Конфликтная» — проявляются и оцениваются сильные и слабые стороны, создаются группировки, возможна силовая борьба за лидерство и поиск компромиссов. Возможно противодействие между руководителем и подчиненными.

3. «Экспериментирование» — потенциал группы вырастает, но она часто работает рывками, возрастает интерес к поиску различных методов и средств.

4. «Успешное решение проблем» — реалистичное и творческое. Функции лидера могут переходить от одного члена команды другому, каждый гордится своей принадлежностью к команде.

5. «Прочные связи» внутри команды — отношения складываются, в основном, неформально, что позволяет демонстрировать высокие результаты работы и стандарты поведения.

Рассмотрим случай, когда мультипрофессиональная рабочая группа включает в себя врача, медицинскую сестру, психолога, со-

циального работника, «равного консультанта». У каждого из сотрудников есть своя «правда» в отношении клиента:

- «Правда» врача заключена в данных медицинского обследования, поставленном диагнозе.
- «Правда» социального работника — в окружении клиента: есть ли работа, учёба, жильё, каковы взаимоотношения в семье, с друзьями, коллегами, соседями.
- «Правда» медицинской сестры — каково состояние клиента, чем болеет, какой образ жизни ведёт (здоровый или нет), выполняет ли указания врача, принимает ли лекарства.
- «Правда» психолога — по данным психодиагностики: состояние, особенности личности, совместимость, способности.
- «Правда» «равного консультанта» — состояние клиента с точки зрения человека, знающего проблему «изнутри», основанная на сопоставлении своего опыта совладания с болезнью, взаимодействия с помогающими структурами, семьёй и ситуацией клиента.

Во внимание принимается мнение всех участников группы.

Темами, обсуждаемыми в рабочей группе, кроме клиентов, может быть и обсуждение взаимоотношений в группе, проблем (без подробностей) самих сотрудников, таких как профилактика «выгорания». Необходимо поддерживать возможность диалога в группе и смелость вносить трудные для обсуждения вопросы.

Единым подходом к работе с клиентом является подход «на равных», в режиме диалога. Ведущий метод — ориентированная на решение проблемы позитивная терапия как метод совместного решения проблем, исходя из целей и интересов клиента. Любая цель, предлагаемая клиентом оговаривается совместно с сотрудником. Заявляемая терапевтом цель воспринимается клиентом как чужая, вызывает сопротивление.

Сотрудничество с клиентом рассматривается как ключ к совместному решению проблем:

<b>Традиционное лечение</b>	<b>Желательный подход</b>
диагноз	человек в целом
ограничения	перечень способностей
недостатки	достоинства
объект	субъект

Вторым условно критическим периодом в жизни ВИЧ-инфицированного человека (первый — получение диагноза инфицирования

ВИЧ) является период необходимости получения им антиретровирусной терапии: принятие решения, следование правилам приёма препаратов. В этом случае, например, стратегии совершенствования приверженности, реализуемые мультипрофессиональной командой, включают:

- Установление доверия.
- Предоставление доступа между визитами для вопросов и проблем (например, возможность консультаций по телефону).
- Контроль текущей приверженности, усиливающийся во время периодов неоптимальной приверженности — более частые визиты, привлечение семьи и друзей, других членов команды, направление в службы психического здоровья и наркологии.
- Использование команды для всех пациентов, включая консультирование «равный-равному» для пациентов с особенными потребностями.
- Учёт влияния новых диагнозов (например, депрессии, заболеваний печени, истощённости, рецидивов наркопотребления).
- Использование возможностей всех профессионалов-членов команды, а также консультантов «равный-равному» для усиления информационного воздействия на приверженность.
- Проведение тренингов антиретровирусной терапии и приверженности для команды.

В связи с тем, что в большинстве случаев люди, нуждающиеся в антиретровирусной терапии сегодня и будут нуждаться в ней завтра и послезавтра — это потребители инъекционных наркотиков, инфицированные ВИЧ до 2001 г., состояние которых с каждым днём только утяжеляется, этой группе пациентов необходимо уделить особое внимание.

Далеко не всем из них за это время удалось прекратить употребление психоактивных веществ, а это, как известно, фактор, способствующий прогрессированию и утяжелению заболевания, из-за снижения иммунитета и поведенческих рисков. Наркомания — комплексное заболевание, вносит разрушительные коррективы во все сферы жизнедеятельности человека, поэтому лечение ВИЧ-инфекции на фоне наркотизации затруднено. Особенностью оказания наркологической помощи является невостребованность услуг государственных наркологических служб наркопотребителями. Если наркологический стационар ещё наполнен пациентами, нуждающимися в детоксикации, амбулаторные подразделения, как правило, пустуют.

Интересный факт — по статистике «Центра СПИД» число выявленных ВИЧ-инфицированных наркопотребителей значительно больше, чем суммарное число ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных наркопотребителей, имеющих хоть какой-то контакт с наркодиспансерами — немногим более 10 000 человек. Всего в Санкт-Петербурге, например, выявлено 26 770 ВИЧ-инфицированных граждан, из них потребителей инъекционных наркотиков — не менее 75%, то есть более 20 000 человек. Это говорит о крайнем недоверии к наркологической службе среди людей, которым она должна помогать.

На фоне снижения обращаемости в ЛПУ наркологического профиля, частичная наркологическая помощь потребителям ПАВ могла бы оказываться наркологом «Центра СПИД». Не менее важно мотивировать наркопотребителей для получения полноценной помощи обращаться в специализированную наркологическую службу, которая, как уже показано, нуждается в идеологической и профессиональной «модернизации».

Принципы комплексной терапии, выработанные Отделением профилактики СПИДа и других инфекционных заболеваний ННЦ наркологии Росздрава [2] следующие:

- привлечение к лечебному процессу инфекционистов;
- специальная подготовка персонала по проведению до- и после-тестового консультирования пациентов;
- привлечение к лечебному процессу психологов;
- использование ВИЧ-статуса, как фактора мотивации к отказу от наркотиков.

Особенности наркологической помощи ВИЧ-инфицированным:

- дополнительное назначение иммуностимуляторов;
- использование препаратов для профилактики инфекционных осложнений;
- не назначаются высокие дозы психотропных препаратов, угнетающие иммунитет.

Уже упоминалось, что среди пациентов «Центра СПИД», находящихся на этапах прогрессирования ВИЧ, появления клинических признаков, необходимости подключения антиретровирусной терапии, около 90% имеют в анамнезе потребление наркотиков или продолжают употребление психоактивных веществ (наркотики, алкоголь). Приверженность лечению возможна только при сотрудничестве пациента и команды. Установление доверительных отношений становится главным требованием.

Международно-признанными принципами лечения ВИЧ-инфекции у наркозависимых пациентов являются:

- 1) у наркозависимых есть право на терапию;
- 2) пациенты должны быть информированы;
- 3) терапия ВИЧ-инфекции и наркомании переплетаются;
- 4) решать вопрос зависимости необходимо в первую очередь;
- 5) ведение ВИЧ-инфекции должно напрямую зависеть от степени стабилизации пациента (предупреждение и купирование острых состояний, оценка степени стабилизации ремиссии и соответствующее моделирование антиретровирусной терапии).

## Литература

1. В. В. Беляева. «Социально-психологические последствия ВИЧ-инфекции. Стигма и дискриминация. Обоснование подходов для изменения поведения к ВИЧ-инфекции». Презентация выступления. РОО «Возвращение», СПб, 13÷14 мая 2005.
2. Н. А. Должанская. «Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным потребителям ПАВ». Тезисы диссертации д. м. н., М., 2005.
3. М. В. Фирсов, Б. Ю. Шапиро. «Психология социальной работы: содержание и методы психосоциальной практики». М.: Изд. центр «Академия», 2002.
4. Марья Ханнула «А-Клиника, Котка». «Сетевая работа в наркологии»: концепт выступления на семинаре, РОО «Возвращение». СПб, 23÷26 апреля 2004.
5. Zachary (Zach) Rosen, M. D., medical director of the Montefiore Family Health Center, assistant professor, Department of family medicine, Albert Einstein college of medicine in the Bronx, New York. St. Petersburg, 2003.

## Практика

### Вопросы диагностики и оказания лечебно-консультативной помощи пациентам «Центра СПИДа» страдающим химической зависимостью. Роль врача-нарколога в формировании приверженности к лечению

*Михаил Степанович Баев*

Активные потребители психоактивных веществ — значительная группа пациентов «Центра СПИДа», поэтому представляется актуальным рассмотреть особенности оказания наркологической помощи в рамках специализированного инфекционного центра. Задача наркологической службы «Центра СПИД» — проведение диагностических мероприятий и мероприятий дезинтоксикационно-стабилизационного этапа в отношении лиц страдающих химической зависимостью.

Оказание наркологической помощи — система, разделенная на несколько этапов:

- 1) диагностический;
- 2) дезинтоксикационно-стабилизационный;
- 3) реабилитационно-противорецидивный.

#### 1. Диагностический этап

В основу диагностической схемы установления зависимости положена МКБ-10. Одним из важнейших этапов терапии химической зависимости ВИЧ-инфицированных представляется первичный приём и отбор пациентов для наркологической коррекции без привлечения специализированных городских наркологических служб. Эти мероприятия связаны с оценкой и формированием у пациента мотивации на удержание в режиме курса наркологического лечения.

Диагностические мероприятия и отбор пациентов для наркологической коррекции проводятся в поликлинических и стационарных условиях в тесном взаимодействии с врачами других специальностей и средним медицинским персоналом. Мультипрофессиональный подход к ведению наркологического пациента позволяет оптимизировать диагностическую схему и схему отбора пациентов для

лечения и значительно сократить время, необходимое для точной диагностики наркологической и ВИЧ-ассоциированных патологий.

Во время первичного наркологического приёма выясняются преморбидные особенности развития личности, особенности динамики клиники заболевания, личностный и социальный статус больного (наличие или отсутствие профессии, круг интересов, степень социальной адаптации, связь с криминалом), мотивированность для участия в реабилитации. Для получения объективной и полной информации о больном, если возможно проводится беседа с родственниками.

Следует отметить, предварительная подготовка пациента — залог успешного прохождения курса лечения, потому необходима специальная оценка уровня мотивации и реабилитационного потенциала до начала наркологического вмешательства.

При оценке пациента уделяется внимание ряду факторов, таких как степень тяжести злоупотребления психоактивными веществами, симптомы астенических, эмоциональных (депрессии, дисфории, дистимии), интеллектуально-мнестических, поведенческих расстройств (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатии), готовность и мотивация к лечению, занятость, а также наличие семейной и социальной поддержки. Ранее пройденные пациентом реабилитационные программы, программы психологической помощи, курсы психотерапии — крайне важный положительный фактор успеха наркологического лечения. Особую важность представляет оценка ВИЧ-ассоциированных мнестических расстройств.

В комплексе предварительной подготовки целесообразно использовать краткосрочное мотивационное интервью, представляющее собой метод консультирования и оценки, в котором следуют, как правило, неконфронтационному подходу к опрашиваемым людям в выяснении трудных вопросов, таких как употребление алкоголя и других наркотических средств, и в содействии принятию позитивных решений о сокращении или прекращении употребления наркотиков. Лежащий в основе подход связан с моделью изменения поведения, которая предполагает, что принятие решений проходит ступени: предварительное намерение, намерение, подготовка, действие и сохранение результатов. Мотивационный опрос использует набор методов, предназначенных чтобы провести через эти ступени, и помочь точно оценить достоинства и возможные ошибки в поведении в ходе непредвзятого опроса. В комплексе предварительного обследования применяются диагностические шкалы, напри-

мер, наркологический профиль Модсли и показатель степени тяжести наркомании Lite.

При отборе пациентов критериями служат реабилитационный потенциал и степень тяжести наркомании, ведь наркологическое вмешательство осуществляется не в условиях специализированной наркологической службы.

Целесообразно использовать диагностический комплекс тест-полосок для наркотических препаратов, несмотря на их недостаточную специфичность. Этот объективный метод позволяет точнее определить виды полинаркомании, распространённые у ВИЧ-инфицированных пациентов в Санкт-Петербурге, а также злоупотребление бензодиазепинами.

## **2. Дезинтоксикационно-стабилизационный этап**

Лечебные мероприятия этапа проводятся среди лиц, страдающих абстинентным синдромом при длительном злоупотреблении психоактивными веществами. Дезинтоксикацию можно определить как процесс, в рамках которого пациенту оказывается медицинская помощь и проводятся фармакотерапевтические мероприятия, с тем, чтобы обеспечить его воздержание от наркотиков и нормальное функционирование организма с минимальными соматическими и эмоциональными расстройствами. Стабилизационное вмешательство подразумевает как медикаментозную, так и психологическую коррекцию, проводимую с учётом ассоциированных нарушений организма пациента.

Дезинтоксикационно-стабилизационный этап может осуществляться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. В условиях амбулатории пациент посещает как психиатра-нарколога, так и психолога по индивидуально согласованному графику, обычно по одному посещению каждого специалиста в неделю в течение 1÷1,5 месяцев.

В структуре стационара для ВИЧ-инфицированных выделен наркологический блок, состоящий из двух палат, курируемый группой закреплённых за ним специалистов из врача инфекциониста, врача психиатра-нарколога, психолога, медицинских сестёр и социального работника. Наркологический блок не обособленное подразделение отделения, а его неотъемлемая часть, не является он и заменой специализированного наркологического стационара. Задача персонала блока состоит в обеспечении контроля, наблюдении за

пациентом пока он находится в отделении и формировании у него установки на получение специализированного лечения в чётко оговорённые сроки, с ответственностью пациента за соблюдение предписанной программы.

При создании наркологического блока изначально учитывался мировой опыт в применении мультипрофессионального командного подхода к пациентам с химической зависимостью, позволяющий обеспечить и точную диагностику (например, шкалы зависимостей заполняются средним медицинским персоналом, что позволяет при их анализе получить информацию о пациенте с различных точек зрения; анализ подобной информации является достаточно показательным для диагностики формы зависимости и наблюдения за характером течения абстинентного синдрома), и непрерывное наблюдение за пациентом. Координация действий мультипрофессиональной группы осуществляется как в процессе работы, так и на специальных еженедельных совещаниях.

Для фиксации наблюдений за пациентом используется специально разработанная для наркологического модуля медицинская документация, в ведении которой принимают участие все члены мультипрофессиональной группы.

Командная работа специалистов позволяет интенсивно взаимодействовать с пациентом в течение курса лечения, корректировать его поведение и ожидания от лечения в соответствии с требованиями курса лечения, как специализированного наркологического, так и профильного, поддерживать лечебно-охранительный режим и обеспечивать приверженность пациента ему. Приверженность лечебно-охранительному режиму закладывает приверженность режиму дальнейшего стабилизационного лечения, в том числе амбулаторного и повышает уровень приверженности, например, назначенной антиретровирусной терапии.

Назначение фармакотерапии наркологическим пациентам производится с учётом иммунного статуса, ВИЧ-ассоциированных расстройств и сопутствующей патологии, а также личностных особенностей пациента и его уровня мотивации на лечение. Следует учитывать, что у многих пациентов имеется большой опыт обращения за наркологической помощью и сформированные стереотипы и ожидания от лечения, что учитывается при наблюдении за пациентом и служит основанием для интенсификации психологической работы с ним в плане повышения мотивации на лечение.

Проведение дезинтоксикации ВИЧ-инфицированных лиц связано с обеспечением в ходе лечения функционирования организма с минимальными соматическими и эмоциональными расстройствами. Главными целями этого этапа являются безопасное лечение осложнений, обеспечение воздержания от наркотиков и формирование у пациента установки на реализацию стратегий осуществления когнитивных и поведенческих изменений, которые должны лечь в основу дальнейшей реабилитации.

Настороженность в отношении ВИЧ-ассоциированных психических нарушений, таких как комплекс нарушений, связанных с ВИЧ-деменцией, делириозными расстройствами, депрессивными расстройствами.

Следует учитывать, что единственно возможный подход к назначению дезинтоксикационного лечения — комплексный, с учётом ведущей патологии пациента.

Главными целями стабилизационного этапа являются безопасное лечение осложнений, обеспечение воздержания от наркотиков и формирование у пациента установки на реализацию стратегий осуществления когнитивных и поведенческих изменений. Они должны лечь в основу дальнейших реабилитационных мероприятий. Дезинтоксикационно-стабилизационный этап следует рассматривать как подготовку к продолжительному лечению, целью которого является поддержание воздержания от приёма наркотических веществ.

Оптимальным является соблюдение принципа преемственности лечения, что всегда учитывается при назначении терапии — после амбулаторной или стационарной детоксикации пациент направляется для прохождения амбулаторного или стационарного курса психологической реабилитации.

#### **4. Реабилитационно-противорецидивный этап**

Для каждого пациента разрабатываются индивидуальные схемы этого этапа с учётом его реабилитационного потенциала.

В амбулаторных и стационарных условиях пациент может участвовать в психотерапевтических группах, получать индивидуальные психологические консультации. Пациенту предоставляются рекомендации для посещения групп самопомощи. При необходимости пациент направляется на длительный курс стационарной реабилитации в специализированный наркологический реабилитационный центр, при направлении пациента осуществляется индивидуальное

сопровождение социальным работником и проводятся мероприятия для обеспечения преемственности работы наркологических структур.

Наркологическая помощь — один из необходимых видов помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. В качестве основных её особенностей — создание терапевтической среды и подходы к лечению, формирующие у пациента навыки соблюдения предписанных установок лечения.

Необходимым условием качественного наркологического сопровождения является мультипрофессиональный командный подход и длительное сопровождение пациента.

## Литература

1. Приказ Минздрава РФ от 22 октября 2003 г. N 500 «Об утверждении протокола ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)"».
2. W. D. Klinkenberg, S. Sacks. "Mental disorders and drug abuse in persons living with HIV/AIDS". "AIDS Care"; Vol. 16, supplement 1, pp S22–S42, 2004.
3. «Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных». ООН. Нью-Йорк, 2003.
4. K. M. Moser, R. L. Sowell, K. D. Phillips. "Issues of women dually diagnosed with HIV infection and substance use problems in the Carolinas" // "Issues in Mental Health Nursing". 22(1), pp 23–49. Jan-Feb 2001.
5. The HIV/AIDS Treatment Adherence, Health Outcomes and Cost Study: conceptual foundations and overview. HIV/AIDS Treatment Adherence, Health Outcomes and Cost Study Group. "AIDS Care". Vol. 16, supplement 1, pp S6–S21. 2004.

## Роль специалиста по социальной работе в построении общей помощи пациентам «Центра СПИД»

*Ольга Владимировна Кольцова*

Психосоциальная помощь в здравоохранении — это профессиональное вмешательство направленное на изменение жизненной ситуации пациента с целью сохранения или улучшения его здоровья. Она может отвечать конкретному запросу пациента или включаться в цепочку общей мультипрофессиональной работы.

Первая встреча с пациентом — испытание на доверие, без которого сотрудничество невозможно. Формируя контакт важно:

- развеять страхи, сомнения, обеспечить поддержку;
- выяснить все потребности;
- определить последовательность продвижения к результату;
- предупредить возможные препятствия;
- определить конкретные цели;
- составить план взаимодействия.

При реализации индивидуального плана:

- учитываются ценности и привязанности пациента;
- расширяется сотрудничество со специалистами;
- оцениваются межличностные связи и, по возможности, подключаются родственники и друзья.

После анализа проведенной совместной работы на промежуточном этапе происходит корректировка плана.

В период получения диагноза «ВИЧ-инфекция» у человека может возникнуть страх дискриминации. Именно социальный работник во время послетестовых консультаций может объяснить пациенту, что, обращаясь в «Центр СПИД», он может чувствовать себя в безопасности, не только сориентировать во внутреннем сервисе, но и информировать о принципах добровольности и конфиденциальности взаимодействия со специалистами. Если человека обо всём этом не информировать, можно ожидать, что он обратится в Центр только с острыми заболеваниями. Если ВИЧ-инфицированный не посещает «Центр СПИД» для профилактического осмотра и обследования — это следствие плохой осведомлённости о смысле динамического диспансерного наблюдения.

Социальная помощь пациенту способствует стабилизации или восстановлению его базовых социальных условий (восстановление утраченных документов, решение вопросов занятости, прекращение

жилищных претензий и тому подобное), повышая самооценку и улучшая взаимоотношения в семьях. Психосоциальная диагностика определяет качество и удовлетворённость имеющейся жизненной ситуацией. Она учитывает условия проживания, регистрацию по месту жительства, наличие медицинской страховки и других документов, основное финансовое обеспечение, обязательства по уходу за детьми, долги (в том числе, квартплата), взаимоотношения с родными и близкими, актуальные криминальные осложнения, употребление наркотиков и алкоголя.

Другая проблема пациентов «Центра СПИД» — преодоление возникающих барьеров, ограничивающих доступ к профессиональной помощи. Обследованию и лечению могут препятствовать сопутствующие заболевания (например, абстинентный синдром при наркомании), утрата документов, отсутствие близких родственников, невозможность на время поручить уход за ребёнком. В таких случаях специалист по социальной работе даёт координаты внешних сервисных организаций, осуществляющих лечение наркоманий, регистрацию бездомных, организацию опеки и тому подобное, а также предоставляет информацию о правилах приёма на лечение, особенностях регистрации и о других вопросах. Значительно облегчает доступ к «внешнему сервису» предварительная договорённость сотрудника «Центра СПИД» с представителем организации, куда рекомендуется пациент.

У социального работника имеются сведения об организациях, которые специализируются на оказании социально-психологических, юридических и медицинских услуг:

- детские приюты;
- приюты для бездомных;
- пункты регистрация бездомных;
- центры реабилитации наркозависимых;
- транзитная служба для детей и подростков;
- службы занятости;
- группы взаимопомощи;
- организации поддержки одиноких матерей;
- службы социально-юридической помощи;
- службы поддержки инвалидов.

Чаще всего те, кто вовлечён в практику оказания помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, имеют дело с наркозависимыми.

Важно оказывать поддержку и тем, кто старается преодолеть зависимость и лечится, и тем, кто, несмотря на усилия специали-

стов, не может отказаться от наркотиков. Всем в одинаковой мере надо помогать, так как они рискуют умереть в молодом возрасте в связи с вредными последствиями употребления алкоголя или наркотиков.

Непосредственный вред от употребления наркотиков и вынужденной социальной изоляции [1]:

- затрудненный доступ к системе медицинской помощи;
- неполноценное питание;
- отсутствие жилья;
- негигиеничный образ жизни;
- хронический стресс из-за нелегального существования;
- ситуация гетто в популяции с чрезвычайно высоким заражением (ВИЧ, гепатиты, туберкулез, сифилис);
- проституция по принуждению в подавляющем большинстве без презерватива.

Основные заболевания как следствие образа жизни:

- хронический бронхит;
- хронические гранулемы зубов;
- контагиозное импетиго;
- чесотка;
- абсцессы;
- тромбофлебиты;
- гепатиты;
- ВИЧ-инфекция с повышенной уязвимостью;
- сексуально передаваемые инфекции;
- травмы, переломы.

Другие факторы:

- иммунологические нарушения (независимо от ВИЧ).

Перечисленные факторы приводят к смерти по причинам:

- передозировка;
- неправильная дозировка при смешанном употреблении;
- суицид;
- остановка работы органов из-за хронической интоксикации;
- стремительно протекающий эндокардит;
- стремительно протекающий гепатит;
- пневмония, не подвергавшаяся лечению;
- пневмоторакс при туберкулезе без лечения;
- оппортунистические инфекции при неконтролируемой ВИЧ-инфекции;
- септические осложнения через не вскрытые абсцессы.

Травмы, которые приводят к смерти:

- из-за интоксикаций (ожоги, некрозы от сдавливания вследствие длительной потери сознания с ампутациями конечностей, переломами, черепно-мозговыми травмами);
- при добыче денег (например, прыжок из окна при краже со взломом);
- под воздействием прямого насилия в случаях торговли наркотиками и проституции.

Хронические инфекционные заболевания, которые приводят к смерти:

- хронические гепатиты *B* и *C* (смерть вследствие отказа работы печени, карцинома печени или кровотечения из варикозных узлов пищевода);
- эндокардит с разрывом сердечного клапана (смерть вследствие отказа работы сердца);
- ВИЧ-инфекция;
- туберкулёз;
- сифилис во второй, третьей стадии;
- остеомиелит;
- хронический пиелонефрит.

При «низкопороговом» лечении (без категорических требований трезвости, посещаемости и того подобного) во время фазы зависимости в большинстве случаев можно исключить потенциально смертельные факторы риска употребления наркотиков.

Последовательность наиважнейших мер в отношении вредных синдромов [2]:

- 1) острое опасное соматическое заболевание;
- 2) социальный синдром;
- 3) наркологический синдром;
- 4) психиатрический синдром;
- 5) хронический соматический синдром;
- 6) синдром профессиональной дезинтеграции.

Привлекает внимание факт, что социальным проблемам уделяется столь же важное место, как сложным медицинским проблемам.

В исследовании [3], посвящённом проблеме адаптации личности в социуме, говорится: «в любом обществе всегда есть устойчивая и довольно многочисленная группа людей, которая отличается, по оценкам госструктур, асоциальными ценностными ориентациями и поведением, и, соответственно, квалифицируется социумом в качестве девиантов и/или делинквентов». Среди обычных, условно говоря,

нормальных людей принято считать, что социальная помощь должна быть адресована либо слабым представителям общества, которые вызывают сочувствие, либо личностям с отклоняющимся поведением. Причём эти две группы, пожалуй, будут различимы по мерам воздействия. Если первые естественным образом могут рассчитывать на поддержку, то вторые, получив ярлык «девиантов», по мнению обывателей, нуждаются в контроле и никак не могут считаться одновременно слабыми, то есть нуждающимися в помощи и поддержке.

В условиях отечественной системы здравоохранения проблема социальной дизадаптации пациента может быть серьёзным препятствием для лечения хронических наркологических и инфекционных заболеваний, но она пока слабо воспринимается как задача.

Тем не менее, адаптация людей с отклонениями от поведенческих норм возможна. «Для девиантов неприемлема лишь адаптация конформистского типа, то есть такая, которая осуществляется с использованием одобряемых в данном обществе стратегий адаптации. Девианты практикуют неконформистскую модель социальной адаптации, которая соответствует их девиантной идентичности. При этом используются такие стратегии, которые позволяют девиантам ощущать себя адаптированными в границах приемлемого ими социального окружения, хотя общество воспринимает и оценивает такую модель адаптации как свидетельство их полной дизадаптированности» [3].

Рассуждая далее, можно остановиться на том, что чем меньше социум «мешает» человеку оставаться самим собой, тем менее у него будет оснований противопоставлять себя окружению и противостоять ему. Социальная адаптация в контексте улучшения качества жизни человека с хроническими заболеваниями означает использование приспособительной стратегии «снижения вреда».

«Harm reduction, так называемое низкопороговое лечение, является точкой отсчёта в понимании проблемы наркотиков с медицинской, социо-терапевтической и юридической точек зрения», — считает Jorg Goelz [1], который руководит практикой помощи ВИЧ-инфицированным и имеет многолетний опыт общения с наркопотребителями.

Психологической помощью в социальной работе можно считать создание мотивации к изменению проблемной ситуации (к отказу от наркотиков, например), формирование приверженности к лечению и регулирование спонтанной активности пациентов. В условиях де-

фицита социальной защиты данной категории пациентов (нет, например, социальных пособий, позволяющих пережить периоды ухудшения здоровья) специалист по социальной работе обсуждает с пациентом линию поведения в сложной ситуации, опираясь на внутренние личностные ресурсы и поддержку со стороны родственников и друзей. Просьба о помощи может дать лучший результат, нежели предъявление требований о своих правах.

Практика показывает, что если пациент с комплексом проблем настроен лечиться, улучшать свою жизнь, он через сотрудничество со специалистом по социальной работе, включается во взаимодействие с врачом инфекционистом и со специалистами других профилей (психиатром-наркологом, фтизиатром и прочими). Используя мультипрофессиональную поддержку, он справляется с трудностями и добивается определённого прогресса. Такому пациенту необходимо, как правило, 4÷5 консультаций специалиста по социальной работе. Если пациент приходит часто (более 12 встреч в год), это может свидетельствовать о пассивной позиции, нежелании или страхе расширять сотрудничество и обращаться к другим врачам (даже, если ему это настоятельно рекомендуется) или же таким образом проявляет привязанность к специалисту.

При сопровождении антиретровирусного лечения группу пациентов можно дифференцировать по различным медико-социально-психологическим характеристикам с тем, чтобы распределить силы команды специалистов.

Характеристики пациентов, нуждающихся в сопровождении:

- выраженное соматическое неблагополучие в сочетании с проблемой одиночества (при потере близких или в случае отторжения из семьи);
- высокая тревожность с фиксацией на соматических проблемах при нарушенных семейных контактах;
- низкая самооценка и проблемная семья;
- склонность к суицидальному поведению (в том числе, к передозировкам).

При подготовке ВИЧ-инфицированного пациента к антиретровирусной терапии специалист по социальной работе обязательно выясняет, не ожидается ли в его жизни каких-либо значительных перемен или событий, которые могут вызвать перемены (свадьба, развод, переезд, суд и тому подобные), так как начинать терапию нельзя в период жизненного кризиса или незадолго до важных событий. Анализируется привычный распорядок дня пациента, ха-

ракти и режим работы, социальное базовое обеспечение. Специалист по социальной работе исследует тот самый «уникальный способ», которым каждый имеет право жить, не нарушая прав других людей. При помощи команды специалистов пациент находит внутри себя те преимущества, которые позволяют улучшить его жизнь.

## **Литература**

1. „Der Drogenabhängige Patient“: Hrsg. von Jorg Goelz. — neubearb. Aufl. — München: Urban und Fischer, 1999.
2. Jorg Goelz. „Antiretrovirale Therapie bei HIV-infizierten Drogenkonsumenten“. München, 1999.
3. М. В. Ромм. «Адаптация личности в социуме. Теоретико-методологический аспект». Новосибирск: Наука. Сибирская изд. фирма РАН, 2002.

## Оказание фтизиатрической помощи в отделении для ВИЧ-инфицированных городской туберкулёзной больницы

*Александр Михайлович Пантелеев*

Развитие ситуации с ВИЧ/СПИДом в Санкт-Петербурге свидетельствует о наступлении эпидемии. Интенсивность эпидемического процесса в большей степени обусловлена вовлечением инъекционных потребителей наркотиков, доля которых в структуре ВИЧ-инфицированных достигает 93%.

Туберкулёз у ВИЧ-инфицированных, встречавшийся до 1999 года в единичных случаях, в связи с эпидемическим подъёмом заболеваемости ВИЧ-инфекцией становится в Санкт-Петербурге все более серьёзной проблемой. По данным многих зарубежных авторов туберкулёз является ведущей оппортунистической инфекцией ВИЧ-инфицированных. Так в странах Африки туберкулёз отмечается у 30÷50% ВИЧ-инфицированных, в странах Западной Европы его регистрируют у 5÷15% инфицированных ВИЧ. В России уже в течение 15 лет неуклонно развивается эпидемия туберкулёза, и только в последние 2÷3 года отмечена незначительная стабилизация заболеваемости. В течение последних 10 лет в Санкт-Петербурге заболеваемость туберкулёзом сохраняется на уровне 40 на 100 тыс. населения. В связи с этим резкое увеличение числа ВИЧ-инфицированных привело к значительному увеличению количества больных с сочетанной патологией. Доля больных с сочетанием туберкулёза и ВИЧ-инфекции среди впервые выявленных больных туберкулёзом в 1999 г. составляла 0,4%, в 2004 г. достигла 7%, а по предварительным результатам 2005 г. — приближается к 10%. С учётом неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в РФ и, в частности, в СПб, доля ВИЧ-инфицированных больных туберкулёзом, может быть ещё больше.

Необходимость открытия специализированного отделения для ВИЧ-инфицированных больных туберкулёзом была обусловлена увеличением числа больных с сочетанной патологией, наиболее опасной из которых, с точки зрения эпидемиологии, был туберкулёз.

В декабре 2000 года на базе 5 фтизиатрического отделения Городской туберкулёзной больницы №2 было создано отделение на 25 коек для лечения туберкулёза у больных наркоманией, ВИЧ, вирусными гепатитами. ГТБ №2 является единственным в Санкт-

Петербурге многопрофильным фтизиатрическим лечебно-диагностическим учреждением, в структуре которого имеются условия для диагностики и лечения туберкулёза различных форм и локализаций. Стационарная помощь в отделениях больницы проводится при участии всех служб и подразделений больницы, включая хирургическую (общая и торакальная хирургия, лимфологическое отделение), урогинекологическую и неврологическую помощь, имеются эндоскопическое и реанимационное отделения. В отделении проводится лечение как легочных, так и внелёгочных форм туберкулёза.

В связи с увеличением количества больных в городе, перегруженностью специализированных коек отделения и возможностью эффективного лечения только в стационарных условиях коечный фонд с января 2003 г. увеличен до 35, а в январе 2005 г. — до 50 коек. Пока оно является единственным подобным отделением в Северо-Западном регионе РФ. За период с декабря 2000 по август 2005 г. в отделении пролечено 794 больных различными формами туберкулёза в сочетании с ВИЧ, наркоманией, вирусными гепатитами. Абсолютное число лиц, пролеченных в отделении, составляет 512 человек, но каждый третий больной поступает повторно. Прослеживается отчётливое увеличение числа больных с сочетанной патологией: в 2001 г. — 67 больных, 2002 г. — 114, 2003 г. — 151, 2004 г. — 246, а за 6 месяцев 2005 г. — 147 пациентов.

В первые годы работы отделения в структуре больных преобладали пациенты с туберкулёзом, развившимся ранее заражения ВИЧ-инфекцией. Это больные с многолетним туберкулёзным анамнезом, с хроническим течением туберкулёза. Заражение ВИЧ-инфекцией существенно не изменило у таких больных течение туберкулёза, который в большинстве случаев длительное время продолжает развиваться по «классическому» легочному пути без существенной склонности к генерализации. Бактериовыделение и деструкции в легочной ткани у таких больных встречаются в том же проценте случаев, что и у больных без иммунодефицита (бактериовыделение у 73,8%, полости распада — у 81,9%). Однако через 3÷5 лет при снижении иммунного статуса у них развивается рецидив туберкулёза, который протекает с характерными чертами оппортунистической инфекции.

В последнее время значительно увеличилось число пациентов, поступающих на стадии СПИДа с множественными оппортунистическими инфекциями и генерализованными формами туберкулёза, что обусловлено увеличением количества больных со значительным

снижением иммунного статуса. Теперь такие больные составляют до 45÷50% всех пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулёза. Развитие туберкулёза происходит через 4÷5 лет после заражения ВИЧ, и проявления его атипичны. Туберкулёз на фоне иммунодефицита приобретает черты первичной инфекции: высокая склонность к генерализации, преобладающее поражение лимфатической системы и серозных оболочек. По нашим данным бактериовыделение у таких больных встречается в среднем в 37,1%, полости распада определяются в 48,6% случаев, что существенно затрудняет диагностику. Преобладают внелёгочные формы туберкулёза. Наиболее часто встречается генерализованное поражение лимфатической системы с одновременным вовлечением как висцеральных, так и периферических лимфатических узлов.

Поступая в стационар, больные имеют спектр проблем, одной из наиболее важных является употребление психоактивных веществ. Проведение эффективного курса противотуберкулёзной терапии в подобных условиях оказывается малоэффективным. Кроме этого, низкий уровень знаний пациентов о своих заболеваниях приводит к снижению мотивации на лечение, тем самым повышая частоту досрочного прекращения лечения, сохранения рискованного поведения.

При выявлении туберкулёза ВИЧ-инфицированный наркопотребитель попадает в неблагоприятные условия, так как большая часть медицинской и психологической помощи, которая могла ранее ему оказываться в наркологических учреждениях города, Городском центре по профилактике ВИЧ, становится для него недоступной. Связано это с высокой эпидемиологической опасностью туберкулёза и длительными курсами стационарного лечения.

В связи с этим возникает необходимость привлечения комплексной квалифицированной медицинской и социальной помощи ВИЧ-инфицированным наркопотребителям, больным туберкулёзом, непосредственно в отделении ГТБ №2, на базе которого возможно обследование специалистами различного профиля, проведение контролируемой терапии с возможностью оказания психологической, наркологической и социальной помощи. Подобный комплекс мероприятий по диагностике и лечению оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных, больных активным туберкулёзом, позволяет снизить риск заражения туберкулёзом лиц, контактирующих с больными в городских медицинских и социальных учреждениях.

В связи с этим специализированное отделение выполняет функции центра для больных туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией, в котором проводится комплексное обследование не только по проблемам туберкулёза, но и ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов. Отделение работает в тесном взаимодействии с Городским центром по профилактике и борьбе со СПИДом, для обследования больных используется его лабораторная и клиническая база, привлекаются специалисты Центра различного профиля, совместно проводится отбор больных и контроль проведения антиретровирусной терапии.

Терапия туберкулёза у ВИЧ-инфицированных должна проводиться не менее 8÷10 месяцев, а у больных на терминальных стадиях ВИЧ приём препаратов должен продолжаться постоянно. Прекращение противотуберкулёзного лечения ведёт к чрезвычайно быстрой прогрессии туберкулёза и летальному исходу при картине молниеносного туберкулёзного сепсиса. Однако проведение полноценного курса терапии затруднено негативным отношением больных к лечению, уклонением от регулярных проведений медицинских процедур, употреблением психоактивных веществ. Больные с сочетанием туберкулёза и ВИЧ-инфекции являются наиболее социально-дизадаптированной группой и среди больных туберкулёзом, и среди ВИЧ-инфицированных. Большинство больных отделения — это лица в возрастной группе от 19 до 27 лет, преобладают мужчины, составляя 83,4% всех пациентов. Основная масса больных социально дизадаптирована, не имеет работы, 88,6% из них — освободились из мест лишения свободы, 12% составляют лица БОМЖ, 97% больных употребляли наркотики, причём около 30% остаются активными наркопотребителями, 40÷50% замещают наркотики алкоголем. В связи с асоциальным образом жизни большинство больных поступают с запущенными формами туберкулёза, требующими длительных курсов лечения. Более 80% больных выписываются из отделения досрочно за нарушения больничного режима. Это ведёт к хронизации туберкулёза, что способствует повышению эпидемиологического неблагополучия в Санкт-Петербурге.

В отделении проводится комплексная терапия туберкулёза, оппортунистических инфекций, в 2005 году увеличилось число больных, получающих ВААРТ. Особый акцент с учётом характера контингента больных делается на контролируемые методы лечения. Наиболее эффективное внутривенное введение зачастую невозможно в связи с отсутствием доступных периферических вен, а постановка подключичного катетера сопряжена с риском облегчения доступа

больному к внутривенному введению наркотических веществ. Эффективной заменой внутривенного введения противотуберкулёзных препаратов стал детально разработанный в отделении метод регионарной лимфотропной терапии. Кроме него, в лечении активно используются коллапсотерапевтические методики: пневмоторакс, пневмоперитонеум.

Несмотря на комплекс лечебных мероприятий проводимых в отделении неуклонно увеличивается доля больных с остро прогрессирующим туберкулёзом, текущим по типу сепсиса. В большинстве случаев такие пациенты абсолютно инкурабельны. Уровень летальности неуклонно возрастает: с 3,8% в 2001 г., до 11,9% в 2004 г.

Лечение туберкулёза у наркозависимых больных не может проводиться изолированно от решения комплекса наркологических, инфекционных, социальных проблем. Наиболее эффективным методом решения этой задачи является мультипрофессиональный подход. Совместно с РОО «Возвращение» в 2004 г. была организована мультипрофессиональная группа в составе нарколога, психолога, врача-фтизиатра, врача-инфекциониста и медицинской сестры, которая проводит работу в отделении туберкулёза и ВИЧ городской туберкулёзной больницы №2. Задачами мультипрофессиональной группы являются:

- анализ контингентов отделения с идентификацией их проблем,
- проведение мотивационного консультирования,
- разработка методов психологического и медикаментозного воздействия на пациентов,
- разработка объёма наркологической и психологической помощи, необходимой для отказа пациентов от употребления наркотиков и алкоголя, ориентации на лечение, выяснения возможностей дальнейшей реабилитации, что в конечном итоге ведёт к повышению качества жизни пациента.

В ходе индивидуального консультирования у большей части больных удалось вызвать положительную ответную реакцию. Исходно негативно-выжидательное отношение больных к работе специалистов после первых недель работы группы изменилось активно-заинтересованным. Больные стали самостоятельно обращаться за помощью к психологу и наркологу. На работу мультипрофессиональной группы оказывает влияние сложившаяся система отношений между больными в отделении. Больные приносят в отделение элементы межличностных отношений, характерные для мест лишения свободы. В связи с этим положительные результаты индиви-

дуального консультирования теряются под давлением «авторитетов» отделения и мнением большинства лиц круга общения. Поэтому индивидуальное консультирование не приносит длительного положительного эффекта.

