

# ТД

## Комплексная служба на базе ТД



руководство



БСИ

Москва • 2004

# **Комплексная служба на базе ТД**

**(Организация и функционирование служб  
сопровождения клиентов Телефона доверия  
по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП  
и репродуктивного здоровья)**

**Руководство**



**Москва • 2004**

В данном руководстве информация изложена по принципу «от общего к частному», т.е. от общих вопросов, связанных с созданием службы Телефона доверия, через теоретические основы психологии болезни к рекомендациям по работе с конкретными проблемами клиентов. Неравномерность подачи материала связана с тем, что в методической литературе одни темы (работа с духовными и нравственными проблемами) освещены мало или, по нашему мнению, неадекватно (техника активного слушания), другие, наоборот, легко доступны — клиника ВИЧ/СПИДа, ИППП и наркомании, меры профилактики, особенности ухода за больными СПИДом, до- и послетестовое консультирование и т.д.

---

Издано РОО «СПИД инфосвязь» в рамках проекта ГЛОБУС  
Распространяется по подписке бесплатно.  
Адрес редакции: 105062 Москва, а/я 112, «СПИД инфосвязь»;  
тел/факс: (095) 382-6232, электронная почта: mail@infoshare.ru  
Москва • 2005 г.



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение в проблему .....	5
<b>I. Общие положения по организации и функционированию служб сопровождения клиентов ТД по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и репродуктивного здоровья .....</b>	<b>7</b>
Основные принципы функционирования служб сопровождения .....	9
Организация и работа службы сопровождения .....	11
Организация и возможные формы работы службы сопровождения .....	12
Персонал службы сопровождения .....	14
Требования к персоналу .....	14
Организация обучения персонала .....	16
<b>II. Информирование по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и репродуктивного здоровья .....</b>	<b>17</b>
Информация о путях передачи, профилактике и диагностике ВИЧ .....	20
Пути передачи ВИЧ-инфекции .....	20
Профилактика ВИЧ-инфекции .....	22
Диагностика ВИЧ-инфекции .....	24
Информация о течении заболевания и необходимых мерах по поддержанию жизни и здоровья .....	25
Течение заболевания .....	25
Необходимые меры по поддержанию качества жизни и здоровья .....	26
Дополнительные меры для поддержания и улучшения здоровья .....	28
Информация об особенностях жизни людей с ВИЧ/СПИДом .....	29
Общение с людьми с ВИЧ/СПИДом .....	29
Меры предосторожности .....	30
Юридические аспекты .....	31
Заболевания, передающиеся половым путем .....	34
<b>III. Оказание психологической помощи .....</b>	<b>37</b>
Принципы психологического консультирования .....	40
Виды деятельности во время процесса консультирования .....	42

Активное слушание – основной рабочий инструмент	
консультации .....	43
Консультирование на телефоне доверия .....	45
Этапы телефонного консультирования .....	45
Методы и приемы .....	46
Схема кризисного звонка .....	53
Индивидуальное консультирование .....	54
Групповая работа .....	57
Семейное консультирование .....	58
<b>IV. Особые вопросы .....</b>	<b>63</b>
Консультирование людей, страдающих фатальным	
заболеванием .....	65
Общие стратегии .....	65
Работа со стадиями реакции на болезнь .....	66
Наркозависимые клиенты .....	68
Духовные и религиозные вопросы .....	70
Суициды .....	71
<b>V. Рекомендации для медицинских и социальных работников .....</b>	<b>81</b>
Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию .....	83
Болезнь и умирание .....	88
Родственники умирающего .....	91
Выводы и перспективы .....	93
Рекомендуемая литература .....	96

## **Введение в проблему**

С развитием эпидемии ВИЧ и СПИДа, в нашей стране произошло много изменений, требующих коррективы основных направлений деятельности правительственных и неправительственных организаций, работающих в этой проблематике. Во многом благодаря работе именно этих организаций, в российском обществе существенно возросла информированность о методах профилактики ВИЧ-инфекции и других ИППП, возросла, в целом, и толерантность в отношении больных СПИДом. С другой стороны, по мере распространения ВИЧ-инфекции все большее количество жителей нашей страны, так или иначе, оказываются связаны с этой проблемой. Соответственно растет и потребность в оказании этим людям квалифицированной помощи. И если медицинские услуги (диагностика и лечение) оказываются сейчас в значительном объеме, то консультация профессионального психолога доступна в основном по телефону доверия (ТД).

Несомненно, у ТД есть свои преимущества – это доступность, оперативность и абсолютная анонимность. Но растущая потребность в психологической помощи выявила и ограничения такой формы работы – невозможность длительного и последовательного решения проблем позвонившего, ограниченность в применении большинства психотерапевтических техник, невозможность подготовки к предстоящему разговору, возможность общения в каждый момент времени только с одним человеком, а не с парой или семьей состоящей из нескольких человек. Эти рамки не только снижают эффективность оказания психологической помощи, но и во многом являются факторами, обуславливающими «синдром сгорания» сотрудников ТД.

Для преодоления этих недостатков необходимо развитие служб сопровождения клиентов ТД по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и репродуктивного здоровья. В данном руководстве под клиентами ТД мы подразумеваем не только тех, кто реально позвонил с целью получения психологической помощи, а всех, кому такая помощь необходима.

В идеале такая служба сопровождения должна быть направлена на разрешение одновременно и психологических, и медицинских, и социальных проблем клиентов, для чего необходима слаженная работа профессионалов различных специальностей: медиков, психологов-консультантов и социальных работников. К сожалению, опыта подобного сотрудничества, не говоря уже о разработанной

программе сопровождения, в нашей стране нет. Причем не только в области ВИЧ/СПИДа, но и вообще в сфере тяжелых соматических заболеваний.

Такой программы вы не найдете и на страницах данного руководства, являющегося попыткой обобщения и структурирования опыта, накопленного сотрудниками ТД РОО «СПИД инфосвязь» в процессе реализации пилотного проекта по созданию службы сопровождения клиентов ТД по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и репродуктивного здоровья. Вследствие этого, руководство, в основном, направлено на психологов-консультантов, но будет полезно также и представителям других специальностей — медицинским и социальным работникам.

**I. Общие положения  
по организации  
и функционированию  
служб сопровождения  
клиентов ТД по вопросам  
ВИЧ/СПИДа, ИППП  
и репродуктивного здоровья**



- **Основные принципы функционирования служб сопровождения**
- **Организация и работа службы сопровождения**
  - Организация и возможные формы работы службы сопровождения
- **Персонал службы сопровождения**
  - Требования к персоналу
  - Организация обучения персонала

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ**

Под службой сопровождения клиентов ТД по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и репродуктивного здоровья мы понимаем организованную совместную деятельность специалистов в области медицинского и психического здоровья, а также социальной поддержки, направленную на поддержание высокого качества жизни людей, обратившихся за помощью по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и репродуктивного здоровья.

Для эффективного функционирования службы сопровождения необходимо, чтобы вся ее деятельность строилась в рамках единой идеологии, в данном случае таким идеологическим принципом являлся комплексный подход к проблемам клиентов. Такой подход соответствует данному нами определению службы сопровождения и позволяет в ее работе реализовать все три модели, существующие на данный момент в области помощи людям.

Модель «врач помогает пациенту» – врач, берет на себя ответственность за жизнь и здоровье обратившегося.

Модель «специалист помогает клиенту» предусматривает помощь специалиста-психолога в решении той проблемы, которую ставит перед ним клиент.

Модель «человек помогает человеку» предполагает полную межличностного общения двух людей, один из которых нуждается в помощи. Помощью здесь являются как сами складывающиеся между ними отношения, так и разрешение консультантом кризиса клиента.

В качестве иллюстрации комплексной работы различных специалистов, приведем пример из опыта наших иностранных коллег.

«В истории клиента N. описана комбинация элементов, из которых состоит консультирование по ВИЧ/СПИДу, и перечислен целый ряд навыков, которыми должен обладать человек, оказывающий помощь, чтобы поддержать клиента и облегчить ему принятие профилактических форм поведения.

В своем личном кабинете врач тактично поинтересовался, каким рискам передачи ВИЧ-инфекции подвергался клиент, и предложил ему перечень дальнейших действий, а также информацию о том, где и на каких условиях можно пройти ВИЧ-тестирование.

Медицинская сестра местной больницы, участвовавшая в семинаре по консультированию о ВИЧ/СПИДе, подготовила клиента к тому, что существует вероятность ВИЧ-положительного результата анализа, и к тому, что, возможно, ему придется жить с ВИЧ-инфекцией. Это консультирование помогло клиенту справиться с шоком от известия о своем ВИЧ-положительном статусе.

Когда клиент получил сообщение об отрицательном результате тестирования, та же самая медицинская сестра местной больницы рассказала ему о «периоде окна». С почти абсолютной уверенностью можно сказать: если бы консультант этого не сделала, клиент никогда не пришел бы для повторного тестирования и не узнал бы вовремя ни о своем ВИЧ-статусе, ни, следовательно, о том, как предотвратить передачу ВИЧ-инфекции жене.

В столичном центре анонимного консультирования и тестирования консультант сообщила клиенту о результате повторного тестирования и помогла справиться с шоком от известия о его ВИЧ-положительном статусе. Если бы рядом не было никого, кто поддержал и выслушал бы его в столь критический момент жизни, клиент мог либо не справиться с известием, либо предпринять какие-либо разрушительные действия, например, целенаправленно распространяя вирус.