Для решения этой проблемы был выбран метод группового консультирования, конечным результатом которого предполагается формирование в отделении «группы влияния» из числа заинтересованных в излечении и отказе от наркотиков больных. Они будут создавать необходимое для проведения курса терапии общественное мнение. Учитывая специфический контингент отделения и существование на отделении неформальных иерархических структур, ещё одной целью групповой терапии стало разрушение этих структур и формирование отношений пациентов между собой по принципу «равный с равным».

За время работы специалистами группы проведено 344 консультации. По результатам работы мультипрофессиональной группы можно сделать ряд выводов. Работа в составе мультипрофессиональной группы оправдана и имеет преимущества перед работой отдельных консультирующих специалистов. В числе преимуществ можно выделить:

- возможность постоянного наблюдения за пациентами тем или иным членом группы;
- координацию медикаментозных назначений в соответствии с состоянием пациентов;
- сбор информации о пациентах различными членами группы и обсуждение полученной информации на координационных совещаниях, что позволяет полнее увидеть пациента с точки зрения клинических взглядов различных специалистов.

В ходе работы группы в микросоциуме отделения была выработана такая схема взаимодействия с пациентами:

- первичная консультация — отбор фтизиатром больных на консультацию нарколога и психолога,
- сбор анамнеза медицинской сестрой,
- консультирование психиатром-наркологом первичных пациентов,
- психологическое обследование и обсуждение пациента на совещании мультипрофессиональной группы как до, так и после консультации членов группы.

Медикаментозная терапия пациентам в отношении наркологической патологии назначалась только после обсуждения и согласования с лечащим врачом-фтизиатром.

В отделении проходит работа «школы пациента», на регулярных занятиях с больными разбираются наиболее актуальные вопросы туберкулёза, ВИЧ-инфекции, наркомании, оппортунистических инфекций. Эта работа имеет целью не только повышение уровня знаний больных, тем самым, способствуя мотивации больных на лечение, но и улучшает психологический климат отделения.

Таким образом, проблема оказания противотуберкулёзной помощи ВИЧ-инфицированным становится одной из наиболее острых в отечественной медицине. Социально-психологические особенности пациентов с сочетанной патологией требуют разработки новых подходов к оказанию специализированной помощи. Наиболее эффективным методом решения этой проблемы является создание специализированного отделения, на базе которого осуществляется мультипрофессиональный подход, позволяющий проводить комплексную диагностику, контролируемое лечение, социально-психологическую помощь пациентам с сочетанной патологией.

## Особенности психологической работы с ВИЧ-инфицированными пациентами

*Ирина Викторовна Жужгова*

### Введение

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) — важнейшая мировая медико-социальная и политическая проблема и XX, и XXI века. По оценкам экспертов расчётное количество ВИЧ-инфицированных в России приближается к 1 млн. человек. Основным путём передачи инфекции в стране остаётся парентеральный (внутривенное потребление наркотиков), затем — половой, растёт число детей, инфицированных внутриутробно. Учитывая, что наркопотребление ускоряет прогрессирование ВИЧ-инфекции, подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных могут достигнуть стадии СПИДа к 2005÷2007 гг.

Заболевание, угрожающее жизни пациента, ломает его психику и нарушает душевное состояние, требует переосмысления прошлой и неизбежное изменение дальнейшей жизни. Не сразу и не все могут осмыслить и принять изменение качества жизни и неизбежность её укорочения. Следовательно, перед персоналом медицинских учреждений встает задача оказания помощи в адаптации пациента к его новому статусу и информирование о неизлечимом заболевании. От профессионализма специалиста зависит, как в дальнейшем поведёт себя пациент. Его душевное состояние влияет на развитие клинического течения заболевания, состояние соматического статуса и, в итоге, качество и продолжительность жизни. Таким образом, персонал, работающий с ВИЧ-инфицированным пациентом, должен владеть определённым объёмом знаний, навыков, психологических приёмов для грамотного эффективного взаимодействия с ним.

Эффективное взаимодействие команды «врач — психолог — пациент» является гарантией максимально благоприятного течения заболевания.

В рутинной практике психолога специализированного медицинского учреждения по ВИЧ/СПИДу применяются различные методики взаимодействия с пациентом и его близкими: консультирование, интервью, анкетирование, психологическое тестирование, психотерапия или психологическая коррекция. Психолог такого учреждения должен учитывать вышеперечисленные особенности развития

эпидемии и самого заболевания, уметь работать с самим инфицированным, его близкими и другими специалистами, в помощи которых может нуждаться пациент. Основываясь на собственном опыте работы в Центре профилактики и борьбы со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями, хочется выделить и прокомментировать некоторые особенности взаимодействия с пациентом, имеющим фатальное заболевание, которое во многих случаях является кризисным консультированием.

Цели и задачи взаимодействия «психолог-пациент-врач»:

- оказание эмоциональной поддержки (безоценочное принятие пациента как личности с индивидуальным набором личностных качеств и особенностей, дружеское общение);
- оказание информационной поддержки и практической помощи.

Человек, решивший обследоваться на ВИЧ-инфекцию, может быть не готов к её выявлению, это приводит к широкому спектру эмоциональных реакций: от бездействия до полного контроля над ситуацией, может проявлять реакции шока, тревоги и страха, гнева, чувства вины и обиды и прочие. Сила реакции пациента при объявлении диагноза зависит от возраста, личностных особенностей, информированности, социального окружения, взаимоотношений со значимыми людьми.

Если нет возможности положиться на самых близких людей, которым пациент привык доверять, возникает чрезвычайно болезненная ситуация, которая подрывает самооценку и уверенность в собственных силах в тот момент, когда эти качества необходимы для адаптации к новому статусу и дальнейшей жизни. При грамотном ведении диалога с пациентом адаптация к диагнозу происходит легче и быстрее. Внимание пациента (даже при не самом благоприятном течении заболевания) переводится от эмоциональных переживаний к рациональным действиям для противостояния заболеванию. Профессиональная помощь надо направить на активизацию собственных ресурсов человека.

## Этапы индивидуальной помощи

На протяжении всего периода взаимодействия психолог и пациент вместе проходят все этапы адаптации к диагнозу (схема Э. Кюбелер-Росс):

**Первый этап** — растерянность. Человек вольно или невольно получает извне объективную информацию о своём здоровье. На этом эта-

пе защитный психологический механизм может сработать на отрицание, неприятие ситуации, то есть сразу воспринять объективную информацию пациент не сможет. В такой момент необходима эмоциональная поддержка. Единственный способ коммуникации, воспринимаемый в таком состоянии — невербальное общение. Помолчите вместе с пациентом. О сочувствии может говорить Ваше выражение лица, поза, жесты, прикосновения к пациенту — дружеские похлопывания по плечу, поглаживания и прочее.

После объявления диагноза необходимо:

- 1) сообщить новость понятным языком, проявляя сочувствие к пациенту;
- 2) внимательно выслушать пациента и помочь ему рассказать, что эта новость значит для него;
- 3) убедиться, что пациент понимает, что означает этот диагноз;
- 4) дать необходимую информацию о ВИЧ/СПИДе;
- 5) предоставить информацию о путях передачи, методах профилактики распространения инфекции;
- 6) уточнить наличие факторов риска и объяснить необходимость изменения поведения для устранения их дальнейшего воздействия;
- 7) помочь решить проблему взаимоотношений с другими людьми;
- 8) информировать о видах помощи в различных учреждениях и организациях, и доступе к ним;
- 9) помочь выбрать стратегию информирования партнёра и близких о ВИЧ-инфекции, так как со временем возникнет необходимость в физической и моральной поддержке со стороны родственников (вследствие ухудшения состояния, необходимости обследования в специализированных стационарах, посещения специалистов центра СПИД и тому подобного);
- 10) определить, в какое время могут возникнуть наибольшие сложности в связи с реакцией окружающих и как адаптироваться к этому;
- 11) побудить его поддерживать и улучшать своё состояние здоровья, мотивируя на обследование и соблюдение здорового образа жизни;
- 12) необходимо назначить следующую встречу в течение ближайших двух недель и предложить консультацию, возможно, совместно с родственниками, близкими, партнёрами.

Наличие вируса воспринимается пациентом как прямая угроза жизни. Его естественная психосоциальная реакция настолько сильна, что если не уделить сейчас достаточного внимания, последствия будут весьма серьёзными. В ходе адаптации вполне естественны

эмоциональные реакции на стрессовую ситуацию с включением индивидуальных форм психологической защиты (слезы, вербальная агрессия и тому подобное) — период «эмоционального проветривания». В этой связи важно не давать информации об ориентировочных сроках развития заболевания конкретному больному, так как это может повергнуть его в хроническую депрессию и подорвать мотивацию и готовность к контакту.

Диалог пациента с врачом может закончиться обсуждением возможного летального исхода заболевания. В таком случае стоит заметить, что смерть является неотъемлемым фактором жизни. Философские рассуждения консультанта, предложение обратиться к литературе, религии зачастую помогают изменить мировоззрение пациента, позволяя снять остроту переживаний.

В отдельных случаях пациент не желает знать что-либо конкретное о возможности летального исхода заболевания. Реакция отрицания на данной стадии действует успокаивающе — не устраняя причины, уменьшает боль. Использование отрицания благоприятно только тогда, когда никто из окружающих не использует этот же механизм, не «подыгрывает» пациенту, иначе возрастает уровень тревожности, усугубляющий положение. Пациенту нужно дать время самостоятельно справиться с данной формой защиты и выйти на новый уровень. Следует отметить, что психические нарушения на данном этапе протекают по типу психогенных реакций, так как нарушение соматического состояния не происходит или слабо выражено.

**Второй этап** — адаптация к диагнозу. Ведущей эмоцией выступает протест. Эта стадия трудна как для больного, так и для окружающих. Человек более или менее вошёл в контакт с реальностью, у него может появиться чувство вины или агрессии, чаще направленное на ситуацию (самого себя, судьбу или конкретных людей, в том числе и на систему здравоохранения). Гнев на себя нередко приводит к развитию тяжелой депрессии. При реакции агрессии он не будет никого выслушивать, определяя самостоятельно виновников его инфицирования.

С пациентами, имеющими чувство вины и её обратной стороны — обиды, работать легче. Вина рождает страх; страх — обиду и злость; злость, будучи осознанной, вновь рождает вину. Можно вместе с пациентом проанализировать его жизненный путь, обнаруживая ситуации неправоты, вместе подумать, как это поправить (сделать хорошее, навести порядок, помириться, попросить прощения, простить, осуществить давно задуманное и прочее). Только прогово-

рив чувства вины и обиды, проработав их с помощью специалиста, человек может самоидентифицироваться, принять себя.

**Третий этап.** Ведущее состояние этого этапа — депрессия. Протеста больше нет, есть жалость к себе, тоска по уходящей жизни. Осознав, что свобода выбора в прошлом, возникает чувство одиночества. Для молодых людей сексуальные отношения определяют характер социальной активности. Ради собственного здоровья и здоровья окружающих ему приходится менять образ жизни, ощущая потерю своего места в обществе, чувства принадлежности к нему и своего Я, которое с этим чувством связано. Характерные жалобы при таком состоянии: плохое настроение, вялость, апатия, дискомфорт, беспокойство, подавленность, обидчивость, слезливость.

Необходимо объяснить пациенту, что такие состояния как тревожность, депрессия, навязчивые идеи, представляют собой физиологически обусловленные реакции организма на стрессовую информацию, и в дальнейшем, при успешном взаимодействии с врачом и психологом, могут поддаваться коррекции и быть устранены.

**Четвёртый этап.** Адаптация к диагнозу, принятие его и себя в новом статусе, смирение. Самым важным в результате прохождения этих этапов является сугубо положительная динамика психологических переживаний — от отрицания смертельного заболевания к принятию его. Это происходит достаточно быстро, от двух недель до полугода. Если человек готов к принятию информации, переосмыслил ситуацию, расставил приоритеты — он готов к продуктивному контакту, рациональному разрешению ситуации. Целесообразно ещё раз обсудить с ним ближайшие и долгосрочные планы на будущее, специфику заболевания, принадлежность к группам риска, отношение к различного рода зависимостям, вопросы безопасного совместного проживания, возможности создания семьи, рождения детей, получения образования, а также мотивировать его на обследование, соблюдение здорового образа жизни и наметить стратегии дальнейших действий. При этом меняется характер пациента, чаще в лучшую сторону — люди становятся добрее, отзывчивее, чутче, просыпается вера, растёт духовность. Переоценка людей и ценностей становится лучшей наградой.

С течением времени нарастает симптоматика, происходит утяжеление соматического состояния пациента, что приводит к ухудшению психологического статуса. Астения, поражения ЦНС, появление видимых дефектов внешности, инвалидизация, ломка сложив-

шегося стереотипа общественной жизнедеятельности (уход с работы, отчуждение привычного круга общения) приводят к хронизации стресса, повышению уровня тревожности, утяжелению депрессии, нарастанию чувства безнадежности и отчаяния, что приводит к новому витку суицидальных мыслей и попыток.

Для каждого этапа существует ведущая эмоция или состояние, измеряя величины которого путём проведения психологического тестирования, можно наиболее конструктивно помочь пациенту. Астенический синдром может присутствовать на любом этапе развития заболевания, будучи обусловленным как психической (сначала), так и соматической (позднее) составляющей.

Отдельно необходимо обсудить специфику работы с пациентом в случае необходимости назначения специфической *антиретровирусной терапии* (АРВТ), определить его соответствие критериям приверженности. Приём АРВ препаратов зачастую связан с необходимостью изменения привычного образа жизни. Необходимость приёма лекарства в строго определённые часы, не допуская пропусков, может быть причиной перемены места работы или ухода с неё, изменения социальной активности (посещение ночных клубов, дискотек), отказа от потребления ПАВ (психоактивных веществ): наркотиков, алкоголя, курения. Необходимость пищевых ограничений, снижение физической активности, появление побочных эффектов могут стать причинами раскрытия своего статуса для близких людей. Другой аспект — при назначении АРВТ некоторые пациенты не могут выполнять требования, чувствуя себя «несвободными», «дефектными», испытывая физическую и психологическую усталость от приёма препаратов, ощущая специфический лекарственный запах своего тела и испытывая отвращение к нему. По этим и другим причинам пациент может нуждаться в заботливой поддержке врача и психолога на всём протяжении медико-психологического сопровождения.

С течением времени АРВ-терапия может стать малоэффективной. Замена препаратов, подбор новых схем лечения могут не давать положительной динамики состояния пациента: показатели иммунитета на фоне приёма препаратов будут снижаться, показатель вирусной нагрузки увеличиваться. Пациент начнет осознавать приближение терминальной стадии заболевания. На первый план выступает борьба с болью, другими симптомами заболевания. Решение психологических, социальных, духовных проблем направлены на улучшение качества жизни больного и его близких. Весь персонал медицинских учреждений может помогать приспособливаться к

новым обстоятельствам и создать условия для умирания, которое может представляться менее страшным, менее болезненным и не в одиночестве. Психолог, социальный работник или врач-консультант должны выявлять весь круг проблем, быть рядом с пациентом, предоставляя утешение и глубокую эмоциональную поддержку.

Для психологической диагностики можно использовать методики оценки состояний и свойств личности. Выбор их должен предусматривать простоту выполнения инструкции и относительно небольшой объём испытаний (20÷60 вопросов). Это обеспечит быстроту проведения процедуры тестирования, последующей обработки и обсуждения результатов с пациентами, мотивируя их на дальнейшее взаимодействие по схеме «врач — психолог — больной».

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Л. Радлоффа проводится при массовых исследованиях для оценки выраженности депрессии в целях предварительной доврачебной диагностики. К числу важнейших характеристик личности, оказывающих регулирующее влияние на поведение человека, относится уровень тревожности, который обуславливает формирование невротических расстройств.

Методика измерения уровня тревожности Тейлора позволяет привлечь внимание специалистов к высоким или низким показателям тревожности, вызывающим состояния, которые затрудняют жизнедеятельность или требуют пробуждения активности личности; выявляет соматические проявления психологического дискомфорта; объясняет происхождение состояния внешними (ситуационными) или внутренними (личностными) причинами.

В развитии теории интроверсии и экстраверсии Грей (1978) показал, что состояние тревоги взаимодействует с личностными качествами и изменяет их. Так, у экстравертов существуют преимущественно позитивные реакции, что объясняет их стремление к удовлетворению своих желаний и потребностей, и отсутствие отрицательного подкрепления. У интровертов наблюдается обратный паттерн поведения, что делает их более приверженными тревоге.

Тест-опросник Э. Айзенка EPiT занимает одно из первых мест по частоте использования среди других психодиагностических методик, предназначен для диагностики темпераментных предпосылок личности и использования полученных данных об адаптации к диагнозу и дальнейшем лечении. Кроме возможности определить модуль и направленность личности, в методике предусмотрена и возможность определения показателя нейротизма (неуравновешенность, неста-

бильность), что позволяет прогнозировать поведение пациента на весь период сопровождения и оценить приверженность к лечению при назначении АРВТ (антиретровирусной терапии).

Методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (УСК) определяет величину локус — контроля — устойчивого качества личности, заключающегося в принятии или непринятии ответственности за происходящие события, то есть способности личности к самостоятельному поведению. Метод универсален по отношению к любым типам событий и ситуаций, различных областей социальной жизни, позволяет учитывать особенности пациента и степень ответственности (в том числе за собственное здоровье), но не даёт информации о психосоматическом состоянии пациента в данный момент.

## Групповые формы работы

Групповая психотерапия — психотерапевтический метод, суть которого заключается в совокупности взаимоотношений и взаимодействий между участниками группы при совместном достижении общих целей, что отражается в групповой динамике. На сегодняшний день этот метод является мощным компонентом комплексной системы восстановительного лечения и профилактики (особенно вторичной и третичной). В процессе работы участниками группы достигается самораскрытие, осознание проблем пациента, осуществляется анализ, коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов. Расширяется сфера осознания себя, начинания и межличностные отношения становятся более успешными, снижается ощущение отчужденности, появляется возможность «самопринятия» и повышения самооценки. В качестве основных механизмов лечебного действия могут рассматриваться коллективный эмоциональный опыт, конфронтация и научение. Главным содержанием работы групп становится анализ типовых образцов взаимодействия, сопоставление поведения в актуальной ситуации «здесь и теперь» с его характером и последствиями.

Наиболее распространённой формой групповой работы во всём мире сегодня являются группы взаимопомощи. Существование групп общения даёт возможность открытого обсуждения того, что случилось, что и как переживают участники группы, оказавшиеся в аналогичной ситуации. Можно сожалеть об утраченном — об отношениях с людьми, сознании безопасности, свободе выбора — выражать свой гнев по поводу отношения общества к проблеме и инди-

видуально к каждому инфицированному, не скрывать свой страх. Создание подобных групп снижает продолжительность процесса адаптации к диагнозу и последующего восстановления социального статуса людей с ВИЧ-инфекцией, профилактики «срывов» наркозависимых и распространения ВИЧ/СПИД. Пока отношение к заболеванию в обществе не изменится, только в отдельных сообществах инфицированные пациенты могут чувствовать себя безопасно.

Пограничным видом групповой психотерапии, при котором осуществляется воздействие преимущественно на межличностном уровне, являются тренинговые формы работы. В зависимости от поставленных целей существуют различные виды тренингов. В виду того, что в эпидемию ВИЧ-инфекции оказываются вовлеченными в основном люди молодого возраста с зависимым поведением, в основу создания тренинга адаптации к диагнозу легла концепция эмоционально-стрессовой психотерапии больных алкоголизмом, разработанная В. Е. Рожновым. Принципом концепции является целенаправленная мобилизация эмоциональной сферы пациента с целью преодоления патологической зависимости, выработки навыка гармоничного межличностного взаимодействия, подкреплённого положительным опытом, приводящего к формированию адекватной самооценки, устойчивому нахождению себя в окружающем мире. Каждое занятие преследует определённую цель и является составной частью всего цикла. В период набора претендентов на участие в тренинге необходимо наладить продуктивное взаимодействие, тщательно ознакомиться с психосоциальными особенностями каждого участника, провести предварительное тестирование и, при необходимости, психокоррекционную работу, выявив те эмоционально значимые факторы, к которым можно апеллировать в процессе формирования адаптационных навыков и обучения принятия себя таким, каким на сегодня является каждый участник тренинга.

Идеальными группами для проведения тренинга являются «закрытые», когда начало и окончание цикла одномоментны для всех участников. Поставленные тренером цели реализуются путём выполнения заданий трансактного анализа, ролевых игр с элементами психодрамы, упражнений телесно-ориентированной, поведенческой, когнитивной (познавательной) терапии, арттерапии, применения элементов суггестии (внушения), эмоционального включения и катарсиса, обсуждения ощущений возникающих в процессе их выполнения, умозаключений относительно возможности применения полученных навыков за пределами тренинга, анализа неэффектив-

ного опыта общения в прошлом с позиции получения нового навыка. Приобретаются навыки идентификации чувств и их выражения.

По окончании цикла подводятся итоги тренинга, обсуждаются плюсы и минусы занятий, ближайшие и долгосрочные планы, пути их достижения.

Безопасная атмосфера, создаваемая принятыми правилами и поддерживаемая тренером, безоценочность суждений создают возможность формирования условий принятия, открытости и являются предпосылкой возникновения дружеских отношений между членами группы (зачастую, позволяя решать проблему одиночества).

Показателями восстановления социальных функций участников тренинга можно считать трудоустройство, поступление в учебное заведение или восстановление в нём, налаживание утраченных семейных и дружеских отношений, выход на новый уровень социальной активности (участие в группах по интересам, в волонтерском движении и прочем).

Прохождение тренинга, кроме возможности адаптации к диагнозу и последующему восстановлению социального статуса ВИЧ-инфицированных, является профилактикой срывов наркозависимых и распространения заболевания, косвенно улучшая социальную и экономическую ситуацию, связанную с развитием эпидемии ВИЧ/СПИД.

## Некоторые вопросы духовного окормления ВИЧ-инфицированных

*Игумен Мефодий*

ВИЧ/СПИД уже поставил ряд непростых вопросов перед духовниками. В своём выступлении попытаюсь озвучить некоторые из них.

Первоначальное мнение о СПИДе, наиболее укоренившееся среди православных после появления первых достоверных сведений об этой болезни, может быть кратко выражено следующим образом: «Это очень своевременная болезнь. Передаётся эта болезнь таким образом, что заболевают ею почти исключительно наркоманы, гомосексуалисты, а также проститутки и их клиенты. Бог послал в мир такую болезнь, чтобы замедлить динамику распространения греха среди людей. Одни через страх заразиться удерживаются от этих грехов, тогда как сами распространители духовной заразы избирательно наказываются смертью». Хотя говорить об этом вслух, публично — не принято, думаю, что значительная часть православных в нашей стране и по сей день придерживаются о СПИДе именно этого мнения.

Несомненно, такому взгляду на болезнь присущи упрощение и однобокость, связанные как с недостатком сведений о самой болезни, так и с незнанием ситуации со СПИДом за пределами Европы, особенно в странах Африки и Азии. Но было бы несправедливо обвинять людей, думающих так, в злорадстве и жестокости сердца. Не следует забывать, у них несколько иной взгляд на мир, иное понимание добра и зла, иное видение блага, чем у людей нерелигиозных. Радость православных совсем не в том, что ушли из жизни некоторые люди, хотя бы и носители греховной заразы, а в том, что вследствие их удаления из тела человечества, само это тело духовно оздоровилось. Подобно и любой нормальный человек радуется после хирургического удаления у близкого ему человека раковой опухоли не тому, что больному укоротили один из его органов, и он стал инвалидом, а тому, что больной не умрет вскоре, а ещё проживёт после операции некоторое время. О гибели даже самых отчаянных грешников, выбитых СПИДом, в особенности об ушедших без покаяния, церковная паства скорбит не менее прочих людей.

Говоря о СПИДе, как о наказании Божиим, православные употребляют термин «наказание» только в смысле скорбного и болезненного для наставляемых вразумления, предупреждения свыше, а не

в значении кары Божией. Представление о карающем, одержимым жаждой справедливого воздаяния за грехи Боге абсолютно чуждо сознанию Восточной Церкви. Для нас Бог, даже в «гневе» Своём, всегда любящий Бог Отец, мы не научены и не умеем видеть Его иначе. Мы также не научены думать, что на земле что-либо может происходить помимо Его воли и ведения. Появление ВИЧ — не исключение. Не получается ли тогда, что выступая на борьбу со СПИДом мы противимся воле Божией? Тем более что СПИД в какой-то мере замедляет греховное разложение мира? Но также не без ведения и не без воли Божией проникло в этот мир зло, и «мир во зле лежит». Что же нам в таком случае думать о зле, не устранимся ли нам от всякого сопротивления ему?

Не всё, что происходит на земле угодно Богу, хотя всё неуютное Ему попущено Им. Для разъяснения этого положения дадим слово преподобному авве Дорофею:

Всё бывающее бывает или по благоволению Божию, или попустительно, как сказано у Пророка: *Аз Господь Бог, устроивши свет и сотворивый тму* (Ис. 45, 7). И ещё: *или будет зло во граде, еже Господь не сотвори* (Ам. 3, 6). Злом здесь названо всё, что отягощает нас, то есть всё скорбное, бывающее к наказанию нашему за порочность нашу, как то: голод, мор, землетрясение, бездождие, болезни, брани — всё сие бывает не по благоволению Божию, но попустительно, когда Бог попускает этому находить на нас для нашей пользы. Но Бог не хочет, чтобы мы сего желали или сему содействовали. Например, как я сказал, бывает попустительная воля Божия на то, чтобы город был разорён, но Бог не хочет, чтобы мы — поелику есть Его воля на разорение города — сами положили огонь и подожгли оный, или чтобы мы взяли топоры и стали разрушать его. Также Бог попускает, чтобы кто-нибудь находился в печали или в болезни, но хотя воля Божия и такова, чтобы он печалился, но Бог не хочет, чтобы и мы опечаливали его, или чтобы сказали: так как есть воля Божия на то, чтобы он был болен, то не будем жалеть его. Этого Бог не хочет; не хочет, чтобы мы служили таковой Его воле. Он желает, напротив, видеть нас столь благими, чтобы мы не хотели того, что Он делает попустительно.

Но чего Он хочет? Хочет, чтобы мы желали воли Его благой, бывающей, как я сказал, по благоволению, то есть всего того, что делается по Его заповеди: чтобы любить друг друга, быть сострадательными, творить милостыню и тому подобное — вот воля Божия *благая*.

Получив исчерпывающее разъяснение от преподобного, мы можем с лёгким сердцем сделать важный вывод о СПИДе: православные по совести и со всей энергией могут включиться в активную борьбу с этой смертельной болезнью, и вместе могут искренно благодарить за неё Бога, как и за всякое иное скорбное попущение Божие. Вывод о необходимости борьбы со СПИДом станет ещё более очевидным, если мы вспомним, что ВИЧ заражаются не одни только отчаянные грешники, но среди инфицированных немало совсем невинных в употреблении наркотиков и никогда не предававшихся разврату людей. Этой болезнью болеют и от неё умирают даже невинные младенцы. Да и многие из грешников не навсегда погрязают в грехе, но оставляют его и оплакивают. Если в порочный период своей жизни они заразились смертельной болезнью, то, как же нам не бороться за продление их жизни, когда они вступили на путь покаяния? И о гибели даже самых нераскаянных грешников подобает не радоваться, согласно учению Церкви, а скорбеть.

Во многих случаях молодой человек, получив от врачей извещение об обнаружении у него ВИЧ-инфекции, переживает это событие, как произнесение над ним смертного приговора. Теперь такой диагноз является одновременно извещением и о гражданской смерти инфицированного вирусом иммунодефицита: о крайне негативном отношении к этим больным нашего общества известно всем. Юное создание с не устоявшимся мировоззрением испытывает сильнейшее переживание, которое необходимо как-то переварить и осмыслить, и в которое, одновременно, страшно посвятить даже родных людей, а зачастую объективно невозможно заговорить об этом именно с наиболее близкими людьми. Вот в это время и может начаться глубокое общение, или состояться самый первый разговор обеспокоенных диагнозом юноши или девушки с духовником.

Так либо иначе, тема смерти неизбежно станет одной из основных в разговоре, поскольку мысль о смерти властно вошла в сознание ВИЧ-инфицированного. Но является ли это памятование о смерти благодатью смертной памяти, которую так высоко ценят православные подвижники? Необходимо разобраться. Сделаем это с помощью цитаты из книги старца Софония (Сахарова) «Видеть Бога, как Он есть»:

Вечен ли я, как и всякий другой человек, или все мы сойдём во мрак небытия? Этот вопрос из прежде спокойного созерцания ума становился подобным неоформленной массе раскаленного металла. В глубоком сердце поселилось странное чувство — *бессмысленности всех стяжаний на*

*земле.* Всё, что подлежало тлению, обесценивалось для меня. Когда я смотрел на людей, то прежде всякой мысли я видел их во власти смерти, умирающими, и сердце моё наполнялось состраданием к ним. Я не хотел ни славы от «мёртвых», ни власти над ними; я не ждал, чтобы они меня любили. Я презирал материальное богатство и не высоко ценил интеллектуальное, не дававшее мне ответа на искомое мною. Если бы мне предложили века счастливой жизни, я не принял бы их. Мой дух нуждался в вечности, и вечность, как я понял позднее, стояла предо мною, действительно перерождая меня.

*Смертная память* есть особое состояние нашего духа, совсем не похожее на всем нам свойственное знание, что в какой-то день мы умрём. Она, сия дивная память, выводит дух наш из земного притяжения. Будучи силою, Свыше сходящею, она и нас поставляет выше земных страстей, освобождает от власти над нами временных похотей и привязанностей, и тем делает нас естественно свято живущими. Хоть и в негативной форме, она, однако, плотно прижимает нас к Вечному.

Необходимо отметить, что благодать смертной памяти в той или иной степени знакома всякому монаху: без её помощи невозможно решиться на отречение от мира в должной степени. Это отречение имеет три ступени: телесное оставление всех богатств и стяжаний мира, оставление прежних нравов и порочных страстей, отвлечение ума от всего настоящего и видимого ради созерцания будущего и желания невидимого. Нельзя сказать, что эта благодать является достоянием всякого без исключения христианина. Даруется ли она пришедшему за результатом анализа на наличие у него ВИЧ-инфекции юноше вместе с утвердительным диагнозом? Проще всего обратиться за ответом к одному из них: «Есть батюшки, которые думают, что ВИЧ-инфицированные имеют память смертную, и это подвигает их на духовную жизнь и аскезу, но меня ВИЧ — статус подвигает на другое. Благодаря нему, думаю более о трезвой жизни с Богом по Его заповедям, потому что прежде её у меня не было. Размышляю о том, как жить дальше, как лечиться, ведь мне всего 28 лет. Не могу сказать, что не задумываюсь о том, как буду умирать, скорее даже знаю, как хочу умереть — христианской мирной кончиной. Но не имею сил и не считаю нужным думать об этом постоянно, иначе впадаю в депрессию».

Получив свидетельство о наличии у него ВИЧ, человек не получает вместе и благодать смертной памяти, но испытывает потрясе-

ние от ясного осознания конечности и хрупкости *своего* земного существования. В его глазах ценность всех элементов земного существования стремительно возрастает, с неожиданной силой заявляет о себе жажда жизни. Совершенное по выразительности описание предельной степени такого состояния даёт, опираясь на свой личный опыт, Ф. М. Достоевский в романе «Идиот», раскрывая внутренний мир приговоренного к смерти преступника в последние минуты перед казнью. В действительности благодать смертной памяти и энергия данного чувства совершают в душе человека противоположную относительно земных ценностей работу: первая обесценивает всё, что не перейдёт за врата смерти, вторая учит благоговеть перед каждой земной радостью и пробуждает в юном сердце горячее желание насытиться ей. Духовник должен отчётливо понимать, какая из этих двух энергий владеет человеком, когда тот заговорил с ним о жизни и смерти. Поскольку смертная память встречается много реже, то, как правило, духовник должен использовать счастливую возможность помочь пришедшему на беседу юноше правильно расставить иерархию ценностей жизни, посоветовав удалить из неё греховную нечистоту и указав, каким путём можно этого достичь. Он в силах поддержать молодого человека, начавшего трепетно относиться к своей жизни, в решимости закончить бездумно прожигать её по образу прежних дней. Необходимо не упустить шанса дать жизни юного создания новое непорочное наполнение, примирить его с Богом. Наоборот, если человеку, испуганному диагнозом о неизлечимой болезни, начать прямую проповедь о вечной жизни, о смерти, как неизбежной участи всех людей и о возможности её пришествия в любой день для каждого, о реальной призрачности и скоротечности всех земных радостей, о будущем суде и необходимости оплакать греховную жизнь, приведшую к смертельному заражению — то такая проповедь не найдёт отклика в душе юноши, не будет воспринята конструктивно. Она может просто добить его. Не следует загонять пришедших за поддержкой и утешением в состояние уныния и отчаяния.

Заканчивая эту часть статьи, необходимо добавить, что далеко не все воспринимают извещение о ВИЧ/СПИДе подобным образом, но переживающие его иначе гораздо реже выходят на контакты со священником. Те же, кто обратился за советом к православному батюшке, кроме вопроса о жизни и смерти, часто задают вопрос о возможности для них супружеской жизни, желают знать, могут ли они получить на брак церковное благословение?

Итак, могут ли ВИЧ-инфицированные вступать в брак, как смотрит на это церковь? Однозначно определиться с этим, опираясь на официальные документы РПЦ, пока сложно. В «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви», принятых архиерейским собором в 2000 году, можно прочесть: «В настоящее время перечень оснований к расторжению брака дополняется такими причинами, как заболевание СПИДом, медицински засвидетельствованные хронический алкоголизм или наркомания...». В то же время, «Концепция участия Русской православной церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом», принятая Священным Синодом в 2004 году, допускает вступление в брак юноши и девушки как в случае, когда оба они ВИЧ положительны, так и в случае, когда положительный ВИЧ статус имеется только у одного из желающих вступить в брак. О разводе по причине выявления у одного из супругов ВИЧ/СПИДа данная концепция, чтобы не противоречить ни основам социальной концепции, ни себе самой, не упоминает. Таким образом, сейчас можно сослаться на официальную позицию церкви, как благословляя, так и разваливая брак ВИЧ-инфицированных.

Что думают о браке ВИЧ-инфицированных духовники? Поскольку опроса священнослужителей на эту тему, как кажется, никто не проводил, то позволю дать ответ на означенный вопрос на основании мнений об этом некоторых духовников, услышанных мною непосредственно, либо через посредство третьих лиц. Ответ ни для кого не будет неожиданным: можно свидетельствовать отсутствие единого мнения о браке ВИЧ-инфицированных среди духовников. Более того, выявляется желание уклониться от ответа на данный вопрос у некоторой части духовенства, а иные, как оказывается, не желают даже думать об этом, наивно полагая, что лично их эта проблема не коснется. Неудивительно, что ВИЧ-инфицированные в такой ситуации сами принимают решение о браке и ставят своих духовных руководителей, не занявших убедительной позиции по этому вопросу, перед свершившимся фактом.

В чём же камень преткновения для духовников? Выделим два наиболее сложных момента для принятия решения о браке ВИЧ-инфицированных: это, во-первых, вопрос о рождении в таком браке здоровых детей и о возможности затем больным родителям своих детей воспитать, не оставив их сиротами, а во-вторых, вопрос о контрацепции (конкретно — о презервативах). Острота первого вопроса устраняется после приобретения достоверной информации о возможности рождения свободных от ВИЧ-инфекции детей у ВИЧ-ин-

фицированных родителей, и после ознакомления с эффективными методами терапии и паллиативной помощи самим больным. Нет необходимости более о нём говорить. Но со вторым вопросом ситуация гораздо сложнее: всё упирается в отсутствие достаточно определённого богословского осмысления сексуальных отношений в православном вероучении.

Попробуем разобраться с болезненным вопросом о допустимости использования презервативов для случая брака ВИЧ-инфицированных. Чтобы ответить на него, необходимо прежде выяснить, имеют ли сексуальные отношения в браке свою собственную ценность или всецело подчиненную целям деторождения? Хорошо известно, что думают об этом католики. Папа Павел VI в энциклике *Humanae Vitae* (1968), в полном согласии с многовековой традицией, берущей начало от учения о браке блаженного Августина, утверждает: «Церковь, призывая людей к соблюдению норм естественного закона, изъясняемого в её неизменном учении, учит, что всякий, любой брачный акт должен быть открытым к передаче жизни». Изменения в католическом учении о браке, начавшиеся после II Ватиканского собора, не затронули этого фундаментального положения вероучения. Но если каждый брачный акт должен быть открыт зачатию и за сексуальными отношениями не признаётся никакой независимой ценности, то контрацепция в любой ситуации недопустима. Потому ВИЧ-инфицированным католикам приходится смиряться перед следующим ответом: «Поскольку вне возможности зачатия половой акт теряет всякую ценность и является бессмысленным и греховным наслаждением, то либо откажитесь от презервативов, либо откажитесь от сексуальных отношений в браке». Но больные не имеют сил этот совет понести, а страдающие инфицированным больным католики, в том числе и клирики, также не желают с этим жёстким советом смириться: в католичестве наблюдается серьёзный кризис в связи с означенной проблемой. Православное учение о браке отличается от учения католического. Нет необходимости что-либо в нём существенно менять, оно справляется с вызовами нового времени, хотя требуется его восполнение в тех областях, которые недостаточно проработаны. В зоне умолчания находится вопрос о сексуальных отношениях в браке. Именно благодаря тому, что не всё здесь продумано и не дано окончательных определений, есть возможность высказывать о нём богословские суждения.

Божие благословение первым людям: «плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю, и обладайте ею» Быт. 1:28 дано ещё в раю. Образ райского размножения сокрыт от нас, но Святые Отцы,

мнения которых на эту тему сохранились, отказываясь рассуждать о том, каким он был, согласно утверждают, что он отличался от известного ныне. В падшем мире люди размножаются по образу животных. Но сексуальные отношения личностных существ и размножение животных нельзя уравнивать, они далеко не одно и то же. На это, в частности, указывают:

- чувство стыда у людей;
- наличие девственной плевы у девушек и её отсутствие у самок прочих млекопитающих;
- оргазм у женщин, но его отсутствие у самок животных;
- соединение в половом акте лицом к лицу из всех млекопитающих только у людей.

Два последних пункта подсказывают, что сексуальные отношения в браке имеют собственную ценность, не подчиненную всецело цели чадородия. Общение лицом к лицу во время полового акта открывает супругам некоторое сокровенное знание друг о друге: «Адам познал Еву, жену свою» (Быт. 4, 1). Отметим, что «в Евангелии от Иоанна „жизнь вечная“, даруемая нам Христом, сопровождается предикатом „знать“, „познать“, что соответствует еврейскому слову, обозначающему брачные отношения между мужчиной и женщиной: „Сия же есть жизнь вечная, да знают Тебя, единого истинного Бога, и посланного Тобою Иисуса Христа“ (Ин. 17, 3)» (Х. Яннарас. «Вера Церкви»).

Приняв мнение о собственной ценности сексуальных отношений, вернёмся к вопросу о контрацепции. Единственным допустимым методом предохранения от зачатия является календарный метод. Автору доклада известно мнение о нем авторитетного духовника о. Иоанна Крестьянкина: «Этот метод даже исповеди не подлежит, ибо это метод разумного воздержания. Всем и всё рекомендуют делать с рассуждением и это естественно и не предосудительно». Но, как мы понимаем, в случае ВИЧ-инфицированных основная проблема не в предохранении от зачатия, а в заботе о здоровье «второй половинки». Указание на календарный метод не упраздняет проблемы. Даже если оба супруга ВИЧ положительны, у них может быть различный тип вируса, и разная вирусная нагрузка. Невозможно уклониться от неудобного для духовников вопроса о презервативах. Почему сложно решиться отвечать на него? Потому, что с одной стороны, необходимо помнить церковный запрет на контрацепцию и учитывать жёсткую позицию ревнителей благочестия, с другой стороны, нельзя отмахнуться от ставящих себя «вне закона» и угнетённых этим вступивших в брак православных ВИЧ-инфицированных,

отноудь не настроенных жить в браке «как брат и сестра». Необходимо найти ответ понятный и приемлемый для обеих сторон.

В поиске решения, укажем не менее сложную проблему совсем в другой области, ознакомимся с ясным церковным ответом, сотни лет принятым церковной полнотой по этой схожей проблеме. Посмотрим, нет ли возможности подход, выработанный там, применить как алгоритмом для решения вопроса об использовании презервативов в браке ВИЧ-инфицированных.

Вспомним, что думает Церковь об участии православных в военных действиях. Каноническое правило 13 Василия Великого гласит: «Убиение на брани отцы наши не вменяли за убийство, извиняя, как мнится мне, поборников целомудрия и благочестия. Но может быть добро было бы советовать, чтобы они, как имеющие нечистые руки, три года удержались от приобщения токмо святых Тайн». Как его понимать? Церковь благословляет своих чад на войну в защиту веры и отечества, благословляет на самопожертвование, но не может благословить на убийство, не оправдывает ненависти к врагу. Увы, война без уничтожения врага на поле брани не происходит. Даже в этом случае за вынужденное убийство следует приносить покаяние. Насилие над мирным населением и издевательства над пленными абсолютно недопустимы. Преклоняясь перед подвигом защитников святынь веры и рубежей отечества, Церковь, в то же самое время призывает православных воинов принести покаяние, как за каждое убийство противника, так и за всю злобу и ненависть, за жестокость и безжалостность, которые овладевали ими в бою. Только при ясном разграничении в сознании солдат того, что следует воспевать от того, что достойно плача, они сами будут стремиться обуздывать себя и тем уменьшить трагические последствия войны.

Вернёмся к обсуждаемой теме. Церковь благословляет брак ВИЧ-инфицированных и всю полноту их супружеского общения. Церковные пастыри не могут настаивать на полном оставлении сексуальных отношений в совместной жизни инфицированных супругов, поскольку не отрицают независимой от цели чадородия значимости этих отношений. Церковь благословляет и вменяет в святую обязанность людям, вступившим в брак, заботиться о здоровье друг друга. Духовники понимают, что забота о здоровье «второй половины» вынуждает ВИЧ-инфицированных, связанных узами брака, в моменты половой близости использовать презервативы. Все же выход за границы допустимого следует признать, и потому ВИЧ-инфицированным супругам необходимо приносить покаяние. Духовники

не имеют власти благословить использование презервативов, но должны в данном случае быть предельно снисходительными к инфицированным: не следует отлучать их от участия в церковных таинствах. Понимание того, что контрацепция в данной ситуации является снисхождением, а не позволением, поможет зараженным не превратить возможность иметь сексуальную составляющую супружеских отношений в повод полностью отбросить всякое воздержание на брачном ложе. Думается, что временной интервал, в который они могут позволить себе сексуальную близость, не должен превышать того, который имеется в распоряжении здоровых супругов, применяющих неукоризненный календарный метод воздержания.

Если представленный здесь подход к вопросу о контрацепции для случая ВИЧ-инфицированных кому-то кажется слишком сложным и внутренне противоречивым, то интересно знать, не кажется ли ему таковым же отношение Церкви к войне? Впрочем, признаёт ли церковное сознание такой подход своим, или предложит иное, более точное решение, вновь покажет время.

Закончив рассмотрение болезненного вопроса, необходимо сделать важное примечание. Есть причины, по которым следует не очень громко говорить о том, что сексуальная составляющая брачных отношений имеет самостоятельную ценность, независимую от целей деторождения. Во-первых, это пока что только богословское мнение, которое разделяет автор доклада, но с которым согласны далеко не все. Некоторые придерживаются мнения, узаконенного в католической церкви. Во-вторых, проповедники сексуальных наслаждений могут выставить его как довод против церковной практики: если сами церковники согласны, с тем, что сексуальное общение супругов имеет самостоятельную значимость, то по какой причине Церковь запрещает применение контрацепции? Надо устранить возможность нападения на Церковь с этой стороны.

Установления и заповеди Божий имеют неодинаковую силу и степень достоинства: есть большие и меньшие заповеди. Когда ситуация подпадает под действие сразу двух заповедей, которые предлагают разные решения, тогда большая заповедь отменяет меньшую, но не наоборот. Некоторые примеры. В Ветхом завете Бог дал установление о хранении субботы и об обрезании. Второе установление больше первого, и Иисус Христос указывает, что второе в случае совпадения упраздняет первое: «в субботы священники в храме нарушают субботу, однако невиновны» (Мф. 12, 5). Ещё пример: Бог учит и справедливости и милосердию. Соотношение между ними таково, что справедливость не может упразднить милосердия, то-

гда как «милость превозносится над судом» (Иак. 2, 13). Последний пример. Имеем заповедь: «Почитай отца твоего и мать твою, чтобы продлились дни твои на земле» (Исх. 20, 12). Но эта заповедь не того же достоинства, что заповедь о любви к Богу: «Кто любит отца или мать более, нежели Меня, не достоин Меня» (Мф. 10, 37). В некоторых случаях заповедь о любви к Богу упраздняет заповедь о любви к родителям: «если кто приходит ко Мне и не возненавидит отца своего и матери, а притом и самой жизни своей, тот не может быть Моим учеником» (Лук. 14, 26). Обратное всегда неверно.

Благословение плодиться и размножаться и наполнять землю, дано в раю и сохранило всю свою силу в падшем мире. Благословение независимого от цели размножения сексуального общения супругов — меньшего достоинства, дано после падения прародителей и вследствие утраты людьми райского образа бытия. Оно, как отмечалось, не очевидно и многими оспаривается. Применяя к данным благословениям только что рассмотренный принцип, вынуждаемся сказать, что сексуальные отношения супругов, хотя значимы, не должны устранять возможность зачатия там, где оно возможно. Получаем в результате вывод, который совпадает с церковной позицией: контрацепция полностью воспрещена, календарный метод не предосудителен. При таком подходе в календарном методе не видится и лукавства. Но если считать, что «всякий, любой брачный акт должен быть открытым к передаче жизни», и при этом советовать придерживаться календарного метода, то лукавство есть: брачные акты в период, когда зачатие невозможно, закрыты к передаче жизни.

ВИЧ/СПИД явился вызовом не только для медиков, но и для общества в целом, он поставил целый ряд непростых духовно-нравственных вопросов. Подобно наркомании ВИЧ/СПИД не только болезнь, но вместе социальное и духовное явление. В данной статье сделана попытка ответить на некоторые из них.

## Проблемы организации медико-психолого-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных беременных женщин

*Галина Владимировна Волкова*

В Санкт–Петербурге в последние три года наблюдается тенденция активного вовлечения женщин в эпидемии наркомании и ВИЧ/СПИДа. В 2004 году каждый третий случай ВИЧ-инфекции (серопозитивности к ВИЧ) установлен у женщины. Несмотря на превосходство мужской популяции в эпидемии СПИДа в целом, в возрастной подгруппе 15÷19 лет отмечается преобладание женщин.

Всего за годы слежения за распространением вируса иммунодефицита человека в городе выявлено более 8 тыс. случаев у женщин из общего числа ВИЧ-инфицированных 26 тыс.

Ведущим путём заражения по-прежнему остаётся наркотический, на долю которого приходится от 92% до 65% (2004 г.). В текущем году вновь намечается рост числа заражений в результате внутривенного введения наркотических средств (до 70%).

Доля полового пути заражения в прошлом году возросла до 18,5% (в 2001 г. — 2%), а среди женщин она достигла 25%.

В связи с наметившейся тенденцией феминизации эпидемии прогноз её развития неблагоприятный, так как к двум ведущим путям распространения может присоединиться третий — вертикальный. В пользу этого предположения свидетельствует:

1. Рост частоты выявления антител к ВИЧ у беременных женщин более чем в 500 раз в 2004 г. по сравнению с предэпидемическими 1987÷99 годами.

2. Увеличение частоты родов у ВИЧ-инфицированных женщин.

3. Соотношение родов к абортам у них в Петербурге выражается пропорцией 3:1 (в группе неинфицированных 1:1,1). На каждые 70 физиологических приходится 1 роды ВИЧ-позитивных женщин (в России это соотношение 250:1).

4. Всего к 01.07.2005 у ВИЧ-инфицированных матерей родилось 1700 детей, у 77 из них установлен диагноз ВИЧ-инфекция.

Вертикальная трансмиссия ВИЧ с наибольшей частотой реализовывалась у детей, рождённых активными потребителями наркотиков, не получавших антенатального наблюдения, и следовательно, необходимой химиопрофилактики в период беременности.

В истекшем году более чем в 4 раза возросло число детей, родившихся в абстинентном синдроме по сравнению с 2001 г., а за первую половину 2002 г. из 216 новорожденных абстинентный синдром наблюдался в 16% случаев (у 36 детей).

В Санкт-Петербурге процент отказов от детей постоянно выше среднереспубликанского и составил в прошлом году 13%. В этой группе детей с R-75 состоявшаяся вертикальная трансмиссия встречается в 4 раза чаще, чем в группе домашних.

Представленная эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции, высокий уровень вертикальной передачи ВИЧ, в том числе из-за отсутствия и неправильного применения химиопрофилактики, определили стратегию совершенствования оказания им медицинской и социально-психологической помощи.

Мы исходили из того, что проблема ВИЧ-инфицированной беременной женщины, в отличие от наркозависимой или социально дестабилизированной, осложнена необходимостью приёма препаратов, снижающих риск передачи вируса ребёнку, а также постоянным слежением за состоянием своего здоровья.

Для решения этих проблем психолого-социальная служба опирается на доверенных специалистов и членов семьи беременной.

Среди межличностных отношений, в которых состоит ВИЧ-позитивная женщина, одно из важных мест занимает её взаимоотношение с врачом. До сих пор медицинские работники особенно тяжело переживают свои негативные эмоции к женщине, употребляющей наркотики, которая имеет детей или беременна. Эти, а также другие психосоциальные и материальные проблемы не позволяют (мешают) женщине обратиться за медицинской помощью в государственные учреждения. Они охотнее сотрудничают с НПО, реализующими различные проекты по сдерживанию эпидемии ВИЧ.

В «Центр СПИДа» обращаются женщины, беременность которых установлена в женских консультациях, или состоящие на диспансерном учёте в «Центре СПИДа», но нерегулярно его посещающие, женщины с ВИЧ-серопозитивностью, выявленной при анонимном обследовании, а также направленные из палаты «Мать и дитя». Когда мать по вызову педиатра и социального работника приходит для углубленного обследования ребёнка и себя после длительного непосещения Центра, у неё нередко устанавливают нежелательную и незапланированную беременность.

В «Центре СПИД» все женщины проходят комплексное медицинское обследование различными специалистами, так как работа Центра проходит по принципу «практики согласованной помощи».

Здесь же всем беременным женщинам предлагается пройти интервью социального психолога для оценки социально-психологических проблем и определения симптомов социального риска для будущего ребёнка. Нами определены признаки риска сиротства новорожденных детей, выявляемые у женщин в период беременности.

Признаки риска социального сиротства новорожденных детей, выявляемые у женщин в период беременности:

- лишение женщины родительских прав на детей в прошлом;
- отказы от ребёнка в прошлом;
- поведенческий риск, в первую очередь: употребление наркотиков, незащищённые половые контакты при частой смене партнёров;
- ухудшение здоровья матери с учётом медицинских показателей;
- выраженный страх перед диагнозом ВИЧ-инфекция;
- нестабильность жилищных условий;
- проблемы основного финансового обеспечения в семье;
- выраженная конфликтная ситуация в семье;
- несовершеннолетие беременной;
- пренебрежение профилактикой в период беременности;
- игнорирование медицинских проблем в связи с ВИЧ-инфекцией;
- угроза ареста женщины.

Во время интервью на каждую беременную ВИЧ-позитивную женщину составляется короткая анкета, которая даёт возможность проанализировать ситуацию, проблемы женщины и её семьи, определить уровень самооценки, опасность ухудшения её ситуации, которая может создать угрозу для здоровья женщины и её будущего ребёнка, а также выявить внешние и внутренние ресурсы: оптимизм, навыки, образы.

Структура интервью отражает комплексную проблематику и позволяет планировать сопровождение женщины и её семьи, составить план приоритетного решения проблем. Психолог также консультирует членов семьи беременной женщины с учётом их значимости для неё. Наши социальные психологи с согласия женщины консультируют и будущего отца.

Мы уже подчёркивали, что наркозависимые беременные женщины игнорируют медицинское наблюдение из-за негативного отношения к ним персонала. А им необходимо принимать препараты и постоянно следить за состоянием своего здоровья. Для эффективного решения этих задач социальный психолог формирует у женщины доверие к специалистам и укрепляет её в необходимости получения профилактической помощи ради здоровья будущего ребёнка. Сле-

дует подчеркнуть, что психолог выполняет посредническую помощь в формировании контакта и доверительных отношений между:

- пациентом и специалистом;
- пациентом и родственниками (помощь от них);
- родственниками и специалистами (родственники должны чётко знать, как и когда принимает беременная женщина химиопрофилактику, их консультируют об опекунстве и так далее).

Кроме психолого-социальных услуг, в результате работы проекта мы предлагаем наркозависимым беременным женщинам противорецидивное лечение наркологического синдрома в «Центре СПИД»; при наличии других детей — наблюдение за ней и её детьми в палате «Мать и дитя», где она получает комплексное медицинское обследование и консультации по различным аспектам.

Кроме того, проект дал возможность установить тесные контакты с НПО, оказывающими помощь ВИЧ-инфицированным матерям и их детям. Если нет выраженной медицинской проблематики, мы передаем такие социально уязвимые семьи для сопровождения в общественные организации.

В результате работы проекта мы ввели в действие «горячую линию», суть которой в своевременном оказании консультативной помощи. Благодаря «горячей линии» поддерживается контакт с беременной женщиной и членами её семьи.

## **Выводы**

В практику оказания помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам необходимо внедрять психосоциальный клиент-центрированный подход.

В расширении доступа к специализированной помощи большую роль играет система активной адресной передачи пациенток от врача психологу или социальному работнику, от них — специалистам других учреждений и так далее (формирование партнёрской сети).

Работа с окружением поможет женщине найти поддержку в семье, на которую она может рассчитывать в периоды возможных кризисов, в приступе отчаяния, во время болезней.

Приложение сил в медико-психолого-социальной работе направлено на повышение самооценки беременной женщины, чтобы она могла найти дополнительные ресурсы для своей жизни и жизни будущего ребёнка.

## Изучение различий в среде наркопотребителей и поиск результативной практики оказания помощи

*Ольга Владимировна Кольцова*

Влечение к наркотику, который сначала приносит большой силы удовольствие, возбуждение, успокоение или необычные переживания, со временем преобразуется в патологическую тягу к определённой веществу или их сочетанию. Зависимость с психологической точки зрения понимается как внутреннее состояние, при котором свободная линия поведения становится невозможной. Эта несвобода задает темпы и характер изменений в социальной жизни наркопотребителя и формирует рискованное поведение, которое приводит к множеству разных сопутствующих болезней.

Помощь зависимым людям будет результативной, если каждый специалист — врач, психолог, социальный работник, священник, педагог — будет компетентным в общих стратегических вопросах лечения наркомании и при выборе тактики сопровождения сможет учитывать особенности каждого отдельного случая.

### Опыт «Возвращения»

Санкт-Петербургская региональная общественная организация «Возвращение» в ходе практической помощи наркопотребителям в разных проектах уже многие годы собирает сведения о своих целевых группах. Цель сбора данных — на основе тщательного анализа выстраивание оптимальной помощи наркопотребителям.

Участники реабилитационных программ (пациенты) условно представляют «высокопороговую» группу наркопотребителей, так как для них установлен высокий порог требований: наличие мотивации к отказу от наркотиков и, следовательно, готовность принимать установленные ограничения, следовать рекомендациям. Все пациенты проходят медицинский и мотивационный отбор для участия в терапии. Это та часть наркозависимых, которая готова к сотрудничеству со специалистами.

В течение года в реабилитационной программе «Возвращение» принимают участие 120÷130 человек. Каждый случай подробно исследуется.

## **Некоторые социальные характеристики наркопотребителей**

Большинство пациентов реабилитационного центра представлено людьми молодого возраста. Это связано с тем, что, с одной стороны, именно молодежь подвержена употреблению наркотиков, а с другой, в молодом возрасте люди имеют готовность к изменениям, которая необходима, чтобы отойти от наркотиков.

Склонность к рискованному поведению более выражена у мужчин, вероятно, поэтому они чаще прибегают к употреблению наркотиков, чем женщины, которым более свойственна осторожность. Среди наркопотребителей мужчин примерно в 5 раз больше, чем женщин. При опросе наркозависимые мужчины сообщали, что предпочитают искать подруг среди ненаркозависимых женщин. В свою очередь, большинство женщин утверждают, что их вовлечение в употребление наркотиков чаще всего начиналось через отношения с наркозависимыми мужчинами. Они начинали принимать наркотики, чтобы испытать то, «что чувствует он», «чтобы приблизить его к себе» или удержать и тому подобное. Обычно, если наркозависимая женщина теряет своего спутника, она психологически нуждается в новом партнёре. В то же время, одиночество может подталкивать её к переменам: к отказу от наркотиков и началу лечения. Женщины чаще обращаются за помощью, чем мужчины, поэтому их численность в условной «высокопороговой» группе выше, чем в сообществе наркопотребителей в целом.

Многие пациенты в начале своей карьеры наркопотребителя не предполагали, что они утратят интерес к получению образования (в том числе, профессионального). Обучение требует напряжения, сил и времени, которые наркотики постепенно отнимают. Как показывают цифры (табл. 1), 50% участников не закончили начатое обучение.

В большинстве случаев наркопотребители не имеют профессиональных навыков: они либо ещё их не получили, либо уже утратили. Одни ещё не приступали к трудовой деятельности, другие работали не по специальности или долгое время вообще не были заняты. Большинство наркопотребителей, если и устраиваются на работу, то, как правило, долго не удерживаются на новом месте. Они часто меняют работу, имеют большие интервалы бездействия.

Табл. 1. Социально-демографические характеристики наркозависимых пациентов программы.

Возраст	<p><b>10%</b> — 16÷18 лет.</p> <p><b>28%</b> — 19÷21 года.</p> <p><b>36%</b> — 22÷24 лет.</p> <p><b>17%</b> — 25÷27 лет.</p> <p><b>9%</b> — 28÷34 лет.</p>
Пол	<b>33%</b> — женщины, <b>67%</b> — мужчины.
Место проживания	<p><b>66%</b> — Санкт-Петербург.</p> <p><b>18%</b> — Ленинградская область.</p> <p><b>16%</b> — другие регионы.</p>
Последнее место учёбы	<p><b>30%</b> — учились в вузе.</p> <p><b>44%</b> — в средних специальных заведениях.</p> <p><b>14%</b> — общеобразовательная школа.</p> <p><b>11%</b> — профкурсы после школы.</p>
Учебная деятельность	<p><b>50%</b> — завершили обучение.</p> <p><b>39%</b> — прервали учёбу, из них <b>24%</b> полагают, что именно наркотики не дали возможность продолжить обучение.</p> <p><b>11%</b> — лишь числятся на учёбе.</p>
Образование	<p><b>4%</b> — имеют высшее образование.</p> <p><b>11%</b> — неоконченное высшее.</p> <p><b>39%</b> — среднее специальное.</p> <p><b>27%</b> — общее среднее.</p> <p><b>19%</b> — несколько классов средней школы.</p>
Занятость	<p><b>12%</b> — имеют постоянное место работы.</p> <p><b>49%</b> — не работают и не учатся более 6 мес.</p> <p><b>39%</b> — недавно прекратили работать.</p>
Источники дохода	<p><b>33%</b> — получали зарплату, из них <b>11%</b> считают её основным доходом.</p> <p><b>22%</b> — постоянная зарплата и криминал. Наиболее распространены двойные, тройные комбинации: случайные заработки + иждивенчество + криминал.</p> <p><b>30%</b> — имеют крупные денежные долги.</p>
Правонарушения	<p><b>76%</b> — совершали правонарушение.</p> <p><b>45%</b> — имеют судимости.</p> <p><b>15%</b> — состояли на учёте инспекций по делам несовершеннолетних.</p>

Вероисповедание	<b>96%</b> — приняли крещение в православной церкви, из них половина до 7 лет, треть в отрочестве.
Семейное положение	<b>72%</b> — не состояли в браке. <b>11%</b> — в браке. <b>9%</b> — в гражданском браке. <b>7%</b> — развелись. <b>2%</b> — овдовели.
Дети	<b>19%</b> — имеет детей. В основном 1 ребёнок.
Проживание с родителями	<b>8%</b> — живут отдельно от родителей. <b>85%</b> — проживают с родителями. Остальные проживают у родственников или партнёров.
Условия проживания	<b>Проживают совместно:</b> <b>20%</b> — с 1 человеком; <b>34%</b> — с 2; <b>28%</b> — с 3; <b>12%</b> — с 4; <b>6%</b> — с 5 и более.
Увлечения в прошлом	<b>70%</b> — спорт в детстве и юности. <b>10%</b> — музыка (фортепиано, скрипка, гитара, аккордеон, тромбон, вокал, хор). <b>10%</b> — изобразительное искусство. <b>7%</b> — танцы. <b>10%</b> — никогда не имели организованного досуга или хобби. Есть те, кто сочетали спорт и творческую деятельность, сочиняли стихи, моделировали, шили или фотографировали, изучали иностранные языки.

Источники дохода наркопотребителей сложно дифференцировать, так как зачастую они отказываются от комментариев. Например, взятие без разрешения и использование родительских денег часто называют «иждивенчеством», а не «воровством». Для многих наркозависимых женщин основным источником дохода является проституция, но они могут вообще отказаться обсуждать эту проблему.

Химическая зависимость переносится в зависимость от действий. Девушки, зарабатывая на наркотики проституцией, иногда

впадают в сексуальную зависимость (эротоманию). Освободиться от двойной зависимости гораздо сложнее.

Табл. 2. Особенности ближайшего окружения наркозависимых пациентов программы.

Знание о своих родственниках	<p><b>98%</b> — имеют сведения о своих матерях.  <b>85%</b> — мать живёт рядом.  <b>69%</b> — имеют сведения о своём отце.  <b>17%</b> — отца заменил отчим.  <b>45%</b> — отцы проживают рядом.  <b>65%</b> — имеют братьев и сестёр, из них половина проживает отдельно.</p>
Злоупотребление ПАВ среди родственников	<p><b>8%</b> — злоупотребляют алкоголем мать, а в 2-х случаях ещё и лекарственными препаратами.  <b>28%</b> — злоупотребляет алкоголем отец, в <b>8%</b> — отчим. В 1 случае отчим применяет наркотики.  <b>11%</b> — применяет наркотики брат или сестра.</p>
Содействующие наркотизации родственники	<p><b>30%</b> — активно способствовала наркотизации пациента мать, у <b>25%</b> — пассивно.  <b>6%</b> — активно содействовал отец, а у <b>13%</b> — пассивно.  <b>7%</b> — активно способствовали брат или сестра, у <b>7%</b> — пассивно.</p>
Состояние здоровья родителей	<p><b>47%</b> — считают своих матерей здоровыми, <b>51%</b> — отцов.  <b>7%</b> — матерей страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями, <b>6%</b> — язвой. Также представлены эти болезни у отцов.  <b>12%</b> — не знают о здоровье родителей.</p>

Так как наркотики требуют больших денег, наркопотребители вовлекаются в криминальную деятельность, в том числе — распространение наркотиков. Преступность, как правило, связана с необходимостью добычи «быстрых» денег на наркотики и усугубляется по мере формирования зависимости. Три четверти наркопотребителей криминальный опыт приобретали уже после того, как начали употреблять наркотики. Если человек лечится от зависимости, преступные мотивы сами по себе отпадают. В поисках средств на наркотики потребителям приходится изобретать новые способы обманывать, шантажировать, манипулировать. Даже после отказа от наркотиков им сложно избавиться от приобретённых качеств.

Большинство наркопотребителей не регистрируют свои семейные отношения, может быть из-за того, что для них характерна частая смена партнёров. Ответственность за воспитание детей чаще всего берут на себя бабушки (матери наркопотребителей). Во всяком случае, такая тенденция отмечается в российских семьях. Наркозависимым родителям можно вернуть чувство материнства и отцовства. Дети наркозависимых родителей — тема, включающая множество аспектов, требует специального рассмотрения.

## **Ближайшее окружение наркопотребителя**

Бездомный наркоман — редкое явление для «высокопороговой» группы. На фоне ситуации с жильём в городе пациенты живут не плохо.

Наркозависимые в России чаще всего проживают в родительских семьях ещё долго после достижения совершеннолетия. Их роль в ней может меняться от «тирана» до «изгоя». Отношения в семье выливаются в хроническое недоверие, что может мешать дальнейшей адаптации после курса реабилитации. В то же время близкие родственники, стараясь не допустить ухудшения ситуации, объединяются с наркопотребителем. Они делают всё возможное, чтоб о болезни члена семьи не знали соседи, друзья, коллеги. Они полностью или частично принимают ответственность за воспитание детей наркозависимых родителей. В конце концов, именно родители чаще всего удовлетворяют базовые потребности наркопотребителей (кормят, одевают, обеспечивают уход во время болезни), они нанимают адвокатов и оплачивают дорогостоящее лечение.

Чаще всего матери активно способствуют наркотизации, когда, подчиняясь шантажу, дают своим детям деньги на наркотики, не препятствуют употреблению их дома. Это происходит оттого, что они не выдерживают давления со стороны наркозависимых или становятся жертвами обмана.

Близкие родственники несут большой груз проблем, страдают и накапливают собственное напряжение. Когда такое поведение становится привычным, появляется страх его изменить. Тогда говорят о феномене созависимости. Защитить от него родных может раздельное проживание. Созависимость основана на страхе и часто не осознается. Родственники, проживающие с наркоманами, нуждаются в специализированной помощи

## Наркотические предпочтения

Анализ историй развития заболевания может дать представление о разных подгруппах наркопотребителей. Несмотря на большое развитие полисубстантного употребления, сами наркоманы склонны причислять себя к той или иной условной подгруппе по предпочтению к определённому наркотику.

Опыт систематического употребления опиатов (героина) имеет подавляющее большинство пациентов реабилитационного центра (97%), но только половина отдаёт этому веществу исключительное предпочтение. Остальные регулярно употребляют другие наркотики (психостимуляторы, галлюциногены). Причём комбинации очень разные. Наркопотребители либо чередуют, либо сочетают употребление нескольких веществ. Среди психостимуляторов экспериментаторы отдают предпочтение кокаину и эфедрону. В отдельных случаях применяют первитин и фенамин.

Табл. 3. Соотношения систематического, эпизодического и экспериментального употребления видов наркотиков.

Наркотик	Число употреблявших наркотик (из 123)	Систематически		Эпизодически		Эксперимент	
		число пациентов	% употреблявших наркотик	число пациентов	% употреблявших наркотик	число пациентов	% употреблявших наркотик
героин	120	119	99	1	1	—	—
анаша	99	39	39	47	47	13	13
эфедрон	67	15	22	29	43	23	34
маковая соломка	65	43	66	11	17	11	17
грибы-галлюциногены	60	—	—	23	38	37	62
кокаин	44	1	2	11	25	32	73
“Speed”	41	4	10	15	37	22	54
LSD	31	1	3	14	45	16	52
первитин	27	3	11	11	41	13	48

Есть люди которые остаются «верны» какому-то одному веществу, но довольно много и таких, кто переходит от одного наркотика к другому и, соответственно, из одной подгруппы в другую. Вторые в

терапевтическом плане более трудны, так как вместо воздержания они могут переходить к употреблению другого вещества.

Ретроспективный отчёт пациентов реабилитационного центра о том, какую реакцию вызвали у них опиаты при первой пробе, показывает её неоднозначность. Далёко не всем, кто пробует героин (или опий), он приносит удовольствие. У одной четверти наркопотребителей данной подгруппы первой пробе этого наркотика была дана отрицательная оценка, у другой четверти — было неопределённое отношение, следовательно, мотивом дальнейшего употребления опия этими людьми могло быть что-то другое, нежели только страсть к удовольствию (экспериментирование с другой дозой или способом приёма, желание достичь ожидаемого ощущения и тому подобное). Можно даже предположить, что кто-то из них бессознательно стремился ухудшить своё состояние, вызвать отравление.

Табл. 4. Эмоциональная оценка действия опиатов при первом употреблении.

<b>Первая реакция</b>	<b>Потребители кустарного опия</b>	<b>Потребители героина</b>
«Понравилось»	48%	50%
«Не понравилось»	27%	24%
«Не понял»	25%	26%

Табл. 5. Возраст первой пробы наркотиков.

<b>Наркотик</b>	<b>Возраст первой пробы</b>			
	до 17 лет	17÷19 лет	20÷24 года	старше
Анаша	81%	17%	3%	—
Опий	54%	35%	9%	2%
Героин	12%	41%	39%	8%
Эфедрон	25%	40%	35%	—

Подавляющее большинство наркопотребителей начинают знакомство с наркотиками с марихуаны. Но, если человек сразу начал употреблять «тяжёлые» наркотики (героин, кокаин), то марихуана может совсем не привлекать.

Острой интоксикации (отравлению психоактивными веществами) более подвержены начинающие наркопотребители вследствие низкой толерантности и больные со сформированным синдромом химической зависимости при передозировках. Память о «передозировках» быстро вытесняется из сознания.

Случаи введения загрязненного раствора наркотика, как правило, нигде не фиксируются, потому что ухудшение самочувствия

длиться несколько часов (высокая температура, тремор), и пациенты не обращаются к врачу. Но частота таких проявлений может говорить как о плохом качестве наркотиков, так и низкой культуре употребления с нарушением элементарных гигиенических правил. Такие случаи нередко приводят к хроническому сепсису.

Длительное употребление наркотиков ведёт к хронической интоксикации, которое выражается в существенном изменении психического и соматического состояния человека.

Причины прекращения употребления каких-либо эпизодически применяемых веществ бывают очень разными. Например, если опьянение под грибами в некоторых случаях пугает человека и тем самым вызывает «иммунитет» против них, то ограниченность в применении кокаина скорее объясняется затруднением к его доступу (дорогой наркотик и в меньшей степени распространён в Петербурге). Если после пробы амфетаминов, человек не принимает их снова, как правило, это означает, что эти наркотики не пришлись по вкусу.

Табл. 6. Отравления психоактивными веществами по данным анамнеза наркопотребителей.

Названная в опросе причина отравления	1 раз		2 раза		3 и более		Не было	
	число пациентов	% отравлений						
«передозировка»	18	15	23	19	27	22	55	45
сочетание с таблетками	7	6	4	3	3	2	109	89
сочетание с алкоголем	8	7	3	2	7	6	105	85
попадание «грязи» в кровь («тряска»)	20	16	19	15	44	36	40	33

## Здоровье наркопотребителей

Учёт состояния здоровья до начала наркотизации важен для ответа на вопрос: человек был таким или стал таким?

Известно, что у человека, мозг которого подвергался сотрясениям и травмам, быстрее развивается зависимость и растёт суточная доза потребляемого наркотика, чем у наркопотребителя без таких

травм. Можно предположить, что болезни желудочно-кишечного тракта (язвы желудка и гастриты), болезни сердца, склонность к депрессиям говорят о большой уязвимости организма и психики многих наркопотребителей ещё до наступления наркомании.

Табл. 7. Преморбидные проблемы по данным анамнеза.

• черепно-мозговые травмы, включая многократные	<b>16%</b>
• депрессивные состояния	<b>11%</b>
• суицидные попытки	<b>7%</b>
• нейродермит	<b>5%</b>
• болезни желудочно-кишечного тракта	<b>28%</b>
• болезни сердечно-сосудистой системы	<b>23%</b>
• перенесённые заболевания дыхательных путей	<b>34%</b>
• болезни мочеполовой системы	<b>14%</b>
• болезни глаз	<b>20%</b>
• хронические отиты	<b>6%</b>
• переломы позвоночника и конечностей	<b>17%</b>
• проблемы обмена веществ	<b>10%</b>
• опасные инфекционные заболевания	<b>11%</b>

Все участники имеют рано сформированную зависимость от табака, что усугубляет состояние лёгких. Среди заболеваний дыхательных путей нередки случаи пневмонии.

До употребления наркотиков инфекции встречаются относительно редко: по всей группе — 1÷2 случая перенесённых менингита, дифтерии, сальмонеллёза, дизентерии.

Табл. 8. Последствия наркопотребления для здоровья.

Хронические вирусные гепатиты	<b>47%</b> — гепатит <i>C</i> , <b>3%</b> — гепатит <i>B</i> , <b>33%</b> — гепатиты <i>B</i> и <i>C</i> .
ВИЧ-инфекция	<b>42%</b> .
Инфекции, передающиеся половым путём	<b>6%</b> — сифилис. <b>11%</b> — гонорея.
Гинекологические болезни	<b>65%</b> пациенток, а <b>55%</b> прерывали беременность, некоторые 2÷3 раза.
Заболевания кожи	<b>9%</b> — лечили чесотку. <b>4%</b> — страдали псориазом.
Проблемы психики	<b>18%</b> (22 чел.) — под действием наркотиков переживали галлюцинации. <b>5%</b> (6 чел.) — судорожный синдром. <b>26%</b> (32 чел.) — попытки самоубийства. <b>18%</b> (22 чел.) — суицидальные намерения.

По мере употребления наркотиков наркопотребители приобретают тяжелые хронические инфекции, которые для сохранения жизни требуют серьёзной заботы о своём здоровье: соблюдение режима дня и питания, труда и отдыха, наблюдения у врачей. Но пока они употребляют наркотики, соблюдение этих правил мало вероятно, так как не столько эти вещества наносят вред здоровью, сколько сам беспорядочный образ жизни, связанный с их нелегальной добычей и употреблением. В то же время, обострение хронических заболеваний, беспокойство о здоровье может стать первой причиной обращения к специалистам.

подавляющее большинство участников реабилитационной программы страдают парентеральными хроническими вирусными гепатитами. К 2004 г. половина участников реабилитационной программы являлись ВИЧ-инфицированными.

Высокий процент нежелательных беременностей и гинекологические осложнения свидетельствуют об особенно высоком риске заражения женщин инфекциями, передающимися половым путём.

## Психологическая проблематика

Большую часть пациентов реабилитационного центра связывает с употреблением наркотиков множество психологических проблем. Одни говорят о повышенной раздражительности, депрессивности, другие жалуются на апатию, озлобленность, не проходящее чувство вины, агрессивность. Многие отмечают у себя как нежелательные, но и неконтролируемые, проявления агрессии, эгоцентризма, истеричности и конфликтности.

Суицидальным мыслям и поступкам в большей мере подвержены люди либо под действием наркотика, либо в период абстинентного синдрома. Они отрицают наличие подобных намерений в тот период своей жизни, когда наркотики не употребляются. Те, у кого суицидальное поведение отмечалось в преморбидном периоде, отрицают появление намерения покончить с собой после знакомства с наркотиком.

Иерархия ценностей и жизненных целей у наркопотребителей со временем трансформируются. Но большинство социально-психологических проблем у наркопотребителей имеют приобретённый характер и могут быть решаемыми.

## Система помощи

Высокий показатель самолечения и низкий относительно него показатель обращений к доступной и бесплатной амбулаторной помощи даёт неблагоприятную оценку предоставляемым услугам и их качеству. Согласно большинству отчётов, пациенты посещали амбулаторные кабинеты, чтоб получить направления в стационар для купирования абстинентных симптомов и не видели причин для получения поддерживающей помощи впоследствии. 60% пациентов реабилитационного центра никогда не обращались к районному наркологу. Это свидетельствует о малой привлекательности государственных наркологических кабинетов для их клиентов. Ещё можно сделать вывод и об отсутствии координации между стационарами и диспансерами.

Психологические и психотерапевтические методы в лечении наркозависимости применяются редко. Наркопотребители, подвергшиеся психодиагностике в наркологических клиниках, сообщали, что в большинстве случаев результаты обследования с ними даже не обсуждались.

Табл. 9. Предпринятая терапия по поводу наркомании.

Диспансерное наблюдение у нарколога	<b>34%</b> — зарегистрированы в районном наркологическом кабинете.
Амбулаторное лечение	<b>39%</b> — хотя бы раз обращались за амбулаторной наркологической помощью.
Краткосрочное стационарное лечение (детоксикация)	<b>68%</b> — лечили абстинентный синдром в наркологическом стационаре ( <b>25%</b> — раз, <b>14%</b> — дважды, <b>29%</b> — 3 и более).
Самостоятельные попытки отказа от наркотиков	<b>80%</b> — (98 человек) сами предпринимали попытки отказа от наркотиков, не прибегая к помощи специалистов.
Психодиагностика	<b>21%</b> — прошли психодиагностику при лечении наркомании.
Психотерапия	<b>22%</b> — участвовали в групповой психотерапии, а <b>16%</b> — в индивидуальной.
Группы самопомощи	<b>9%</b> — посещали группы самопомощи (клуб «Анонимные наркоманы»).
Методы, основанные на внушении	<b>15%</b> — применяли «химзащиту». <b>10%</b> — «кодировались». <b>2%</b> — подвергались гипнозу.

Организация помощи наркопотребителям (даже для тех, кто активно её ищет) в нашей стране не развита. Но наркопотребители,

вытесненные из социума, избегая репрессий, ничего для себя и не требуют. Подавляющее их большинство причины срывов ищут в себе самом, винят только себя.

Ремиссии могут возникать и спонтанно, и в результате запланированных действий. Иногда для отказа от наркотиков решающим является добровольный переезд зависимого человека из места, где употреблялись вещества, при его добровольном согласии.

Для женщин дополнительной причиной, объясняющей перерыв в употреблении наркотиков, часто бывает разлука с партнёром (например, в случае его заключения под стражу или разрыва).

Из опыта наблюдений известно, что если отказ от наркотиков сопровождается и отказом от алкоголя, это способствует устойчивости ремиссии.

## Некоторые особенности терапии наркопотребителей

Терапию наркомании нельзя начинать, если выявляется острое воспаление (абсцесс, пульпит, гепатит и тому подобное). Если существует опасность развития психоза, судорог, пациенты направляются в больницу. Наличие в анамнезе передозировок наркотиками может настораживать возможностью повреждений сердечных клапанов. Сложно предусмотреть все риски, но в немалой степени их прогноз всё же возможен при изучении анамнеза, с особым вниманием к описанию пациентом самостоятельных попыток отказа от наркотиков. Обсуждение этих рисков, как правило, убеждает наркопотребителей пройти осмотр у врачей (нарколога, инфекциониста, невролога).

Воздержание от приёма наркотиков наркозависимой беременной женщины может привести к мертворождению. Если срок беременности более 3 мес., женщине, зависимой от опиатов, рекомендуется снизить дозу потребляемого наркотика и удерживать её на одном уровне. Она предупреждается, что «ломаться» нельзя (на Западе в этом случае предлагается метадоновое лечение и психосоциальное сопровождение, у нас пока нет таких прав и возможностей). Если же доза небольшая, срок беременности не превышает 3 мес., наркозависимая женщина прошла обследование у гинеколога и не нуждается в его помощи, то она может лечить абстинентные симптомы.

Когда все медицинские противопоказания учтены и устранены, остаётся перекрыть «пути к отступлению»: у пациента не должно быть повода к прекращению терапии из-за внешних причин (вызов

к следователю или на судебное разбирательство, день рождения или плановая операция у близкого родственника, получение оплаты за сдаваемое жилье и тому подобное). Его просят завершить все неотложные дела на ближайшие месяцы.

Наркопотребитель, которому предстоит суд, должен иметь право пройти лечение, даже если приговор о заключении его под стражу — дело времени. Ответственность специалистов — объяснить правоохранительным органам, что пациент способен измениться, ходатайствовать об отсрочке суда, предоставить на пациента характеристику после курса реабилитации. Даже если лишение свободы неизбежно, наркозависимый пациент легче перенесёт условия тюрьмы, если получит психологическую помощь до заключения.

Установлению терапевтических отношений помогают правила, устанавливаемые на период лечения наркозависимости:

- уважение личности каждого участника процесса;
- требования полного воздержания от наркотиков, алкоголя, секса и азартных игр;
- изоляция от привычного окружения и способов коммуникаций (без привычных источников информации и связи, радио, телевидения, телефона и тому подобного);
- запрет на обсуждение среди пациентов тем, связанных с наркотиками.

Любые формы релаксации (создаваемые психотерапевтом или от безделья) опасны в период отказа от наркотиков, так как погружают его внутрь своих переживаний, которые в это время чрезвычайно интенсивны и негативно окрашены. Специалист направляет восприятие пациента вовне и старается создавать положительный настрой.

Созидательная активность направленная вовне чрезвычайно необходима: строить, убираться, готовить и тому подобное.

Опасны любые формы работы с воображением (гипноз, медитации), так как они связаны с влечением к наркотику (память «забита» провокационным материалом). Нельзя поддерживать обсуждение фантазий, снов, воспоминаний о наркотических переживаниях (даже, если они подаются в форме, показывающей отвращение к наркотику). Слова о предмете влечения вызывают ассоциативные образы и усиливают тягу к наркотикам. Помогающий специалист не может стереть эти образы воображения, но может уменьшить их влияние, направляя внимание пациента на окружающие предметы, общение, побуждая совместные и целенаправленные действия.

Отъезд пациента из терапевтического центра может провоцировать отказ от лечения и других пациентов. Беседа с отъезжающим проводится индивидуально. Обычно нарушители испытывают неловкость и оправдываются, могут говорить, что не собираются более употреблять наркотики. Необходимо предупредить такого пациента, что за время лечения его «доза» значительно уменьшилась, и что наибольшее число смертельных случаев из-за передозировки наркотиками приходится на тех, кто сорвался в ходе терапии и принял свою «обычную дозу» после перерыва. Специалист часто не в силах помешать наркопотребителю принимать спиртное (в том числе, как замещение наркотика), но должен предупредить, что в опьянении влечение к наркотику усиливается, а самоконтроль снижается и это может привести к передозировке психоактивными веществами.