Когда клиент свыкся с фактом своего ВИЧ-положительного статуса, та же самая женщина-консультант, рассмотрев различные варианты, помогла ему выбрать, каким образом сообщить жене о том, что он ВИЧ-положителен. Затем она помогла ему решиться и тактично попросить другую свою сексуальную партнершу прийти вместе на прием, чтобы и она имела возможность получить консультирование по ВИЧ/СПИДу и необходимый уход. Благодаря консультированию, предоставленному клиенту и его жене, они осознали и приняли различие в их ВИЧ-статусах, а также договорились об использовании презервативов.

Медицинская сестра по месту работы клиента обсудила с ним преимущества и недостатки информирования коллег о его ВИЧ-положительном статусе. В результате он решил не только раскрыть перед сослуживцами свой ВИЧ-статус, но и сыграл определенную роль в их просвещении по вопросам ВИЧ-инфекции. Эта его деятельность изменила отношение коллег к ВИЧ-положительным людям, и в свою очередь, привела к тому, что они обеспечили ему социальную поддержку в самые критические моменты заболевания.

Социальный работник, член команды по уходу на дому, обеспечил клиента и его жену постоянным консультированием и поддержкой, а также помог им справиться с многочисленными кризисами, возникавшими в течение длительной болезни.

Религиозный деятель в больнице не только оказывал духовную поддержку клиенту, но и помогал ему в необходимых практических приготовлениях, связанных с материальными и духовными потребностями, которые должны были возникнуть у его жены и детей после его смерти»<sup>1</sup>.

Из этого примера, как и из опыта нашей работы, можно выделить 4 аспекта рассматриваемой проблемы:

- медицинский – лечение и информирование о болезни;
- психологический – работа с эмоциональными реакциями на болезнь, другими психологическими проблемами;
- социальный – восстановление, создание и поддержание социальных связей;
- духовный – решение духовных и нравственных вопросов, связанных с болезнью.

Дальнейшее содержание пособия будет посвящено непосредственно службе психологического сопровождения, в силу описанных выше причин.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ И РАБОТА СЛУЖБЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ**

Организация службы сопровождения предполагает решение таких проблем, как определение целевой аудитории и круга проблем, решаемых службой; привлечение клиентов в службу сопровождения; определение форм и методов работы; подбор и обучение персонала; организация рабочих мест (помещения, техники).

Опыт работы на ТД по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и репродуктивного здоровья, позволяет выделить темы, наиболее часто затрагиваемые во время консультаций:

- возможность избежать заражения ВИЧ или ИППП;
- беспокойство по поводу взаимоотношений с близкими, как сексуальных, так и прочих;
- проблемы, связанные со смертью и умиранием;
- развитие болезни и возможности лечения;
- умение владеть собой;
- принятие решения кому и как рассказать об инфицировании;
- внешняя и внутренняя стигматизация, страх изоляции, мифы и предрассудки;

<sup>1</sup> Консультирование по ВИЧ/СПИДу: ключевые рекомендации для людей, занимающихся выработкой политики, планированием и организацией работы по консультированию. © World Health Organization 1995

- здоровый образ жизни;
- решение практических, в частности юридических или финансовых вопросов;
- потребность в конфиденциальности;
- прохождение теста на ВИЧ.

Исходя из этого, целевой аудиторией службы сопровождения являются:

- ВИЧ-положительные или больные СПИДом люди и члены их семей;
- люди с ИППП и члены их семей;
- люди, выражающие желание пройти тестирование на наличие ВИЧ;
- люди, которых беспокоит возможность подвергнуться риску приобрести ВИЧ-инфекцию и/или ИППП.

На этом этапе необходимо коснуться такой важной проблемы, как привлечение клиентов в службу. В рамках пилотного проекта единственным каналом, по которому клиенты попадали в сферу деятельности службы сопровождения, являлся ТД. Но практика показала, что люди, звонящие на ТД, как правило, не планируют длительной работы и тем более очного общения с консультантом. Поэтому необходимо развивать внешние связи с организациями, которые потенциально могли бы направлять клиентов в службу сопровождения. Такими организациями являются: медицинские клиники и лаборатории, связанные с ВИЧ/СПИДом и ИППП, гинекологические консультации, а так же медицинские учреждения, связанные с наркологией (больницы и НД); общественные организации, связанные с проблемами ВИЧ/СПИДа, наркоманией, сексуальным насилием, сексуальными меньшинствами, коммерческими секс-работниками, кризисными состояниями; ТД, не имеющие своей службы сопровождения клиентов.

### **Организация и возможные формы работы службы сопровождения**

В нашем случае, при реализации пилотного проекта, служба психологического сопровождения развивается из ТД, который впоследствии становится ее структурным подразделением. Таким образом, помимо ТД, службой психологического сопровождения проводится и очная работа в виде индивидуального, семейного или группового консультирования.

Специфика каждой из этих форм работы требует создания определенных условий, основными из которых являются помещения и их оборудование, предназначенные для проведения очного консультирования. Общие требования к помещениям для психологического консультирования следующие:

- **Комфорт.** В помещениях должно быть тепло и сухо, они не должны быть слишком маленькими или слишком большими, не должны быть захламлены посторонними предметами.

- **Конфиденциальность.** Помещения должны быть звукоизолированы, во время консультации должны отсутствовать посторонние звуки. Следует предусмотреть отсутствие таких факторов, как громкие звуки в соседних комнатах и коридоре, периодически звонящий параллельный телефон и т.д. Во время работы, не занятые в процессе сотрудники, а тем более посторонние люди не должны иметь возможности зайти в помещение или даже постучаться.

- **Удобство и функциональность.** Мебель, на которой сидят консультанты и клиенты должна быть удобной и функциональной, ее должно быть необходимое количество. Это не обязательно должны быть кресла; но стулья, во всяком случае, не должны разваливаться под сидящими. Также, в кабинетах для очного консультирования, стулья должны быть достаточно легкими, чтобы их можно было свободно передвигать с целью оперативного структурирования пространства.

- **Техническое оснащение.** В помещениях должна быть представлена вся необходимая для работы техника (аудио, видео, офисная, бытовая). Она не должна быть самой дорогой, но обязательно исправной.

Для индивидуальной и семейной консультации необходимо помещение размером не менее 10 и не более 20 м<sup>2</sup>, помимо необходимого количества стульев или кресел, в нем должен быть журнальный столик и, если предполагаются занятия по релаксации, кушетка или диван. Групповую работу лучше проводить в помещении порядка 40 м<sup>2</sup>, не содержащего по возможности ничего лишнего.

## **ПЕРСОНАЛ СЛУЖБЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ**

Одна из основных задач службы сопровождения — оказание психологической помощи, например, ВИЧ-инфицированным и их значимому окружению. Решение этой задачи требует серьезного профессионального подхода, вследствие чего консультации должны проводиться квалифицированными специалистами.

### **Требования к персоналу**

Выделяются три компонента профессиональной готовности к коррекционному воздействию:

- Теоретический компонент, предполагает знание общих закономерностей психического развития в онтогенезе; знание периодизации психического развития; знание проблемы соотношения обучения и развития; представление об основных теориях, моделях и типах личности; знание о социально-психологических особенностях группы; знание условий, обеспечивающих личностный рост и творческое развитие.

- Практический компонент заключается в овладении конкретными методами и методиками консультирования. Глубокое овладение конкретными методами и методиками позволяет избежать как непрофессионализма, так и профессиональной деформации личности.

- Личностная готовность — психологическая проработанность у психолога собственных проблем в тех сферах, в которых он предполагает консультировать клиента.

В частности специалист-психолог должен иметь как базовую фундаментальную подготовку в области психологии, так и специальную подготовку в области конкретных методов психологического консультирования.

Особый вопрос работы с персоналом — «синдром сгорания», встречающийся у специалистов разного профиля, работающих с людьми и использующих в своей работе ресурсы собственной личности. Характеризуется он эмоциональным, когнитивным и физическим истощением, вызванным гиперстимуляцией в работе и профессиональной перегрузкой. К появлению такого синдрома

предрасполагают: неразрешенные конфликты собственной личности; низкий уровень поддержки и высокий уровень критичности коллег; индивидуальная и групповая работа с немотивированными и мало мотивированными клиентами; низкая результативность работы; запрет на инновации и творческое самовыражение, носящий чаще всего административный характер; стремление сохранить свои профессиональные секреты и боязнь быть разоблаченным, когда данные секреты не содержат декларируемых методов; отсутствие возможностей обучаться и совершенствоваться; отсутствие возможности и желания обобщать и передавать свой опыт.

Профилактика развития синдрома сгорания состоит в принятии на себя ответственности за свою работу, свой профессиональный результат и в делегировании части ответственности клиентам, в умении не спешить и давать себе время для достижений в работе и в жизни. Большое значение имеет реалистическая оценка своих возможностей и умение проигрывать без самоунижения и бичевания, так как профессиональные спады и даже тупики – это естественные этапы профессионального развития настоящего специалиста.

У каждого специалиста может быть свой набор общих и специальных вариантов, осознанно или неосознанно используемых для восстановления и развития профессиональных сил, однако можно выделить и рекомендовать к реализации как минимум два наиболее общих:

1. Возможность свободно выражать свои чувства и эмоции. Каждый психолог может получать от своих клиентов негативные чувства, которые имеют свойства накопления и вытеснения. Поэтому так важно свободное выражение чувств.