Реабилитационные мероприятия имеют определённую *последовательность*, исходя из проявлений заболевания и сопутствующих проблем. Чаще всего, в первую очередь они нацелены на восстановление работоспособности, воспитание собранности, на организацию поведения. Во вторую очередь ведётся работа над внутренними конфликтами, поиск смысла происходящих изменений, стимулирование творческого и учебного потенциала. Следующим этапом является планирование будущей жизни, обсуждение новых возможностей и рисков.

Помощь будет привлекательной для пациента, если правила взаимодействия предусматривают:

- отказ от предубеждений и стереотипных действий;
- поиск оптимальных решений для каждого случая;
- конфиденциальность отношений;
- отсутствие принуждения, давления.

Безопасность и заинтересованность в контакте со специалистами побуждают наркопотребителей давать о себе достоверные сведения, на основе которых возможно добиваться развития практики результативной помощи таким пациентам.

## **Возможности и проблемы взаимодействия НГО и ГО в современном правовом пространстве (целевая группа: наркопотребители, ВИЧ-инфицированные, бездомные)**

**Игорь Залманович Карлинский**

### **Введение**

Тема взаимодействия НГО с государством и обществом обрела свою актуальность с момента появления первых подлинных НГО (пионерия, комсомол и ВЦСПС — не в счёт). С годами эта тема не только не утратила своей актуальности, её актуальность растёт параллельно с ростом третьего сектора.

Прежде чем говорить о возможностях и проблемах взаимодействия негосударственных и государственных организаций, необходимо конкретизировать и уточнить тему.

В бытовом языке слова «государственные организации» обозначают:

- государственные и муниципальные учреждения и иные организации;
- органы государственной власти и органы местного самоуправления.

Возможно, для бытового общения такое обобщение допустимо, но в нашем контексте надо чётко различать собственно государственные и муниципальные учреждения, осуществляющие конкретные государственные и муниципальные программы (в том числе, в отношении целевой группы), и органы государственной власти и местного самоуправления, на которые законом возложено управление.

Различием этих функций и определяется разница возможностей и проблем взаимодействия НГО с теми и другими.

### **О законодательстве**

Несколько слов о современном правовом пространстве, в котором происходят рассматриваемые нами взаимодействия.

Необходимо подчеркнуть, что подлинное взаимодействие возможно только по правилам. Правила устанавливаются законами и договорами. Разумеется, есть ещё мораль, нравственность и другие тонкие материи. Однако, не имея возможности объять необъятное, ограничимся рассмотрением материй грубых и легкоосязаемых.

Ни для кого не секрет, что наше законодательство несовершенно. Не является секретом и то, насколько остра проблема законотворческой и законодательной культуры и, как следствие, проблема качества законодательства.

Один из источников этой проблемы — слепота законодателя, который не видит жизни в её реальном многообразии.

Два примера:

**Пример 1.** Женщина, мать малолетнего ребёнка, хочет избавиться от химической зависимости. Оставить на время лечения и реабилитации ребёнка не с кем. Теоретически, ребёнка можно временно поместить в какой-либо приют. Но... Статья 69 Семейного кодекса РФ предусматривает, что «родители (один из них) могут быть лишены родительских прав, если они: ...являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией».

Понятно, если человек осознал проблему химической зависимости, обратился за помощью, лечится, проходит реабилитацию, то есть явил своего рода деятельное раскаяние, то он перестает представлять общественную опасность. В том числе, опасность для своего ребёнка. По логике вещей, в связи с таким изменением человека к нему не должны применяться санкции. Но логика — логикой, а в законодательстве соответствующее послабление не оговорено.

Что это означает на практике:

а) Женщина не может (боится) обратиться за помощью и продолжает употреблять ПАВ.

б) Возможности содействовать таким матерям в избавлении от химической зависимости — очень невысоки. Самый функциональный способ — создание специализированных приютов (интернатов, пансионатов) невозможен, так как такое учреждение превратится в своего рода ловушку, благодаря которой органы опеки смогут продемонстрировать свою активность и повышать статистические данные.

в) Лишение родительских прав в такой ситуации является фактором, который способен спровоцировать тяжёлый срыв и возобновление употребления ПАВ.

**Пример 2.** Слово «взаимодействие», являющееся ключевым в теме доклада, означает не только взаимные действия (ты мне — я тебе). Поскольку понятие «совместнодействие» в русском языке не функционирует, понятие «взаимодействие» охватывает также и совместные действия.

И всё было замечательно. Договор о совместной деятельности был одной из любимых форм договора НГО между собой, а также с государственными и муниципальными организациями. Но...

26 января 1996 года ГК РФ обзавелся частью второй, которая приравняла договор о совместной деятельности к договору простого товарищества: «По договору простого товарищества (договору о совместной деятельности) двое или несколько лиц (товарищей) обязуются соединить свои вклады и совместно действовать без образования юридического лица для извлечения прибыли или достижения иной не противоречащей закону цели» (ч. 1, ст. 1041 ГК РФ).

Если «иная не противоречащая закону деятельность» для налоговой службы — некая абстракция, плохо поддающаяся осознанию, то извлечение прибыли — это своё родное и, уж коли упомянуто, мимо не проскочит. Доказать нашим мытарям отсутствие умысла на получение оной — дело почти безнадежное. Тем более что презумпция невиновности не является для налоговых чиновников категорическим императивом.

Статья 250 Налогового кодекса РФ (часть 2) гласит, что (насладитесь изяществом слога!): «Внереализационными доходами налогоплательщика признаются, в частности, доходы: ...9) в виде дохода, распределяемого в пользу налогоплательщика при его участии в простом товариществе...».

Читая это («доходы... в виде дохода»), невольно вспоминаешь фразу из записных книжек Ильи Ильфа: «Я — не художник слова. Я — начальник!».

Но, благодаря процитированной словесной галиматье, попробуй докажи, что средства, полученные по договору о совместной деятельности на некоммерческую (неприбыльную) работу с бездомными, реабилитацию наркозависимых, помощь лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом, — это не «внереализационные доходы», с которых необходимо ещё и налоги заплатить.

Мало того, что организация без извлечения прибыли ведёт общественно полезную деятельность, так она ещё должна из средств, привлеченных на эту деятельность, платить налоги!

Это лишь 2 примера из великого множества.

## **Несколько слов о договорных отношениях**

Договоры — вещь довольно сложная, и у НГО зачастую нет специалистов, которые могли бы квалифицированно составлять такого

рода документы. Не всегда такие специалисты есть и у государственных и муниципальных учреждений, органов государственной власти и органов местного самоуправления. Консультации юристов нынче недёшевы.

В связи с этим руководителям организаций, на которых в соответствии с уставами возложены функции заключения и расторжения договоров, целесообразно внимательнейшим образом ознакомиться с нормативными актами, регулируемыми договорные отношения. Прежде всего, следует изучить Гражданский кодекс РФ (части 1 и 2). Не лишним будет и знакомство с юридическими комментариями, практикой Верховного суда РФ и арбитражной практикой.

Учитывая прямо-таки метеорологическую изменчивость нашего законодательства, нелишним будет периодическое освежение знаний в этой области.

Можно, конечно, пользоваться типовыми формами, заимствованными из справочников или Интернета. Но следует помнить, что договор скрепляет конкретную договорённость, достигнутую в определённой ситуации и с определёнными условиями. Естественно, что составители типовых форм не могут учесть все возможное многообразие ситуаций и условий и предусмотреть универсальные варианты договоров. В некоторых случаях заимствованные из типовой формы положения могут «подвести под монастырь».

Не исключено, что со времени составления взятой из Интернета формы договора произошли существенные изменения законодательства, делающие её непригодной к употреблению.

Однако, несмотря на все недостатки типовых форм, с ними стоит ознакомиться, чтоб понять логику и структуру подобных документов.

## **Возможности и проблемы взаимодействия НГО с государственными и муниципальными учреждениями и организациями**

Говоря о взаимодействии НГО с государственными и муниципальными учреждениями и организациями, вспоминаю фразу, с которой Остап Бендер обратился к Александру Корейко: «Я пришёл к вам как юридическое лицо к юридическому лицу».

И если в романе «Золотой телёнок» понятие «юридическое лицо» использовано как фигура речи, то в нашем случае речь идёт именно

о взаимоотношениях юридических лиц. Принципы и правила такого взаимодействия заложены в гражданском законодательстве.

Основой взаимодействия НГО с государственными и муниципальными учреждениями и организациями является общность проблем, над решением которых работают и НГО и государственные и муниципальные организации.

Принцип взаимодействия — равноправие сторон.

Способы взаимодействия:

- договорные отношения (как совместная деятельность, так и иные, например, подряд);
- внедоговорные (взаимные консультации и обсуждения, предоставление информации, стажировки специалистов, приглашение на мероприятия и участие в них и тому подобное).

При этом следует учитывать, что и одна, и другая сторона во всех взаимодействиях кроме законодательства должна руководствоваться своими уставами (положениями) и, в случае, когда речь идёт о правах (приобретение, изменение, отчуждение), соответствующие документы (договоры, соглашения) должны быть подписаны полномочными лицами.

Препятствия:

- конкуренция в условиях дефицита ресурсов;
- недостаточная развитость культуры взаимодействия;
- проблемы восприятия негосударственных организаций государственным сектором и государственного сектора негосударственными организациями (например, отношения по типу «старший брат — младший брат» и соответствующие психологические проблемы) и др.

Возможности и проблемы взаимодействия НГО с органами государственной власти и органами местного самоуправления.

Прежде чем начать говорить о взаимодействии НГО с органами государственной власти и органами местного самоуправления, ещё раз вспомним о некоторых функциях этих органов:

- принятие управленческих решений (в том числе на законодательном уровне);
- функции по распоряжению государственным и муниципальным имуществом;
- функция заказчика в государственных и муниципальных социальных программах, а также функция грантодателя;
- надзор за соблюдением законодательства, прав и свобод человека, в том числе судебный (суд, прокуратура).

Этим и определяются возможные предметы взаимодействия НГО с соответствующими органами.

В правовом пространстве такие взаимодействия строятся на основе гражданского законодательства. Одним из краеугольных камней в их основании является Гражданский кодекс РФ, целая глава в котором посвящена именно участию Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований в отношениях, регулируемых гражданским законодательством (гл. 5 ГК РФ).

Что касается конкретных предметов и механизмов взаимодействия, то они требуют законодательного регулирования.

В Санкт-Петербурге, например, приняты и действуют законы о заказе Санкт-Петербурга (Закон СПб от 20 мая 1999 года N 91–18) и о грантах Санкт-Петербурга для общественных объединений (Закон СПб от 26 октября 2001 года N 697–85). Эти законы формируют правовую основу для выделения бюджетных средств НГО, действующим в социальной сфере.

Проблемы:

- Законодательством, за некоторыми отрядными исключениями, не определены порядок и объём участия НГО в выработке решений органами государственной власти и органами местного самоуправления.
- Трудно говорить о социальной направленности государственной политики, в том числе в вопросах распоряжения имуществом. Пример: выдавливание НГО из центра города путём постепенной отмены понижающего коэффициента к ставке арендной платы.
- НГО менее конкурентоспособны в борьбе за государственный или муниципальный заказ, чем ГУ или МУ. Причины? Среди прочего: меньше базовые ресурсы (у ГУ и МУ есть помещения, бюджетное финансирование основных расходов); взаимообмен кадрами между органами власти и госучреждениями (лоббизм, уровень доверия) — во власти больше выходцев из ГУ и МУ, чем из НГО, а в ГУ и МУ бывших сотрудников органов власти («ну как не порадовать родному человечку?»).
- Отношение властей к правам и свободам человека и гражданина.

Увы, существующая практика демонстрирует, что между провозглашенным Конституцией РФ (ст. 2) приматом прав и свобод человека и гражданина и ценностными ориентациями наших властителей «дистанция огромного размера». При этом НГО, оказывающие помощь различным категориям нуждающихся, социально исклю-

ченных и стигматизированных людей, не могут не основывать свою деятельность именно на примате прав и свобод человека и гражданина. Именно этот принцип является сущностным началом деятельности любых НГО, причём не только правозащитных, но и «чисто социальных», оказывающих экстренную (накормить, одеть, приютить и тому подобное) и паллиативную (например, в хосписах) помощь.

Именно эта разница ценностных ориентаций и является главным препятствием для рассматриваемых взаимодействий.

## **Противостояние как форма взаимодействия**

К сожалению, случается, что действия (бездействие) и решения властей ущемляют права и интересы целевых групп, с которыми работают НГО, и самих НГО. Это вынуждает НГО выступать с критикой властей, оспаривать соответствующие действия и решения, в том числе в судебном порядке.

Как ни странно, корректное противостояние может служить своего рода ступенькой для развития дальнейших партнёрских отношений с органами власти и органами МСУ.

Следует, однако, осознать, что борьба с властями не есть цель и единственно возможная форма работы НГО. Необходимо также, чтобы чиновники чувствовали — НГО исходят не из желания доставить им неприятности или поднять очередной скандал в прессе, а из точного понимания проблемы и правовых путей её решения, знания функций и возможностей каждой государственной службы, в которую они обращаются.

Позиция НГО по отношению к органам власти и органам МСУ должна быть твердой и корректной: мы добиваемся только одного — высокого качества управленческих услуг, которые оказываются населению органами власти и органами МСУ.

Необходимо внимательно относиться к любой информации, полученной в процессе общения с чиновниками, проверять её и, при необходимости, корректировать свои действия.

Если вопрос не может быть решён во внесудебном порядке, НГО может инициировать судебные разбирательства, выступая в них в качестве заявителя или помогая людям, чьи права и интересы ущемлены.

При организации судебных процессов следует помнить формулу римского права: “*Actori incumbit onus probandi*”<sup>1</sup>. Поэтому Ваша доказательная база должна быть безупречна, а каждое утверждение — подтверждено документами и свидетельскими показаниями.

Можно также использовать обращения в прокуратуру. Это тем более имеет смысл, когда по какому-либо вопросу сложилась порочная правоприменительная практика, противоречащая закону и нарушающая права человека.

Естественно, что такие взаимодействия осуществляются по правилам, предусмотренным законодательством (Гражданский процессуальный кодекс РФ, ФЗ «О прокуратуре Российской Федерации» и другие).

Важное значение имеют право суда на законодательную инициативу<sup>2</sup> и полномочия прокуроров в сфере правотворческой деятельности<sup>3</sup>. Обращение в суд и прокуратуру даёт НГО возможность не только добиваться отмены тех или иных решений органов власти и органов местного самоуправления, но опосредованно влиять на развитие нормативно-правовой базы.

Используя тактику противостояния, необходимо быть максимально точным и корректным. В противном случае НГО не только отсекут себе путь к дальнейшему сотрудничеству с органами государственной власти, но и рискуют оказаться ответчиками на суде о защите чести и достоинства или, не дай Бог, подсудимыми, которым инкриминируется клевета. Учитесь выигрывать, не оскорбляя противника — противник со временем может стать партнёром или союзником; оскорбляя противника, вы наживете себе непримиримого врага.

Избегайте излишнего эпатирования. Угрозы — не лучшее средство общения с чиновником. Судебная повестка сохранит вам больше возможностей для дальнейших контактов, чем угроза затаскать по судам.

## **Помните — противостояние не подразумевает склоку**

Даже находясь в противостоянии с органами государственной власти или органами МСУ, давайте им понять, что противостоя-

---

<sup>1</sup> Бремя доказывания лежит на истце (лат.).

<sup>2</sup> Ст. ст. 43 (ч. 2), 56 (ч. 2) Закона РСФСР «О судоустройстве РСФСР»; п. 6 части 1 ст. 3 Федерального конституционного закона «О Конституционном суде Российской Федерации».

<sup>3</sup> Ст. 9 Федерального закона «О прокуратуре Российской Федерации».

ние — мера для Вас вынужденная и Вы готовы к конструктивному сотрудничеству, чётко оговаривая при этом его условия.

## **Нелишней будет общественная поддержка и освещение своей позиции в СМИ**

В необходимых случаях можно организовать пикет, митинг или шествие (демонстрацию). Такие акции позволяют не только непосредственно привлекать внимание населения к тем или иным проблемам, но и являются хорошим информационным поводом для СМИ.

Естественно, что подобные акции должны проводиться в строгом соответствии с законодательством.

Следует, однако, помнить, что, как правило, переходить к острому противостоянию, следует только использовав «мягкие» способы разрешения проблем. Зачастую, власть допускает ошибки и недоработки не из злого умысла или корысти. Корректное указание на эти ошибки и недоработки, содержащее к тому же предложения по их устранению, порой весьма эффективно.

Кроме непосредственного результата, такая тактика формирует у властей отношение к использующей её НГО, как к достойному партнёру, который заинтересован, прежде всего, в решении социальных проблем и совершенствовании нормативной базы, а не в собственном имидже и PR на их «костях», и стремится помочь чиновникам и депутатам выработать верные решения, а не подставить им ножку на карьерном пути.

## **Ковровое письмометание и тому подобное**

Обращаясь к органам власти, используйте их структуру. Помните, что в разных кабинетах сидят разные люди, и каждый из них имеет свои взгляды и интересы. Поэтому, в ряде случаев, хорошие результаты даёт рассылка писем (обращений) по всем инстанциям, которые так или иначе могут быть заинтересованы в решении проблемы — метод «коврового письмометания». Он повышает шансы, что во власти вы найдёте союзников, которые смогут, реализуя свои полномочия, решить соответствующую проблему, например, внести и пролоббировать необходимые изменения нормативной базы.

Письма лучше отправлять не просто в адрес того или иного органа или его подразделения, а в адрес конкретных людей. Например, если вас волнует проблема законодательного обеспечения дос-

тупности услуг здравоохранения, то обращения надо отправлять не просто в комиссию по здравоохранению областного законодательного собрания, а каждому члену этой комиссии.

Разумеется, письма заказные и с уведомлением о вручении.

Для того чтобы власть почувствовала серьёзность тех или иных проблем, можно организовать массовое обращение людей, чьи права и свободы ущемлены или могут быть ущемлены теми или иными действиями или решениями органов государственной власти и органов МСУ. Основной задачей НГО в данном случае будет организация и консультирование граждан, а также помощь им в составлении обращений (заявлений, жалоб).

К плюсам этого метода можно отнести то, что серьёзность вашей аргументации подтверждается массовостью обращения. При массовом обращении власть уже не может говорить о том, что НГО выдумало проблему, а у людей этой проблемы нет.

Кроме того, большое количество обращений отразит факт массовости ущемления прав, а статистика — один из главных источников вдохновения для административного и нормативного творчества.

В случае массового обращения граждан НГО может, во-первых, быть своего рода переговорной площадкой, а во-вторых, обратиться к властям и МСУ с предложениями решений проблемы. Метод «коврового письмометания» и здесь не исключен.

## Информационное взаимодействие

Важной областью взаимодействия НГО с органами государственной власти и органами МСУ является информация.

Законодательством предусмотрено, что документы, содержащие информацию о правовом статусе и деятельности как органов государственной власти и органов МСУ, так и НГО<sup>1</sup>, должны быть доступны для ознакомления.

Кроме установленных непосредственно законодательством правил, предусматривающих обязательную публикацию соответствующих документов и иные возможности ознакомления с ними, существуют и иные возможности для информационного сотрудничества.

Работающие с различными категориями нуждающихся и социально исключенных граждан НГО, являются своего рода рецепто-

---

<sup>1</sup> П. 3 ст. 10 Федерального закона «Об информации, информатизации и защите информации».

ром, получающим ценнейшую информацию о существующих социальных и правовых проблемах.

Её предоставление органам власти и органам МСУ может иметь большое значение для выработки ими качественных управленческих решений и совершенствования нормативно-правовой базы<sup>1</sup>.

Предоставляя органам власти и МСУ данные о социальных и правовых проблемах, НГО не только становятся ценным информационным источником для чиновников и депутатов, но и приобретают имидж серьёзных экспертных организаций.

Это может побудить органы власти и органы МСУ привлекать НГО к разработке и экспертизе социальных проектов и программ, а также проектов нормативных актов, регулирующих отношения в социальной сфере<sup>2</sup>.

## **Заключение**

Ставя себе задачу добиться сотрудничества с органами власти, необходимо тщательно готовить почву для продвижения своих идей, предложений и инициатив. Формулируйте свои обращения, проекты и предложения максимально чётко. Они должны иметь серьёзное обоснование, подтверждающее важность затрагиваемой проблемы и достижимость предполагаемых результатов. Не загромождайте их без необходимости новомодными иностранными терминами, по возможности избегайте канцелярита, постарайтесь, чтобы тексты были написаны литературным русским языком. При этом образность аргументации должна быть умеренной. Ссылка на нормы права, статистику, экономические расчёты или данные социологических исследований в документе такого рода может быть уместнее цитат из Пушкина.

Целесообразно, чтобы тексты обращений, проектов и предложений были проверены и отредактированы профессиональным редактором и специалистами в тех областях, которые в этих текстах затрагиваются (экономистами, врачами, юристами и тому подобными).

В краткой статье невозможно охватить всё многообразие видов и методов взаимодействия с органами государственной власти и МСУ,

---

<sup>1</sup> Разумеется информация должна предоставляться в систематизированном виде и в виде аналитических материалов.

<sup>2</sup> Например, Администрация Санкт-Петербурга привлекла Целевой благотворительный фонд «Ночлежка», а позднее СПб РБОО «Ночлежка» к разработке и экспертизе проектов законодательных и иных нормативных актов, направленных на решение проблемы бездомности.

государственными и муниципальными учреждениями. Однако вне зависимости от используемых методов, необходимо руководствоваться следующими принципами и правилами:

1. НГО — не младший брат, а равноправный партнёр.
2. Победа над представителями органов власти, их унижение — не цель и даже не средство. Цель — улучшить социальное, экономическое и правовое положение людей.
3. Компромисс и бескомпромиссность хороши в меру. Компромисс возможен лишь до тех пор, пока он не идёт в ущерб клиентам или не ведёт к «потере лица». Бескомпромиссность необходима, когда речь идёт о правах человека, соответствии духу и букве закона или основополагающих принципах. Не следует уподобляться ни марионетке, дёргающейся при каждом рывке любой нитки, ни старой газетной тумбе, которая много лет стоит на одном месте и уже не столько информирует население, сколько мешает возросшему за эти годы потоку пешеходов.
4. Ведите гибкую политику. В зависимости от целей и ситуации меняйте тактику, методы, подходы, решения. Сочетайте тактики.
5. Используйте органы власти и их функционеров как источник информации по интересующим Вас вопросам<sup>1</sup>.
6. Будьте честны и открыты, не создавайте вокруг себя завесу тайны, активно распространяйте свою информацию.
7. Решение, принятое органами власти, — ещё не решение проблемы. Если добились принятия какого-либо акта, проследите и за реализацией, добивайтесь неукоснительного исполнения<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Пользуйтесь не только официальными каналами информации, а и личными контактами с представителями власти. Если хотите получить не только официальную информацию, целесообразно руководствоваться принципами, рекомендованными Ходзуми Одзакэ членам группы Р. Зорге: «Никогда не нужно показывать, что Вы хотите получить от собеседника интересующие Вас сведения. Люди, особенно занимающие важные посты, просто откажутся разговаривать с Вами, если у них возникнет хоть малейшее подозрение о Вашем намерении добыть ту или иную информацию. Если же Вам, напротив, удастся создать впечатление, что Вы знаете гораздо больше, чем Ваш потенциальный источник, он сам с улыбкой выложит Вам всё, что ему известно. Очень важно быть настоящим специалистом в какой-либо области. Прежде всего, следует добиться доверия и, конечно же, уметь сохранить его со стороны тех, кого Вы используете в качестве источника информации. Нельзя быть хорошим разведчиком, если одновременно не являешься ценным источником информации для других. Этого можно достичь только непрерывным пополнением своих знаний и опыта».

8. Делайте предложения и давайте обещания, только если они выполнимы.

9. Будьте вежливы и корректны, как бы трудно не было иногда.

10. Не вступайте с чиновниками в полемику по вопросам, не относящимся к делу.

11. Не давайте втягивать себя в аппаратные игры, а также в дела, не связанные с вашей миссией<sup>2</sup>.

12. Не увлекайтесь манипулированием представителями органов власти, не спекулируйте на проблемах (это рано или поздно обнаружится и будет иметь для Вас отрицательные последствия). Будьте актуализаторами.

13. Творчество обязательно! Человек, играющий в шахматы строго по учебнику, никогда не выиграет серьёзного соревнования. Ваша тактика и методы должны содержать свои изюминки, из которых складывается индивидуальный стиль.

---

<sup>1</sup> *Supervacuum esset leges condere, nisi esset qui leges tueretur (лат.)* — излишне издавать законы, если эти законы, будучи изданными, не будут проводиться в жизнь.

<sup>2</sup> Власти могут применять к «неудобным» НГО тактику «поглощения», вовлекая в свои аппаратные игры и «разборки», а также привлекая к участию в заведомо безрезультатных делах, вроде пресловутого «Гражданского Форума», которые отнимают массу времени, сил и средств, и, в итоге, отвлекают организацию от её работы и реализации мероприятий по оказанию влияния на органы власти.

## **Главы из книги «Психодинамические аспекты аддикции»**

*под редакцией*

**Мартина Веегмана,**

*Служба помощи наркозависимым, Гейтхаус, Миддлсекс и*

**Роберта Кохена,**

*Госпиталь Хомертон, Лондон*

© Перевод с английского

**В. Гаврилов, 2005**

### **The psychodynamics of addiction**

Edited by

Martin Weegmann BA (Hons), DipClinPsych,  
M InstGA Gatehouse Drug Service, Middlesex  
and

Robert Cohen MA, MBBS, MrcPsych  
Homerton Hospital, London.

Whurr Publishers, London and Philadelphia, 2002

### **Психодинамические аспекты предотвращения рецидивов при терапии наркозависимого поведения**

*Шамиль Ванигаратне и Френсис Кини*

Psychodynamic aspects of relapse prevention  
in the treatment of addictive behaviours

Sh. Wanigaratne, F. Keaney

### **Введение**

Рецидивы являются самым частым осложнением при лечении наркозависимости (Hunt et al., 1971). Рецидивы выступают также главной темой при обсуждении наркозависимости; как писал Госсоп (Gossop, 1989), «наркозависимость представляет собой рецидивное состояние». Возможно, такими, явно негативными результатами отчасти и объясняется общий пессимистический настрой в отношении к лечению наркомании. Возникающее при этом ощущение бесперспективности влияет на позицию во многих вопросах, таких, например, как приём наркозависимых индивидуумов на лечение,

исследование и разработка новых терапевтических подходов, решение специалистов ряда отраслей науки не работать в этой области. Ещё одним примером служит тот факт, что врачи общей практики отказываются участвовать в совместной терапии даже таких пациентов, которые имеют минимальные нарушения вследствие наркозависимости. Распространённое среди психоаналитиков представление о том, что большинство наркозависимых индивидуумов «неизлечимы», тоже может быть следствием этого пессимистического настроения. В некоторых психотерапевтических отделениях приняты такие правила, что стать их клиентами могут только те, кто полностью воздерживался от употребления наркотиков в течение определённого срока, вплоть до двух лет. То есть отвергается сама идея о том, что возможно более раннее психотерапевтическое вмешательство или хотя бы обследование. Можно утверждать, что влияние такой точки зрения выходит за пределы сферы психодинамических подходов, распространяясь на сферу психотерапии в целом, где сложилась заниженная оценка диапазона возможных методов психологической помощи в этой области. Однако такие терапевтические подходы, как предотвращение рецидивов (Marlatt and Gordon, 1985), мотивационные собеседования (Miller and Rollnick, 1991), когнитивная психотерапия (Beck et al., 1993) и психотерапия, сосредоточенная на решении проблем (Cade and O'Hanlon, 1993), вносят свой вклад в расширение диапазона психологических методов при терапии наркозависимости. Такие подходы помогают также объединить различные терапевтические позиции, выступая связующим звеном между различными концептуальными системами. Глава посвящена изучению когнитивно-поведенческого подхода, названного «предотвращение рецидивов», а также выявлению того, как он соотносится с психодинамическими подходами. Мы постараемся обосновать комбинированный (интегрированный) подход, сочетающий подход «предотвращения рецидивов» и психодинамическую терапию в рамках модели ступенчатой помощи (Wanigaratne, 1997). Будет также рассмотрено несколько традиционных доктрин в сфере психодинамики, которые могут препятствовать развитию теории и практики в этой области, и приведено обоснование более практичного и целостного (междоктринального) подхода. И, наконец, мы подчеркиваем значение специалиста по психодинамике (супервайзера), который курировал бы персонал, осуществляющий различные психотерапевтические процедуры в этой области.

## Теоретические аспекты

### Парадоксы психодинамических подходов к терапии наркозависимости

Общепризнано, что попытки теоретиков и практиков психоанализа, особенно в Британии, внести хоть сколько-то существенный вклад в теорию наркозависимости были неудачны. В своём обзоре Хоппер (Hopper, 1995), британский психоаналитик, признаёт, что «вклад такой точки зрения в теоретическое и концептуальное развитие этой области был минимальным». С другой стороны, в практике терапии широко понимаемая психодинамическая теория имела и продолжает иметь немалое значение. Основопологающим допущением, начиная с 1960-х, 70-х гг. и далее, для многих практиков было то, что наркозависимый индивидуум может прийти к абстиненции через процесс замещения благодаря психотерапевтическим взаимоотношениям с наркологом. Консультации, ставшие одним из основных терапевтических подходов, опирались на достаточно свободные психодинамические предпосылки, но зачастую осуществлялись индивидуумами, слабо подготовленными или вовсе не имеющими формального образования в области психодинамической теории, и со слабыми кураторами. Можно утверждать, что в значительной степени эти консультации проходили под флагом роджеризма, фактически без учёта лежащих в их основе психодинамических процессов. Как и в большинстве других школ психотерапии, в этих роджеризанских представлениях о консультациях до настоящего времени нет конкретной, опознаваемой теории или модели наркозависимости. Впрочем, такая концепция Карла Роджерса, как «искажённая символизация» (Rogers, 1951), охватывает широкий круг идей, объясняющих, каким образом у индивидуума может возникнуть приверженность такому поведению и привязанность к таким объектам, которые в конечном счёте оказываются для него деструктивными, хотя на ранней стадии приносят кажущиеся выгоды. Психодинамические процессы, например, процессы переноса, контрпереноса, проекции, проективного отождествления и отрицания, всегда будут играть свою роль в консультационных взаимоотношениях, но при отсутствии адекватного куратора или проработанной теоретической основы могут привести к неудачам и коллизиям. Без надлежащего контроля они могут принести вред как пациенту, так и консультанту. Ещё один парадокс заключается в том, что многие психотерапевты неохотно работают с наркозависимыми пациентами, которых считают необычайно трудными, но в то же самое время наблюдается

взрыв интереса психотерапевтов к работе с пациентами, имеющими пограничные расстройства, хотя эти пациенты считаются не менее трудными. Значительное сходство характеристик и симптоматики этих двух категорий пациентов с психоаналитической точки зрения было признано теоретиками лишь в самое последнее время (De Zulueta, 1993; Hopper, 1995).

### **Теоретические вопросы и барьеры для интеграции**

Ранние классические представления психоаналитиков о наркозависимости зачастую возникали как экстраполяция, опирающаяся на опыт лечения лишь небольшого числа индивидуумов на частных психоаналитических сеансах. Такие авторы, как Абрахам (Abraham, 1908) и Радо (Rado, 1933), основываясь на фрейдовской (Freud, 1905) теории либидо, указывали на удовлетворение либидоносных (направленных на удовольствие) или агрессивных стремлений с помощью приёма наркотиков. Наркотики и практические особенности их употребления приобретают важное символическое значение, связанное с ранними фиксациями или с регрессиями. Можно вспомнить, что сам Фрейд (Freud, 1905; 1928) строил умозрительные предположения о связи между наркозависимостью и мастурбацией, рассматриваемой как разновидность первичной зависимости. Ложно направленные или подавленные стремления, таким образом, рассматриваются как источник зависимости.

К сожалению, эти ранние представления имеют тенденцию укореняться в мышлении и влиять на позднейшие психоаналитические теории, как, например, утверждение, что наркозависимость по существу является извращением, и даже связана с предполагаемым внутренним конфликтом из-за гомосексуальности (Hopper, 1995). Во многих отношениях воззрения Хоппера возвращают нас к ранним идеям Фрейда (Freud, 1905) и Абрахама (Abraham, 1908).

Подобные теоретические взгляды обычно обосновывались лишь отдельными случаями из практики, а не систематическими исследованиями, этиологическими или эпидемиологическими. Валидность таких единичных наблюдений редко ставилась под сомнение психоаналитическим сообществом того времени. Когда эпизодические наблюдения ложились в основу теорий, это, как мы полагаем, создавало барьеры и препятствовало гибкости в подходах, что тормозило развитие психодинамических воззрений в отношении наркомании, особенно в Британии. Теории и жесткие позиции, которых придерживается ряд психоаналитиков, не только оказываются препятст-

вием для интеграции различных терапевтических подходов, но также мешают исследованиям, направленным на выявление истинной природы наркозависимости.

Тем не менее, в ряде более близких к современности психоаналитических работ (например, Horner, 1995) появляются достаточно яркие исследовательские идеи, такие как связь с травмирующими переживаниями и ранними ситуациями, в которых возникало ощущение беспомощности. Как пишет Хорнер, «выдвигается также гипотеза, что синдром наркозависимости ассоциируется с жизненными траекториями, которые возникают в контексте травматогенного процесса». Тем самым данные психодинамики объединяются с накапливающимся массивом экспериментальных данных в других областях психологии, в нейрехимии и неврологии, и устанавливается связь между наркоманией и личностными расстройствами как проявлениями посттравматического синдрома.

Представляется, что в Соединённых Штатах был выработан более прагматичный и целостный подход, принятый и психоаналитиками, и психотерапевтами, который открывает больше возможностей для дальнейшей интеграции (Khantzian et al., 1990; Kaufman, 1994; Keller, 1996). Новые американские разработки в этой области, хотя по-прежнему подчёркивают значение абстиненции, больше ориентированы на подход «здесь и сейчас», с акцентом на рабочие взаимоотношения между наркозависимым индивидуумом и психотерапевтом, а не на работу с вытеснённым в подсознание материалом (Keller, 1996). В этих современных американских психоаналитических воззрениях, не сосредоточенных более на либидоносных и регрессивных аспектах наркомании, основное внимание уделяется изъянам в эмоциональной сфере и структурах личности, ответственных за регулирование и поддержание самооценки, заботы о себе и межличностных отношений.

Традиционное требование психоаналитических терапевтов, чтобы наркозависимые индивидуумы были свободны от наркозависимого поведения в течение последнего времени, вплоть до двух лет, основывалось на том предположении, что у клиента должна быть достаточная сила «эго», чтобы проходить психоаналитическую терапию. Хотя в поддержку этой позиции могут существовать серьёзные клинические соображения, догматическая приверженность ей, возможно, помешает получить помощь значительному числу наркозависимых индивидуумов, которые хотели бы решить свои базовые, изначальные проблемы.

## Описание модели Марлатта и Гордона

Когнитивно-поведенческая модель, разработанная Марлаттом и Гордоном, представляла собой попытку объединить несхожие теоретические воззрения и различные терапевтические подходы (Marlatt and Gordon, 1980; Marlatt, 1982; Marlatt and Gordon, 1985). Это модель всесторонняя и целостная, чем выгодно отличается от других известных в этой области. В концептуальном отношении она соединяет условно-рефлекторные теории, теорию социального научения, социальную психологию, когнитивную психологию и буддистскую философию. Стремление избегать крайностей (средний путь), то есть не дать вернуться неуравновешенности в образе жизни, уйти от дихотомии «абстиненция/рецидив», появление понятия оплошностей или срывов иллюстрируют это влияние Востока. Концептуальная новизна модели Марлатта состояла в том, что рецидивы в ней рассматриваются как процесс, который может протекать на протяжении долгого времени, а не просто как проявления квазирефлекторного поведения.

Ключевые концепции этой когнитивно-поведенческой модели таковы:

С тех пор, как индивидуум принял решение изменить в лучшую сторону наркозависимое поведение или изменил его, такое положение дел сохраняется, пока он не столкнется с ситуацией высокого риска (СВР). Ситуация высокого риска определяется как любая ситуация или эмоциональное состояние (настроение), при которых возникает угроза для решимости продолжать измененное поведение. Для индивидуума это, по всей видимости, будут ситуации, связанные с рецидивами. Чаще всего ситуации высокого риска характеризуются такими чертами, как негативный настрой, социальное давление, межличностные конфликты, негативное физическое состояние, а также некоторые позитивные эмоциональные состояния (Cummins et al., 1980). На следующей стадии модель рассматривает способность индивидуума преодолевать ситуации высокого риска, особо выделяя его самостоятельность в этом процессе. Если индивидуум справился с ситуацией, его способность самостоятельно решать проблемы улучшается, а вероятность рецидива становится меньше. Если индивидуум не справился с ситуацией, происходит прямо противоположное. Согласно модели, несостоятельность в ситуации высокого риска инициирует ряд когнитивных процессов, таких, как конфликт из-за непоследовательности, последствия наруше-

ния правил, ожидание позитивного результата наркозависимого поведения и снижение самостоятельности. Совместное действие этих факторов способствует рецидиву. В модели подчеркивается, что рецидив — это процесс, и что начальный эксцесс (срыв) является его частью, но сам по себе ещё не рецидив. Описанная выше первая часть теории Марлатта и Гордона (Marlatt and Gordon, 1985) относится главным образом к периоду непосредственно после прекращения или сознательного изменения наркозависимого поведения. Вторая часть теории посвящена вопросам закрепления изменений на длительный срок. Неуравновешенный образ жизни, когда способность противостоять повседневным стрессорам с помощью урегулирующих адаптивных механизмов и стратегий недостаточна, рассматривается как фундаментальный фактор, препятствующий долговременному сохранению измененного поведения. Из-за неуравновешенного образа жизни возникают когнитивного характера осложнения, такие, как проблема немедленного удовлетворения (ПНУ), ожидания позитивного результата (ОПР), отрицание, рационализации и кажущиеся неуместными решения (КНР), которые увеличивают вероятность рецидива или провоцируют для индивидуума ситуации высокого риска.

Несмотря на то, что это модель когнитивно-поведенческого типа, присутствие в ней концепций рационализаций и отрицания, которые, несомненно, заимствованы из психодинамического мышления, демонстрируют её целостный и всесторонний характер. Можно также утверждать, что КНР, которые рассматриваются как сознательные когнитивные процессы, по сути, находятся на границе между сознательным и подсознательным. Келлер (Keller, 1996) отмечает сходство КНР с психодинамическими процессами, такими, как рационализация.

Основанное на этой модели психотерапевтическое вмешательство, то есть предотвращение рецидивов, должно содержать элементы, которые улучшают понимание индивидуумом ведущих к рецидиву процессов в целом и его личных особенностей в этом вопросе. Выявить последние поможет изучение характера его предыдущих рецидивов. Повышение осознанности, или инсайт, предполагают также обсуждение в целом как сильных и слабых сторон индивидуума, так и его стратегий урегулирования проблем. В данном контексте повысить осознанность — означает помочь индивидууму лучше понимать сознательные процессы («снять с автопилота»). Однако недооценку

значения подсознательных процессов в повышении осознанности можно считать серьёзным изъяном модели. В действительности, повышение осознанности собственного поведения, понимание его индивидуальных особенностей неизбежно предполагает развертывание подсознательных процессов, уделяется ли этому внимание в психотерапевтической работе или нет. Это существенное упущение может послужить ещё одним примером, к чему приводит поляризация подходов, когда придерживающиеся одной позиции отрицают существование другой, вместо того чтобы выработать объединяющую точку зрения. Предотвращение рецидивов требует развития у индивидуума (по типу освоения навыков) специфических урегулирующих стратегий для ситуаций высокого риска и более общих (глобальных) стратегий, которые были бы нацелены на проблемы неуравновешенного образа жизни и скрытых предпосылок рецидива. Хорошая программа предотвращения рецидивов должна включать в себя все перечисленные элементы и вселять в индивидуума чувства подготовленности и уверенности, сходные с теми, какие появляются у прошедших хорошую программу «пожарных учений» или «учебных пожарных тревог» (Wanigaratne et al., 1990). Для рассматриваемых в этой модели общих (глобальных) стратегий вполне пригодна психотерапия или психотерапевтические взаимоотношения, равно как и посещение групп взаимопомощи (таких как «12 шагов»).