2. Возможность выполнять только свои желания. Многие психологи живут в мире, где правит «должно» и «надо». Восстановлению способствует возможность выполнять свои желания, где одно из самых частых – желание побыть в одиночестве, в покое.

По мере развития службы сопровождения, целесообразно ввести узкую специализацию психологов-консультантов по основным проблемам. Это может быть работа со стадиями реакции на болезнь или с наркозависимыми и их близкими, семейное консультирование или групповая работа, работа с беременными ВИЧ-инфицированными и т.д. Такой подход не только повысит эффективность работы психологов-консультантов, но также и сократит затраты на их обучение, как финансовые так и временные. Так, при необходимости обучения консультантов в какой-либо внешней организации, на учебу можно послать одного, с тем расчетом, что он проведет обучение уже внутри организации, что также поможет оценить эффективность внешнего обучения.



## **Организация обучения персонала**

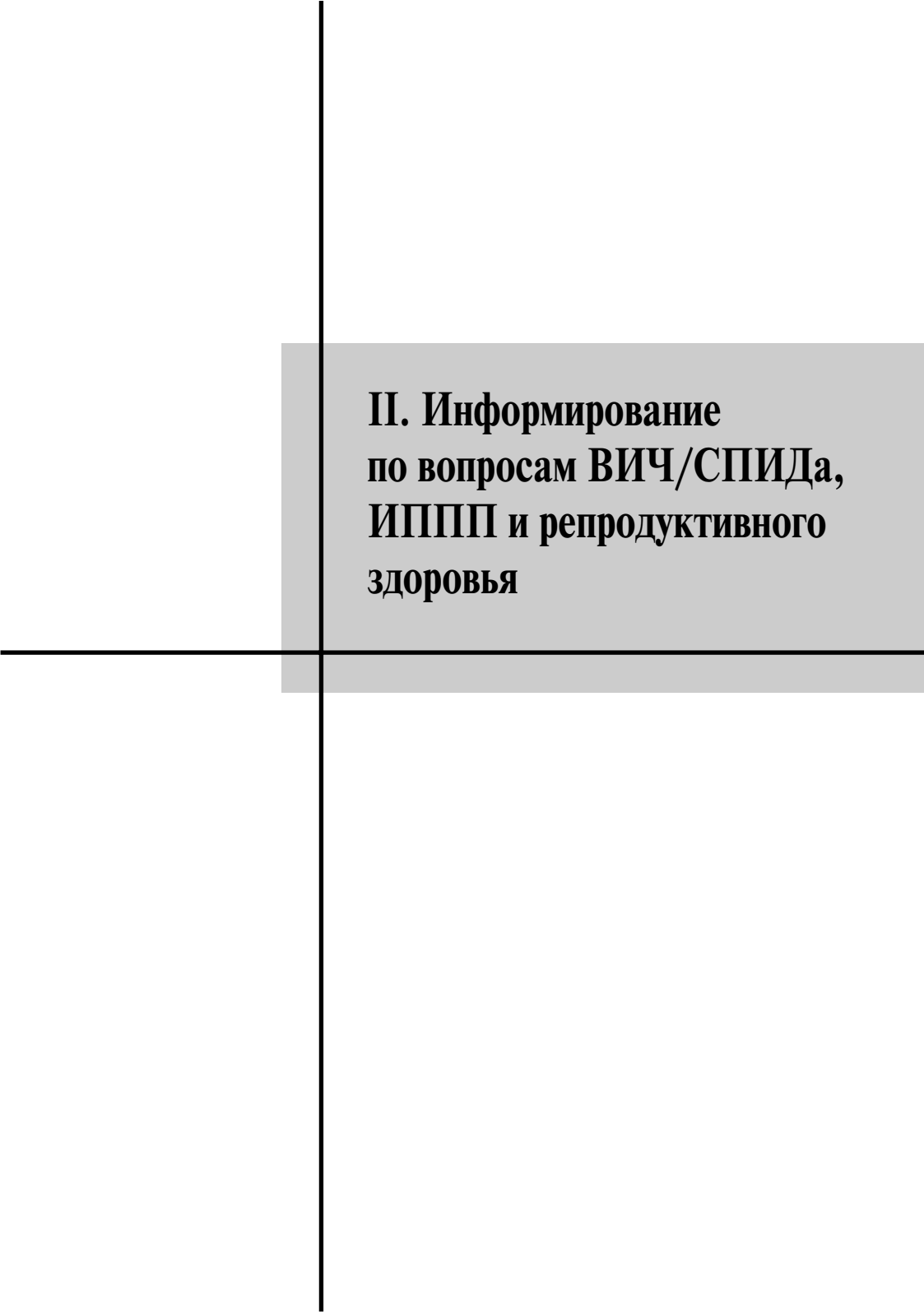
Хотя предполагается, что в работе психологического сопровождения участвуют профессиональные психологи, тем не менее, процесс обучения — неотъемлемая часть любой психологической службы, необходимый для ее эффективного функционирования. Обучение персонала необходимо для профилактики «синдрома сгорания», возможности расширять спектр проблем решаемых службой, владеть последней информацией по рассматриваемой проблеме.

Информационная часть процесса обучения должна содержать в себе специальные семинары по вопросам клинических, юридических, духовных, финансовых и других аспектов заболевания.

Повышение собственно психологической квалификации психологов может быть организовано как на базе самой службы, путем приглашения соответствующих преподавателей, так и во внешней организации.

Неотъемлемой частью работы команды психологов является супервизия. В процессе супервизии происходит отработка навыков консультирования на конкретных актуальных примерах из практики работы службы. Супервизор может быть приглашенным со стороны, либо им может стать наиболее опытный и грамотный сотрудник.

Необходима также группа профессиональной поддержки, решающая личные психологические проблемы консультантов, возникающие в процессе работы. Этим, в индивидуальной работе, может заниматься приглашенный со стороны специалист, например тот же супервизор.



**II. Информирование  
по вопросам ВИЧ/СПИДа,  
ИППП и репродуктивного  
здоровья**

- **Информация о путях передачи, профилактике и диагностике ВИЧ**
  - Пути передачи ВИЧ-инфекции
  - Профилактика ВИЧ-инфекции
  - Диагностика ВИЧ-инфекции
- **Информация о течении заболевания и необходимых мерах по поддержанию жизни и здоровья**
  - Течение заболевания
  - Необходимые меры по поддержанию качества жизни и здоровья
  - Дополнительные меры для поддержания и улучшения здоровья
- **Информация об особенностях жизни людей с ВИЧ/СПИДом**
  - Общение с людьми с ВИЧ/СПИДом
  - Меры предосторожности
- **Юридические аспекты**
- **Заболевания, передающиеся половым путем**

Информирование является неотъемлемой частью процесса сопровождения клиентов ТД по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и репродуктивного здоровья. Исследования показали, что сразу после приема у врача пациенты помнят 90% сказанного врачом, на другой день – 50%, а через 3 дня – 15%. Это связано как с эмоциональным состоянием клиентов, так и с большим количеством информации, которую необходимо донести до клиентов. Таким образом, даже после получения исчерпывающего объема информации через небольшой период времени у клиента, тем не менее, может вновь возникнуть информационный запрос. Обязанность информирования клиента предъявляет консультанту ряд требований, а именно – свободно владеть информацией по проблематике, постоянно интересоваться новыми данными и уметь доходчиво донести их до собеседника.

Можно разделить всю информацию по проблеме ВИЧ/СПИД на три больших смысловых части:

1. Для клиентов с неизвестным ВИЧ-статусом: информация о профилактике и диагностике ВИЧ, физиологических аспектах выработки антител и т. д.

2. Для ВИЧ-инфицированных клиентов: информация о течении заболевания и необходимых мерах по поддержанию жизни и здоровья и т. д.

3. Для родственников и близких ВИЧ-инфицированных: информация о путях передачи, возможные мифы и предрассудки и т.д.

Помимо этого для того, чтобы оказывать эффективную помощь обращающимся людям, консультант должен владеть информацией об основных правах клиентов, закрепленных законодательно, а также иметь максимально полные данные о существующих в регионе службах, государственных и неправительственных организациях, которые предлагают необходимую помощь и разного рода услуги для людей, живущих с ВИЧ или СПИДом.

## **ИНФОРМАЦИЯ О ПУТЯХ ПЕРЕДАЧИ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ**

### **Пути передачи ВИЧ-инфекции**

**СПИД** – синдром приобретенного иммунодефицита, терминальная стадия заболевания, которое вызвано вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Вирус иммунодефицита человека – это вирус, который, проникнув в организм человека, постепенно истощает иммунную систему, хотя может и не перейти в стадию СПИДа (особенно при правильном и своевременном начале лечения). Иммунная система отвечает за защиту организма от чужеродных агентов, таких, как бактерии, грибки и вирусы, вызывающие самые разные заболевания. Этот вирус может передаваться через кровь, сперму, влагалищные выделения. После проникновения вирус может жить в организме человека многие годы, ничем себя не проявляя; при этом инфицированный человек выглядит и чувствует себя совершенно здоровым, и, не зная о том, что инфицирован, может являться источником инфицирования для других людей. В отсутствие лечения у большинства инфицированных через разное время начинается переход заболевания в стадию СПИДа. Радикального лекарства от ВИЧ пока не существует, как не существует и предохраняющей от заражения вакцины.

Риск передачи ВИЧ-инфекции тем или иным путем зависит от количества вирусов, содержащихся в той жидкости организма, с которой контактирует человек. Их концентрация неодинакова в разные периоды развития инфекции и в разных жидкостях организма.

**Жидкости, в которых вирус содержится в максимальной концентрации (или концентрации, достаточной для заражения):**

- кровь (до 3000 ед./мл);
- сперма (10–50 ед./мл);
- вагинальный секрет (менее 1 ед./мл);
- грудное молоко (менее 1 ед./мл).

Все остальные жидкости и среды человека либо не содержат вируса, либо содержат его в недостаточной для заражения концентрации.

Опыт всего мира показывает: чаще всего заражение происходит при инъекциях и половым путем, причем вероятность передачи ви-

руса от мужчины к женщине как минимум в два раза выше, чем от женщины к мужчине. Наличие нескольких половых партнеров увеличивает риск заражения, но можно заразиться и от одного контакта с одним партнером, если этот партнер инфицирован.

**Основные пути передачи ВИЧ от одного человека другому:**

- Использование для инъекций общих игл, шприцев и посуды, приготовление препаратов для парентерального введения с использованием крови.

- Попадание вышеперечисленных жидкостей организма на слизистые оболочки (возможна абсорбация вируса) или повреждение кожных/слизистых покровов.

- Незащищенный сексуальный контакт. Наиболее опасен незащищенный контакт для партнера выступающего в пассивной роли, менее опасен для активного партнера. При прочих равных условиях наиболее опасен анальный контакт, в несколько меньшей степени вагинальный и еще в меньшей оральный контакт. Вероятность передачи ВИЧ-инфекции повышается при наличии инфекций передающихся половым путем (нарушаются кожные и слизистые покровы и снижается иммунитет) или травмировании гениталий.

- Передача вируса от матери ребенку. Передача ВИЧ возможна, как во время беременности в случае воспаления или повреждения плаценты, так и во время родов при наличии условий усиливающих воздействие на плод материнской крови (раннее отделение плацентарной мембраны, повреждение кожи младенца). Инфицирование ребенка ВИЧ при грудном вскармливании возможно за счет воздействия крови (если у матери повреждена кожа вокруг соска) либо благодаря высокому содержанию CD4 клеток в грудном молоке. Следует отметить, что на сегодняшний день существует эффективная терапия, позволяющая значительно снизить риск передачи ВИЧ от матери ребенку. Сегодня в мире передача вируса таким образом упала до 5% и менее. В России, к сожалению, ситуация несколько хуже из-за позднего выявления заболевания, не всегда доступной терапии и некоторых других социально-бытовых особенностей.

- Донорская кровь или препараты крови. В настоящее время вся донорская кровь проходит проверку, так что вероятность заражения практически исключена.

ВИЧ и СПИД вызывают страх и беспокойство, которые часто оказываются преувеличенными. Люди боятся заразиться ВИЧ при обычном бытовом контакте. На самом деле эти страхи необоснованны, и обычный контакт с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, абсолютно безопасен. Все пути передачи ВИЧ хорошо исследованы и научно доказаны.

**ВИЧ не передается:**

- При чихании или кашле, поскольку концентрация вируса в слюне и выделениях из носа недостаточна для передачи инфекции.
- При пребывании в одном помещении с инфицированным человеком.
  - Через укус комара и других кровососущих насекомых таких, как вши, блохи, клещи и постельные клопы. При укусе этими насекомыми не происходит контакта с кровью предшествующих жертв, а в организме самого насекомого ВИЧ не содержится в отличие от возбудителей некоторых других заболеваний (желтая лихорадка, малярия).
  - Через домашних животных.
- При использовании общей посуды (чашек, вилок, ложек). При пользовании общими полотенцами, постельным бельем, телефоном, унитазом, ванной, бассейном и т.д.
  - При объятиях, рукопожатии.
  - При совместных занятиях спортом, в том числе в плавательном бассейне.
  - При поцелуе, через слюну, так как концентрации вируса в слюне недостаточно для инфицирования. За всю историю изучения ВИЧ/СПИДа не было зафиксировано ни одного случая заражения этим способом.
- В общественном транспорте.

**Профилактика ВИЧ-инфекции**

От передачи ВИЧ-инфекции эффективно предохраняет:

- презерватив (качественный и при правильном использовании);
- секс без полового акта (взаимные ласки, эротический массаж, петтинг и другие действия, при которых исключен контакт со спермой, влагалищными секретами и кровью);
- соблюдение медицинскими работниками действующих правил безопасности;
- применение при парентеральном введении препаратов индивидуального инструментария;
- соблюдение беременной ВИЧ-инфицированной женщиной всех предписаний врача.

Особое внимание следует уделить профилактике передачи вируса вертикальным путем, от матери к ребенку. Вич-положительной женщине, решившей стать матерью, важно обсудить свое решение с лечащим врачом, который, в зависимости от вирусной нагрузки женщины, сможет рекомендовать наиболее желательные

сроки начала беременности. Если вирусная нагрузка высока, врач назначает более активную терапию, доводя нагрузку до возможного минимума. Это связано с тем, что в первом триместре беременности противопоказана любая антиретровирусная терапия. Одним из первых препаратов, который можно назначать уже с 11 недели является азидотимидин. При отсутствии сильных побочных эффектов и резистентности он останется основным компонентом терапии на весь срок беременности. В то же время существует несколько препаратов (например, зальцитобин), обладающих высокой эмбриотоксичностью и при беременности не применяющихся. Плацента является органом, который в отсутствие воспаления или повреждений надежно защищает плод от ВИЧ. Однако плацента — это орган, который подвержен старению, и на последних сроках беременности вирус может передаться плоду. В связи с этим особенно важно именно в поздние сроки следить за уровнем вирусной нагрузки и, по возможности не затягивать период беременности.

Для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку очень важно как проходит сам процесс родоразрешения. Все факторы, усложняющие роды в акушерстве (родовая деятельность, длительностью более 12 часов, безводный период длительностью более 4-х часов, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода и т.д.), являются факторами увеличения вероятности передачи ВИЧ от матери к ребенку. Если акушер-гинеколог видит возможность возникновения риска травматизации и контакта ребенка с инфицированной кровью в процессе естественных родов (крупный размер плода, узкий таз роженицы, физиологические аномалии родовых путей и т.д.), он в праве решить вопрос об ином способе родоразрешения. ВИЧ-инфицированным женщинам возможно проводить только гемостатическое Кесарево сечение, с химическим прижиганием краев разреза и специальным, не простым, разрезом матки.

ВИЧ-инфицированным женщинам не рекомендуется кормить ребенка грудью. Это связано с тем, что грудное молоко, почти безопасное для взрослого человека, может быть опасно для ребенка за счет высокого содержания лейкоцитов матери, в том числе и CD4-клеток. У новорожденного еще иное строение слизистой оболочки пищеварительного тракта, не развита микрофлора, кислотность среды близка к нулю (а иногда бывает и щелочная!) — все это увеличивает живучесть ВИЧ и представляет опасность для ребенка. При сосании во рту ребенка возникает вакуум (отрицательное давление), что облегчает вирусу проникновение через слизистую. Также при кормлении высок риск развития трещин сосков, что может привести к попаданию в молоко крови, в которой концентрация вируса в тысячи раз выше. Полезные свойства прокипяченного женского молока ниже, чем у современных искусственных смесей.



Поэтому подбирать кормление для ребенка необходимо совместно с врачом.

Таким образом, при соблюдении всех мер предосторожности в пренатальном, интранатальном и постнатальном периоде можно сократить риск передачи от матери к ребенку с нескольких десятков процентов до нескольких процентов.

### **Диагностика ВИЧ-инфекции**

Существующие на сегодняшний день методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции основаны на двух принципах: на обнаружении в крови самого вируса (точнее, его компонентов) или на обнаружении антител к нему. Самые доступные и достаточно точные методы диагностики основаны на втором принципе. Однако, возможности такой диагностики ограничены существованием так называемого «периода окна» – промежутка времени с момента инфицирования до того времени, когда организм выработает антитела в количестве, достаточном для того, чтобы тест-система их зафиксировала. Выработка антител происходит у подавляющего большинства людей до трех месяцев. В некоторых случаях они могут начать вырабатываться позже. Поэтому тесты на выявление антител к ВИЧ, такие как иммуноферментный анализ (ИФА), иммунный блоттинг (иммуноблотт), которые имеют очень высокий уровень достоверности, не рекомендуется делать раньше периода «окна». Длительность «периода окна» в значительной степени зависит от индивидуальных особенностей организма инфицированного человека. Кроме того, медики обнаружили, что в развитии ВИЧ-инфекции существуют определенные периоды, когда концентрация антител снижается до уровня, который существующие тест-системы не могут зафиксировать.

Самым распространенным в России тестом на обнаружение непосредственно компонентов вируса является полимеразная цепная реакция (ПЦР), которая позволяет фиксировать наличие вируса в крови уже со второй недели после инфицирования. Однако у этого метода есть один недостаток – его сверхчувствительность, что может привести к ложноположительному результату.