### **Интегрированный подход «ступенчатой помощи»: решение проблемы**

Возможное решение как проблем предотвращения рецидивов, так и поднятых в этой главе проблем из концептуальной сферы состоит в том, чтобы применять в терапии наркозависимости целостный, интегрированный подход. Описанная ниже модель ступенчатой помощи при терапии героиновой зависимости (Wanigaratne, 1997) не только предлагает решение многих проблем, возникающих в области профилактики рецидивов, но открывает также перспективу помещения в соответствующий контекст значительной части психотерапевтического вмешательства, осуществляемого при лечении наркозависимого поведения. Концепция адекватной терапии или ступенчатой помощи не нова. Тем не менее попытки подлинного объединения моделей и вариантов терапии наркозависимости довольно редки. Подход «ступенчатой помощи» можно рассматривать как построение терапии наркозависимости в соответствии с вне-нейроадаптивной моделью наркозависимости по Орфорду (Orford,

1991). Модель Орфорда предполагает, что наркозависимость поддерживается факторами трёх типов, которые названы первичными, вторичными и третичными; они независимы от психобиологических факторов и могут действовать одновременно. Первичные факторы связаны с выгодами или с ожиданиями позитивного результата от наркозависимого поведения, вторичные усиливают приверженность такому поведению и искажают объективность самооценки (например, рационализации, отрицание), а к третичным факторам относится вред от наркозависимого поведения (утрата самоуважения, разрушение взаимоотношений, потеря работы), который может привести к интенсификации такого поведения (Orford et al., 1996). Возможно, при психотерапевтическом вмешательстве потребуется разделить эти факторы и работать с ними по отдельности, в порядке иерархии.

В модели ступенчатой помощи объединяются модель Орфорда (Orford, 1991), модель изменений (Prochaska et al., 1992), модель Марлатта и Гордона (Marlatt and Gordon, 1985), мотивационные собеседования (Miller and Rollnick, 1991), психотерапевтические подходы и тому подобное. Тем самым она снимает многие противоречия, возникающие из-за применения в терапии изолированных моделей. Кроме того, она аналогична подходу поэтапной помощи, недавно предложенному в американской психоаналитической литературе (Kaufman, 1994; Schlesinger and Robbins, 1983). Следует также учитывать, что она соответствует одному из фундаментальных принципов психоанализа — относительно работы сквозь (с помощью анализа) систему специфических оболочек защиты и резистентности, прикрывающих «эго» пациента (Freud 1923; Greenson 1967).

## Клинический аспект

### Случай МБ. Примеры интегрированного подхода

МБ (мужчина сорока с небольшим лет) был направлен в муниципальную наркологическую службу для обследования на предмет заместительной метадонной терапии. Его врач общей практики готов был выписывать метадон, зная, что это будет дезинтоксикация (режим снижения употребления), и терапия будет вестись совместно с наркологической службой. МБ ежедневно на протяжении четырёх лет наряду с каннабисом употреблял героин. Перед возникновением у него героиновой зависимости МБ в течение десяти лет страдал от алкогольной зависимости и несколько раз ложился в стационар для

курса дезинтоксикации<sup>1</sup>. Он не употреблял алкоголь пять лет. При обследовании выяснилось, что он ведёт неупорядоченный образ жизни, не заботится о себе в быту, плохо адаптирован. Он также описывал симптомы тревожности, агорафобии и социофобии. С учётом его образа жизни и приёма им наркотиков трудно было решить вопрос о возможности депрессии. За исключением распространителей наркотиков, МБ не имел социальных связей и социальной поддержки, жил практически в изоляции. Он не сообщил о какой-либо своей криминальной деятельности для покрытия расходов на приобретение наркотиков, сказав, что покупает их на средства социального страхования. Работы у него не было свыше четырёх лет. Во время собеседования он не хотел говорить ни о своём прошлом, ни о своих биографических данных, ограничившись замечанием, что никаких контактов с родственниками не поддерживает.

После обследования МБ был составлен договор, где формулировались условия его лечения. В описание лечения по договору входило, что МБ будет получать рецепты на заместительный препарат (метадон) в дозах, достаточных, чтобы первоначально поддержать его (предотвратить отказ от лечения), с ясным указанием на постепенное, по согласованию между сторонами, снижение доз в дальнейшем. МБ должен воздерживаться от употребления героина и любых других опиатов и в подтверждение этого должен по требованию сдавать анализ мочи. Он также должен регулярно встречаться с сотрудником наркологической службы (консультантом) и вести себя прилично и вежливо. Суть договора заключалась в следующем: если он не будет ходить на встречи с консультантом, если анализ мочи выявит признаки употребления опиатов, если он не будет вести себя прилично, то его врач общей практики перестанет выписывать ему рецепт, а наркологическая служба откажется иметь с ним дело.

Первую фазу лечения можно охарактеризовать как период стабилизации, когда его врач общей практики выписывал ему по рекомендации муниципальной наркологической службы большие дозы метадона. В соответствии с условиями договора, МБ приходил на консультации в наркологическую службу и по требованию сдавал анализы мочи. Поначалу посещение сеансов было нерегулярным, и анализы мочи свидетельствовали, что он продолжает употреблять героин. Во время сеансов он был не слишком общителен, на вопросы

---

<sup>1</sup> В русском языке слово «дезинтоксикация» чаще имеет другое значение; здесь имеется в виду комплексное (с психотерапией) лечение алкоголизма. — Прим. перев.

отвечал односложно, обнаруживая в отношениях с консультантом явные признаки резистентности. Он не скрывал, что ему был нужен только рецепт на метадон.

По истечении двухмесячного срока консультант обсудила с ним его успехи и сообщила, что, если не будет виден настоящий прогресс, то не представится возможным рекомендовать его врачу общей практики продлевать рецепт на метадон. На этой встрече было также решено, что, согласно договору, будет произведено первое снижение доз выписываемого метадона. В следующие четыре месяца МБ начал демонстрировать признаки настоящей стабилизации; посещаемость сеансов улучшилась, и, хотя он по-прежнему эпизодически употреблял героин, оказался в состоянии признаться в этом консультанту и сообщил об уменьшении числа таких случаев. Воспользовавшись сеансами консультаций по решению практических проблем, он сделал первый шаг для смены места жительства. Он по-прежнему не хотел рассказывать о своём прошлом и своей семье. За следующие шесть месяцев наиболее значительным достижением было то, что он смог переехать из старого жилья в скромную квартиру. Вскоре после переезда он начал сообщать о длительных периодах воздержания от героина, что подтверждалось результатами анализов. Дозы выписываемого метадона постепенно снизились до уровня, поддерживающего стабильность, — ниже которого МБ в то время не был готов шагнуть. Он также сообщил, что теперь больше заботится о себе в быту, отметив, что стал лучше питаться. Новая квартира предоставила ему возможность полностью самоизолироваться. Хотя это, безусловно, помогало ему уменьшить употребление наркотиков, его контакты с внешним миром свелись к минимуму, а его тревожность и симптомы фобий усиливались. Ясно было также, что существенно изменилось и его отношение к консультанту.

Психотерапевтические сеансы на этой стадии основывались на модели предотвращения рецидивов, и сохранялся подход типа «решение проблем». Произошедшие изменения и достижения обсуждались и признавались; сеансы были сосредоточены на лучшем осознании ситуаций высокого риска и на способах их урегулирования. Для сеансов также характерна была постановка целей. Даже при отсутствии углубленных психотерапевтических исследований очевидно было, что установилась выраженная зависимость от взаимоотношений с консультантом, и это является ключевым фактором в стабилизации МБ. Встречи происходили раз в две недели и длились в среднем по двадцать минут. МБ начал приходить на сеансы забла-

говременно, проявлял тревожность, когда консультанту доводилось отсутствовать или уйти в ежегодный отпуск. В этот период консультант установила, что, наряду с нарастанием симптомов тревожности, у МБ налицо все признаки клинической депрессии. С ним обсуждалось направление его к психиатру или клиническому психологу при наркологической службе, но он отказался от обоих вариантов.

Спустя восемнадцать месяцев после того, как ему было рекомендовано лечение в наркологической службе, МБ вдвое снизил дозы выписываемого метадона и перестал употреблять какие бы то ни было уличные наркотики. Его бытовая неряшливость существенно уменьшилась, однако психиатрическая симптоматика стала более выраженной. Примерно в это время он заявил консультанту, что хотел бы обсудить с психологом свои проблемы, но опасается, что из-за этого перестанет видеться с нею. После заверений, что любые изменения в его лечении будут с ним обсуждены, он согласился встретиться с психологом для обследования. Обследование выявило, что у него клиническая депрессия, и что его представления о себе, о мире и о будущем имеют весьма негативный характер. Ему трудно было представить себе в положительном свете своё будущее, то, чего он хотел бы добиться. Очевидно было, что ближайшей целью для него должно стать снятие дистресса. У него также имелась серьёзная проблема повышенной тревожности. Выходить из дома ему было комфортно только в темноте, так как он слишком смущался. Кроме того, он изменил образ жизни, так что ночью бодрствовал, а спал днём, за исключением тех дней, когда нужно было получать выплаты по социальному страхованию, идти за метадонем или встречаться с консультантом. Он всячески старался устроить так, чтобы все эти события приходились на один и тот же день. МБ был уверен, что разнообразные наркотики помогали ему переносить все тяготы, а теперь, когда он свёл их употребление к минимуму, ему очень трудно справляться с жизненными трудностями в целом и, особенно, со своими эмоциями. Он никак не мог себе представить, что способен будет не употреблять наркотики. Он оказался в состоянии кратко описать свою биографию и свою семью. Очевидно было, что это ему трудно.

В конце обследования ему было сказано, что психолог рад будет предложить ему фиксированное число сеансов с тем, чтобы сосредоточиться на его симптомах депрессии и тревожности. Ему было представлено рациональное обоснование когнитивной терапии и описание того, о чем будет идти речь. Ему было заявлено, что пол-

ная история его жизни и прошлых переживаний необходима, чтобы лучше понять его и его проблемы, и что такой рассказ можно считать обзором всей его жизни, обращением к прошлому, чтобы установить цели на будущее. Ему было сказано, что за ним останется право решать, что он раскроет, рассказывая свою историю, и сходным образом, как он воспользуется предоставленной ему возможностью посещать назначенные сеансы. Далее было разъяснено, что это означает: если он на любой стадии не захочет продолжать сеансы, это никоим образом не затронет продление его рецептов на метадон, и он волен выбирать, участвовать ли ему в этой трудной психотерапевтической работе. Ему также было сказано, что его встречи с консультантом продолжатся, но со взаимно согласованным снижением их частоты. Этот вопрос будет обсуждён спустя три месяца.

Следующая фаза лечения МБ длилась около двух лет. Она началась с психотерапевтического вмешательства, преимущественно поведенческого типа, направленного на совершенствование его распорядка и изменение режима дня. После того, как он пообщался с психологом, эта работа приняла более когнитивный оттенок; он вёл записи о своих негативных мыслях и преуспел в избавлении от части из них. Обсуждались рациональные обоснования когнитивной терапии и модель предотвращения рецидивов, и регулярно оценивалось значение проделанной работы. После того как он втянулся в психотерапевтический процесс, ему было также рекомендовано подробно рассказать о своём прошлом.

У МБ была старшая сестра и младший брат. Его отец работал в Сити<sup>1</sup> и был для него фигурой отдалённой. Очень близкие отношения сложились у МБ с матерью, которая умерла от рака, когда он был ребёнком. Через год после смерти матери отец вновь женился. МБ рассказал о своей абсолютной ненависти к мачехе с самого начала. В одиннадцать лет МБ послали учиться в интернат, расположенный не очень далеко от дома. Все его сводные братья и сестры на протяжении недели жили в интернате и приезжали домой на выходные. МБ ненавидел школу и оставил её вскоре после получения неполного среднего образования<sup>2</sup>. Поменяв несколько мест неквалифицированной работы по месту жительства, он в возрасте 18 лет покинул дом, чтобы найти работу в Лондоне. Он устроился в бухгалтерскую фирму практикантом. В тот период он начал сильно пить и через семь лет вынужден был расстаться с этой работой.

---

<sup>1</sup> То есть в крупном бизнесе. — Прим. перев.

<sup>2</sup> То есть в 15÷16 лет. — Прим. перев.

Затем он работал курьером на мотоцикле и ушёл, когда попал в серьёзную аварию. После этого он стал пить ещё больше. В течение следующих нескольких лет он три раза ложился в стационар на лечение. Со времени приезда в Лондон он попробовал разные наркотики, от ЛСД и кокаина до героина, однако без возникновения наркозависимости, хотя МБ признавал, что в этот период алкогольная зависимость у него была. У него дважды складывались взаимоотношения с женщинами, самые долгие — на протяжении двух лет. Ко времени этого своего рассказа МБ уже несколько лет не входил в контакт ни с одним из членов своей семьи. Он не вспомнил никаких травмирующих происшествий в своём детстве.

Рассказ занял несколько сеансов. МБ сломался и безудержно плакал, рассказывая о своей матери и её смерти. Он полагал, что не оплакал её смерть должным образом, и несколько сеансов были посвящены работе над этими чувствами. Глубоко укоренившаяся враждебность к мачехе и отцу была следующим наиболее значимым фактором в его эмоциональной жизни. Господствующим было чувство, что он, что бы ни делал, никак не мог угодить мачехе и отцу. Эти чувства и связанные с ними представления были исследованы в ряде сеансов. В этот период, за исключением одного или двух срывов с употреблением героина, употребление наркотиков у МБ полностью ограничивалось выписанным метадоном. Его слова подтверждались анализами мочи. Дозы выписанного метадона неуклонно снижались, но МБ отказался подумать о прекращении его употребления. По существу это означало, что он получает поддерживающие дозы.

Очевидно, хотя психотерапевтическая работа осуществлялась на основе когнитивно-поведенческого подхода и в рамках модели предотвращения рецидивов, терапевтические отношения имели также психодинамический аспект. Хотя анализ переноса не был основной целью терапии, невозможно отрицать, что перенос имел место. Работа с когнитивным материалом предполагает выявление смыслового содержания, с тем, чтобы модифицировать некоторые представления, убеждения и предпосылки клиента, что подразумевает также подсознательную мотивацию и интерпретацию. Ясно было, что в отношениях пациента с терапевтом присутствует элемент зависимости, и отчасти этот вопрос был решён с помощью снижения частоты сеансов. Первоначально один раз в неделю, но через некоторое время снизилась до раза в две недели. Когда улучшения в настроении и количестве принимаемых наркотиков стали устойчивыми, частота

сеансов, имевших характер наблюдения, была определена как один раз в месяц. Хотя предполагается, что когнитивно-поведенческая работа имеет ограниченные временные рамки, было сочтено целесообразным продолжить встречи с МБ в плане предотвращения рецидивов и закрепления изменений. Подбадривающие сеансы, то есть текущая поддержка, являются важными детерминантами закрепления изменений. Глупо было бы отрицать значение взаимоотношений между пациентом и психологом как важного фактора в улучшении состояния пациента. Продолжающийся контакт с пациентом рассматривался как психотерапевтический, в то время как снижение частоты сеансов должно было решить проблему зависимости. Следует также подчеркнуть, что работу психолога курировал психотерапевт, разбирающийся в психоанализе, так что вопросы зависимости и продолжения контактов регулярно обсуждались как с психоаналитической точки зрения, так и с точки зрения клинициста. Этот случай, особенно в том плане, что работу психолога курировал психоаналитик, иллюстрирует, каким образом модель ступенчатой помощи и подход предотвращения рецидивов могут служить связующими звеньями между психодинамическим подходом и другими известными в этой области подходами. На этом этапе лечения МБ добился такого успеха в преодолении проблемы своей тревожности и депрессии, что вновь начал работать, установил контакт с несколькими членами своей семьи и строил планы поступления в колледж. К концу этого периода у МБ было осложнение. Хотя срыва с употреблением наркотиков не произошло, наступил длительный период, когда вернулась депрессия. Симптомы тревожности не возобновлялись. В это время он указывал, что проделанная с психологом работа помогла ему осознать особенности своего мышления, и что он испытывает желание разобраться в своих чувствах. Ему было предложено направление в психотерапевтическое отделение местной больницы, и он с энтузиазмом согласился.

Было выписано направление в психотерапевтическое отделение с резюме пройденного МБ курса лечения и с уведомлением о продолжении приёма метадона по рецепту. В ответ психотерапевтическое отделение предложило МБ обследоваться у психоаналитика, что по времени совпало с переходом психолога на другое место работы.

### **Группа предотвращения рецидивов (ГПР)**

Распространённым способом предотвращения рецидивов является работа в группе. Обычно это происходит в виде организо-

ванного для группы закрытого типа курса, в котором число сеансов заранее определено и варьирует от шести до двадцати. Сеансы, как правило, проводятся раз в неделю и длятся от одного до трёх часов. Существуют примеры групп предотвращения рецидивов с большей длительностью сеансов, например, на целый день или уикенд (Wanigaratne et al., 1997). Нам известна встречающаяся раз в месяц ГПР, которая к настоящему времени работает уже несколько лет. В типичном случае сеансы посвящены темам и вопросам, связанным с ключевыми аспектами модели Марлатта и Гордона (Marlatt and Gordon, 1985), например, это сеансы по ситуациям высокого риска, по снижению тревожности, по когнитивным ошибкам, уравновешенности образа жизни и тому подобному. Чаще всего введение в тему делает ассистент, а затем разворачивается общее групповое обсуждение, в котором каждый участник может поделиться личным опытом.

Чтобы гарантировать, что участники понимают суть модели и знакомы с её ключевыми элементами, разъяснения ассистента обычно принимают дидактическую форму. Ассистент активен, уподобляясь учителю или наставнику, следуя инструкции, и направляя обсуждение так, чтобы достичь целей сеанса; в результате некоторые из спонтанных групповых процессов могут быть подавлены. Даже в случае самых коротких курсов предотвращения рецидивов бесполезно было бы отрицать существование на сеансах групповой динамики, а это является ещё одной причиной для того, чтобы организатор, выступающий в роли руководителя, не забывал об идеях психодинамики. Аспекты групповой динамики в работе ГПР большей частью игнорируются в литературе по предотвращению рецидивов. Они либо не считаются релевантными, либо рассматриваются как побочный эффект, ведь работа имеет преимущественно когнитивно-поведенческую направленность. Игнорирование психодинамических аспектов в работе группы предотвращения рецидивов, по всей видимости, не даёт полностью использовать потенциальные возможности этого подхода и может служить ещё одним примером недостаточной интегрированности различных психотерапевтических точек зрения в клинической работе. Интеграция в этой области может быть осуществлена рядом способов, например, работу ассистента с группой может курировать групповой психоаналитик, или в подготовку ассистента к работе с группой можно включить ту или иную форму обучения групповой терапии. Необходимо проделать большую работу (во встречном направлении, исходя из обеих тера-

певтических позиций) для исследования потенциальных возможностей интеграции, чтобы достичь максимальной эффективности в терапии страдающих зависимостью пациентов. Приведенное ниже краткое описание одной из групп предотвращения рецидивов служит иллюстрацией к некоторым поднятым здесь вопросам.

## Группа

Группа предотвращения рецидивов для лиц с алкогольными проблемами, с которой мы работали, состояла из клиентов на различных стадиях терапии, старающихся справиться с жизненными проблемами, возникающими при злоупотреблении алкоголем. В типичную группу могут входить клиенты, контролирующие свою зависимость, принимающие антабус (тетурам), только что прошедшие дезинтоксикацию, а также клиенты, долго державшиеся вплоть до недавнего рецидива.

Работа группы структурирована следующим образом: в первые десять минут каждому участнику отводится равное «эфирное время», главным образом для того, чтобы рассказать, как прошла для него неделя, и поднять какие-либо интересующие его вопросы, которые, возможно, будут признаны важными и проработаны на текущем сеансе. Следующая часть сеанса отводится на краткие поиски решения ряда проблем, чтобы сосредоточить внимание группы на настоящем и ориентировать её на будущее, как ближайшее, так и отдалённое. Затем обсуждается главная тема сеанса, например, ситуации высокого риска. Обычно это начинается с «мозгового штурма», чтобы выявить уровень подготовки и знаний участников, а также подобрать примеры из жизни. После чего читается небольшая лекция, сопровождаемая обсуждением, как теория соотносится с личным опытом клиентов, и, наконец, назначаются короткие домашние задания.

Группы имеют тенденцию повышать тревожность индивидуума, поэтому ассистенту необходимы умение и такт, чтобы помочь участникам снизить эту тревожность. Недавно пройденная дезинтоксикация или рецидив тоже предрасполагают к тревожности. Многие считают, что употребляемая для описания практики терминология (такие опорные слова, как «выпивка», «алкоголь», «дозы») влияет на их внутреннее состояние и повышает тревожность. У многих клиентов это их первый опыт участия в группе за вычетом «Анонимных алкоголиков» или «Анонимных наркоманов», и это для них неосвоенная территория. Однако хорошо структурированная группа снижает тре-

возможность; кроме того, перед включением в группу проводилось долгое вводное собеседование. Группа также предоставляла возможности для молчания и размышлений, несмотря на ограничения по времени. Психотерапевты старались добиться понимания характерных для групповой терапии подсознательных сил и процессов, в частности, в духе идей Байона (Bion, 1961).

Группа собиралась на полтора часа, с 11<sup>00</sup> до 12<sup>30</sup>. Сеанс был организован так:

- 11<sup>00</sup> Открытая десятиминутная дискуссия.
- 11<sup>10</sup> Короткое сосредотачивающее упражнение.
- 11<sup>25</sup> Один из терапевтов организует с клиентами «мозговой штурм» проблемы ситуаций высокого риска, при этом знакомит участников с теорией предотвращения рецидивов и подбирает примеры.
- 11<sup>55</sup> Примерно полчаса обсуждается, как справляться с ситуациями высокого риска.
- 12<sup>25</sup> В последние пять минут встречи выполняется короткое упражнение на релаксацию, и назначаются домашние задания.

Группу посещали пять мужчин и две женщины. Во время открытой дискуссии участники имели равные возможности рассказать, как прошла для них неделя, могли также поднять любой актуальный вопрос.

**Джеймс:** На выходные я стоял перед витриной магазина и вспоминал, как приятно бывало выпить.

**Мэри:** У меня была трудная неделя. Я не пью уже пять с половиной недель. Я вся на взводе, и мне трудно с мужем.

**Патрик** рассказал о «мыслях про выпивку и свою тоску» и добавил:

Когда выхожу на улицу, замечаю лунатиков вроде меня.

**Питер:** Мне нравится кайф без выпивки и наркотиков. Если не могу пить, как джентльмен, значит, я алкоголик.

**Джейн** рассказала о посещении своего адвоката для переговоров с бывшим мужем, о разрешении ему видеться с детьми:

Я после этого так затосковала, мне так захотелось... я не знала, как ещё снять напряжение».

Затем группа провела «мозговой штурм» на тему ситуаций высокого риска: телефонный разговор с приятелем, рутина, усталость, для расслабления, от скуки, когда все остальные пьют, от одиночест-

ва, от злости, на радостях, на семейных торжествах, в обществе пьяниц, при ожидании в аэропорту, когда уверен, что сможешь остановиться, на поминках. Затем участники делились опытом:

**Джеймс:** Когда я приходил в коктейль-бар, я собой не владел. Выпивал первый бокал — и понеслось.

**Мэри:** Мне нужен простор, покой; почувствовала себя бессильной — приняла четыре стакана вина.

**Патрик:** Когда мы с женой опять сошлись, у нас начались скандалы. Я топил свои чувства в вине.

**Питер:** Когда в кармане завелись деньги, это уже проблема.

**Джейн** (1 год трезвости) рассказала, что мать приезжала к ней погостить, и ей было тяжело, что мать на неё давит, нагнетает напряжённость.

**Энн** (3-я женщина) поделилась с участниками своим набором правил. Они таковы:

...если можешь не выпить, не пей; не пей, чтобы изменить самочувствие; если не можешь не выпить, делай это в компании. Группа перешла к обсуждению способов, как преодолеть ситуации высокого риска.

**Джеймс:** Это дало мне пищу для размышлений.

**Энн:** Друзья замечают, когда я дуюсь и чувствую обиду. У меня ситуации высокого риска связаны с семейными делами.

**Патрик** говорил о том, чтобы не вести себя как автомат, держаться в стороне и готовиться к таким событиям, как рождество, дни рождения и выплата налогов.

**Джейн** рассказала о своём намерении «сторониться своих собутельников и найти себе другое общество».

Снова заговорил **Патрик**, вспоминая трудные для себя времена, и как ему было плохо, и как много денег он сэкономил:

Я то и дело напоминаю себе о решении больше не пить.

**Энн** вспомнила, как ходила к «Анонимным алкоголикам» и общалась с людьми, у которых были те же самые проблемы. Обсуждался ещё ряд стратегий поведения в ситуациях высокого риска.

## **Применение психоаналитического мышления для описанной выше группы**

В таких ГПР проявляется обычная групповая динамика — такие процессы, как проекция, отождествление, поиски козла отпущения, коалиции среди участников и нападки на авторитет терапевта, зачастую в форме зависти. Тревожность группы снижается благодаря структурированию, однако продолжает существовать. Осведомлённость о том, как функционирует группа, помогает психотерапевту решать эти проблемы.

Значение психоаналитика, курирующего терапевтическую работу с индивидуумами и в группе

Еженедельные консультации психотерапевта для описанной выше группы оказались неоценимыми. Коммуникация с внутренним миром пациента, влияние подсознательного легко могут оказаться упущены из виду в суете оживленно работающей группы; куратор же способен исследовать подспудные процессы. Также могут быть исследованы возникающие у ассистентов неприятные чувства. Иными словами, работа куратора сдерживает тревожность у терапевтов, ведущих группу.

## **Заключение**

Выдвинуто предположение, что когнитивно-поведенческий подход к предотвращению рецидивов, осуществляемый в контексте «ступенчатой помощи», помогает объединить терапевтические методы, основанные на различных теоретических направлениях в области наркозависимости. Модель ступенчатой помощи открывает путь к развитию, поскольку может служить концептуальной схемой, позволяющей клиницистам избежать ловушки мышления по типу «всё или ничего». Мы полагаем, что некоторые из самых современных подходов способствуют углублению понимания и большей гибкости в работе с наркозависимыми пациентами. Работы Кристала (Krystal, 1982), Ханцзяна (Khantzian, 1990), Кауфмана (Kaufman, 1994) и Келлера (Keller, 1996) можно назвать примерами концептуализации, которая является достаточно гибкой и хорошо согласуется с предложенной моделью ступенчатой помощи. Работу Келлера можно особо отметить как связующее звено между психодинамическим подходом и подходом предотвращения рецидивов. Подход, предусматривающий место для когнитивно-поведенческих методов, особенно на ранних стадиях терапии, может также способствовать

гибкости в отношении минимального<sup>1</sup> периода воздержания, на котором настаивают многие ориентированные на психоанализ терапевты.

Подход «ступенчатой помощи» может также помочь психотерапевтам примириться с «потолком», то есть пределом уровня функциональности, которого достигают их клиенты. Можно сказать, что в области наркомании из 100 обследованных лишь незначительное меньшинство пригодно для психодинамической терапии, но, вероятно, более чем 50 удастся помочь в рамках когнитивно-поведенческого и других психотерапевтических подходов. Остальным показано только соматическое лечение, заместительная терапия и чисто поведенческие подходы. Предотвращение рецидивов и другие когнитивно-поведенческие подходы могут помочь первичным пациентам перейти к терапии, больше ориентированной на инсайты, что иллюстрирует описанный выше случай МБ. Интегрированные подходы, такие, как предотвращение рецидивов, должны подготовить почву для уничтожения барьеров в психотерапии и исследованиях. Это не может не привести к таким достижениям в методологии и практике, которые помогут клиницистам в их попытках уменьшить дистресс, испытываемый наркозависимыми индивидуумами.

---

<sup>1</sup> Предшествующего психотерапии. — Прим. перев.

## **В поисках надёжного демпфера: психологическое руководство персоналом в наркологическом отделении**

*Роберт Хейл*

In search of a reliable container: staff supervision at a DDU

Robert Hale

Статья «В поисках надёжного демпфера» была написана за год до того, как я перестал вести консультации в наркологическом отделении. В ней рассматриваются способы, которыми наркозависимые ищут «демпфер» — иногда только в наркотиках, а иногда и в наркологической клинике тоже. Затем рассматривается напряжение, в котором работает персонал отделения, и необходимые ему средства демпфирования.

Позвольте начать с описаний.

### **Клиника**

Клиника, в которой я работаю психоаналитиком, составляет часть большой больницы общего профиля, расположенной в центральном Лондоне вблизи железнодорожного вокзала. Здание стоит на отшибе и представляет собой недолговечную панельную конструкцию; оно уже отжило свой век. Можно сказать, что в этом отразилось отношение к нам больничной администрации — отмирающая специальность... Остальные отделения, в том числе психиатрическое, размещены в солидных, совершенно новых зданиях, и ленточку в них перерезала королева. Я, однако, думаю, что дело несколько сложнее. Очевидно, что в глазах медицинского мира это его периферийная область, но не исключено, что именно в ней нуждаются наркозависимые, точнее, её они могут вынести. Подробнее об этом позже.

У нас амбулаторная клиника, открытая по будням с 9 утра до 6 вечера. Персонал состоит из восьми медсестёр со специализацией в психиатрии, двух врачей, двух социальных работников, одного трудотерапевта и двух секретарш. Я прихожу раз в неделю на час и делал это на протяжении последних тринадцати лет. Все обращаются друг к другу по именам; нередко я даже забываю фамилии коллег. Меня приглашают на встречи Рождества, но я не хожу. В приемной играет поп-музыка, повсюду стоят пепельницы (в учреждениях на-

ционального здравоохранения курить запрещено), и развешены плакаты о группах взаимопомощи для больных СПИДом и матерей-одиночек, а также о социальных пособиях. Пациенты обращаются к нам по направлению других врачей или социальных работников, либо самостоятельно. Большинство из них сидит на героине, который они покупают на улице и, как правило, вводят шприцем. Клиника имеет право выписывать рецепты. Пациенты получают здесь рецепт на метадон перорально, который приобретают в аптеках по месту жительства. Идея заключается в том, чтобы предложить им программу снижения вреда и еженедельную поддерживающую психотерапию в надежде, что они станут образцовыми, не употребляющими наркотиков гражданами. В реальности зачастую все иначе. У большинства пациентов долгая история наркозависимости со многими попытками отвыкания, иногда в нашей клинике, чаще в других. Нередко они проходили дезинтоксикацию в каком-либо стационаре в рамках общей программы, согласно которой получают поддерживающую терапию в нашей клинике амбулаторно после выписки из стационара.

## Метадоновая программа снижения вреда

Прежде чем пациент допускается к метадоновой программе, он должен сдать анализ мочи, с помощью которого определяются различные наркотические средства — опиаты, барбитураты, бензодиазепины и тому подобные — и регистрируется их уровень. После того, как заведена карточка с рассказом пациента, ему назначается попечитель (лечащий врач), с которым оговариваются дозы выписываемого метадона и сроки их снижения. Вся юридическая ответственность лежит на медицинском директоре. Клиника должна извещать министерство внутренних дел<sup>1</sup> о каждом новом пациенте, которому выписываются опиатные заместительные препараты. Все рецепты подписываются врачами и пересылаются из клиники по почте в аптечный распределитель. Пациенты ежедневно получают свои дозы в аптеке.

---

<sup>1</sup> Закон, требующий от всех медицинских работников сообщать в базу данных наркозависимости при министерстве внутренних дел обо всех встреченных ими наркоманах, аннулирован в Великобритании в 1997 г. В то время, когда была написана эта статья, он оставался в силе. Поэтому предложение не было убрано из текста (Прим. англ. ред.).

Многим то, о чем я рассказываю, покажется самоочевидным, скучным или давно известным. Прошу прощения. Но я так подробно это описываю по ряду причин. Во-первых, кто-то из читателей может быть не знаком с организацией наркологической помощи в Англии, а наша клиника во многих отношениях типична, хотя следует отметить, что в большинстве других клиник доминирует когнитивно-поведенческий подход. В наркологии работает ещё не больше двух психоаналитиков.

Во-вторых, мы осуществляем лишь психоаналитически грамотное (или отчасти грамотное) руководство пациентами. Мы дурачим сами себя, если думаем, будто бы мы работаем психоаналитически в рамках переноса, или выполняется хоть одно из нормальных правил и предписаний психоаналитической терапии. Мы занимаемся торговлей, принуждением, поддержкой, и по временам немножко размышляем вместе с пациентами.

В-третьих, — и это мой первый психоаналитический тезис — мы убеждены, что мы профессионалы в той или иной области, создаем организации и программы, которые удовлетворяют нуждам пациентов, клиентов, студентов и тому подобным. Думаю, это иллюзия. Я считаю, что систему создают пациенты-клиенты в соответствии со своими подсознательными потребностями, а мы в нашей роли профессионалов пытаемся, через проективное отождествление, удовлетворить эти потребности. Это верно в отношении больниц, школ, тюрем, домов престарелых и судов — практически любого нашего учреждения. Мы всегда будем реконструировать наши учреждения сотней тонких способов, чтобы удовлетворить эти подсознательные потребности. Чем больше связности в психопатологии клиентов, тем легче будет обнаружить в учреждении здоровое предназначение — например, в отделении больницы общего профиля или в доме для престарелых. Чем фрагментарнее психопатология клиентов, тем сильнее тенденция усложнения в структуре учреждения, и тем труднее обнаружить единственное предназначение. Самым крайним случаем здесь будет зал суда, где мы видим обвинителя, защитника, судью, присяжных, человека из комиссии по делам условно освобожденных, полицию, конвой, социального работника, свидетелей, секретаря суда и так далее. Каждый из них убеждён, что находится здесь в силу своей профессиональной принадлежности, чтобы удовлетворить потребности общества. Отчасти это верно, однако на самом деле они нужны для того, чтобы отобразить психологическую структуру обвиняемого, о которой тот не знает. Обвиняемому нужно,

чтобы все эти люди присутствовали на суде, иначе бы их здесь не было. Но он не мог бы сказать, что они ему нужны, потому что сам этого не знает.

## Роль наркологической клиники

Антон Обхольцер (Obholzer and Roberts, 1994) рассматривает национальное здравоохранение как систему защиты от страха смерти. Я хотел бы развить эту идею и полагаю, что 1) больницы общего профиля действительно служат защитой от смерти и умирания (и от потери близких, и от физической боли); 2) психиатрические больницы служат защитой от психологического распада, безумия и, до определённой степени, от безысходности; 3) суды и судебные психиатрические учреждения служат защитой от ущерба; ущерба для врожденного чувства справедливости.

Проблема наркологической клиники заключается в том, что она сочетает в себе элементы всех трёх этих типов учреждений, особенно третьего, но маскируется под второй или первый. Тогда не приходится удивляться, что больничная администрация размещает её на окраине и терпеть не может тратить на неё средства.

Сумбур продолжится, если мы обратимся к терминам, фигурирующим в названиях таких учреждений: наркомания, приём наркотиков, злоупотребление наркотическими препаратами, наркотическая зависимость. Каждый из них правилен, но все они отражают различные потребности пациента. Возможно, следует также добавить, что они отражают различные потребности профессионалов. Если взглянуть на практическую наркологию, она имеет очень мало общего с медициной, и ещё меньше — с психиатрией. И вот вопрос: почему тогда это клиника при больнице?

Самые здоровые индивидуумы вкладывают свои деньги и устанавливают с учреждениями строго определённые, организованные, взаимовыгодные отношения — примерами могут служить колледж старинного, уважаемого университета или религиозный орден. Наркоманы находятся на противоположном краю диапазона, их цель — уничтожить структуру, создать непримиримые противоречия и хаос, все испортить; обрушить на неё самое худшее и все же видеть её уцелевшей.

А если так, какое соотношение мы должны найти между внутренней психической структурой наркоманов, употреблением ими наркотиков и учреждениями в качестве демпфера для их тревожно-

сти? Следующий вопрос: что нужно учреждению, чтобы служить таким демпфером и уцелеть самому, и, если это выписывающая рецепты клиника, как быть с компромиссами и противоречиями, неотъемлемо присущими политике замещения наркотиков? Здесь я должен добавить, что не возражаю против этой политики.

Думаю, полезной исходной точкой будет «ядерный комплекс», который описывает Мервин Гляссер (Glasser, 1982; 1988). При этом он рассматривает ситуацию, когда индивидуум зажат в ловушке между своего рода клаустрофобией и агорафобией. Чрезмерное приближение к объекту означает втягивание, поглощение и, следовательно, уничтожение. Отдаление означает вечное отчуждение и опять же уничтожение. Таким образом, индивидуум живёт в узком безопасном коридоре и обзаводится средствами, с помощью которых регулирует удалённость от своего объекта. Гляссер рассматривает такую ситуацию на специфическом примере сексуального извращения, где само извращение и служит регулятором. Извращение приобретает следующие свойства: 1) оно физически, сексуально возбуждает; 2) оно неверно отождествляет эрогенные зоны и использует части тела для других целей, нежели те, для которых они предназначены биологически; 3) оно нарушает тот моральный кодекс, который сам извращенец признаёт; 4) доминирующие чувства — ненависть и месть, которые часто маскируются под сексуальное возбуждение (хотя, как указывает Гляссер, конечная цель состоит в том, чтобы воссоединиться с идеализированным — не идеальным — благим объектом); 5) извращение есть абсолютная защита индивидуума от негативных чувств — его *vade tecum*<sup>1</sup>, — оно присутствует сознательно или предсознательно, и к нему он в случае надобности всегда может прибегнуть (но даже такая защита не абсолютно надёжна); 6) если извращение не обеспечивает защиты, индивидууму остаётся только самоубийство или убийство для предохранения себя от тотального распада.

Извращение в качестве демпфера приобретает много функций и качеств, а необходимым для него условием является тот факт, что тело частично отделено от личности и используется как отдельный объект или отчасти объект.

Нетрудно видеть, насколько близка аналогия между наркоманом с его наркотиком и извращенцем с его извращением (я также

---

<sup>1</sup> (лат.), здесь: неизменный спутник, то, что всегда при себе. — Прим. перев.

полагаю, что правомерно рассматривать извращение как род сексуальной зависимости). Важно осознать, что наркозависимость есть форма бессознательного самовыражения. У наркомана яснее всего видны анестезирующие и затягивающие свойства наркотика.

## Причины посещения клиники

Так почему же наркоманы приходят в наркологическую клинику? Официальная точка зрения, которую они озвучивают — они хотят получить помощь для избавления от наркозависимости, а именно, пройти курс метадоновой терапии. Настоящие причины, конечно, сложнее. Думаю, что наркоманы обычно приходят, когда их возможности включать наркотик в свою защитную структуру оказываются под угрозой. На поверхностном уровне наркоману хочется иметь постоянный источник наркотиков, но для этого он должен перейти в зависимое положение, зависимое от клиники и её персонала. Это ужасает. Поэтому у наркоманов появляется защита от такого контроля — с помощью умышленной порчи объекта. Они покупают наркотики на улице, а рецепт продают и говорят в клинике, что рецепт случайно потерян или украден. Наркоманы кусают руку, которая их кормит. Это компромиссное подчинение. С одной стороны, наркоман пытается убить надежду у персонала и заменить её цинизмом. С другой стороны, он отчаянно надеется, что надежда не умрет, что объект уцелеет после его диверсий. И все это время в клинике, выдающей рецепты, царит компромисс. Мы знаем, что наши пациенты лгут нам. Мы стараемся им верить, но и наркоманы и персонал знают, что сказанное в договоре долгое время будет ложью. Возможно, компромисс начинается, прежде всего, с самой выдачи рецептов — мы потакаем их болезни, чтобы подкупить их, заманить в клинику в надежде, что отношения с психотерапевтом постепенно заменят, вытеснят отношения с наркотиком. Но, если бы мы не выписывали рецепты, помощи у нас искали бы очень немногие.

Опасность, однако, в том, что мы, выписывая рецепты, рискуем создать такую систему, которая не менее патологична, чем сама наркозависимость, и в том, что наше учреждение, сопротивляясь, словно наркоман, пониманию самого себя, будет сопротивляться и любым изменениям, развитию. Именно в этом отношении, как я полагаю, моё участие в работе клиники в качестве психоаналитика помогло сдерживать тенденции к искажению структуры, к уничтожению надежды, на смену которой приходит цинизм.

## Кризис в клинике

Впервые я появился в этом учреждении в момент кризиса. Главному консультанту пришла пора выходить на пенсию. Атмосфера была наполнена цинизмом и чувством разочарования, существовали подозрения, что кое-кто из персонала торгует рецептами. Заместитель серьёзно пострадал в автокатастрофе (без суицидных намерений). Само здание, которое часто осаждали наркоманы, потихоньку осыпалось.

Моим входным билетом было то, что меня попросили ставить официальную подпись на рецептах. В этой ситуации мне нужна была помощь старшей медсестры. Я её получил, и состоялся генеральный смотр работы персонала. Когда заместитель вернулся, его назначили главным консультантом, а я стал вести группу, ежедневно собирающуюся на обсуждения. В центре внимания были и остаются психодинамическое значение взаимодействия между наркозависимым индивидуумом и терапевтом, как представителем клиники, а также выявление глубины психопатологии пациента. Психоаналитик Гарольд Бриджер (Bridger, частная беседа) указывал, что любые усовершенствования в организации приживутся, только если есть поддержка сверху, с верхушки иерархии. За всё время моей работы в клинике я пользовался неизменной и горячей поддержкой со стороны главного консультанта. Он участвовал почти во всех сеансах. Время от времени мы с ним вдвоём обсуждали успехи консультаций.