В Российской Федерации диагноз ВИЧ-инфекции может быть поставлен только после подтверждения положительного результата анализа ИФА иммуноблотом. Медицинский осмотр сам по себе и положительный результат одного теста на ВИЧ, не дают основания ставить диагноз. Врачом проводится эпидрасследование и, по совокупности эпидемиологических, клинических и лабораторных данных, ставится диагноз ВИЧ-инфекция. С другой стороны, точ-

но и правильно диагностированные СПИД-индикаторные заболевания, позволяют поставить диагноз и без лабораторных исследований. Например, генерализованная форма саркомы Капоши, локализуемая на лице и руках у человека 25 лет, которая, при этом, заметно прогрессирует, позволяет поставить опытному врачу этот диагноз. Если врач уверенно диагностировал у пациента кандидоз пищевода, легочный аспергиллез и криптоспоририоз с диареей, длящейся 1,5 месяца, при исключении некоторых других заболеваний, может также не колеблясь поставить соответствующий диагноз.

## **ИНФОРМАЦИЯ О ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НЕОБХОДИМЫХ МЕРАХ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ**

### **Течение заболевания**

В большинстве случаев в отсутствие специального противовирусного лечения ВИЧ-инфекция проходит в своем развитии несколько последовательных стадий. Одна из последних стадий называется синдромом приобретенного иммунодефицита, сокращенно СПИД. Эта стадия проявляется совокупностью определенных заболеваний и симптомов (признаков), сопровождающих существенную недостаточность иммунной системы. В их числе и такие инфекции, которые для человека с неповрежденной иммунной системой никакой угрозы не представляют. Вирус иммунодефицита человека относится к «медленным» вирусам. Это означает, что ВИЧ-инфекция развивается в организме медленно и в течение длительного времени может очень мало изменять самочувствие инфицированного человека. Ослабление иммунной системы может длиться много лет, поэтому человек, инфицированный ВИЧ, может прожить долгие годы, прежде чем произойдет ухудшение его здоровья и инфекция перейдет в стадию СПИДа.

ВИЧ-инфицированным важно поддерживать постоянный контакт со своим лечащим врачом, чтобы тот имел возможность наблюдать за состоянием их здоровья и своевременно дать рекомендации по поводу лечения, питания или распределения нагрузок. Важно также контролировать показатели состояния иммунной системы. Существует анализ крови, называемый Т-клеточным тестом или исследованием количества Т-хелперов (иммунный статус), который показывает, в какой степени иммунная система поражена и

насколько она может справляться со своими функциями. Снижение количества Т-хелперов сопровождается ослаблением иммунной системы, при этом человек больше подвержен другим заболеваниям. В идеале этот тест следует проходить каждые 3–6 месяцев, чтобы лечащий врач мог регулярно сравнивать его результаты и вносить необходимые изменения в схему лечения.

В настоящее время не существует препаратов, которые излечивают от ВИЧ-инфекции. Тем не менее, высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) позволяет прожить более долгую жизнь и в большей степени сохранить здоровье, невзирая на наличие ВИЧ в организме. ВААРТ — это комбинированное лечение, которое предполагает назначение трех и более антиретровирусных препаратов и является единственным общепризнанным стандартом лечения ВИЧ-инфекции.

### **Необходимые меры по поддержанию качества жизни и здоровья**

По мере ослабления иммунной системы людям с ВИЧ угрожает ряд заболеваний, непосредственно связанных с ухудшением состояния иммунной системы. В основном это инфекционные заболевания, которые могут поражать любую часть организма человека. Знание и понимание важности профилактики (предупреждения) таких заболеваний чрезвычайно значимо для ВИЧ-инфицированных.

Важно принять меры против повторного заражения ВИЧ. Люди с ВИЧ рискуют получить при заражении дополнительную дозу вируса или инфицироваться другим субтипом ВИЧ. Это может увеличить риск развития СПИДа. Также необходимо предотвращать заражения другими инфекциями, передающимися при сексуальном контакте.

Необходимо по возможности оградить себя от контактов с людьми, у которых могут быть инфекции дыхательных путей. Кроме того, необходимо проконсультироваться с врачом о проведении вакцинации и/или профилактических курсов лечения, особенно в случае значительного ослабления иммунной системы и в период эпидемии (например, эпидемии гриппа в осенне-зимний период).

Не рекомендуется чистить кошачьи туалеты, аквариумы и птичьи клетки. Если все-таки приходится это делать, то надо пользоваться латексными или виниловыми перчатками и маской на лицо.

Для предотвращения развития бактериальной инфекции важно содержать кожу в чистоте, обрабатывать любые ранки и царапины дезинфицирующими растворами и накладывать стерильные повязки.

Для потребителей инъекционных наркотиков крайне важно ухаживать за кожей в тех местах, куда они делают инъекции. Необходимо менять места укола, чтобы кожа успевала восстановиться после предыдущей инъекции. Очень важно также дезинфицировать место укола до и сразу после введения раствора, например, протирая этот участок кожи спиртовой салфеткой. При этом инъекционный инструментарий должен быть стерильным.

Очень важно также обеспечить тщательный гигиенический уход за слизистыми оболочками, поскольку образующиеся на слизистой оболочке ранки могут послужить входными воротами для проникновения бактериальной и вирусной инфекции.

Чрезвычайно важно следить за состоянием ротовой полости и регулярно обследоваться у врача-стоматолога. При появлении признаков воспаления слизистой оболочки рта применяют полоскание растворами специальных антисептиков и/или антибиотиков. Для скорейшего восстановления слизистой оболочки рта также очень важно правильно подобрать пищу. Ее состав и температура не должны травмировать слизистую оболочку: в первую очередь нужно хотя бы на время отказаться от грубой, острой, слишком холодной или слишком горячей пищи.

Уменьшить риск заражения инфекцией поможет выполнение обычных правил личной гигиены, таких, как тщательное мытье рук перед едой, после посещения мест общего пользования (общественный транспорт и т.д.), контактов с почвой, домашними животными и после посещения туалета.

Достаточно отдыхать, избегать переутомления.

Избегать длительного пребывания на солнце, перегревания и переохлаждения.

Важно соблюдать определенные правила питания (не есть невымытые овощи и фрукты, не пить некипяченую воду). Желательно не употреблять алкоголь в больших количествах. Необходимо также учитывать следующие требования к питанию:

- избегать употребления не пастеризованного молока;
- не употреблять сырые яйца и блюда, включающие сырые яйца (например, домашний майонез, домашнее мороженое и другие блюда, которые могут казаться безопасными);
- мясо и домашняя птица должны быть хорошо прожарены, и не иметь следов сырой крови (не иметь розового цвета внутри);
- очищать кожуру с сырых овощей, фрукты должны быть тщательно вымыты (лучше ошпарены кипятком).

Важно, чтобы питание включало в себя продукты следующих групп:

- продукты, содержащие углеводы: хлеб, крупы, макароны, картофель, бананы;

- витамины и минералы: фрукты, овощи;
- белки: нежирное мясо, куры, рыба, яйца, бобовые, молоко, творог, кефир, сыр, йогурты и другие молочные продукты;
- жиры: подсолнечное масло, сливочное масло.

Необходимо следить за высыпаниями на коже, даже если они не причиняют беспокойства. Если высыпания начинают трескаться, кровоточить или воспаляться, наложите на них чистую повязку, чтобы не допустить развития бактериальной инфекции.

Все заболевания намного легче лечить на начальных этапах и до того, как они перейдут в хроническую форму. Поэтому при появлении первых признаков заболевания, каких-либо беспокоящих симптомов или просто изменения состояния, — важно не откладывая, посоветоваться с врачом.

Необходимо сохранять амбулаторную карту, все выписки из стационара, результаты обследований.

## **Дополнительные меры для поддержания и улучшения здоровья**

Дополнительные меры для поддержания и улучшения здоровья могут по желанию применяться ВИЧ-положительными людьми в качестве альтернативного метода лечения, но они не в коем случае не могут заменить медицинского лечения, назначенного врачом.

Альтернативные методы применяются для релаксации, укрепления защитных сил организма и улучшения общего состояния здоровья, а также контроля некоторых негативных симптомов. К ним относится массаж, иглоукалывание, фитотерапия (лечение травами), мануальная терапия, гомеопатические средства, йога и другие.

При решении прибегнуть к альтернативным методам терапии, необходимо соблюдать некоторые правила:

- Специалист, предлагающий такое лечение, должен понятно объяснить, на чем оно основано, и показать документы, подтверждающие его право проводить такое лечение.
- Если предлагаются какие-то препараты, специалист должен подробно объяснить, из чего они состоят, и какие побочные действия могут иметь.
- Быть осторожным. По сей день в системе общественного здравоохранения и в нетрадиционной медицине не существует средства радикального (полного) излечения от ВИЧ-инфекции. Поэтому необходимо остерегаться тех, кто пытается продать «гарантированное средство излечения».

- Требование специалиста по альтернативным методам лечения отказаться от наблюдения лечащим врачом и назначенного им традиционного лечения (особенно, если это антиретровирусная терапия!) должно очень настораживать.
- Необходимо обязательно сообщить своему лечащему врачу о том, что планируется или уже принимается альтернативное лечение. Это позволит врачу оценить, как оно может взаимодействовать с уже назначенными традиционными препаратами, насколько оно подходит ВИЧ-инфицированному человеку, может ли вызвать осложнения.
- Следует осторожно относиться к предложениям использовать различные пищевые добавки, биостимуляторы и строгие диеты. Необходимо обязательно посоветоваться по этому поводу с лечащим врачом, поскольку некоторые виды добавок принципиально не подходят ВИЧ-инфицированному человеку, а резкое ограничение рациона может способствовать истощению организма.

## **ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ВИЧ/СПИДОМ**

### **Общение с людьми с ВИЧ/СПИДОМ**

Есть некоторые моменты, объединяющие переживания всех людей, которым довелось общаться с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДОМ. Сначала многие боятся заразиться сами. Это обычная ситуация: такой страх чаще всего вызван тем, что люди не знают о путях передачи ВИЧ. Как правило, вовремя полученная достоверная информация помогает преодолеть этот страх. Многие чувствуют себя легче, видя, как другие люди запросто и без опаски общаются с человеком, живущим с ВИЧ/СПИДОМ. Также бывает полезно поговорить с врачом, которому вы доверяете: профессионал сможет подтвердить или опровергнуть прочитанное в книгах или узнанное из средств массовой информации.

Некоторые говорят, что тревожные чувства при общении с ЛЖВС сродни неудобству, возникающему в незнакомом окружении: не знаешь, как себя вести, как пойти на контакт; о чем можно говорить, а о чем не следует; что может оскорбить или задеть человека. Однако в действительности общение с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДОМ, не отличается от обычного общения с другими — главное быть самим собой.

Не избегать людей с ВИЧ. Включать их в деятельность по мере возможности.

Не обязательно все время говорить. Просто присутствие может быть гораздо важнее, чем разговоры.

Не бойтесь обсуждать заболевание. ВИЧ-инфицированные люди часто нуждаются в разговоре о заболевании, чтобы привести в порядок свои мысли.

Не бояться прикоснуться к ВИЧ-положительному человеку. Пожатие руки, объятие совершенно не опасны в плане заражения ВИЧ, и может значительно повысить настроение человека. Однако необходимо быть внимательным к людям, которые не хотят физической близости.

Люди, состояние здоровья которых ухудшается, часто ощущают утрату контроля над ситуацией и потерю своей независимости. Необходимо помочь им почувствовать себя лучше, убедив в том, что они обладают максимально возможной в их состоянии степенью независимости и контроля. Это можно сделать, поступая следующим образом:

- Убедить человека с ВИЧ-инфекцией самому заняться заботой о себе и принимать решения, где это только возможно. Эти действия придадут человеку чувство контроля и независимости.
- Всегда спрашивать, как, по его мнению, лучше что-либо сделать и как лучше поступить в том или ином случае.
- Стараться не слишком руководить им.
- Предоставлять ему право выбирать пищу, занятия для себя и т.д.
- Давать ему возможность самому обслуживать себя.
- Уважать его стремление к уединению и право решать, кого и когда он хочет видеть или кто за ним будет ухаживать.
- Привлекать к обсуждению вопросов о том, что он делает, и как за ним ухаживают.

## **Меры предосторожности**

Нельзя заразиться ВИЧ посредством обычного бытового контакта. Следующие рекомендации помогут обеспечить чистоту и создать безопасную (по отношению к ряду других инфекций) обстановку в доме.

Мыть руки водой с мылом после контакта с рвотными массами, мочой, фекалиями, гноем или кровью.

Накладывать на все ранки и ссадины чистый перевязочный материал — как ухаживающему, так и человеку, за которым ухаживают.

Менять повязку, если она стала влажной или через нее просочилась кровь.

Постельное белье и одежда должны быть чистыми, необходимо менять намоченное или испачканное постельное белье больного и стирать отдельно от прочего сразу же, не накапливая его в течение нескольких дней.

Испорченную одежду, полотенца и т.д. заворачивать в пакет и выбрасывать в мусорный ящик.

Если ВИЧ-инфицированный человек употребляет наркотики инъекционным путем, необходимо чтобы все используемые иглы и другой инструментарий для инъекций находился в плотно закрывающемся футляре, чтобы другие не могли случайно уколоться ими.

Позаботиться о том, чтобы другие члены семьи не поранились теми шприцами, которые использовались для введения лекарственных препаратов, назначенных врачом.

Не пользоваться личными вещами ВИЧ-инфицированного человека, на которых может присутствовать кровь или иные опасные с точки зрения инфицирования жидкости организма, такими, как бритва, зубная щетка или использованные им иглы.

## ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

В России создана законодательная и нормативная база борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом. К ней относится в первую очередь принятый в 1995 г. Федеральный Закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)».

Государство гарантирует:

- производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;
- доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, его проводящего;
- бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам России, бесплатное получение ими медикаментов при лечении в амбулаторных или стационарных условиях.

Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным:

- медицинское освидетельствование проводится в учреждениях государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения и включает в себя соответствующее лабораторное исследо-



вание, которое проводится на основании лицензии в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- официальный документ о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого выдают только учреждения государственной или муниципальной системы здравоохранения;

- медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных ст. 9 настоящего закона (см. ниже), когда такое освидетельствование является обязательным;

- медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования;

- медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

- в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно.

**Статья 9.** Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей (лица, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей), работники отдельных профессий в соответствии с перечнем, который утверждается Правительством Российской Федерации.

Правила обязательного медицинского освидетельствования в целях охраны населения от распространения ВИЧ, пересматриваются не реже чем 1 раз в 5 лет.

**Статья 11.** Граждане Российской Федерации в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических органов и тканей.

**Статья 14.** ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации для здоровых граждан.

**Статья 17.** Не допускается увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным Законом.

**Статья 18.** Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних имеют право на совместное пребывание с детьми до 15 лет в стационаре медицинского учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию:

- бесплатный проезд одного из родителей при сопровождении несовершеннолетнего ВИЧ-инфицированного к месту лечения и обратно,
- сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей в случае его увольнения по уходу за несовершеннолетним ВИЧ-инфицированным,
- внеочередное предоставление жилых помещений в домах государственного, муниципального или общественного жилого фонда в случае, если они нуждаются в улучшении жилищных условий и если несовершеннолетний ВИЧ-инфицированный проживает совместно с ними.

Законами или иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут устанавливаться и другие меры социальной защиты ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

**Статья 19.** ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются льготы, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за несовершеннолетними ВИЧ-инфицированными, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**Статья 22.** Работникам предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лицам, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ, выплачивается надбавка к должностному окладу, устанавливается сокращенный рабочий день и дополнительный отпуск за работу в особо опасных условиях труда. Порядок предоставления указанных льгот определяется Правительством Российской Федерации.

В УК РФ существует ст. 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией», карающая за постановку в опасность или само заражение другого человека, если ВИЧ-инфицированный знает о своем статусе. В конце прошлого года было принято дополнение этой статьи, на основании которого ВИЧ-инфицированный освобождается от ответственности, если другое лицо было своевременно предупреждено о наличии у первого ВИЧ и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения.

По положению о военно-врачебной экспертизе граждане больные синдромом приобретенного иммунодефицита или просто являющиеся носителями ВИЧ признаются не годными к военной службе по призыву в ВС РФ. Для службы по контракту лица с этими диагнозами признаются ограниченно годными к военной службе.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

В настоящее время инфекции передающиеся половым путем практически перестали вызывать страх. Во всяком случае, у большинства успехи медицины создают иллюзию, что можно обойтись без врача – надо принимать антибиотики и все пройдет. Это опасное заблуждение, не только не пройдет, но может перейти в более тяжелую стадию и проявиться, когда сделать что-нибудь будет уже трудно, а порой и невозможно. Половым путем передается не только сифилис и гонорея и менее известные венерические заболевания (мягкий шанкр, паховый лимфогранулематоз и донованоз), но и трихомониаз, хламидиоз, и многие другие – всего более двадцати. Вызывают их различные возбудители: бактерии (сифилис, гонорея), вирусы (герпес, ВИЧ-инфекция), простейшие (трихомониаз), паразиты (лобковый педикулез, чесотка). Болезни эти распространены во всем мире, но в отношении некоторых из них, только недавно установлено, что они передаются путем половых контактов.

Данные заболевания имеют некоторые общие симптомы. Первым признаком бывают выделения из половых органов, язвочки и «ссадины» на их поверхности, но иногда заболевание до поры до времени ничем не проявляется. Бывает, что и вовсе не развивается, но человек носит в себе возбудителя и может заразить своих половых партнеров.

Также возможна внутриутробная передача микроба от матери к ребенку. Следует помнить о возможности серьезных осложнений ряда ИППП: у новорожденных это поражения любого участка слизистой, в первую очередь – поражения глаз (конъюнктивиты), а также – пневмонии, сепсис и менингит, врожденные дефекты, инвалидность и даже смерть; у женщин – воспалительные заболевания тазовых органов, внематочная беременность, выкидыши, преждевременные роды и мертворождения; у мужчин – сужение мочеиспускательного канала, импотенция. Как у женщин, так и у мужчин развитие ряда ИППП может привести к бесплодию. Помимо этого некоторые виды возбудителей ИППП способствуют развитию раковых опухолей шейки матки, кожи и внутренних органов.

Заболевания, передающиеся половым путем, практически никогда не рассматривались социумом исключительно с медицинской точки зрения, их всегда связывали с этическими нормами. В последнее время заметен рост этих заболеваний в мире, по некоторым данным, заболеваниями, передающимися половым путем, страдает каждый пятый житель Земли. Поэтому необходимо иметь хотя бы минимум знаний об этих болезнях, их проявлениях, течении и последствиях, средствах лечения и предупреждения.