Начальство медсестёр провело своё исследование и ввело новую систему. Медсестры теперь могли работать в клинике не более шести месяцев. Будто бы они получили условный приговор! Мы сосредоточили внимание на том, как эти нововведения отразятся на психотерапевтических отношениях с пациентами; что касается персонала, у него было два вида реакции — облегчение, что работать нужно только шесть месяцев, и сожаление, ведь многие заходили в свободное время поинтересоваться, как идут дела у их бывших пациентов. Персонал начал битву с начальством за право работать в клинике дольше. В конце концов, вернулись постоянные должности для людей, которые решили связать свою профессиональную судьбу с этой областью медицины.

В итоге таким людям пришлось сталкиваться с разочарованием пациентов, которым не становилось лучше. Эти люди вынуждены были изменить свои представления о целях терапии. Теперь они в гораздо большей степени рассматривали её как консервативное,

минимизирующее ущерб лечение, которое, однако, и само по себе есть дело стоящее. В ходе наших еженедельных обсуждений историй болезни мы продолжали, по заведенному порядку, выяснять, как пациенты относятся к своим попечителям терапевтам, как относятся к остальному персоналу клиники (и к другим учреждениям), а также, что наши сотрудники думают об отношениях каждого из них с пациентами.

## Прогресс

С тех пор прошло три или четыре года. Персонал работает в среднем по два года. Многие стали интересоваться, как устроен внутренний мир пациентов. Как случайно упомянул кто-то из них, они ищут свои собственные методы терапии.

Введена постоянная должность ещё одного врача, который самостоятельно занимается психоанализом.

Тем временем клиника переехала в другое, более вместительное и удобное, хотя тоже панельное здание, и все заняты устройством на новом месте. Похоже, у персонала появилась некоторая гордость за свою работу.

Озабоченность тем, как идут сеансы, напоминает ранние отношения матери и младенца. Правильно, что часто боятся опасностей, угрожающих детям. С усыновлением связано много проблем. Хотя я не давал интерпретаций общей тревожности в клинике, связанной с тем, что родилось что-то очень ценное и очень хрупкое, но все это и так сознают.

Остаётся проблема с тем, чтобы уничтожить разрушительные стремления пациентов, противостоять их агрессии против лечения и клиники. Проблемы стали обман и стремление манипулировать. Как можно работать с пациентом, когда не знаешь, не врёт ли он тебе? Как быть с ощущением собственного бессилия? Как отказывать без карательного уклона? Перенос и контрперенос могут быть названы и исследованы.

## Самосовершенствование персонала

Врачи практически не дают дидактических разъяснений, младший персонал сам всё выясняет — они обзавелись библиотекой. Может быть, это было предсказуемо, но сейчас всплыло, что три человека ходят на вводный курс по психотерапии.

Двое из них отвели меня в сторонку и попросили дать рекомендации для дальнейшего обучения.

Но не все идёт так легко. Два человека персонала, может быть, в качестве вызова мне лично, может быть, в качестве своеобразной реакции на сосредоточенность при наших обсуждениях историй болезни на негативном контрпереносе, зависти и деструктивных стремлениях, решили уйти. Они начали осуществлять программу семейной терапии, которая преобразовалась в программу когнитивной реструктуризации. Они возрождают у пациентов надежду, сосредотачиваясь на положительных аспектах в их поведении. Их цель — повысить весьма сильно пострадавшую самооценку клиента. Они считают, что исследования негативного переноса и контрпереноса уже сами по себе разрушительны.

Теперь проблемой для наркозависимых стал СПИД, и медицинское начальство решило разместить возле клиники пункт обмена шприцев. Я указал, что злоупотребление пациентов открывшейся удобной возможностью означает угрозу для их лечения и, косвенно, потакание этому со стороны персонала, смирившегося с ситуацией. Во главе угла всегда пациенты. После обращения к медицинскому начальству пункт обмена перевели в другое место.

Примерно через три года решено было провести семинар (в Тавистоке<sup>1</sup>, но совместно организованный) по психодинамике наркозависимости. Собрались семьдесят человек из лондонских наркологических клиник, были также гости из Рима. Два человека из нашего персонала — медсестра и социальный работник — зачитали свои доклады. Решено было проводить семинар ежегодно.

На обсуждениях историй болезни, похоже, возникает новая проблема — позитивного переноса, — с которой наш персонал, вероятно, знаком меньше. Скорее всего, здесь они будут чувствовать себя менее уверенно, чем в более очевидном случае переноса негативно-го. Позже была поднята ещё более опасная тема — эротического переноса и даже эротического контрпереноса в отношении некоторых пациентов. Персонал хочет, чтобы я помог понимать эти процессы, научил, что в таких случаях делать, и как разбираться в чувствах пациента и в чувствах персонала. Мы поговорили также об удовольствии, смущении и склонности к шуткам при обсуждении такого материала.

---

<sup>1</sup> Город в 10 км севернее Плимута. — Прим. перев.

Совсем недавно я пришёл чуть раньше и обнаружил, что руководитель социальных работников подвергается свирепому допросу менеджеров в связи с тем, что хотела на место ушедшего социального работника принять человека на полставки. Они были в ярости; наши социальные работники нужны им на полную ставку. Она ушла, «поджав хвост».

## Заключение

Как нам понимать то, что произошло?

Думаю, что это необычная форма консультаций. Это не группа Балинта. Это и не обычная консультационная группа. И не группа сенситивного тренинга для персонала. Это не только группа обсуждения историй болезни. По-моему, мы нашли способ узнать от пациентов, какой они хотят видеть клинику, и способ лучше объяснить персоналу, каким он должен быть в качестве составной части этой структуры. Проблем все ещё в избытке, но я ощущаю, что за последние тринадцать лет клиника в своём небезболезненном взрослении стала организацией, способной больше дать пациентам.

Думаю, моя роль заключалась в том, чтобы побудить персонал думать, научить, как быть, когда страдаешь от огорчений, разочарований и недостатка знаний. Они мучительно старались создать структуру, которая демпфировала бы и принимала реальность патологии пациентов, но больше не отображала бы её и не реагировала таким контрпродуктивным образом, как раньше.

Полагаю, что во многих отношениях клиника учится у своих пациентов, по аналогии со сказанным у Уинникотта (Winnicott, 1964), — что ребёнок иногда учит мать, как быть хорошей матерью. Но, по словам того же Уинникотта, «матери сами нуждаются в материнской опеке». Возможно, я подобен такой бабушке.

## **Формирование приверженности антиретровирусной терапии при ВИЧ**

*Институт лучших практик при СПИДе,  
июнь 2001*

(Фрагменты)

### **Руководящие принципы команды эффективного лечения**

- Включение всех дисциплин индивидуального плана лечения.
- Организация регулярных междисциплинарных встреч для координации ухода.
- Общение внутри команды и с участвующими службами (например, для лечения наркотической зависимости и психического здоровья) для того, чтобы раньше определить проблему.
- Предоставление информации пациентам и регулярное обсуждение индивидуального ухода с пациентом.

### **III. Начало лечения**

#### **Готовность к лечению**

Подготовка к формированию приверженности к назначенному лечению начинается до начала терапии. Последовательный подход к подготовке помогает сделать формирование приверженности частью регулярной помощи пациенту. Изучение как можно большего количества информации об истории болезни пациента. Его мнения, отношения к ВИЧ и лечению. Об источниках социальной поддержки, в дополнение к решению конкретных осложнений. Вроде адекватного размещения, отсутствия медицинской страховки, домашнего насилия, алкоголя и наркотиков, психических заболеваний и многих других осложняющих факторов, которые могут стать приоритетами в подготовке человека к потрясениям высокоактивной антиретровирусной терапии (АРВТ). Обсуждение этих элементов с пациентом может помочь определить потенциальные препятствия соблюдению лечения.

Прежде чем начинать лечение врач может предложить пациенту «тестовый» режим с использованием желе бобов и витаминов. После этого «первого пуска» доктор может выяснить, не было ли каких-либо проблем, не возникли ли вопросы. «Первый пуск» может быть даже продлён до тех пор, пока будут преодолены выявленные препятствия, пока и пациент и врач не почувствуют себя уверенными, что можно приступить к АРВТ.

## **Шаги врача для подготовки к лечению**

- Начать оценку возможности соблюдения лечения и консультирование на ранних стадиях помощи при ВИЧ.
- Определить возможные проблемы при принятии терапии.
- Предоставить адекватную информацию пациенту, просветить его о природе лечения и ВИЧ.
- Вовлечь пациента в разработку режима лечения.
- Учесть сопутствующие заболевания (например, диабет, гепатит С) до начала терапии, если возможно.

## **Начало АРВТ**

Вопрос о строгости соблюдения приёма препаратов как части жизни с ВИЧ-инфекцией должен обсуждаться с первых встреч врача и пациента в связи с возможным лечением. Если возможно, врач должен назначать режим приёма медицинских препаратов таким образом, чтобы он вписывался в образ жизни пациента, а не пытаться перестроить образ жизни пациента под этот режим. Прежде чем решать вопрос о начале АРВТ каждый пациент должен быть полностью осведомлён о ВИЧ и рекомендованных препаратах, включая побочные эффекты, взаимодействие с пищей, другими лекарствами, а также о важности приверженности лечению.

**История Розы (часть I).** Роза узнала о своём диагнозе — ВИЧ-инфекции 15 лет назад, когда ей было двадцать. Она продолжительное время подвергалась домашнему насилию и боролась с употреблением сильнодействующих веществ. Она жила с партнёром, который тоже был инфицирован ВИЧ. Кроме ВИЧ у неё был диабет, гипертензия и гепатит С. Роза была единственной опорой для своей престарелой и больной матери. До того, как она была включена в программу приверженности АРВТ, Роза уже пробовала несколько режимов АРВТ, но у неё были большие сложности с соблюдением режима лечения.

После шести первых месяцев нового режима лечения Роза включилась в программу приверженности терапии. Она посетила две сессии наставника соблюдения режима. Наставник обсудил с Розой значение приверженности режиму лечения и возможные медицинские последствия. Он также просветил её о циклах жизни вируса и о том, как вирус живёт и действует на организм. Роза договорилась с наставником об использовании системы мониторинга медицинских событий (СММС) в качестве поддерживающего инструмента. В ходе обсуждений с Розой графика приёма препаратов и её предпочтений,

наставник определил, что приём в полдень и в полночь будет наиболее подходящим для ежедневной двухразовой дозы, и настроил соответственно программу.

Люди, которые понимают предлагаемое им лечение и участвуют в принятии решений о нём, могут чувствовать, что они контролируют свою инфекцию. Участвуя в создании плана лечения, пациент легче сможет строго его соблюдать.

*После начала АРВТ приверженность пациента режиму лечения должна тщательно оцениваться во время каждого визита или посещения для раннего определения возможных препятствий.* Частые обсуждения последствий и поддержки могут помочь определить, предотвратить и разрешить проблемы, которые возникают в перерывах между посещениями.

Другие стратегии, которые могут помочь успешному началу лечения, включают:

- Привлечение case-менеджера до начала терапии.
- Определение комплекса сопутствующих медицинских и психических заболеваний и направление пациента к соответствующим специалистам для излечения к началу АРВ-терапии.
- Разработка и подписание контракта (плана) между врачом и пациентом о строгом соблюдении лечения.
- Просьба к пациенту повторить инструкции приёма препаратов.
- Предоставление письменной или печатной (иллюстрированной) информации о медицинских препаратах для терапии.
- Проведение индивидуальных или групповых образовательных сессий о здоровье и профилактике заболевания.
- Привлечение или улучшение социальной поддержки окружения человека. Социальная поддержка может быть предоставлена членами семьи, друзьями, братьями по несчастью или сотрудниками программы.

### **Всё внимание на начало терапии.**

#### **Медицинский центр Монтефьор**

Медицинский центр Монтефьор расположен в Бронксе. Его программа приверженности создана для обеспечения интенсивного обслуживания пациентов до начала и на ранних стадиях лечения. Пациенты получают медицинскую помощь в госпитальной Клинике инфекционных заболеваний.

До начала терапии пациент встречается один на один с членом команды поддержки приверженности. Вместе они разрабатывают

режим, который отвечал бы потребностям пациента, составляют план лечения, который вписывается в образ жизни пациента. Учитывают вопросы, которые могут повлиять на приверженность лечению. Если возможно, составленный режим также учитывает то, какие дозы и как могут совпадать с ежедневным режимом питания пациента, чтобы избежать взаимодействия пищи и препаратов.

В начале терапии программа приверженности включает 8-недельный период интенсивной интервенции. Гибкость — ключ к тому, чтобы учесть все потребности пациента. Во время интенсивной фазы пациенты часто встречаются с персоналом программы приверженности для консультаций. Встречи могут быть предложены в разных местах: в клинике, в общественной организации или у пациента на дому. Пациентам предлагается спектр инструментов, которые могут способствовать приверженности лечению, как правило, по 4 приспособления каждому пациенту. Ему объясняют, как ими пользоваться. Например, это может быть коробочка для таблеток, будильник для напоминания, график приёма лекарств и «товарищ», который поможет поддерживать связь с клиникой между плановыми посещениями, предоставить поддержку, напомнить пациенту о визитах в клинику и продолжении базового образования о соблюдении режима лечения.

Программа приверженности режиму лечения тесно связана с аптекой. Фармацевты предоставляют клиентам консультации о медицинских препаратах. Лекарства могут доставляться в разные места, включая дом пациента или общественную организацию. Аптека также предоставляет напоминания о пополнении лекарств и информирует программу приверженности лечению, если человек пропустил время пополнения его лекарств, не забрал препараты из аптеки.

После завершения интенсивного периода пациент вступает в период поддержки. График посещений сокращается до одного визита в квартал. Пациенты поощряются к посещениям между назначенными визитами за поддержкой или с вопросами по необходимости. Все поддерживающие услуги, которые были доступны сначала, доступны и в период поддержки. Пациенты могут воспользоваться ими по необходимости.

## IV. Стратегии. Инструменты и услуги для обеспечения приверженности лечению

Средства для строгого соблюдения режима очень полезны многим пациентам, включая: особую коробочку для лекарств, будильники или системы напоминания вроде телефонных звонков и органайзеров. Те, кто предоставляет помощь, могут предоставить эти средства пациентам и должны помочь включить их в режим поддержки приверженности лечению. Приспособления, которые используются в программе:

- **Коробочки для лекарств** — представляют собой контейнеры для хранения медицинских препаратов с особыми отделениями на каждый день, каждую ежедневную дозу. Некоторые аптеки поставляют лекарства уже в таких коробочках, заполненных соответствующими таблетками. У некоторых коробочек имеется извлекаемые отделения с запасом на целый день лечения, которые можно положить в карман или кошелек для соблюдения конфиденциальности и уменьшения неудобств ношения довольно большой коробки. Имеются коробочки с электронным напоминанием.

- **График приёма лекарств**, в виде изображения и названия препарата с дозой каждого. Графики приёма лекарств особенно могут помочь малограмотным пациентам.

- **Органайзеры** — это календари, которые помогают людям развить полезные привычки приёма лекарств, а также организовать встречи и другие обязательные мероприятия. Органайзеры могут помочь не пропустить запланированную встречу.

- **Индивидуальные образовательные материалы** могут быть разработаны в печатной, аудио и видео форматах и могут учитывать требования каждого пациента. Индивидуальные печатные материалы могут быть подготовлены на компьютере. Можно использовать цифровую камеру для представления изображений препаратов, предписанных для приёма в разное время дня с дозировкой.

- **Конфиденциальная услуга напоминания**, обычно компании, работающие через Интернет, посылают сообщения пациенту на мобильный телефон, пейджер или электронный адрес. Сообщения напоминают пациенту, когда и в каких дозах принимать лекарства, могут включать инструкции приёма препаратов, напоминания о визитах в клинику, других встречах и услугах.

- **«Товарищ»** помогает пациенту поддерживать приверженность режиму лечения, оказывает эмоциональную поддержку, напоминает о том, когда и какое лекарство принимать. Таким товарищем может

быть друг или член семьи, который помогает пациенту с соблюдением режима, может быть или не быть ВИЧ-инфицированным.

- **Ежедневник приёма препаратов** — это журнал, в который пациент записывает, когда он принял или не принял дозу и испытанные побочные эффекты. Записи в журнал могут помочь пациенту и врачу определить причины пропуска приёма лекарств и то, как этого избежать. Ежедневник приёма препаратов и является источником определения пропущенных доз.

- **Терапия прямого наблюдения (ТПН)** — это интенсивная программа, по которой пациенты принимают одну или несколько ежедневных доз под непосредственным наблюдением сотрудника программы приверженности лечению. Эта программа для людей с серьёзными проблемами в соблюдении лечения. Персонал может подготовить пациентов к выходным дням и праздникам, когда невозможно обеспечить прямое наблюдение. Пациентам отмеряются дозы, подготовленные для таких случаев. ТПН может осуществляться в разных местах: в клинике, общественной организации, в месте, где проводится программа лечения наркотической зависимости и у пациента дома. Пациенты могут прибегнуть к ТПН в любое время их участия в программе приверженности лечению. Пациенты могут выбрать эту программу, если у них имеется опыт сложностей с соблюдением режима или появились препятствия соблюдения режима. Некоторые ТПН программы, вроде той, что проводится в Медицинском центре Монтефьор, созданы специально для пациентов с проблемами соблюдения режима лечения. Фаза ТПН длится до 3 месяцев, с запланированными посещениями 5 дней в неделю в клинике или на дому. Каждый визит включает: обзор графика приёма лекарств и плана соблюдения режима, наблюдение за приёмом лекарств, подготовку дозы на вечер, выходные и праздничные дни.

Никакой набор инструментов не подойдёт всем. Необходимо учитывать потребности пациента и в совещательной манере обсудить их с пациентом. Выбор доступных инструментов следует объяснить и предложить пациенту лично и эти инструменты должны быть внедрены в ежедневную рутину пациента, в качестве дополнения к другим мероприятиям для приверженности режиму лечения.

**История Розы (часть II).** Через шесть недель после включения Розы в программу приверженности лечению у неё началось расстройство пищеварения и головные боли вследствие терапии. Она обратилась к персоналу программы, они передали её жалобы врачу для быстрых мер. Персонал программы приверженности терапии

навестил Розу дома, чтобы поддержать её в период расстройства и помочь ей продолжать строго соблюдать режим.

Вскоре после этого Роза пропустила запланированное посещение. Консультант приверженности лечению позвонил ей и назначил новую дату посещения. По телефону ей была оказана эмоциональная и образовательная поддержка. Когда Роза наконец пришла в клинику, она сообщила, что некоторые дозы приняла с опозданием. Она сказала, что в её жизни всё очень хаотично, потому что её мать находится в больнице. Ей дали карманный будильник, который напоминал бы ей о времени приёма препарата. Во время следующего визита она сообщила, что это помогло с соблюдением режима, хотя она чувствовала потерю аппетита и сильную усталость от слишком занятой жизни. Ей удалось получить консультацию специалиста по питанию в тот день, чтобы обсудить диету.

К восьмому визиту соблюдение режима значительно улучшилось, как и её биологические маркеры. В дополнение к другим небольшим поощрениям Розе вручили сертификат об успешном окончании интенсивного периода. Она перешла к ежеквартальному наблюдению.

## **V. Как можно оценить строгость соблюдения?**

Измерить приверженность лечению достаточно сложно, потому что ни один метод не даёт точной оценки. Некоторые мероприятия, которые для этого используются, включают: самоотчёт, электронные приборы мониторинга, подсчёт таблеток, измерение количества препарата в крови и оценка врачом. У всех этих методов есть свои достоинства и недостатки. Так как наилучший метод не найден важно использовать комплексный подход:

- **Самоотчёт** — отчёт самого пациента о строгости соблюдения им лечения. Обычно он преувеличивает строгость соблюдения. Однако самоотчёт может достаточно точно отображать приём препаратов, если между пациентом и врачом установились доверительные взаимоотношения. Выявленные пропуски приёма лекарств в последние 3 дня, неделю или месяц могут помочь оценить соблюдение режима. Однако пациент не всегда чувствует себя удобно, признаваясь врачу в том, что он пропустил приём дозы. Пациенты могут говорить врачу то, что, как они думают, он хочет от них услышать, а не о то, что произошло. Необходимо создать такую атмосферу в команде, оказывающей медицинскую помощь, в которой пациент может безопасно и удобно для себя рассказать о пропусках. Важно врачу для объек-

тивности оценки сделать вступление к самоотчету, чтобы избежать предвзятого отношения. Вот пример такого вступления:

*«Многие люди с ВИЧ принимают множество таблеток в разное время дня. Многим из них трудно не забыть принять свои лекарства. Мне важно понять, как на самом деле Вы принимаете свои лекарства. Не бойтесь сказать мне, что Вы не всегда принимаете все предписанные дозы. Я должен знать, что на самом деле происходит, а не то, что, как Вы думаете, я хочу от Вас услышать».*

Самоотчеты это самый практичный и доступный способ оценить строгое соблюдение режима лечения его также можно использовать для установления отношений сотрудничества между пациентом и врачом.

- **Биологические маркеры.** Так как целью АРВТ является снижение количества вирусов в кровотоке — вирусной нагрузки, её мониторинг может показать эффективность лечения. Однако у некоторых пациентов сохраняется высокая вирусная нагрузка, хотя они строго придерживаются медикаментозного режима. Проблемой может быть не то, что медикаменты принимаются неправильно, а то, что для этих пациентов эти лекарства неэффективны из-за плохого усвоения или устойчивости вируса к этим препаратам. Измерение уровня лекарства в крови не учитывает все факторы, а только последние дозы препарата. Сейчас доступны только дорогостоящие методики измерения уровня препарата в плазме, использование их для определения соблюдения медикаментозного режима ограничено.

## **VI. Установки программы приверженности лечению**

Программы приверженности лечению разрабатывались для разных условий от небольших общественных организаций до клиник крупных госпитальных комплексов. Для программ приверженности не существует наилучших установок, успешные программы могут иметь разную организацию. Однако общие организационные характеристики могут сыграть важную роль в соблюдении медикаментозного лечения:

- **Приватность.** Пациентам необходимо поделиться своими проблемами в безопасной, приватной обстановке. Ограниченное пространство может создать более приватную обстановку, что очень важно для достижения строгости соблюдения индивидуального режима.

- **Размещение службы.** Если члены команды медицинского ухода работают поблизости, можно больше времени проводить в совместных обсуждениях вопросов приверженности лечению. Люди, которых пациент уже знает и доверяет, могут предложить новое, представить новых сотрудников в знакомой обстановке. Близкое размещение служб (например, лечение психических расстройств или зависимости от сильнодействующих веществ) способствует доступу к ним в одни и те же дни.

- **Время ожидания.** Фрустрацию ожидания приёма можно уменьшить, сделав время ожидания плодотворным для пациента. Должны быть использованы креативные стратегии: наличие аптеки, консультации фармацевтов, поддерживающие услуги в клинике, закуски, групповые и образовательные сессии. Многие программы считают полезными для пациентов возможность приглашения специалистов на дом и круглосуточные «горячие линии».

- **Неформальность.** Многие люди не чувствуют себя комфортно в учреждениях системы здравоохранения, в официальной обстановке. Уменьшение числа символов официальности поможет повысить уровень комфорта пациента. Например, некоторые врачи не носят белую форменную одежду, в других клиниках имеются специально отведённые помещения для неформальных встреч пациентов друг с другом и врачами для обсуждений приёма лекарств, ВИЧ и прочих вопросов.

- **Присмотр за детьми.** Пациентам может быть не просто найти того с кем можно оставить детей на время посещений. Предоставление присмотра за детьми на территории клиники или помощь в организации такой услуги в другом месте может помочь вовремя посещать специалистов, соблюдать график встреч. Если дети тоже ВИЧ-инфицированы, уход за детьми может сопровождаться поддержкой приверженности лечению для всей семьи.

- **Оценка.** Непрерывная оценка услуг для соблюдения режима лечения персоналом, пользователями и профессиональным сообществом помогает определить сферы, в которых необходимы изменения. Продвинуть инновации для расширения возможностей и устранения ограничений. Позволяет сохранить ориентированность на клиента, результативность.

## VII. Многопрофильная команда приверженности лечению

ВИЧ — комплексное заболевание, имеющее многостороннее влияние на здоровье и жизнь пациентов. Интегрированный много-

профильный подход к оказанию помощи помогает определить круг вопросов, влияющих на соблюдение режима лечения. Многопрофильная команда, в которую могут входить терапевты, медсёстры, социальные работники, фармацевты, лечащие врачи, специалисты по образованию в области охраны здоровья, диетологи и другие могут предоставлять скоординированные услуги каждому пациенту.

Регулярные встречи команды могут способствовать хорошим отношениям между всеми, кто предоставляет помощь. Однако важно, чтобы и пациент чувствовал себя комфортно при обмене разного рода информацией. Команда должна знать о возможности, что пациент не всегда откровенен с медицинскими специалистами. Сложности конфиденциальности таких встреч могут быть смягчены для пациента, если ему сообщат, что его лечение обсуждалось. Такие встречи играют существенную роль в координации помощи и обмене информацией, когда пациенты знают о целях и задачах таких встреч и не воспринимают их как стороннее вмешательство.

## **Больничные программы**

### **Внимание на привлечение фармацевта.**

#### **Медицинский центр графства Эри**

Программа приверженности лечению Медицинского центра графства Эри (МЦГЭ) — это структурированная образовательная программа для пациентов, наивно относящихся к лечению и тех, кто только начинает АРВТ, а также для пациентов, которые изменили режим АРВТ. Пациенты встречаются со специалистами программы или клиническими фармацевтами 3 раза по часу на индивидуальных сессиях до начала приёма медикаментов. Сессии с просветителями о ВИЧ имеют цель предоставить основы знаний о ВИЧ-инфекции. А сессии с фармацевтом направлены на обсуждение факторов логистики, связанные с приверженностью лечению, чётким соблюдением медикаментозного режима.

Фармацевт играет главную роль в программе приверженности лечению МЦГЭ. Потенциальные препятствия для соблюдения режима лечения, токсичность, медикаментозная нагрузка, интервалы между дозами и предпочтения режима обсуждаются с фармацевтом один на один. Результаты такого обсуждения сообщаются лечащему врачу и используются при составлении индивидуального антиретровирусного режима. Фармацевт может дать свои рекомендации по отсрочке антиретровирусной терапии, изменению режима и внесению изменений в приём сопутствующих препаратов. Просветители о

ВИЧ и фармацевты могут дополнять образовательную часть лечения объяснениями использования индивидуальных приспособлений для поддержки строгого соблюдения лечения: коробочек для лекарств, личных дозировочных карточек, схем ежедневных дозировок или электронных приспособлений для напоминания.

Каждый пациент получает рецепт-предписание, заполненное в местной аптеке. После второй сессии его инструктируют принести лекарства на третью сессию. Собственно лечение начинается на третьей образовательной сессии, чтобы посмотреть, насколько пациент понимает основные образовательные понятия, относящиеся к ВИЧ лечению и приверженности лечению. И для того, чтобы показать человеку, как распределить дозы на неделю в специальных отделениях коробочки для лекарств. Пациент затем внимательно наблюдается, чтоб оценить его способность понимать, соблюдать и выдерживать режим, и для мониторинга вирусологического ответа.

Как объясняет Марк Шелтон, доктор фармакологии, доцент отделения фармакологической практики и медицины МЦГЭ: «Этот подход даёт улучшение вирусологического ответа при лечении naïvных пациентов. Хотя эта программа несколько откладывает начало антиретровирусной терапии, она помогает некоторым пациентам, которые несерьёзно настроены к лечению, избежать начала нового режима без соответствующих знаний, которые этот режим требует. Когда пациента волнует скорое начало терапии, время сессий может быть ускорено или объединено, чтоб избежать отсрочек начала терапии». Фармакологические службы поддерживают многопрофильную команду профессиональными знаниями, которые предоставляет специалист, могущий ответить на вопросы о дозировке и управлении приёмом лекарств. При участии фармацевта в команде поддержки приверженности предоставляемая информация естественно закрепляется в ходе приёма медикаментов.

### **Специалисты по просвещению из числа ВИЧ-инфицированных, как члены команды лечения**

Одной из ценных стратегий помощи пациентам с проблемами с соблюдением медикаментозного режима является включение специалистов по образованию из числа ВИЧ-инфицированных в команду лечения. Такие специалисты могут дать непараллельные модели для демонстрации преимуществ приверженности лечению. Они являются источником уникального личного опыта преодоления ежедневных реалий жизни с ВИЧ, которого нет у врачей и медицинс-

ких специалистов. Просветители из числа ВИЧ-инфицированных часто могут установить более благоприятные и плодотворные взаимоотношения с пациентом, чем терапевты, медсёстры или лечащие врачи. Работающие в оказывающей помощь команде, просветители с ВИЧ могут повысить способность пациента понять и включиться в строгое соблюдение плана лечения.

Такие специалисты сами понимают всю ответственность, когда они присоединяются к команде оказывающих помощь, но для их эффективности необходим соответствующий тренинг, постоянное наблюдение и поддержка. Особое внимание при включении специалистов с ВИЧ в команду, необходимо уделить состоянию их здоровья и рискам, например, рецидиву употребления сильнодействующих веществ или их переходу в «профессионалы», когда с переходом в команду они могут перестать быть близкими другим пациентам. Кроме того, участие ВИЧ-инфицированных специалистов в команде поддержки приверженности режиму лечения требует такой укомплектованности программы, чтоб обеспечить продолжение лечения, когда кто-то из их числа не сможет продолжать работу в команде из-за собственного здоровья или соблюдения своего режима лечения. Программы приверженности режиму должны поддерживать строгую конфиденциальность (10 NYCRR часть 63) в отношении ВИЧ-статуса любого члена команды и могут разрешить разгласить свой ВИЧ-статус только самому специалисту, если он примет такое решение.

Специалисты из числа ВИЧ-положительных не только предоставляют поддержку и образование один на один, но могут помогать проводить групповые образовательные сессии. Такие услуги обеспечивают хорошую возможность для обмена мнениями людям, которые хотят поделиться своим опытом о ВИЧ и лечении, помогая им уменьшить чувство изолированности. Подсказки о снижении побочных эффектов и улучшении соблюдения режима также могут обсуждаться на таких сессиях. Проведение таких встреч не на территории ВИЧ-клиники является наиболее предпочтительным.

Гарлемское исследование соблюдения лечения (ГИСЛ) связано с Отделением инфекционных болезней Гарлемского госпитального центра. Пациенты программы ГИСЛ получают медицинскую помощь в Клинике инфекционных болезней госпиталя. Многие проходят курс лечения наркотической зависимости и нарушений психического здоровья и/или решают таким образом вопрос проживания.

«Основой программы является социальная поддержка на всех уровнях» — говорит Ампаро Хофман, директор программы соблюдения режима лечения — «Основным источником поддержки являются специально обученные тренеры из числа ВИЧ-инфицированных. Все наши тренеры — это живущие с ВИЧ члены Гарлемской общины заинтересованы в таких услугах и строгом соблюдении их собственной антиретровирусной терапии. За свою работу они получают стипендию». «Непосредственный опыт таких работников в вопросах ВИЧ и лечения позволяет им передать этот опыт клиентам». После приёма пациента в клинику лечащий врач закрепляет за ним такого специалиста. Пациентам ГИСЛ предлагают принять участие в этом назначении, так как они могут иметь предпочтения относительно характеристик наставника (например, пол, раса, этническое происхождение, язык). Общий опыт и образование пациентов и наставников помогает установлению и развитию их взаимоотношений. Эти взаимоотношения позволяют развить более широкое понятие приверженности режиму лечения, и обеспечивают активное участие в оказании помощи. Опыт наставника в медицинской системе и ГИСЛ является бесценным ресурсом для пациента в преодолении проблем с медикаментозным режимом.

Кроме наставников из числа ВИЧ-инфицированных в ГИСЛ есть просветитель в области здравоохранения, который проводит групповые и индивидуальные сессии. Групповые сессии тематически организованы, темы для обсуждений предлагают сами участники. Например, если человек проявляет интерес к информации о нервной системе или о техниках релаксации, то просветитель организует собрание на эту тему. Просветитель также распространяет и рассказывает о средствах обеспечения строгого соблюдения медикаментозного режима (например, для напоминания) и целевые просветительские материалы (например, памятки по управлению побочными эффектами медикаментов).

Наставники из числа ВИЧ-инфицированных получают постоянную поддержку от лечащего врача, которая включает контроль их случая. Они также обсуждают любые проблемы, с которыми наставники могут столкнуться в ходе их работы с пациентами. Так как лечащие специалисты обычно имеют хорошие навыки консультирования, то такие встречи дают возможность лечащему врачу обсудить с наставниками и такие вопросы, которые полезны самим наставникам в их благополучии и соблюдении их режима. Если лечащий врач определит, что у самого наставника имеются проблемы с

соблюдением режима, то наставнику порекомендуют посетить его лечащего врача и обратиться за необходимой помощью.

Лечащие специалисты, вместе с наставниками ВИЧ-инфицированных, отвечают за включение пациента в программу. Лечащие специалисты также обеспечивают связь пациентов с социальными службами. Лечащие специалисты, наставники и просветители регулярно встречаются и координируют уход за пациентом, определяют стратегии преодоления препятствий соблюдению режима лечения.

Гарлемская программа также имеет развивающиеся связи с несколькими общественными организациями. Обращение к услугам происходит в обе стороны. В общественных организациях программа ГИСЛ проводит образовательные сессии, предлагаемые через систему здравоохранения или особые индивидуальные беседы. Это не только помогает поддержать приверженность режиму лечения людям, которые помогают им, но и способствуют осведомлённости об услугах для строгого соблюдения режима лечения у тех людей, кто ещё не оценил преимуществ программ ГИСЛ или общественных организаций.

**История Даниэллы.** Даниэлла — тридцатилетняя афро-американка, мать четверых детей. У неё обнаружили ВИЧ шесть лет назад, когда она рожала сына. Она жертва домашнего насилия, у неё была сильная депрессия. Её брат и несколько друзей умерли от осложнений СПИДа. Даниэлле очень беспокоят побочные эффекты антиретровирусной терапии. Она употребляла кокаин для облегчения боли и депрессии.

После того, как за ней закрепили понимающего наставника, у которого был схожий опыт, Даниэлла смогла — после 4 месяцев упорствований и отрицания своего ВИЧ-статуса — развить доверительные взаимоотношения. Наставник предоставлял эмоциональную поддержку и мотивировал участие Даниэллы в сессиях и группах поддержки. Она поделилась своими опасениями с наставником, который ознакомил её с побочными эффектами и значением строгого соблюдения медикаментозного режима. При постоянной поддержке инфекциониста Даниэллы, просветителя программы и лечащего врача она начала лечиться от наркотической зависимости и депрессии. Сейчас она регулярно принимает медицинские препараты и заботится о своём здоровье.

**История Габриэля.** Мужчина, 41 год, из Южной Америки. Ему поставили диагноз — ВИЧ — два с половиной года назад, когда

госпитализировали с многочисленными условно-патогенными инфекциями. Габриэль приехал в США нелегально. Он страдал от наркотической зависимости и депрессии. Многие из его друзей умерли от осложнений, связанных со СПИДом.

Когда Габриэль присоединился к программе приверженности лечению, к нему прикрепили испаноговорящего наставника, которому были знакомы проблемы пациента, включая злоупотребление наркотиками и условно-патогенные инфекции. Они подружились, и Габриэль стал посещать консультативные занятия и сессии групповой поддержки. Он обратился в общественную организацию, которая помогла ему оформить иммиграционные документы. Он также смог воспользоваться возможностями Отделения услуг по СПИДу (ДУС) и получил лечащего врача. Сейчас Габриэль регулярно посещает терапевта и хорошо справляется с депрессией. Поддерживаемый в этом всеми теми, кто оказывает ему помощь, он смог начать регулярный приём препаратов.

**Вся команда фокусируется на многопрофильной программе приверженности режиму лечения.**

**Центр семейного здоровья Джозефа П. Аддаббо.**

Центр Джозефа П. Аддаббо в Фар Роккэвей, Нью-Йорк, использует целую ВИЧ-команду в своём подходе к предоставлению поддержки приверженности лечению для предоставления помощи 150 пациентам Центра. Деятельность этой команды многопрофильная, междисциплинарная. Врачи, лечащие специалисты и наставники из числа ВИЧ-инфицированных, все усиливают приверженность лечению пациентов. Еженедельные сборы группы поддержки, которые проводятся для определения проблем с соблюдением лечения каждого пациента. Иногда эти сессии посещают клиницисты, которые дополняют их базовыми знаниями о поддержке приверженности лечению. Специальные мероприятия и роль аптеки — отличительные особенности программы приверженности лечению Центра, которые делают её уникальной.

Центр поддерживает проведение ежегодных мероприятий для людей, заинтересованных знаниями о ВИЧ или инфицированных. На этих мероприятиях создаётся неформальная атмосфера, приватная обстановка. В таких условиях люди, которые ещё не получают помощь могут поговорить анонимно и после этого обратиться за помощью и назначить посещение. Ежегодное барбекю организуется в укромном месте позади клиники, где люди могут общаться в раскре-

поощенной манере. Люди с ВИЧ могут вдохновить других обратиться за помощью, сделать конкретные шаги в этом направлении. Мероприятия включают регулярные походы на боулинг, круизы, походы на бейсбол, продажу велосипедов и ВИЧ выставку, на которой сообщество получает информацию от ВИЧ-специалистов.

Представители агентств, такие как СПИД-центр округа Куинс, представляют здесь свои услуги. И другие общественные организации имеют возможность описать свои услуги для профилактики и поддержки.

Что делает эти мероприятия такими особенными, так то, что Центр напрямую финансирует их на мелкие расходы через свои фонды, которые Центр собирает для продвижения поддержки сообществу ВИЧ Фар-Рокуэй.

Центр арендует помещение для аптеки сообщества, которая предоставляет комплексное фармакологическое обслуживание пациентам. Фармацевты предоставляют особые услуги поддержки приверженности лечению и работают в тесном контакте с медицинской командой для координации помощи. Среди стратегий обеспечения строгости медикаментозного режима используются биперы и телефонные звонки для напоминания пациентам о соблюдении медицинских предписаний и поощрений (например, купоны на пиццу или телефонные карты), если пациенты соблюдают предписания. Фармацевты непосредственно общаются с командой, если пациенты пропускают предписанное пополнение медикаментов. Лечащий специалист привлекает фармацевтов к планированию мероприятий, информируя их об индивидуальных потребностях пациентов.

«Вопрос соблюдения лечения решается через последовательность мероприятий во время визита в клинику» — говорит Микель Модесте, RN, менеджер по уходу. — «Первый контакт происходит во время приёма пациента в клинику, когда пациент знакомится с медсестрой, которая определяет какие препараты принимает пациент, задавая ему вопросы о названиях препаратов и дозах. Таким образом, медсестра может определить уровень знаний пациента о препаратах, которые он принимает, и проверить дозы. Также во время приёма сестра спрашивает о побочных эффектах и, если они есть, о препятствиях соблюдению медикаментозного режима. Затем лечащий специалист встречается с пациентом до посещения врача, так как иногда пациент делится с ним такими сведениями, которые не расскажет доктору. Врач, снабжённый дополнительной информацией, может получить более полное представление о соблюдении

лечения. После того, как пациент видит и обсуждает лечение с врачом, пациент опять встречается со специалистом по лечению для обсуждения плана соблюдения лечения».

Просвещение о соблюдении лечения встроено в предоставляемую помощь и включает визуальные материалы. Например, наклейки с указанием времени приёма лекарств, графики и дозировки приёмов и то, следует ли принимать лекарства с едой. Режим приёма лекарств организован в соответствии с образом жизни пациентов (например, пациент встаёт рано или поздно). В каждую медицинскую запись ставится штамп, который помогает подчеркнуть важность оценки и документирования строгого соблюдения лечения во время каждого визита.

На штампе стоят три вопроса:

1. Когда в последний раз Вы принимали лекарства?
2. Сколько доз Вы пропустили за последнюю неделю?
3. По каким причинам Вы пропустили приём лекарств?

Ответы на вопросы можно использовать для индивидуального планирования лечения.

И, наконец, команда в этом Центре много работает, чтобы найти пациентов, которые перестали посещать клинику. Наставник звонит пациентам и выясняет, почему они пропустили визит в клинику, старается убедить их вернуться к помощи. Специалисты по лечению также звонят или посещают пациентов, чтобы вернуть их к лечению.

Обязательства агентства по поддержке ВИЧ-инфицированных отражается в спектре видов его деятельности для поддержки приверженности лечению и в программе улучшения качества. Циклы план-дело-изучение-действие (ПДИД) позволяют отслеживать любое мероприятие. Каждый член каждой команды вносит информацию, чтобы вся команда могла оценить общее число пациентов, которые регулярно посещают клинику, число получивших консультации во время каждого визита и количество звонков с напоминаниями. Такое отслеживание индикаторов приверженности способствует уверенности, что все пациенты получают необходимые услуги для соблюдения режима.