Долгое время вопросы ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем, рассматривались независимо друг от друга. В сознании многих людей эти проблемы до сих пор не имеют точек соприкосновения. На самом деле между эпидемией СПИДа и распространением инфекций передающихся половым путем существует тесная взаимосвязь. ВИЧ и ИППП могут передаваться в результате одного и того же незащищенного контакта. Если человек заразился гонореей, гепатитом В или другой инфекцией, передаваемой половым путем, это скорее всего случилось во время незащищенного сексуального контакта, в результате которого могла произойти и передача ВИЧ. Аналогично, если у человека диагностировали ВИЧ-инфекцию, у него могут быть и другие ИППП. Поэтому при обнаружении любой инфекции, передающейся половым путем, рекомендуется пройти тест на остальные ИППП, включая ВИЧ.

ИППП повышают предрасположенность к заражению ВИЧ-инфекцией. Во-первых, многие инфекции, такие как генитальный герпес и сифилис, вызывают поражение слизистой половых органов, делая ее более проницаемой для вируса иммунодефицита. Язвочки и воспаления при ИППП служат открытыми воротами для проникновения ВИЧ в кровоток. Во-вторых, такие инфекции как гонорея и хламидиоз повышают риск передачи ВИЧ даже при отсутствии язв и воспалений, поскольку в области половых органов в результате борьбы организма с инфекцией концентрируется большое количество Т-хелперов (CD4) – мишеней ВИЧ-инфекции.

У человека, инфицированного одновременно ВИЧ и ИППП, выше вероятность передачи ВИЧ половому партнеру. Причины те же – повреждения слизистой оболочки и скопление клеток CD4 в области половых органов. Кроме того, исследования показали, что при гонорее и хламидиозе у ВИЧ-положительных мужчин резко возрастает концентрация вируса в сперме.

Для ВИЧ-положительных передающиеся половым путем инфекции более опасны, чем для ВИЧ-отрицательных. Поскольку главную роль в сопротивлении этим инфекциям играет иммунная система, ИППП гораздо тяжелее протекают у людей, чья иммунная система ослаблена ВИЧ. Симптомы в этом случае может быть гораздо серьезнее и опаснее, особенно при сифилисе, гонорее и герпесе.

Следует отдельно отметить вирусные гепатиты, одновременно носителями которых является большой процент носителей ВИЧ. Гепатиты С и В сами по себе на течение ВИЧ-инфекции не влияют, однако сам гепатит В может протекать тяжелее при наличии ВИЧ. ВИЧ-положительным рекомендуется обследование на вирусные гепатиты и в случае положительного результата снизить риск хронического заболевания.

Таким образом, поскольку венерические заболевания увеличивают риск заражения ВИЧ, их необходимо вовремя распознавать и лечить. В настоящее время можно анонимно обследоваться на ВИЧ и венерические заболевания. Учитывая роль ИППП в распространении ВИЧ-инфекции, эффективная профилактика ВИЧ должна идти одновременно с профилактикой ИППП.



**III. Оказание  
психологической  
помощи**

- **Принципы психологического консультирования**
- **Виды деятельности во время процесса консультирования**
- **Активное слушание —  
основной рабочий инструмент консультации**
- **Консультирование на телефоне доверия**
  - Этапы телефонного консультирования
  - Методы и приемы
  - Схема кризисного звонка
- **Индивидуальное консультирование**
- **Групповая работа**
- **Семейное консультирование**

Клиенты могут получить помощь, позвонив по телефону доверия, встретившись для очной консультации или приняв участие в групповой форме работы. Хотя все формы помощи предполагают развитие у консультантов определенных навыков (таких как умение слушать, понимать, давать обратную связь), каждый отдельный случай может потребовать особых умений, необходимых для разрешения именно этой ситуации. Мы начинаем с обсуждения практики консультирования в целом.

Консультирование – это конфиденциальный диалог между человеком, обратившимся за помощью (пациентом или клиентом), и консультантом, дающий возможность преодолеть психоэмоциональный стресс и/или принять решение. Консультирование при ВИЧ-инфекции и ИППП представляет собой систему, сочетающую профилактику заболевания с оказанием психосоциальной поддержки тем, кто так или иначе затронут проблемой ВИЧ/СПИДа и ИППП. Таким образом, цель консультирования состоит в первую очередь в психосоциальной поддержке и формировании личной ответственности, необходимых для изменения образа жизни в отношении ВИЧ-инфекции.

Существует много определений, но все они имеют несколько основных положений:

- консультирование помогает человеку выбирать и действовать по собственному усмотрению;
- консультирование помогает обучиться новому поведению;
- консультирование способствует развитию личности;
- в консультировании акцентируется ответственность клиента, то есть признается, что независимый, ответственный индивид способен в соответствующих обстоятельствах принимать самостоятельные решения, а консультант создает условия, которые поощряют волевое поведение клиента;
- сердцевиной консультирования является «консультативное взаимодействие» между клиентом и консультантом, основанное на философии «клиент-центрированной» терапии.

Таким образом консультант принимает клиента как уникального автономного индивида, за которым признается и уважается право свободного выбора, самоопределения, право жить собственной жизнью. Тем более важно признать, что любое внушение или давление мешает клиенту принять ответственность на себя и правильно решать свои проблемы.



*Основные цели консультирования:*

- Способствовать изменению поведения, что бы клиент мог жить продуктивнее, испытывать удовлетворенность жизнью, несмотря на некоторые неизбежные социальные ограничения.
- Развивать навыки преодоления трудностей при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами и требованиями.
- Обеспечить эффективное принятие жизненно важных решений.
- Развивать умение завязывать и поддерживать межличностные отношения. Общение с людьми занимает значительную часть жизни и у многих вызывает трудности из-за низкого уровня их самоуважения или недостаточных социальных навыков. Следует улучшать качество жизни клиентов посредством обучения лучшему построению межличностных отношений.
- Облегчить реализацию и повышение потенциала личности.

*Основные задачи консультирования:*

- Оказание психологической поддержки.
- Профилактика распространения ВИЧ-инфекции и ЗППП.
- Обучение клиента безопасному в плане заражения ВИЧ и остальными инфекциями поведению.
- Предоставление необходимой информации.
- Направление к другим специалистам (например, наркологу).

Основное внимание при консультировании сосредоточивается на эмоциональных, поведенческих и социальных вопросах, связанных с возможным или свершившимся инфицированием ВИЧ и ИППП.

## ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Ниже представлены определенные этические принципы и профессиональные нормы, которые необходимы консультанту для установления контакта с клиентом. Данные руководящие принципы обеспечивают как соблюдение профессиональной этики, так и высокий уровень представляемой помощи.

**1. Ответственность перед клиентом.** Консультанты несут ответственность за клинические/терапевтические решения в своей работе с клиентами, а также ответственность перед клиентом.

**2. Безопасность клиента.** Консультант должен убедиться, что клиент не страдает ни от физического, ни от психологического вре-

да в ходе сеансов. Консультанты не имеют права материально, сексуально, эмоционально и каким-либо другим способом эксплуатировать своих клиентов. Предложение и склонение клиента к сексуальным отношениям является нарушением профессиональной этики. Консультанты должны обеспечить приватность происходящего в ходе консультативных сессий. Прослушивание, запись и наблюдение возможны только при согласии клиента. Ведение любого рода записи должно обсуждаться в ходе заключения контракта. Консультант должен также позаботиться о том, чтобы сессии не прерывались.

**3. Самостоятельность клиента.** Баланс власти в консультировании изначально неравен, поэтому консультанты должны избегать злоупотребления своей властью. Консультанты, как правило, не выступают от имени своих клиентов. Если они делают это, то только в исключительных обстоятельствах или для того, чтобы выразить просьбу клиента. Консультанты, как правило, не дают советов. Консультанты несут ответственность за то, чтобы в начале консультирования выяснить, участвует ли клиент в любых других терапевтических или помогающих отношениях и рассмотреть вопрос об уместности консультирования в данных обстоятельствах. Прежде чем обсуждать клиента с другими профессионалами, консультанты должны получить его разрешение на это.

**4. Уважение и автономность клиента.** Консультанты работают со своими клиентами таким образом, который подтверждает уникальность каждого индивида. Консультанты должны учитывать культурный контекст и жизненные установки клиента. В своей работе консультанты должны проявлять уважение к клиентам, а также способствовать тому, чтобы решения принимались ими на основании своих собственных убеждений, ценностей и контекста.

**5. Конфиденциальность.** Конфиденциальность – это средство обеспечения клиента необходимой безопасностью и приватностью, а также защита его автономии. По этой причине любое ограничение конфиденциальности снижает эффективность консультирования. Консультативный контракт должен включать в себя соглашение о границах конфиденциальности. Данное соглашение может быть пересмотрено и изменено только в результате обсуждения между консультантом и клиентом. Соглашения относительно конфиденциальности сохраняют силу также и после смерти клиента. Для исключения из последнего правила должны быть юридические или этические основания.

## ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВО ВРЕМЯ ПРОЦЕССА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Консультирование может длиться от 15 мин и более 1 часа. Определенные виды деятельности очень полезны во время практически любой консультации:

- **Уточнение и обращение к проблеме.** Во время консультационного приема консультант должен использовать навыки слушания и задавания вопросов с целью выяснения наиболее актуальной для клиента проблемы. Затем проблема должна быть четко сформулирована для клиента. После этого происходит переход к самой проблеме. Например, в конкретном случае, проблемой может быть вопрос, как сообщить супруге клиента о его состоянии.