Как говорит case-менеджер Роза Родригес: «Самый важный аспект программы, чтобы пациент доверял агентству. Когда это происходит, мы можем помочь пациентам и ответить их потребностям, будь это вопрос о питании или о принятии лекарств».

## **VIII. Взаимоотношения персонал-пациент**

Важным фактором в поддержке индивидуальной приверженности медикаментозному режиму, особенно при хронических заболеваниях, является взаимоотношения пациента с его лечащими специалистами. Он или она могут иметь разный уровень комфорта с разными типами лечащих команд, но должны иметь возможность доверять тому, кто их лечит и эффективно участвовать в решении проблем. Ниже приведены некоторые советы о взаимодействии персонала с пациентами:

- **Вопросительные незавершенные, необходимые вопросы** о приеме медикаментов способствуют более открытому обсуждению несоблюдения режима. Такой подход дает человеку возможность объяснить причины пропуска приема дозы. Человек и специалист затем смогут рассмотреть пути решения проблемы и улучшить соблюдение лечения. Оскорбительное или воинственное отношение к соблюдению режима обычно неэффективно. Если кто-то из членов команды воспринимается как обвинитель в нарушении режима, то человек может перестать делиться со специалистом проблемами с нарушением режима или не вернуться в клинику.

- **Предоставление возможности пациенту для обсуждения соблюдения режима** с разными членами команды. Пациенты могут чувствовать себя более комфортно с кем-то из членов команды, а кто-то из пациентов может говорить разным специалистам противоречивую информацию. Такой подход может помочь человеку предоставить более точную картину того, что в действительности происходит в жизни пациента.

- **Побуждение пациентов на отклик** и подбор стиля общения соответственно. Это поможет лучше отвечать на нужды разных пациентов.

## О хосписе

NYC хоспис и поддержка

NYC хоспис и поддерживающий уход

Инициатива по СПИДу

Хоспис предлагает комплексное координированное обслуживание тем людям, страдающим ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях СПИДа, которые хотят сохранять контроль над своим уходом, у кого имеются потребности в обеспечении комфорта и облегчении симптомов. Целью хосписа является улучшение качества жизни путем включения Вас в принятие решений о Вашем лечении, управление Вашей болью и другими физическими симптомами и предоставлением ряда услуг для поддержания Ваших потребностей и потребностей тех людей, которые для Вас важны.

Комплексный уход предоставляется командой профессионалов, которая может стоять из доктора, медсестер, социальных работников, духовных наставников и других терапевтов. Основные роли каждого профессионала в уходе за Вами перечислены ниже.

**Профессиональные зарегистрированные медицинские сестры** будут посещать Вас дома. Коммуникация между членами команды обеспечивает четкую координацию и мониторинг всех услуг, и делают возможным любые изменения в лечении. Сестры работают в тесном контакте с Вашим доктором.

**Духовные наставники** доступны для поддержания Ваших духовных потребностей и потребностей людей, которые для Вас важны.

Доступные услуги могут включать:

- Содействие в личном уходе и ежедневной деятельности, предоставляемое на дому или во время домашних посещений.
- Краткосрочный амбулаторный уход для контроля симптомов, если это необходимо.
- Обученные добровольцы для предоставления помощи и сопровождения для Вас или чтобы дать кратковременную передышку людям, которые осуществляют постоянный уход.
- Терапия, такая как массаж, арт- или музыкальная терапия и консультации по питанию и диетам.

## **Распространенные опасения о Хосписе, которые беспокоят людей, живущих со СПИДом**

### **Есть ли место вере в Хосписе?**

Хоспис полагает, что вера является важным аспектом Вашего существования, вера обеспечивает поддержку и помогает Вам на всех этапах развития болезни

### **Когда необходим Хоспис?**

Когда целью лечения является комфорт и управление болью и физическими симптомами для обеспечения качества жизни, хоспис позволяет обеспечить это

### **Хоспис это место? Могу ли я получить уход дома?**

Хоспис — не место, а жизнеутверждающая философия ухода, которая существует, чтобы предоставить поддержку и уход для людей на последней стадии болезни, так, чтобы они могли жить как можно более комфортно. Все программы Хоспис делают упор на домашнем уходе и в личном доме или в резиденции поддерживающего ухода.

### **Могу ли я продолжать наблюдаться у своего доктора?**

Да. Хоспис поможет Вам сохранить Вашего постоянного доктора. Команда Хосписа скоординирует с ним/ней уход за Вами. Если у Вас нет такого доктора, то персонал Хосписа поможет Вам найти и выбрать доктора.

### **Смогу ли я получать лечение от условно-патогенных инфекций?**

Лечение инфекций и симптомов, связанных со СПИДом, будет определяться на индивидуальной основе Вами и Вашим доктором.

### **Я живу один. Могу ли я, тем не менее, быть включен в программу Хоспис?**

Да. «Совместно проживающий человек, обеспечивающий уход» не является обязательным требованием для предоставления ухода. Программа хосписа требует, чтобы Вы определили "человека, обеспечивающего первичный уход" — партнера, друга или члена семьи, который будет осуществлять контакты с командой Хосписа и участвовать по мере необходимости в уходе за Вами.

### **Что случится, когда мне понадобится госпитализация?**

Все сертифицированные программы Хоспис имеют доступ к экстренным отделениям, созданным для того, чтобы отвечать Вашим острым потребностям в помощи. Когда это необходимо, экстренная помощь будет Вам предоставлена в больнице, работающей по контракту с Хосписом.

### **Покроет ли моя страховка мой уход в Хосписе?**

Уход в Хосписе обычно покрывается большинством страховых полисов, а также Медикаеа, Медикаейд и АДАП+ штата Нью-Йорк (Medicare, Medicaid и NY State ADAP+). Персонал Хосписа поможет Вам определить размер Вашего медицинского покрытия. Никому не отказывается в помощи из-за неспособности заплатить.

### **Могу ли я покинуть Хоспис?**

Услуги Хосписа это Ваш выбор. Ваше состояние может улучшиться или стабилизироваться в той стадии, когда уход Хоспис больше не нужен. Однако если Ваше состояние изменится, Вы можете вернуться в Хоспис позднее.

### **Как я могу получить услуги?**

Жители Нью-Йорка могут обратиться к любой из программ, указанных на нашем сайте.

Граждане Нью-Йорка, которые не проживают в городе Нью-Йорк, могут обратиться в Ассоциацию Хоспис Штата Нью-Йорк, круглосуточно по телефону 1(800)611-9710 за дальнейшей информацией и за координатами программ, доступных в Вашем районе.

## Приложение

### Создание системы и стандартизация подходов и форм помощи (в том числе АРВ-терапии) ВИЧ-инфицированным наркопотребителям, находящимся в устойчивой ремиссии.

#### Опыт реализации проекта

*Наталья Васильевна Сапрыкина*

#### Исполнители проекта

- СПб РОО «Возвращение».
- СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» («Центр СПИД»).
- СПб ГУЗ «Городская инфекционная больница №30 им. С. П. Боткина» (ГИБ №30).
- При финансовой помощи со стороны Дияконической службы евангелической церкви Германии.

#### Научные руководители проекта

- Е. Н. Виноградова, главный врач «Центра СПИД».
- А. А. Яковлев, главный врач ГИБ №30.
- Доктор К. Арасте, научный руководитель с немецкой стороны.

#### Рабочая группа

- Д. В. Островский.
- Н. В. Сапрыкина.
- Г. Н. Хан.
- Р. М. Ниязов.
- Д. П. Константинов.
- С. В. Суворова.

#### Введение

В настоящее время существует единственная возможность приостановить переход заболевания ВИЧ-инфекции в стадию СПИД — это антиретровирусная терапия (АРВ-терапия). Полностью уничтожить вирус в организме человека пока нельзя, но можно подавить его репликацию (размножение), что позволяет ВИЧ-инфицированным людям на длительное время улучшить качество жизни.

Для того чтобы эффективно воздействовать на размножение вируса и добиться восстановления иммунитета, человеку необходимо точное соблюдение схемы лечения, а также определённое «сохранное» поведение, в первую очередь, прекращение приёма наркотиков.

Известно, что в последнее время около 85% ВИЧ-инфицированных составляли внутривенные наркопотребители. Именно эти люди имеют наименьший шанс доступа к АРВ-терапии. Этим людям надо сначала оказать помощь в прекращении наркотизации, а потом постепенно поддерживать их медицинскими, психологическими и социальными методами, в первую очередь, в целях предотвращения рецидива наркомании, а также для стабилизации их психического состояния и улучшения социального статуса.

Впервые на территории Российской Федерации, в Санкт-Петербурге, была предпринята попытка реализации данного проекта. Санкт-Петербург был выбран потому, что в городе уже была создана инфраструктура, способная оказывать помощь ВИЧ-инфицированным.

Программа была начата 1 февраля 2003 г. и рассчитана на два года. На первой же встрече с руководителями проекта было оговорено, что после окончания программы пациентам будет гарантировано продолжение лечения за счёт бюджета Комитета здравоохранения.

### **Цели проекта**

1. На основе объединения финансовых, методологических, кадровых и административных ресурсов специалистов из Германии, «Центра СПИД», ГИБ №30 и «Возвращения» создать систему, способную привлечь пациентов, оказывать различную помощь и добиваться значимых изменений состояния ВИЧ-инфицированных наркопотребителей, находящихся в устойчивой ремиссии.

2. Разработать и апробировать комплексные и специализированные стандарты медицинской и психосоциальной помощи, дающие необходимый прогнозируемый эффект в отношении различных категорий ВИЧ-инфицированных наркопотребителей и их близких.

### **Задачи проекта**

1. Разработать и применить подходы, позволяющие достичь максимально точного соблюдения пациентами графика приёма препаратов.

2. Разработать и применить систему взаимодействия специалистов и пациентов (и их близких), позволяющую повышать степень взаимной открытости и ответственности, укреплять и развивать способности пациентов к самостоятельному решению жизненных задач.

3. Разработать и применить в течение действия программы, а затем внедрить в практику государственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) различные (в зависимости от стадии

заболевания, наркотизации и социально-психологического статуса) стандарты медицинской и психологической помощи ВИЧ-инфицированным наркопотребителям, а также комплексы мероприятий, необходимые для привлечения и удержания на диспансерном учёте ВИЧ-инфицированных, находящихся на ранних стадиях ВИЧ-инфекции.

### **Ожидаемые результаты**

Создание мультипрофессиональной команды специалистов, работающих на базе государственных ЛПУ, имеющей:

- навыки по привлечению и взаимодействию с ВИЧ-инфицированными наркопотребителями;
- административные ресурсы для организации необходимой им наркологической помощи для прекращения наркотизации и/или выведения их в устойчивую ремиссию;
- методологические ресурсы для организации психосоциального сопровождения ВИЧ-инфицированных наркопотребителей в течение АРВ-терапии.

### **Работа команды**

Для реализации программы была создана мультипрофессиональная команда (рис. 1). Для каждого специалиста были разработаны свои функциональные обязанности.

Научными руководителями проекта были определены медицинские критерии включения пациентов в проект:

- возраст старше 18 лет;
- ремиссия не менее 6 месяцев;
- при бессистемной стадии ВИЧ CD4 <350 клеток;
- отсутствие беременности.

Пациент исключался из программы в случае:

- беременности;
- рецидива потребления ПАВ;
- повышения уровня АЛТ более чем в 10 раз;
- повышение уровня билирубина более чем в 5 раз;
- повышение уровня креатинина более чем в 1,5 раза;
- снижения уровня тромбоцитов;
- снижения уровня лейкоцитов.

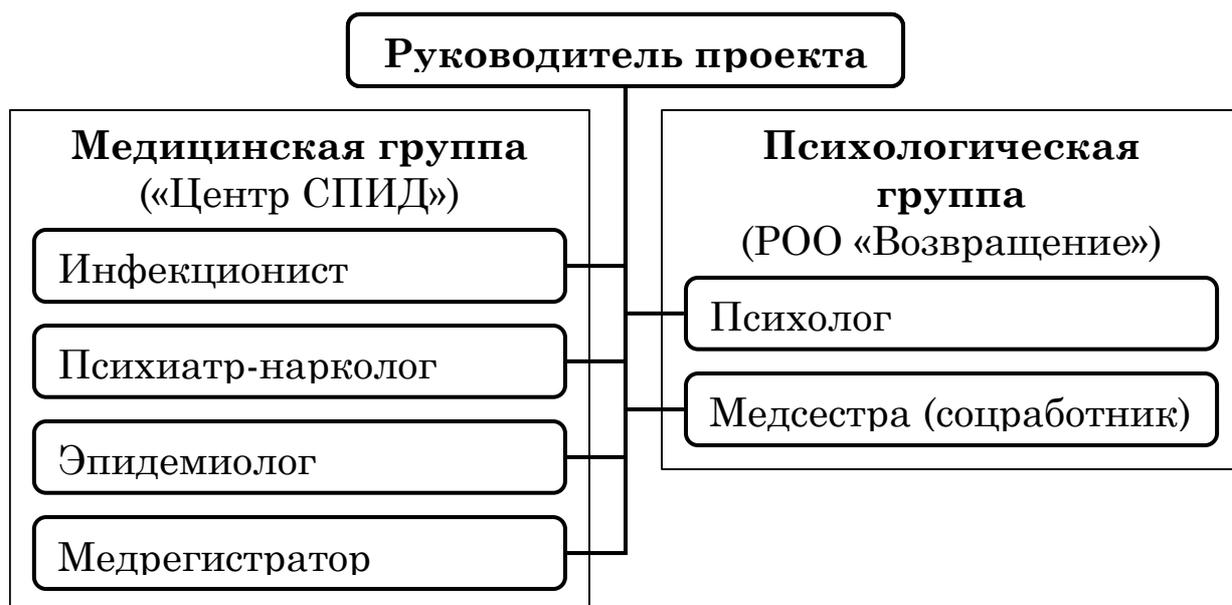


Рис. 1. Структура мультипрофессиональной группы.

Подготовительный этап проекта занял семь месяцев. Была выработана последовательность взаимодействия пациентов со специалистами. Сначала проводилось комплексное медицинское обследование, с помощью которого определялась стадия заболевания, состояние иммунитета, функциональное состояние печени. Психиатр-нарколог определял стабильность ремиссии, в случае необходимости назначалось поддерживающее лечение. Психологом предлагалась индивидуальная программа психосоциального сопровождения, а также график посещения групповых занятий не только для пациента, но и для его близких и родственников.

Были просмотрены 1455 амбулаторных карт пациентов с ВИЧ-инфекцией, инфицированных начиная с 1999 г. Отобрано 136 пациентов.

На основе показателей иммунограммы (количества CD4 клеток) пациенты разделены на две группы:

- CD4 <350 клеток — 48 пациентов;
- CD4 >350 клеток — 88 пациентов (табл. 1).

Табл. 1. Число иммунологических исследований.

Кратность	Число пациентов	Число исследований
однократно	71	71
двукратно	44	88
3 и более раз	21	79
<b>Итого</b>	<b>136</b>	<b>238</b>

Вирусная нагрузка (PCR HIV) определена у 17 пациентов. Выполнено более 200 биохимических и клинических анализов крови, каждый пациент был протестирован на вирусные гепатиты *B*, *D* и *C*, СМВ инфекцию, сифилис.

Больным с активностью хронического гепатита параллельно велась терапия индукторами интерферона (гепатопротекторами).

Основная сложность в реализации данного проекта заключалась в том, что отбирали ВИЧ-инфицированных наркопотребителей, находящихся в стойкой ремиссии не менее 6 мес. Этим пациентам постоянно нужно было поддерживать медицинскими, психологическими, социальными методами. В первую очередь, в целях предотвращения наркотического срыва и для стабилизации их психического состояния, улучшения социального статуса. Весь период наблюдения проводилось постоянное сопровождение пациентов специалистами команды.

Каждый из отобранных пациентов обсуждался всеми специалистами медицинской группы с участием психолога, давалась комплексная оценка возможности включения пациента в программу.

На подготовительном этапе пациентам предлагалось пройти углубленное диспансерное наблюдение и обследование (УДНО), после чего уточнялась стадия ВИЧ-инфекции, сопутствующие заболевания и осложнения. Врач-нарколог определял стабильность ремиссии, в случае необходимости назначал поддерживающую терапию.

Если пациент не подходил по каким-либо критериям, он не выбывал из проекта, а продолжал оставаться в поле внимания специалистов и продолжал наблюдаться. Переносились только сроки его включения в программу.

Табл. 2. Консультирование.

Кратность консультаций	Число пациентов	Число консультаций
1	95	95
2	20	40
3	7	21
4	10	40
6	4	24
<b>Итого</b>	<b>136</b>	<b>220</b>

Сделано более 420 звонков пациентам. Проведено 4 групповых тренинга на базе РОО «Возвращение», на которых освещались вопросы клиники, лечения, лабораторной диагностики, диеты для

ВИЧ-инфицированных больных. Написаны рекомендации по питанию ВИЧ-инфицированных.

На втором этапе реализации проекта из 48 пациентов первой очереди (CD4 <350 клеток) были отобраны 10 человек, которые по медицинским и психосоциальным критериям подходили для назначения АРВ-терапии.

Лечение ВИЧ-инфекции представляет собой многокомпонентное явление. Согласно обычно принятой модели, врач, основываясь на данных анамнеза, клинической картине заболевания, жалобах пациента, принимает решение о начале терапии. Вовлечение самого больного в лечебный процесс ограничивается получением согласия на предлагаемое врачом лечение, то есть пациенту отводится традиционно пассивная роль.

В ходе реализации проекта специалисты команды пытались изменить сложившийся стереотип. При назначении терапии мы оценивали психологическую готовность пациента к её приему. Поэтому, проводя медицинское консультирование пациентов перед началом АРВ-терапии, мы спрашивали о том, что думает пациент по поводу предстоящего лечения и готов ли он начать приём лекарств.

Наш опыт показал, что информирование пациентов стимулирует принятие решения о начале АРВ-терапии, а также поддерживает мотивацию на продолжение лечения. В нашей практике были случаи, когда больные длительное время не могли определить своё отношение к лечению. Некоторые пациенты испытывали страх перед побочными эффектами лекарственной терапии. Всё это обсуждалось при индивидуальном и групповом консультировании. Это способствовало созданию устойчивых положительных отношений между врачом и пациентом, что необходимо для повышения приверженности в процессе лечения. Важную роль при этом играли согласованные усилия различных специалистов команды.

На городскую комиссию по назначению АРВ-терапии были представлены только 7 человек (двое отказались, один сорвался). Из оставшихся семи пациентов троим рекомендовали лечение хронического гепатита С в связи с обострением. Четверым назначили АРВ-терапию после подписания формы «Информированного согласия на участие в проекте» (его текст приведён ниже).

Снабжение препаратами пациентов программы осуществляла немецкая сторона. Были выделены две линии:

1. Combivir + Viramun (nevirapine).
2. Crixivan + Ritonavir.

Для резерва — Kaletra.

Лекарства доставлялись в аптеку «Центра СПИД». Ответственное лицо — заведующая аптекой. Приём препаратов в аптеку осуществлялся совместно с представителем «Возвращения» — медсестрой проекта, в случае её отсутствия — с другим представителем организации.

Лекарственные препараты хранились в отдельном сейфе, предоставленным «Возвращением» и имели два разных ключа. Доступ к ключам был у врача-инфекциониста и медицинской сестры проекта. Раз в десять дней по письменному запросу врача программы, подписанному главным врачом «Центра СПИД», осуществлялась выемка необходимого количества препаратов для пациентов.

В январе 2004 г. немецкая сторона прекратила финансирование проекта в связи с тем, что ценовая политика в России (в плане снижения цен) на противовирусные препараты не менялась.

Поскольку с Комитетом здравоохранения Санкт-Петербурга была достигнута договорённость о гарантии продолжения АРВ-терапии, наши пациенты продолжают лечение.

## **Выводы**

1. Необходимо постоянное медицинское и психосоциальное сопровождение ВИЧ-позитивных наркопотребителей для профилактики срывов (наркотических и алкогольных).

2. Исходя из нашего опыта, целесообразно использовать для работы с данной группой пациентов мультипрофессиональную команду: врач-инфекционист, медицинский консультант, психиатр-нарколог, психолог, медицинская сестра.

3. Индивидуальное и групповое консультирование о приверженности АРВ-терапии способствует созданию устойчивых положительных отношений между врачом и пациентом, что необходимо для длительного лечения.

4. Для формирования у пациентов приверженности к терапии важно чётко формулировать цели:

- поддержание иммунного статуса;
- уменьшение вирусной нагрузки;
- снижение заболеваемости оппортунистическими инфекциями.

5. При микст-инфекции, ВИЧ плюс хронический гепатит С, в стадии обострения, пациентам необходимо прежде всего назначать противовирусное лечение гепатита С, в целях восстановления функции печени.

## **Опыт организации работы мультипрофессиональной команды в одном из районных амбулаторных наркологическом отделений Санкт-Петербурга**

**Галина Николаевна Хан**

### **Описание проекта**

«Обратно в общество» — российско-финский проект оптимизации модели комплексной помощи наркозависимым пациентам, состоящим на диспансерном и консультативном учёте.

### **Партнёры**

- СПб РОО «Возвращение».
- «Межрайонный наркологический диспансер №1».
- Дяконический политехнический университет, Кюми А-Клиника. Финансируется Министерством иностранных дел Финляндии.

### **Структура проекта «Обратно в общество»**

- Администрация: руководитель, координатор.
- Мультипрофессиональные команды (1 — в первый год проекта, 3 — за 3 года) в составе:
  - врач психиатр-нарколог;
  - медицинский психолог;
  - медицинская сестра;
  - социальный работник.

С мая 2004 г. на базе амбулаторного наркологического отделения ГУЗ «Межрайонный наркологический диспансер №1» Красногвардейского района Петербурга начал работу российско-финский проект оптимизации модели комплексной помощи наркозависимым пациентам, состоящим на диспансерном и консультативном учёте.

### **Цели проекта**

- Организационно-методическая: создание модели мультипрофессиональной амбулаторной помощи наркозависимым пациентам, состоящим на диспансерном и профилактическом учёте, которая поможет улучшить качество лечения наркозависимых пациентов, повысить привлекательность государственных наркологических учреждений.
- Повышение профессионализма: совершенствование метода работы «команды» как мультипрофессиональной группы (врач психиатр-нарколог, медицинский психолог, медицинская сестра,

социальный работник), которая работает систематически и продолжительно, исходя из интересов клиента; внедрение в практику работы современных гуманистических, клиент-центрированных технологий, холистического подхода.

- Для пациента целью проекта является предоставление наиболее полной и эффективной системы помощи, основанной на точной первичной и динамической диагностике медицинских, психологических, социальных проблем пациента, построении коллективом специалистов индивидуального плана сопровождения пациента, максимально содействующего реконструкции его соматического, психологического здоровья, восстановлению утраченных социальных навыков и связей.

Таким образом, основная цель — развитие на базе государственных наркологических учреждений мультипрофессиональной модели диагностики и лечения наркотической зависимости, помощь наркозависимым пациентам в их возвращении в общество.

В течение всего времени действия проекта происходят мониторинг развития процесса и оценка полученных результатов с активным участием всех организаций-партнёров.

Проект имеет не простой, но красивый дизайн: он рассчитан на 3 года, имеет и практическую, и методическую составляющие, причём распространение методологии, дальнейшее обучение участников проекта организовано по принципу «каскадного эффекта». Каждый год проект «приходит» в ещё один район Санкт-Петербурга, чтобы в итоге 3 лет действия проекта мультипрофессиональная помощь, основанная на единых принципах, осуществлялась в 3 районных амбулаторных наркологических отделениях. Специалисты, уже имеющие опыт работы — члены команды, участвующие в проекте второй год, передают знания и опыт, полученные путём проб и ошибок, команде-«новичку».

Так, в течение первого года целевой группой специалистов является персонал наркологического кабинета Красногвардейского района, целевой группой клиентов — зависимые от наркотических веществ и состоящие на диспансерном и профилактическом учёте пациенты АНО Красногвардейского района. Из персонала сформирована команда специалистов в составе врача психиатра-нарколога, медицинского психолога, медицинской сестры. В первый год действия проекта, медсестра также выполняла функции социального работника, преимущественно, по сравнению с другими членами команды, осуществляя социальное консультирование пациентов

проекта и их родственников и отвечая за заполнение «Социальной карты» пациента.

Предположительно около 100 пациентов-наркопотребителей, состоящих на учёте в районном АНО, должны к окончанию очередного года действия проекта находиться в комплексном сопровождении команды.

Все члены команды проходили обучение либо на базе РОО «Возвращение» в Санкт-Петербурге, либо на базе А-Клиники города Котка (Финляндия) — в среднем, один двухдневный семинар в 2÷3 месяца. Занятия проводили тренеры-преподаватели А-Клиники, семейный и социальный терапевт с большим опытом практической работы в наркологии.

### **Основные темы, обсуждавшиеся в процессе обучения**

- Принципы работы мультипрофессиональной команды.
- Тренинг основ мультипрофессиональной и сетевой работы.
- «Мотивационное интервью» как основа построения контакта с клиентом, технология консультационной работы.
- Сетевая работа. Работа с семьёй как частью «сети».
- Методика работы с семьёй, семейное консультирование, семейная терапия в наркологии.

Таким образом, деятельность проекта можно условно разделить на два направления:

1. Организационно-методическое, обучающее (в качестве преподавателей-тренеров — как финские коллеги, так и специалисты городской наркологической службы).
2. Лечебно-консультативное — работа с клиентами проекта.

Работа по второму направлению начиналось с отбора потенциальных участников проекта из картотеки. В Красногвардейском АНО было принято решение начинать работу не с самых сложных пациентов, а с тех, кто 3÷4 раза в течение года посещает диспансер, а также с тех, кто находится в сопровождении РОО «Возвращение». Подбор продолжался примерно 3 недели, одновременно готовился текст «приглашения» для участия в проекте по телефону. Таким образом, с июня началась активная работа по рекрутированию клиентов проекта.

За год работы проекта в Красногвардейском районе участниками проекта стали 117 человек.

Табл. 1. Участие в консультировании.

Врач психиатр-нарколог	41%
Медицинский психолог	39%
Медицинская сестра	20%
(Всего 300 консультаций за год)	100%

Особенностью проекта является то, что медицинская сестра с функциями социального работника также участвует в консультировании.

### Содержание работы нарколога

- Первичный приём наркопотребителей, осмотр и постановка диагноза.
- Медицинские назначения: выписка рецептов, выработка тактики медицинского сопровождения, направление на госпитализацию, проведение КЭК в особо сложных случаях, постановка и снятие с диспансерного учёта, экстренная помощь.
- Психотерапевтическая помощь — терапевтическое консультирование, выработка тактики ПТ сопровождения, проведение индивидуальных ПТ сессий с использованием когнитивно-поведенческих и суггестивных приемов и методик.
- Проведение совместного консультирования пациентов с участниками МП команды.
- Совместное обсуждение пациентов с мультипрофессиональной группой, выработка адекватной тактики сопровождения, выбор куратора.
- Направление пациентов для оказания им необходимой помощи во внешнюю сеть специалистов.

### Содержание работы психолога

- Психологическое консультирование по запросу клиентов. Наиболее частые темы: психологическая зависимость от ПАВ и неспособность справиться с ней; сопутствующие проблемы одиночества, страха, потери смысла жизни, проблемы взаимоотношений с другими людьми. При необходимости проводилось добровольное консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию (ДКТ).
- Психодиагностическое обследование, в том числе по запросу врача нарколога, на измерение уровня тревожности, депрессивного состояния. Также использовались проективные методики (ЦТ Люшера, «Дом-Дерево-Человек», «Незаконченные предложения» и другие).

- Практиковалась самостоятельная форма работы пациента — «домашние задания»: письменные задания, дневник чувств, самооценка своего психофизиологического состояния.
- С родными наркопотребителями проводилась работа по созависимости. С партнёрами проводилась также работа для снижения риска передачи инфекционных заболеваний.
- Совместное консультирование с другими членами МП команды, совместное обсуждение пациентов.
- Направление пациентов для оказания им необходимой помощи во внешнюю сеть специалистов.

### **Содержание работы медицинской сестры**

- Беседа с целью диагностики образа жизни пациента, состояния его здоровья, актуальных жалоб и опасений.
- Информирование пациента о диагностике и диспансерном наблюдении, связанном с ВИЧ-инфекцией, гепатитах и услугах, предоставляемых в соответствующими лечебными учреждениями, о местонахождении и графике приёма специалистов «Центра СПИД».
- Социальное консультирование, беседа.
- Заполнение «Социальной карты» пациента.
- Установление контакта с родственниками и партнёрами, диагностика проблем в микросоциуме.
- Направление пациентов для оказания им необходимой помощи во внешнюю сеть специалистов.

### **Клиенты проекта**

Из 117 человек, принявших участие в проекте, продолжительный контакт был установлен с меньшей частью:

- лишь 41% участников получил от 3-х до 20-ти консультаций (группа 1);
- остальные 59% взаимодействовали с мультипрофессиональной командой 1÷2 раза (группа 2).

Из 66 клиентов, составляющих группу 2:

- в ремиссии 23 человека;
- активно потребляют ПАВ — 43.

## Причины отказа от дальнейшего участия в проекте (из документации проекта)

Клиенты в ремиссии:

1. «Не хочу неприятных контактов».
2. «Нет привычки получать помощь».
3. «У меня нет проблем».
4. «Решаю свои проблемы в другом месте».
5. «Слишком занят. Может и надо посещать, возможно, пораньше снимут с учёта, но нет для этого времени».

Активные наркопотребители:

1. Отсутствует мотивация для изменений.
2. Есть «свой» нарколог, психотерапевт.
3. Недоверие к государственной службе.
4. Относительно короткий период употребления, отсутствует абстинентный синдром. Отрицают зависимость.

## Социо-демографические характеристики

- 72% пациентов-участников проекта составляли мужчины, 28% — женщины.

Из 19-ти родственников пациентов, заинтересованных в контакте с командой сопровождения, преимущественное большинство (фактически  $\frac{3}{4}$  — 15 человек) составили женщины.

- Средний возраст: в группе 1 — 26,3 года, в группе 2 — 24,4 года.
- Семейное положение участников проекта не отличается устойчивостью: в браке состоят 8%, в гражданском браке — 21%, не женаты, не замужем — 71%.
- Средний возраст начала систематического употребления наркотиков — 16,5 лет.

## Медицинские проблемы

- 29% пациентов имеют ВИЧ-инфекцию. У 69% выявлен гепатит.
- Более половины участников проекта имели предыдущий неудачный опыт наркологического лечения (51%).

## Особенности контингента пациентов проекта «Обратно в общество»

1. Тяжёлая наркозависимость (большой удельный вес интоксикационных и абстинентных состояний).
2. Высокий процент сопутствующих аддикции заболеваний (гепатиты, ВИЧ).

3. Большое количество лиц, совершивших правонарушения и несущих ту или иную меру уголовной ответственности.

4. Практически полная утрата позитивных связей с родственниками и близкими.

5. Отсутствие наличных средств и, как следствие, невозможность назначения адекватной медикаментозной терапии.

6. Низкая посещаемость, объясняемая отсутствием доверия к специалистам амбулаторной наркологической сети.

7. Недостаточная готовность пациентов воспользоваться различными медико-социальными ресурсами вследствие слабой мотивации и общей десоциализации.

### **Новые навыки, умения, знания, полученные специалистами во время действия проекта**

#### **Врач нарколог**

- Возможность использовать внешнюю сеть учреждений — партнёров РОО «Возвращение».
- Почувствовал разницу в отношении пациентов к себе: перевел диалог с пациентом на качественно другой уровень, предусматривающий не однократный приём, а длительной сопровождение.
- Возможность оказания психотерапевтической помощи — бесплатной для пациента.
- Навык работы в команде, опыт мультипрофессиональной диагностики и сопровождения.

#### **Медицинская сестра**

- В ходе работы и обучения были сформированы навыки в установлении контактов с пациентами, ведения беседы.
- Более тесное взаимодействие с родственниками пациентов.
- Узнала, что такое «внешняя сеть» и поняла, насколько она важна для помощи пациентам.
- Также новым навыком является сбор социальных данных и заполнение социальных карт.

#### **Медицинский психолог**

- Опыт совместного консультирования и более тесного сотрудничества с врачом наркологом.
- Оценила преимущества мультипрофессионального сопровождения.
- Организованное сотрудничество с учреждениями внешней сети.
- Знания и навыки работы с семьями наркопотребителей.

Во «внешнюю сеть», предоставленную РОО «Возвращение», ценность которой для проекта подчеркивали все участники, направлено:

• в городской центр СПИД .....	32
• в кожно-венерологический диспансер .....	36
• в социальное бюро в ГИБ №30 им. Боткина .....	17
• в городскую наркологическую больницу .....	14
• в реабилитационный центр для детей и подростков МНД №1 (дневной) .....	2
• в загородный, с 3-месячным пребыванием Реабилитационный центр «Мельничный ручей», РОО «Возвращение» .....	8

## Выводы

1. Работа специалистов в мультипрофессиональной команде, объединенной общим клиент-центрированным подходом к пациенту, имеет преимущества:

- Происходит комплексная диагностика потребностей (медицинских, психологических, социальных).
- Коллективно решается вопрос о первоочередной проблематике (наиболее актуальных потребностях) и механизме помощи.
- Объединяются ресурсы специалистов «внутренней» и «внешней» сети.
- Работа в МП группе — средство профилактики «выгорания» специалистов.

2. Для пациентов клиент-центрированный подход, реализующий принцип построения «диалога» между специалистом и клиентом:

- Облегчает контакт со специалистами.
- Повышает степень доверия.
- Помогает воссоздать естественные социальные связи и получать поддержку от окружения.
- Помогает приобрести в безопасной принимающей атмосфере навыки зрелого межличностного общения: управления эмоциями, социально приемлемого самовыражения, уважения межличностных границ и тому подобное.
- Формирует приверженность наркологическому лечению.

## Рекомендации

- Условия для создания мультипрофессиональной команды и реализации в ней клиент-центрированного подхода есть практически в каждом медицинском учреждении, где есть врачи различных специальностей и медицинские сестры. В идеале мультипрофессиональная команда должна по составу специалистов охватывать все

аспекты оказания комплексной помощи: медицинский, психологический, социальный. Однако при отсутствии социального работника его функции может взять на себя (на практике так зачастую и происходит) медицинская сестра — как специально обученная основам консультирования, так и обладающая природными коммуникативными способностями, способностью к эмпатии.

- Кроме команды внутри учреждения необходимо развивать «сеть» внешних партнёров — учреждений, которые задействованы в оказании помощи целевой группе пациентов. Для наркопотребителей такими профильными учреждениями являются: наркологический диспансер (стационар и амбулаторная служба), центр по борьбе и профилактике СПИД, кожно-венерологический диспансер, туберкулёзный диспансер, инфекционная больница, токсикологическое отделение больницы скорой помощи, другие медицинские подразделения, организации, оказывающие социальную поддержку, опеку, помощь. Для женщин-наркопотребительниц — также женские консультации и родильные дома. Необходимо включать в помогающую «сеть» общественные организации, группы само- и взаимопомощи.

- Создание внешней сети возможно начинать одновременно на различных уровнях: договорённостью на уровне главных врачей, «горизонтальной» связью врачей-единомышленников, функциональным объединением врачей различных специальностей и учреждений вокруг конкретных пациентов в связи с их актуальной проблематикой.

- Целесообразно решать вопросы объединения усилий «профильных» специалистов на «Круглых столах», семинарах, посвященных вопросам наркомании, ВИЧ-инфекции.

- Значительно ускорило бы введение новых технологий мультипрофессиональной и сетевой работы, формирование и сплочение команд организованное для специалистов различных ведомств обучение (цикл семинаров).

- Целесообразно рассматривать как «базовое звено», обладающее наибольшими организационными и методическими ресурсами (по своему положению и функциям в системе «специалист-пациент», по универсальности подготовки, по многочисленности персонала) — медицинских сестёр. Обученные основам консультирования медицинские сестры способны многократно повысить общую эффективность мультипрофессиональной группы.

- При работе с ВИЧ-позитивными пациентами целесообразно включать в состав МП группы активистов ЛЖВС.

## Информированное согласие на участие в программе

Название программы

**«Предоставление АРВ-терапии ВИЧ-инфицированным наркопотребителям, находящимся в устойчивой ремиссии»**

Исполнители: РОО «Возвращение» совместно с СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» приглашают Вас принять участие в программе предполагающей:

- 1) выработку оптимальной процедуры лечения ВИЧ-инфекции для потребителей наркотиков, находящихся в устойчивой ремиссии;
- 2) антиретровирусную терапию;
- 3) социально-психологическое сопровождение.

ВИЧ-инфекция — заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, который поражает клетки иммунной системы и тем самым приводит к развитию синдрома приобретённого иммунодефицита (СПИД). Средства, позволяющего полностью вылечить ВИЧ-инфицированного человека, пока не существует. Однако есть препараты, позволяющего подавить размножение вируса и тем самым приостановить развитие заболевания, переход его в стадию СПИД. Этот метод лечения и называется антиретровирусной терапией (АРВ-терапией).

### **Вы подходите для участия в программе, если**

- 1) Вам исполнилось 18 лет;
- 2) Вы не беременны;
- 3) срок ремиссии более 6 месяцев;
- 4) уровень CD4 < 350 клеток.

Прежде чем Вы примете решение об участии в программе, мы хотим предоставить Вам подробную информацию о ней, о том, что ожидается от Вас, что будет предложено исполнителями программы и о возможных рисках, связанных с участием в программе.

### **Цель программы**

1. Создать систему предоставления АРВ-терапии наркопотребителям, находящимся в устойчивой ремиссии.
2. Достичь значимого улучшения качества жизни пациентов, а также укрепить и развить их способность к самостоятельному решению задач, направленных на укрепление здоровья.

## **Сроки**

Ваше лечение начнётся: .....

Длительность программы составит 15 мес. По истечению срока программы в соответствии Вашим состоянием Вам возможно будет предложено продолжение АРВ-терапии в рамках программ СПб ГУЗ Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

## **Начало программы**

Перед включением Вас в программу будет проведено комплексное медицинское обследование, с помощью которого будет определена стадия заболевания, состояние иммунитета, функциональное состояние печени. Женщинам будет проведён тест на беременность (нарколог определит стабильность ремиссии) и, в случае необходимости, он назначит Вам поддерживающее лечение. Вы также пройдёте социально-психологическое обследование, в результате которого Вам будет предложена индивидуальная программа психосоциального сопровождения.

## **Вы будете должны**

- По индивидуальному графику посещать врачей-специалистов (инфекционист, нарколог) и проходить предписанные ими медицинские обследования и процедуры: клинический мониторинг CD4 раз в 3 месяца, вирусной нагрузки 2 раза в год, биохимический и клинический анализ крови, ежемесячное определение концентрации препаратов в крови по требованию врача, по требованию нарколога сдавать кровь и мочу для контроля ремиссии.
- Получать препараты АРВ-терапии у медсестры или врача-инфекциониста программы по индивидуальному графику не реже 2-х раз в неделю.
- Принимать назначенные препараты строго в соответствии с предписанием врача.
- В течение суток сообщать врачу или медсестре обо всех нарушениях назначенного лечения или его прекращении по любым причинам (плохое самочувствие, утеря препарата и прочее).
- При каждом визите к врачу или медсестре приносить упаковки от использованных лекарств.
- В течение суток сообщать врачу или медсестре обо всех изменениях в состоянии здоровья во время проведения терапии.
- Не принимать, не посоветовавшись с врачом какие-либо не назначенные им лекарственные препараты (даже если они назнача-

ются другим врачом), если же приём неизбежен (в экстренных случаях), то обязательно сообщить об этом врачу программы.

- Посещать психолога по предложенной Вам индивидуальной программе психосоциального сопровождения.
- Использовать средства барьерной контрацепции.

### **Дополнительные посещения**

Являясь участником программы, Вы можете в любой момент обращаться за психологической и медицинской помощью, в случае необходимости Вы будете госпитализированы.

### **Поддержание постоянных контактов**

В рамках программы мы просим Вас предоставить своё имя, адрес, номер телефона для контактов. Мы также просим Вас указать имена и информацию о тех людях, с которыми мы можем связаться, если нам не удастся связаться с Вами. Во время программы мы будем уточнять возможные изменения и дополнения информации для контактов.

### **Причины, по которым Вас могут исключить из программы без Вашего согласия**

- В случае рецидива наркомании или активного потребления алкоголя, приведшего к нарушению графика приёма препаратов;
- В случае беременности, так как некоторые лекарства обладают тератогенными свойствами.
- Если Вы не хотите или не можете выполнять процедуры, предусмотренные программой.
- В случае 2-кратной утери препаратов или их упаковок.

Контроль за соблюдением графика приёма препаратов ведётся с помощью тестирования крови для определения концентрации препарата.

### **Возможные неудобства**

- Во время проведения АРВ-терапии у Вас могут появиться осложнения: тошнота, рвота, головная боль, диспепсия, бессонница, боли в животе, сыпь, слабость, нарушение остроты зрения, металлический привкус во рту, лихорадка.
- Для контроля качества ремиссии, врач-нарколог может предложить Вам пройти тест на содержание наркотика в крови и моче.



## Наркологический профиль Модсли

### А. Служебная информация

Типичный перечень сведений о личности пациента, его демографических характеристиках, направлении на лечение, а также описание программы лечения по мере необходимости.

В. Употребление психоактивных веществ	Число дней употребления из 30 последних	Обычная доза за день	Способ приёма*
В1. Алкоголь	<input type="text"/> <input type="text"/> .....	.....	<input type="text"/> .....
В2. Героин	<input type="text"/> <input type="text"/> .....	.....	<input type="text"/> .....
В3. Незаконный метадон	<input type="text"/> <input type="text"/> .....	.....	<input type="text"/> .....
В4. Кокаин в порошке	<input type="text"/> <input type="text"/> .....	.....	<input type="text"/> .....
В5. Кокаин крэк	<input type="text"/> <input type="text"/> .....	.....	<input type="text"/> .....
В6. Амфетамин	<input type="text"/> <input type="text"/> .....	.....	<input type="text"/> .....
В7. Каннабис	<input type="text"/> <input type="text"/> .....	.....	<input type="text"/> .....
В8. Другое (что именно?) .....	<input type="text"/> <input type="text"/> .....	<input type="text"/> <input type="text"/> .....	<input type="text"/> .....
* 1 — перорально, 2 — назальный, 3 — курение, 4 — внутривенно, 5 — внутримышечно.			

### С. Поведение, сопряжённое с риском для здоровья

С1. Число дней употребления наркотиков путём инъекций из 30 последних    
.....

С2. Типичное число инъекций в течение дня в последние 30 дней    
.....

С3. Число инъекций иглой или шприцем, ранее использованными другим лицом    
.....

С4. Число сексуальных партнёров с использованием и без использования презерватива    
.....

С5. Общее число сексуальных контактов с использованием и без использования презерватива    
.....

**D. Симптомы состояния здоровья**

**D1.** Как часто Вы ощущали следующие симптомы, определяющие состояние физического здоровья:

**0** — никогда, **1** — редко, **2** — иногда, **3** — часто, **4** — постоянно

- |   |                      |
|---|----------------------|
| a. плохой аппетит                       | <input type="text"/> |
| b. чувство усталости или изнеможения    | <input type="text"/> |
| c. тошнота, чувство недомогания         | <input type="text"/> |
| d. желудочные боли                      | <input type="text"/> |
| e. затруднённое дыхание                 | <input type="text"/> |
| f. боли в груди                         | <input type="text"/> |
| g. боли в суставах и костях             | <input type="text"/> |
| h. мышечные боли                        | <input type="text"/> |
| i. онемение или покалывание конечностей | <input type="text"/> |
| j. тремор или озноб                     | <input type="text"/> |

**D2.** Как часто Вы ощущали следующие симптомы эмоционального и психологического здоровья:

**0** — никогда, **1** — редко, **2** — иногда, **3** — часто, **4** — постоянно

- |  |                      |
|--|----------------------|
| a. чувство напряжённости                     | <input type="text"/> |
| b. внезапный необоснованный страх            | <input type="text"/> |
| c. смятение                                  | <input type="text"/> |
| d. нервозность или внутренний озноб          | <input type="text"/> |
| e. приступы ужаса или паники                 | <input type="text"/> |
| f. чувство безнадежности при мысли о будущем | <input type="text"/> |
| g. ощущение собственной никчёмности          | <input type="text"/> |
| h. потеря интереса к окружающему             | <input type="text"/> |
| i. чувство одиночества                       | <input type="text"/> |
| j. мысли о том, чтобы свести счёты с жизнью  | <input type="text"/> |

**Е. Личные и социальные вопросы**

**Отношения с людьми**

- E1. Число дней общения с партнёром из 30 последних □□ □□
- E2. Из них число дней, сопровождавшихся конфликтами с партнёром □□ □□
- E3. Число дней общения с родственниками из 30 последних □□ □□
- E4. Из них число дней, сопровождавшихся конфликтами с родственниками □□ □□
- E5. Число дней общения с друзьями из 30 последних □□ □□

**Работа**

- E7. Число оплаченных дней из 30 последних □□ □□
- E8. Число пропущенных рабочих дней по болезни или по не уважительной причине □□ □□
- E9. Число дней в статусе официального безработного из 30 последних □□ □□

**Преступность**

E10. Правонарушения, совершенные в последние 30 дней.	В последние 30 дней	Кол-во раз в день
a. Продажа наркотиков	□□ □□	□□ □□
b. Мошенничество и подделка	□□ □□	□□ □□
c. Магази́нная кража	□□ □□	□□ □□
d. Кража из частного владения	□□ □□	□□ □□
e. Кража из автомобиля	□□ □□	□□ □□
f. Иные правонарушения:		
.....	□□ □□	□□ □□
.....	□□ □□	□□ □□
.....	□□ □□	□□ □□

## Показатель степени тяжести наркомании Lite

Подчёркнутые пункты используются для оценки результатов лечения.

### 1. Медицинский статус

**М1.** Сколько раз за свою жизнь Вы были госпитализированы по медицинским показаниям?

**М3.** Имеются ли у Вас хронические проблемы, связанные со здоровьем, которые постоянно осложняют вам жизнь?

нет  да. Что именно? .....

**М4.** Принимаете ли регулярно назначенные врачом лекарства?

нет  да. Что именно и по какому поводу?

.....  
.....

**М5.** Получаете ли Вы пенсию по инвалидности в результате соматических нарушений?

нет  да. По какому поводу? .....

.....

**М6.** Сколько дней Вас беспокоили проблемы со здоровьем из 30 последних?

**М7.** Насколько сильно Вас беспокоили или тревожили эти проблемы со здоровьем в последние 30 дней?

совсем не важно  умеренно  чрезвычайно

незначительно  существенно

**М8.** Насколько важным для Вас сейчас является лечение по поводу этих проблем со здоровьем?

совсем не важно  умеренно  чрезвычайно

незначительно  существенно

### Определение степени достоверности

Являются ли сведения значительно искажёнными из-за...

**М10.** неправильного изложения пациентом?  нет  да

**М11.** неспособности пациента понять вопрос?  нет  да

### Статус занятости, источники дохода

**Е1.** Законченное образование:   лет   мес.

**Е2.** Законченная профподготовка, среднетехническое образование:  
  лет   мес.

**Е4.** Есть ли действующие водительские права?  нет  да

**Е5.** Есть ли у Вас автомобиль?  нет  да

**Е7.** Постоянный ли последний род занятий?  нет  да

**Е9.** Является ли это основным источником дохода?  нет  да

**Е10.** Основная модель занятости в течение последних трёх лет:

- 1 полный рабочий день (35 часов в неделю и более)
- 2 неполный рабочий день (рабочие часы)
- 3 неполный рабочий день (без постоянных рабочих часов)
- 4 студент
- 5 сфера обслуживания
- 6 пенсионер или инвалид
- 7 безработный
- 8 пребывает в контролируемых условиях

**Е11.** Число оплаченных рабочих дней из 30 последних:  .

**Е12.** Оплачиваемая работа (чистый заработок, или заработная плата за вычетом налогов). .....

**Е13.** Пособие по безработице. ....

**Е14.** Социальное обеспечение. ....

**Е15.** Пенсии, пособия или социальные выплаты. ....

**Е16.** Супруг/супруга, семья или друзья. ....

**Е17.** Незаконные источники доходов. ....

**Е18.** Сколько человек находятся на Вашем иждивении (основные средства на питание, жильё и подобное)?

**Е19.** В течение скольких дней Вы испытывали трудности с работой из 30 последних?

**Е20.** Насколько тревожили трудности с работой в эти 30 дней?

- 0 не беспокоили
- 1 незначительно
- 2 умеренно
- 3 существенно
- 4 чрезвычайно

**E21.** Насколько важно для Вас сейчас консультирование об этих трудностях с работой?

0 совсем не важно       2 умеренно       4 чрезвычайно

1 незначительно       3 существенно

**Определение степени достоверности**

Являются ли сведения значительно искажёнными из-за...

**E23.** неправильного изложения пациентом?       0 нет       1 да

**E24.** неспособности пациента понять вопрос?       0 нет       1 да

**Алкоголь и наркотики**

Наркотическое средство	Число дней употребления из 30 последних	В течение жизни, лет	Способ приёма*
<b>D1.</b> Алкоголь в целом	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>D2.</b> Алкоголь до состояния интоксикации	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>D3.</b> Героин	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D4.</b> Метадон	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D5.</b> Другие опиаты, анальгетики	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D6.</b> Барбитураты	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D7.</b> Гипнотические	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D8.</b> Кокаин	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D9.</b> Амфетамины	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D10.</b> Каннабис	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D11.</b> Галлюциногены	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D12.</b> Ингалянты	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D13.</b> Несколько ежедневно, включая алкоголь	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
* 1 — перорально,      3 — курение,      5 — внутримышечно. 2 — назальный,      4 — внутривенно,			

**D17.** Сколько раз была алкогольная белая горячка?

Сколько раз вы получали лечение от:

**D19.** злоупотребления алкоголем?

**D20.** злоупотребления наркотиками?

Сколько из упомянутых случаев были лишь дезинтоксикацией:

**D21.** в связи со злоупотреблением алкоголем?

**D22.** в связи со злоупотреблением наркотиками?

Сколько примерно денег Вы потратили в последние 30 дней...

**D23.** на алкоголь? .....

**D24.** на наркотики? .....

**D25.** Сколько дней из 30 последних Вы получали амбулаторное лечение по поводу алкоголя или наркотиков?

Сколько дней из 30 последних Вы испытывали проблемы...

**D26.** связанные с употреблением алкоголя?

**D27.** связанные с употреблением наркотиков?

Насколько в последние 30 дней Вас беспокоили...

**D28.** проблемы, связанные с употреблением алкоголя?

0 не беспокоили

2 умеренно

4 чрезвычайно

1 незначительно

3 существенно

**D29.** проблемы, связанные с употреблением наркотиков?

0 не беспокоили

2 умеренно

4 чрезвычайно

1 незначительно

3 существенно

Насколько важно для Вас теперь лечение по поводу проблем...

**D30.** связанных с употреблением алкоголя?

0 совсем не важно

2 умеренно

4 чрезвычайно

1 незначительно

3 существенно

**D31.** связанных употреблением наркотиков?

0 совсем не важно

2 умеренно

4 чрезвычайно

1 незначительно

3 существенно

### Определение степени достоверности

Являются ли сведения значительно искажёнными из-за...

**D34.** неправильного изложения пациентом?

0 нет

1 да

**D35.** неспособности пациента понять вопрос?

0 нет

1 да

**2. Правовой статус**

**L1.** Было ли Ваше поступление на лечение предложено системой уголовного правосудия?  нет  да

**L2.** Являетесь ли Вы условно-досрочно освобождённым?  нет  да

Сколько раз за свою жизнь Вы были арестованы и обвинялись в следующих правонарушениях.

**L3.** Магазинные кражи или вандализм?

**L4.** Нарушения условий условно-досрочного освобождения?

**L5.** Обвинения, связанные с наркотиками?

**L6.** Подделка?

**L7.** Преступления с применением оружия?

**L8.** Кражи/воровство/проникновение?

**L9.** Ограбления?

**L10.** Разбой?

**L11.** Поджог?

**L12.** Изнасилование?

**L13.** Убийство/предумышленное убийство?

**L14.** Проституция?

**L15.** Неуважение к суду?

**L16.** Прочие?

**L17.** Сколько из них завершились заключением?

Сколько раз в жизни Вас обвиняли в...

**L18.** нарушение общественного порядка, бродяжничестве, нахождение в нетрезвом состоянии в общественном месте?

**L19.** вождение автомобиля в нетрезвом состоянии?

**L20.** в крупных нарушениях при вождении?

**L21.** Сколько месяцев Вы провели в заключении?

**L24.** Находитесь ли Вы сейчас в ожидании обвинения, суда или приговора?  0 нет  1 да

**L25.** За какое правонарушение? .....

**L26.** Сколько дней из 30 последних Вы были задержаны или заключены под стражей?

**L27.** В течение скольких дней Вы занимались нелегальной деятельностью с целью наживы из 30 последних?

**L28.** Насколько серьёзными Вам представляются Ваши текущие правовые проблемы?

- 0 не тревожат       2 умеренно       4 чрезвычайно  
 1 незначительно       3 существенно

**L29.** Насколько важным для вас в настоящее время является консультирование или направление на лечение в связи с данными правовыми проблемами?

- 0 совсем не важно       2 умеренно       4 чрезвычайно  
 1 незначительно       3 существенно

### Определение уровня достоверности

Являются сведения значительно искажёнными из-за:

**L31.** неправильного изложения пациентом?  0 нет  1 да

**L32.** неспособности пациента понять вопрос?  0 нет  1 да

### 3. Семейные и общественные отношения

**F1.** Семейное положение.

- 0 в браке       4 проживает отдельно  
 1 в повторном браке       5 в разводе  
 3 вдовец или вдова       6 в браке не состоял(а)

**F3.** Устраивает ли Вас такое положение?

- 0 нет       1 безразлично       2 да

**F4.** Обычные условия проживания (в течение последних 3 лет).

- 1 с сексуальным партнёром и детьми
- 2 только с сексуальным партнёром
- 3 только с детьми
- 4 с родителями
- 5 с семьёй
- 6 с друзьями
- 7 в одиночестве
- 8 в контролируемых условиях
- 9 нет постоянных условий проживания

**F6.** Устраивает ли Вас такое положение?

- 0 нет
- 1 безразлично
- 2 да

Проживает ли с Вами кто-либо, кто:

**F7.** имеет проблемы с употреблением алкоголя?  0 нет  1 да

**F8.** принимает не назначенные врачом наркотические средства?

- 0 нет
- 1 да

**F9.** С кем Вы проводите большую часть свободного времени?

- 1 с семьёй
- 2 с друзьями
- 3 в одиночестве

**F10.** Устраивает ли такой способ проводить свободное время?

- 0 нет
- 1 безразлично
- 2 да

Были ли продолжительные периоды, когда Вы испытывали серьёзные трудности в общении... (0 — нет, 1 — да)	Последние 30 дней		В течение жизни	
<b>F18.</b> с матерью	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>F19.</b> с отцом	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>F20.</b> с братом или сестрой	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>F21.</b> с сексуальным партнёром, супругой	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>F22.</b> с детьми	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>F23.</b> с другими близкими членами семьи	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>F24.</b> с близкими друзьями	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>F25.</b> с соседями	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>F26.</b> с коллегами	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Подвергались ли Вы насилию?	30 дней		в жизни	
<b>F28.</b> физическому	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>F29.</b> сексуальному	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

В течение скольких дней из 30 последних Вы имели серьёзные конфликты...

**F30.** с членами вашей семьи?

**F31.** с другими людьми?

В какой степени Вы испытывали чувство тревоги или беспокойства в последние 30 дней из-за:

**F32.** семейных проблем?

0 не беспокоило       2 умеренно       4 чрезвычайно

1 незначительно       3 существенно

**F33.** социальных проблем?

0 не беспокоило       2 умеренно       4 чрезвычайно

1 незначительно       3 существенно

Насколько важным для Вас *теперь* является лечение или консультирование в связи с:

**F34.** семейными проблемами?

0 совсем не важно       2 умеренно       4 чрезвычайно

1 незначительно       3 существенно

**F35.** социальными проблемами?

0 совсем не важно       2 умеренно       4 чрезвычайно

1 незначительно       3 существенно

#### Определение уровня достоверности

Являются сведения значительно искажёнными из-за:

**F37.** неправильного изложения пациентом?       0 нет       1 да

**F38.** неспособности пациента понять вопрос?       0 нет       1 да

#### 4. Психическое состояние

Сколько раз Вы подвергались лечению в связи с психологическими или эмоциональными проблемами:

**R1.** в больничных, стационарных условиях?

**R2.** амбулаторно или как частный пациент?

**R3.** Получаете ли пенсию по ментально-психической инвалидности?

0 нет       1 да

Был ли продолжительный период, не имевший прямой связи с употреблением алкоголя или наркотиков, в течение которого Вы...	Последние 30 дней	В течение жизни
<b>Р4.</b> переживали тяжёлую депрессию — тоску, безнадежность, потерю интереса, трудности при выполнении любых функций?	нет да <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	нет да <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<b>Р5.</b> испытывали серьёзную тревогу, напряжение, скованность, необоснованное беспокойство, неспособность расслабиться?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<b>Р6.</b> имели галлюцинации — видели воображаемые объекты и слышали голоса?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<b>Р7.</b> испытывали трудности с пониманием, концентрацией внимания и памятью?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<b>Р8.</b> были не способны контролировать агрессивное поведение?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<b>Р9.</b> всерьёз думали о самоубийстве?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<b>Р10.</b> совершили попытку самоубийства?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<b>Р11.</b> получали назначенное лекарство в связи с психоэмоциональными проблемами?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

**Р12.** В течение скольких дней из 30 последних Вы переживали подобные психологические и эмоциональные трудности?

**Р13.** В какой степени Вас беспокоили или тревожили эти психологические и эмоциональные проблемы?

- 0 не беспокоили       2 умеренно       4 чрезвычайно  
 1 незначительно       3 существенно

**Р14.** Насколько важным для Вас *теперь* является лечение по поводу этих проблем?

- 0 совсем не важно       2 умеренно       4 чрезвычайно  
 1 незначительно       3 существенно

**Определение степени достоверности**

Являются ли сведения значительно искажёнными из-за...

- Р22.** неправильного изложения пациентом?       0 нет       1 да  
**Р23.** неспособности пациента понять вопрос?       0 нет       1 да

## Медико-психологическая карта

Дата заполнения       .200  г.

Место заполнения: .....

### I. Основные сведения 1. №

2. Фамилия или псевдоним: .....

3. Настоящее имя: .....

4. Дата рождения:         г.

5. Возраст   полных лет. 6. Пол  муж.  жен.

7. Город, район проживания: .....

8. Телефон (домашний): .....

9. Координаты родных или близких (имя, телефон или адрес):

.....  
.....

10. Направлен проектом: .....

11. Если уже проходил опрос фонда «Возвращение», то, где и в каком году (например: в стационаре фонда, 2003; в «Автобусе», 2004; в больнице им. Боткина, 2005...):

.....

12. Примечание: .....

.....

### II. Социальное положение 1. №

2. Образование.  н/среднее  ср.-спец.  н/высшее

общ. среднее  ср.-техн.  высшее

3. Последнее учебное заведение.

школа  ср.-спец.  вуз  курсы

4. Учебная деятельность.

регулярно посещаю занятия  закончил обучение

только числюсь  бросил из-за наркотиков

в академическом отпуске  бросил по другой причине

5. Есть ли сейчас работа?  есть  нет

6. Сколько не работает и не учится?    мес.

7. Какие имеет специальности? .....

8. Чем серьёзно занимался помимо основной учёбы и работы?  
(Каким творчеством, видом спорта, ремеслом и тому подобным?)

9. Каковы источники дохода?

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> зарплата               | <input type="checkbox"/> криминальные |
| <input type="checkbox"/> случайные заработки    | <input type="checkbox"/> стипендия    |
| <input type="checkbox"/> иждивенчество          | <input type="checkbox"/> сдаю жильё   |
| <input type="checkbox"/> пособие по безработице | <input type="checkbox"/> другие       |
| <input type="checkbox"/> пенсия по инвалидности |                                       |

10. Каково отношение к службе в армии?

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> служил        | <input type="checkbox"/> освобождён по болезни, судимости |                                  |
| <input type="checkbox"/> не призывался | <input type="checkbox"/> комиссован                       | <input type="checkbox"/> избегаю |

11. С кем совместно проживает?

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> с родителями    | <input type="checkbox"/> отдельно, один | <input type="checkbox"/> у партнёра |
| <input type="checkbox"/> со своей семьёй | <input type="checkbox"/> у друга        |                                     |

12. Каковы жилищные условия?

- |   |                                    |                                    |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> отдельная квартира     | <input type="checkbox"/> общежитие | <input type="checkbox"/> бездомный |
| <input type="checkbox"/> комната в «коммуналке» | <input type="checkbox"/> снимает   |                                    |

13. Сколько людей проживает вместе с ним, исключая его?

14. Каково семейное положение?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> холост, не замужем  | <input type="checkbox"/> в браке          | <input type="checkbox"/> вдовец, вдова |
| <input type="checkbox"/> разведён, разведена | <input type="checkbox"/> гражданский брак |  |

15. Сколько имеет детей?

16. Какое вероисповедание?

- |                                     |                                       |  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> атеист     | <input type="checkbox"/> православный | <input type="checkbox"/> католик       |
| <input type="checkbox"/> неверующий | <input type="checkbox"/> протестант   | <input type="checkbox"/> другое: ..... |

17. Когда крещён в православной церкви?  
 1 в младенчестве       3 в зрелости       5 не знает  
 2 в отрочестве       4 нет
18. Имеет ли инвалидность?  
 1 нет       2 раньше       3 сейчас. Какой степени?
19. Состоите ли на наркологическом учёте?       0 нет       1 да
20. Состоит ли на учёте в ПНД?       0 нет       1 да
21. Существует ли проблема долгов?       0 нет       1 да
22. Примечание: .....
- .....

### III. Семья

Отдельно заполняется карточка на каждого живого близкого родственника или партнёра. В затруднении, писать: *не знаю*.

#### О живых взрослых родственниках 1. №

2. Родство (*мать, супруг, брат, партнёр...*): .....
3. Имя, отчество: .....
4. Возраст?   лет.      5. Образование: .....
6. Специальность: .....
7. Текущий род занятости.  
 1 работает по специальности       2 не по специальности  
 3 пенсионер       4 безработный       5 домохозяйка
8. Живёт  1 вместе или  2 отдельно?
9. Вероисповедание: .....
10. Проблемы с алкоголем, наркотиками, таблетками (*нет* или указать): .....
11. Хронические заболевания (*нет* или указать): .....
- .....
12. Способствует ли наркотизации?  
 1 «Активно способствует» — например, даёт деньги на наркотики («лучше я дам, чем ты пойдёшь воровать»), отдаёт долги, истраченные на наркотики, и тому подобное.

**2** «Пассивно способствует» — используются деньги и вещи родственника без его ведома для приобретения наркотиков, не препятствует изготовлению наркотика дома («лучше пусть варит дома, чем в притоне») и тому подобное.

**3** «Не способствует» — активно препятствует, контролирует ситуацию дома или далеко живёт, редко общается.

13. Характер взаимоотношений? .....

14. Примечание: .....

<b>Родственник</b>	1. № <input style="width: 50px;" type="text"/>	2. ....			
3.	.....				
4.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	5.	.....	
6.	.....				
7.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	8.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	9.	.....
10.	.....				
11.	.....				
12.	<input style="width: 30px;" type="text"/>	13.	.....		
14.	.....				

Дополнительная информация о родственниках, употребляющих наркотики в свободной форме: что принимает? как давно? есть ли зависимость? взаимоотношения с ним и прочее.

.....  
 .....

**Информация о детях** (пол, возраст, кто воспитывает, где находятся сейчас и другие важные сведения):

.....  
 .....

**Об умерших родственниках:** .....

.....

#### IV. Анамнез наркомании

##### «История» применения

1. Какое психоактивное средство (наркотик, таблетки, ингалян-  
ты...) было первым? .....

2. Первый «тяжёлый» наркотик:

.....

3. Описание последовательности применения наркотических  
средств (подробно, с указанием временных интервалов):

.....

.....

.....

4. Наркотики, употребление которых стало систематическим (пере-  
числить наркотики, которые применялись ежедневно в определён-  
ные периоды времени):

.....

.....

.....

5. Наркотики, которые употреблялись в течение короткого периода  
времени или от случая к случаю:

.....

.....

.....

6. Наркотики, которые только пробовал, но не начал употреблять  
ни систематически, ни эпизодически:

.....

.....

.....

7. Применение алкоголя.

1 умеренное употребление

5 выпивает редко

2 бывают запои

6 полный отказ от спиртного

3 имеет зависимость от алкоголя

4 применяет, когда отказывается от наркотиков

8. Число интоксикаций от наркотиков.

8.1. Число отравлений «грязным» раствором:

8.2. Число передозировок, превышение «дозы»:

8.3. Число отравлений из-за сочетания наркотика с медикаментами:

8.4. Из-за сочетания наркотика с алкоголем:

8.5. Отчёт респондента о причинах передозировок в разных случаях. От каких наркотиков или их смеси передозировка? Случайно? Суицидальные намерения? Предположение, что кто-то хотел ему повредить? И другое:

.....  
 .....

9. Проблемы, сопутствующие употреблению наркотиков (наркозависимый в семье, зависимость от партнёра, бездомность и другие):

.....  
 .....

10. Примечание: .....

**Применение наркотиков**

Для всех наркотиков, которые пациент употреблял более 10 раз.

1. №  2. Наркотик (основной): .....

3. Сопутствующий препарат: .....

4. Способ введения:  перорально  назальный  
 курение  внутривенно  внутримышечно

5. Впервые пробовал в возрасте   лет.

6. Доза суточная в период активного употребления наркотика (чётко единицы измерения): .....

7. Максимальная суточная доза: .....

8. Число приёмов за день в конце активного применения:

9. Характер употребления:

систематически  сезонный  
 эпизодически  по особым случаям

10. Длительность эпизодического употребления до «системы»:    мес.
11. Стаж ежедневного употребления без вычета ремиссий:   лет.
12. Первое впечатление от этого вида «кайфа»:  понравилось  не понравилось  не понял
13. Применялся ли наркотик последние 2 мес.?  да  нет
14. Примечание: .....

Наркотик 1. № <input type="text"/>		2. ....	
3. ....			4. <input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	6. ....	
7. ....			8. <input type="text"/> <input type="text"/> 9. <input type="text"/>
10. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	11. <input type="text"/> <input type="text"/>	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>
14. ....			

#### V. Терапии и ремиссии 1. №

2. Где уже лечился? .....
3. Амбулаторное лечение   раз; 4. стационарное  .
5. Самостоятельные попытки отказа от наркотиков:   раз.
6. Перечислите причины отказа от наркотиков:  
.....  
.....
7. Наибольшее время в стационаре:   дней
8. Какие медикаменты использовались ранее при лечении?  
.....  
.....
9. Какие из перечисленных методов терапии применялись?  
 гемосорбция       иглотерапия       кодирование  
 ликворсорбция       физиотерапия       химзащита

10. Участие в группах самопомощи (АА, АН):

.....

11. Проводилось ли психологическое обследование?  да  нет

12. Участвовал ли в психотерапии? Где, как долго, пояснение:

.....

13. Наибольшее воздержание от наркотиков   недель.

14. Чем оно связано? .....

15. Употребление спиртного в период отказа от наркотиков:

1 пил чаще обычного       3 реже обычного

2 умеренно       4 полный отказ от алкоголя

16. Инициатор срывов (чаще всего): .....

17. Причины срывов: .....

.....

18. Примечание: .....

.....

**VI. Юридическая ситуация 1. №**

2. Были ли правонарушения до наркотизации?  да  нет

3. А после начала употребления наркотиков?  да  нет

4. Состоял ли на учёте в ИДН?  да  нет

5. Судимости? (какие годы или *нет*): .....

.....

6. По каким статьям? .....

.....

7. Приговоры? .....

.....

8. Проблемы с правоохранительными органами сейчас:

.....

.....

9. Примечание: .....

.....

## VII. Физическое и психическое здоровье 1. №

2. Выраженные дефекты (*ожирение, гипотрофия, косоглазие, кожные проблемы...*; указать *врождённые, приобретённые*):

3. Проблемы физического и психического здоровья, возникшие до употребления наркотиков (перенесённые операции, травмы, заболевания, проверить все органы и системы):

3.1. Заболевания ЖКТ (*гастрит, холецистит, панкреатит, язва желудка или 12ПК...*):

3.2. Болезни сердечно-сосудистой системы (*гипертония, гипотония, нарушения ритма сердца, вегето-сосудистая дистония, врождённые или приобретённые пороки сердца...*):

3.3. Заболевания дыхательных путей (*астма, бронхит, пневмония, плеврит...*), подтверждённые регистрацией и нет:

3.4. Проблемы мочеполовой системы, заболевания почек:

3.5. Заболевания других внутренних органов (болезни уха, горла, носа, глазные болезни, стоматологические проблемы):

3.6. Повреждения или дефекты опорно-двигательного аппарата:

3.7. Проблемы обмена веществ (эндокринные болезни):

3.8. Другие соматические проблемы:

3.9. Черепно-мозговые травмы (сколько?):

3.9.1. ЧМТ с потерей сознания (сколько?):

3.9.2. Год последней травмы головы:     г.

3.9.3. Последствия ЧМТ:

.....  
 .....

3.10 Перенесённые инфекции (название, год):

.....  
 .....

3.11. Обращение к психиатру, психоневрологу, психологу:

.....  
 .....

3.12. Депрессивные состояния до начала наркотикотизации:

.....  
 .....

3.13. Суицидные попытки, намерения до наркотиков:

.....  
 .....

3.14. Психологические (преморбидные) проблемы:

.....  
 .....

3.15. Психиатрические проблемы (наличие обманов восприятия, эпилептические припадки...):

.....  
 .....

**4. Проблемы со здоровьем, возникшие в период употребления наркотиков.**

4.1. Гепатит (А, В, С, не было, в каком году): .....

4.2. «ТЕМА», когда возникла: .....

4.2. Кожные заболевания: .....

4.3. Венерические (сифилис, гонорея, трихомониаз...):

.....  
 4.4. Абсцессы (сколько было всего):

4.4.1. На фоне приёма: .....

4.4.3. Число обращений за врачебной помощью: .....

4.5. Другие соматические проблемы, возникшие при употреблении наркотиков: .....

.....

4.6. ЧМТ: .....

4.7. Психологические проблемы, вызванные наркотиками:

.....

4.8. Психиатрические проблемы (обманы восприятия, галлюцинации в период наркотической интоксикации или вне её, судорожные явления и тому подобное): .....

.....

4.9. Суицидные попытки, суицидальные намерения:

5. Стационарное лечение, не связанное с отказом от наркотиков (где, когда, в связи с чем ): .....

.....

6. Примечание: .....

.....

### **VIII. Только для женщин**

1. Женские болезни (какие, когда перенесла):

.....

2. Сколько беременностей?   3. Абортов?

3.1. Причины абортов: .....

.....

4. Роды (сколько, их результат): .....

.....

5. Наличие постоянного партнёра (его краткая характеристика и «местоположение»): .....

.....

.....

6. Примечание: .....

.....

### IX. Контакты

1. Период жизни пациента, когда сложились основные длительные отношения с людьми: .....

2. Где формировались контакты со сверстниками наиболее активно (в школе, на работе, во дворе...): .....

3. С кем легче было строить взаимоотношения?

- пол:  1 с парнями  2 с девушками  3 всё равно
- возраст:  1 со сверстниками  3 младше  
 2 старше  4 с людьми разного возраста

4. Какие контакты были наиболее привлекательны:

- 1 на основе объединения интересов
- 2 при определённом социальном положении
- отвечающие  3 хорошим  4 плохим физическим данным
- 5 на основе душевных качеств
- 6 при условии выгоды
- 7 на основе любви
- при высоком  8 среднем  9 низком интеллектуальном уровне
- 10 притяжение по неизвестным причинам

5. Контакты с какими людьми были наиболее продолжительны:

.....

6. Какие группы, коллективы, компании влияли на пациента:

.....

7. Реакция на одиночество:

- нравится одному
- не беспокоит
- привычное состояние
- дискомфорт
- переживания
- невыносимо

	До начала потребления наркотиков	В период потребления наркотиков	В период ремиссии
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Другая	.....	.....	.....

8. Описание влияния наркотиков на прежние взаимоотношения и на формирование новых контактов:

.....

.....

**Х. Нынешняя терапия 1. №** 

2. Наркотик (с отказом от которого связано лечение):

.....

3. Сопутствующий препарат: .....

4. Когда закончилось предыдущее лечение (месяц, год)?

.....

5. Обращение к нам:  первичное  повторное.

6. Решение начинать терапию (кто его принимал: самостоятельно? родные? врач? милиция? — или что повлияло: ситуация? болезнь?..):

.....

7. Суточная доза наркотика ко времени обращения:

.....

8. Место лечения (детокс): .....

9. Диагноз (выставляется только врачом): .....

.....

10. Сопутствующий диагноз: .....

.....

11. Место реабилитации: .....

12. Период реабилитации (число дней): .....

13. Причины окончания реабилитации: окончание курса, отказ от реабилитации, провокация отъездом другого пациента, нарушение правил, перевод в центр для верующих, другие.

.....

14. Примечание: .....

.....

**15. Письменное объяснение пациентом причин окончания реабилитации:**

.....

.....

.....

.....

**XI. Индивидуально-психологическая характеристика**

Выяснение некоторых пунктов психологического анамнеза требует дополнительных вопросов на усмотрение психолога.

**1. Факторы развития пациента и жизненные условия.**

1.1. Семейная предрасположенность и наследственность:

.....

1.2. Врождённые предрасположения (особенности беременности и прочее): .....

1.3. Раннее развитие (что знает о нём?): .....

.....

1.4. Психологические переживания, сопровождающие перенесённые заболевания, травмы, интоксикации: .....

.....

Реакции родителей на это: .....

.....

1.5. Питание: .....

1.6. Влияние природной среды: .....

.....

1.7. Жилищные условия (как они менялись, например):

.....

1.8. Экономическое положение семьи (объём и удовлетворённость, отношение к этому вопросу): .....

.....

1.9. Культурный уровень семьи (степень влияния духовных интересов на формирование психологического климата в ней):

.....

1.10. Формальный состав семьи (родительская семья полная-неполная; отметить развод родителей — сколько лет было пациенту; потеря близких родственников и прочее):

.....

1.11. Семейная констелляция (число членов семьи, какое место в ней занимает пациент): .....

.....

1.12. Особенности воспитания (отношение родителей к ребёнку: *заласкивающее, строгое, жестокое, всепрощающее, вседозволяющее, безразличное, заброшенность, гипо- и гиперопека*; виды поощрений и наказаний): .....

1.13. Воспитательные цели родителей (какой результат воспитания ожидали получить: воспитание определённых черт характера, развитие каких-либо способностей, добивались прилежания, престижные цели и тому подобное):

1.14. Влияние школы (взаимоотношения с одноклассниками и учителями, положение пациента в классе):

1.15. Внесемейные и внешкольные влияния на пациента (влияние организаций и внеорганизационные влияния):

1.16. Нагрузки (изнуряющие и благотворно действующие):

## **2. Способы поведения (особенности).**

2.1. Основные черты поведения (активность-пассивность, общительность-аутичность, организованность-хаотичность...):

2.2. Выражение в поведении отношений к себе, к своему телу, к своему здоровью: .....

2.4. Поведение по отношению к окружающим людям (*доминантность-подчинённость, зависимость-независимость, популярность-непопулярность*; способы установления контакта; отношение к лицам противоположного пола):

2.5. Оценка пациентом отношений окружающих к нему:

.....

2.6. Отношение к социальным нормативам (их динамика):

.....

2.7. Как проявляются в поведении отношение к материальным и духовным ценностям?

.....

2.8. Поведение по отношению к природе, растительному и животному миру: .....

2.9. Поведение в экстремальных ситуациях (можно применить тест Розенцвейга): .....

2.10. Отношение к воспитательным воздействиям (*послушен, глубоко переживает, самокритичен, равнодушен, обидчив, оказывает сопротивление, выражает бурный протест*):

.....

2.11. Поведение в рамках основной деятельности (наличие или отсутствие интересов в работе или учении, увлечённость, равнодушие, формализм, энтузиазм...):

.....

2.12. Результативность и успешность деятельности:

.....

2.12.1. Учебная успеваемость: .....

2.12.2. Производственная успешность: .....

2.12.3. Влияние жизненного опыта на поведение: .....

.....

2.13. Субъективная оценка пациентом своего характера и поведения: .....

.....

## СОГЛАШЕНИЕ

между РОО «Возвращение» в лице его сотрудника

и пациентом, поступающим в центр «Мельничный ручей»

.....  
имя

.....  
отчество

.....  
фамилия

Благотворительная организация РОО «Возвращение» предоставляет бесплатную, анонимную помощь наркозависимым. Принимая пациента в центр «Мельничный ручей», **сотрудники обязуются:**

- Оказывать психологическую поддержку для выхода человека из кризиса, связанного с употреблением наркотиков.
- Не разглашать конфиденциальную информацию о пациенте.
- Оказывать необходимую медико-консультативную помощь.
- Обеспечить пациента едой и элементарными условиями проживания.
- Знакомить пациента с основами православного вероучения и способствовать его вхождению в жизнь православной церкви.
- Ознакомить с Инструкцией по технике безопасности на рабочем месте при проведении трудотерапии и профессиональном обучении.

Пациент, принятый с испытательным сроком до ....., может быть отчислен в любое время, если не соблюдает правила, установленные в центре, или отрицательно влияет на общую атмосферу в группе.

Решение о возможности продолжения терапии пациентом по окончании им испытательного срока принимается на собрании сотрудников центра.

**Об инфекционном диагнозе пациента, представляющем эпидемиологическую опасность** (ВИЧ-инфекция, гепатиты, сифилис, туберкулёз и тому подобное), **должен знать каждый дежурный сотрудник центра.** Только после консультации с врачом или психологом пациент решает, кому ещё он может сообщить о диагнозе.

**Пациент обязуется:**

- Поступать в кризисно-адаптационный центр вне наркотического, лекарственного или алкогольного опьянения.
- При поступлении показать дежурному сотруднику все свои вещи. Деньги пациент обязан сдать дежурному сотруднику для хранения в сейфе. Названные в правилах предметы, запрещённые для применения, будут изъяты, и сотрудники не отвечают за их сохранность.
- Подчиняться решениям дежурных сотрудников центра, соблюдать режим дня и правила внутреннего распорядка.
- Своевременно жаловаться врачу на болезненные симптомы. При заполнении «Медико-психологической карты» сообщить достоверные сведения, как о развитии зависимости, так и о наличии инфекционных, неврологических и других соматических заболеваний.
- Добросовестно трудиться ежедневно в течение 8-часового рабочего дня. Соблюдать правила техники безопасности.

**❖ Правила для пациентов «Мельничного ручья»**

1. Абсолютная трезвость. Категорически запрещено употреблять наркотики, алкоголь, а также лекарства, которые не согласованы с врачом центра.

2. Никакого насилия: как физического, так и словесного. Не допустимы грубость и сквернословие.

3. Добровольная изоляция. Пациент не имеет права по своему усмотрению покидать пределы центра. Он должен воздерживаться от переписки со своими знакомыми. Встречи с родственниками первые 2 месяца пребывания в центре обычно не планируются.

4. Дистанция во взаимоотношениях с противоположным полом. Запрещены сексуальные связи.

5. Создание и поддержание порядка и чистоты в жилых, производственных помещениях и на территории центра. Курить можно только на улице или в специально отведённых для этого местах.

6. Восполнение культурного дефицита только образцами высокой пробы. У нас нельзя смотреть телевизор и слушать радио, читать детективы и бульварную прессу, играть в электронные и азартные игры. Нельзя привозить плеер. Использование аудио- и видеокассет возможно только после цензуры сотрудника, отвечающего за культурную программу центра.

7. Бережное отношение к имуществу центра. За порчу имущества пациент (или его родственники) несут материальную ответственность.

Всячески приветствуется любая благая и творческая инициатива, например, выпуски стенных газет, проведение литературно-музыкальных вечеров, организация спортивных игр на свежем воздухе в свободное время.

Межличностные отношения должны строиться на основе христианского понимания ценности человеческой личности, глубокого взаимного уважения и доверия. Сотрудники стремятся оказать психологическую помощь и поддержку, а пациенты стараются воздерживаться от критики окружающих, открывать в себе новые позитивные потребности и возможности духовного знания и культурного роста.

**Подпись сотрудника,** принимающего пациента в центр:

.....

Дата подписания Соглашения:

**Подпись пациента,** ознакомленного с Соглашением, находящегося в ясном сознании и разделяющего цели и задачи РОО «Возвращение»:

.....

.....

## Перспективы пост-реабилитации

1. Насколько очевидны для пациента преимущества и необходимость дальнейшей трезвой жизни, его намерения, ожидания, объяснения?

.....  
.....  
.....

2. Значимое окружение (люди, организации, с кем придётся в силу существующей ситуации продолжать общение: члены семьи, сотрудники по работе, персонал детского сада, который посещает ребёнок, и тому подобное):

.....  
.....  
.....

3. От кого он надеется получать поддержку (семья, врачи, церковь, группа психологической поддержки и тому подобные)?

.....  
.....  
.....

4. Откуда может исходить опасность срыва («зоны риска»)?

.....  
.....  
.....

5. Нерешённые конфликты с милицией, «кредиторами», соседями, и тому подобное:

.....  
.....  
.....

6. План действий на 3 месяца:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....