- **Предоставление информации или альтернативных источников.** После того, как проблема была идентифицирована, можно приступить к обсуждению альтернативных путей ее разрешения. Роль консультанта заключается в предоставлении информации об альтернативных источниках помощи. Опытные консультанты всегда должны иметь наготове несколько вариантов решения наиболее часто встречающихся проблем.

- **Выбор реальных альтернатив.** Консультирование должно помочь клиенту отобрать такие альтернативы, которые осуществимы и смогут обеспечить чувство личной удовлетворенности и поддержки, необходимых при решении конкретной проблемы. В процессе может потребоваться знакомство клиента с людьми, которые уже испытали нечто подобное, особенно если они сами хотят оказать поддержку другим. Такие люди могут объединяться в группы равных, состоящие из молодежи, группы матерей ВИЧ-инфицированных, группы работников коммерческого секса, группы гомосексуалистов или группы потребителей инъекционных наркотиков. Группы также могут состоять либо из ВИЧ-инфицированных, либо из их партнеров.

- **Стимуляция мотивации и принятия решения.** Когда люди начинают чувствовать, что у них есть личный контроль над своей жизнью и принимаемыми ими решениями, когда их жизненные навыки, самоуважение и уверенность в себе возрастают, их мотивация на проведение изменений повышается. Таким образом, во время любого приема важно поощрять предпринимаемые шаги и попытки и давать одобрительную, но реалистичную оценку того, нас-

сколько они оказались успешнее или менее успешными, чем ожидалось. Поддержание статуса в сообществе может также оказаться источником мотивации.

Если в процессе консультирования клиенту сообщаются какие-то факты, консультанту следует выяснить, каким образом эти факты могут повлиять на жизнь клиента. Если консультант предлагает какие-либо пути решения проблем или дает направление в какую либо службу, эти рекомендации должны соответствовать взглядам, образу жизни и возможностям клиента. При этом необходимо помнить, что окончательное решение остается за самим клиентом.

## **АКТИВНОЕ СЛУШАНИЕ – ОСНОВНОЙ РАБОЧИЙ ИНСТРУМЕНТ КОНСУЛЬТАЦИИ**

Активное (или систематическое) слушание – один из основных психологических методов работы консультанта. Оно является совершенно особой формой психологической помощи, потенциально имеющей возможность выйти на экзистенциальный уровень. Так же как глагол «слышать» отличается от близкого ему лишь по звучанию глагола «слушать», столь же различается способность «слушать» от профессионального навыка «слушать активно». Слушать активно – это значит открывать себя другому, чувствовать его боль и страдания, понимать и осознавать значимость и ценность его жизненных проблем.

Причины трудностей часто бывают спрятаны в сфере его чувств. Тогда практическими действиями – показать, научить, направить – не поможешь. В таких случаях лучше всего... послушать. Правда, иначе, чем мы привыкли. Психологи нашли и очень подробно описали способ «помогающего слушания», иначе его называют «активным слушанием». Что же это значит, активно слушать клиента?

Во всех случаях, когда клиент расстроен, обижен, потерпел неудачу, когда ему больно, стыдно, страшно, когда с ним обошлись грубо или несправедливо и даже когда он очень устал, первое, что нужно сделать – это дать ему понять, что вы знаете о его переживании (или состоянии), «слышите» его. Для этого лучше всего сказать, что именно, по вашему впечатлению, чувствует сейчас клиент. Желательно назвать «по имени» это его чувство или переживание. Активно слушать клиента – значит «возвращать» ему в беседе то, что он вам поведал, при этом обозначив его чувство.

Своим советом или критическим замечанием консультант как бы сообщает клиенту, что его переживание неважно, оно не принимается в расчет. Они оставляют клиента наедине с его переживанием. Тогда как ответы по способу активного слушания, напротив, показывают, что консультант понял внутреннюю ситуацию клиента, готов услышать о ней больше, принять ее. Такое буквальное сочувствие консультанта производит на клиента совершенно особое впечатление.

Дополнительные правила беседы по способу активного слушания.

Если вы хотите послушать клиента, обязательно повернитесь к нему лицом. Ваше положение по отношению к нему и ваша поза — первые и самые сильные сигналы о том, насколько вы готовы его слушать и услышать. Будьте очень внимательны к этим сигналам, которые хорошо «читает» клиент любого возраста, даже не отдавая себе в том сознательного отчета.

Если вы беседуете с расстроенным или огорченным клиентом, не следует задавать ему вопросы. Желательно, чтобы ваши ответы звучали в утвердительной форме. Фраза, оформленная как вопрос, не отражает сочувствия. Казалось бы, разница между утвердительным и вопросительным предложениями очень незначительна., иногда это всего лишь тонкая интонация, а реакция на них бывает очень разная. Часто на вопрос: «Что случилось?» клиент отвечает: «Ничего!», а если вы скажете: «Что-то случилось...», то ему бывает легче начать рассказывать о случившемся.

Очень важно в беседе «держаться паузу». После каждой вашей реплики лучше всего помолчать. Помните, что это время принадлежит клиенту, — не забивайте его своими соображениями и замечаниями. Пауза помогает клиенту разобраться в своем переживании и одновременно полнее почувствовать, что вы рядом. Помолчать хорошо и после ответа клиента — может быть, он что-то добавит. Узнать о том, что клиент еще не готов услышать вашу реплику, можно по его внешнему виду. Если его глаза смотрят не на вас, а в сторону, «внутри» или вдаль, то продолжайте молчать: в нем происходит сейчас очень важная и нужная внутренняя работа.

В собственном ответе также иногда полезно повторить, что, как вы поняли, случилось с клиентом, а потом обозначить его чувство. Иногда у консультанта возникает опасение, что клиент воспримет повторение его слов как передразнивание. Этого можно избежать, если использовать другие слова с тем же смыслом. Практика показывает, что если вы даже и используете те же фразы, но при этом точно угадываете переживание клиента, он, как правило, не замечает ничего необычного, и беседа успешно продолжается. Конечно, может случиться, что в ответе вы не совсем точно отразили случившееся событие или чувство клиента. Не смущайтесь, в следую-

щей фразе он вас поправит. Будьте внимательны к его поправке и покажите, что вы ее приняли.

Беседа по способу активного слушания очень непривычна для нашей культуры, и ею овладеть непросто. Однако этот способ быстро завоевывает ваши симпатии, как только вы увидите результаты, которые он дает. Их, по крайней мере, три. Они также могут служить признаками того, что вам удастся правильно слушать клиента:

1. Исчезает или, по крайней мере, сильно ослабевает отрицательное переживание клиента. Здесь сказывается замечательная закономерность: разделенная радость удваивается, разделенное горе уменьшается вдвое.

2. Клиент, убедившись, что консультант готов его слушать, начинает рассказывать о себе все больше: тема повествования меняется, развивается. Иногда в одной беседе неожиданно разматывается целый клубок проблем и огорчений.

3. Клиент сам продвигается в решении своей проблемы.

## КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ТЕЛЕФОНЕ ДОВЕРИЯ

### Этапы телефонного консультирования

Для практической пользы можно выделить следующие этапы телефонного диалога:

- **Введение в диалог.** Им начинается общение с собеседником. Активное слушание на этом этапе имеет наибольший удельный вес и проявляется прежде всего в понимании, заботливости и открытости по отношению к клиенту.

- **Исследование чувств и проблем клиента.** Оно включает поощрение к выяснению чувств и проблем, по возможности четкое их определение, обсуждение и размышление над путями их изменения или коррекции. Как и на предыдущей стадии, сохраняется понимающее, заботливое, открытое и эмпатическое отношение к собеседнику. Наряду с этим большое значение в активном слушании приобретает объективность.

- **Исследование альтернатив и решений.** Все части активного слушания сохраняются на этом этапе в качестве обязательного фона. Решающее значение приобретает «мозговой шторм» – совместная работа над поиском решений и альтернатив выхода из проблемной ситуации. Их обсуждение изменяет эмоциональное и рациональное отношение клиента к проблеме. Сделанный им в итоге выбор должен быть обязательно поддержан консультантом.

- **Завершение.** Этот этап требует большого искусства консультанта. Следует кратко и определенно подытожить результаты беседы и закрепить положительные эмоциональные изменения у собеседника, показав их положительную перспективу.

Необязательно, чтобы в общении были представлены все этапы телефонного диалога – клиент может прервать его на любой стадии, или же он завершится по не зависящим от обоих причинам. Беседуя по телефону дома или на работе, мы вряд ли заботимся и помним об этапах: разговор со знакомыми может быть кратким или, наоборот, длительным с обсуждением малозначащих повседневных ситуаций.

## Методы и приемы

### Как задавать вопросы в ходе телефонного диалога?

В консультативном диалоге очень значима контекстуальная роль вопроса. Он может выполнять, часто помимо воли общающихся, разнообразные функции, например:

- обвинять;
- советовать;
- возлагать ответственность;
- утешать;
- создавать напряжение;
- противопоставлять;
- командовать;
- защищать и т.д.

В течение всей консультативной беседы лучше всего использовать вопросы с открытым концом. Они позволяют клиенту скорее раскрыть свои чувства и проблемы, предоставляют ему свободу ответить таким образом, который сам клиент считает предпочтительным. Они помогают клиенту разобраться в ситуации.

Примеры «открытых вопросов»:

- Какие чувства это у Вас вызывает?
- Как Вы отреагировали на то, что случилось?

- Когда Вы впервые отметили у себя эти чувства?
- Это случилось с Вами раньше?
- Как же выглядит ситуация, по Вашему мнению, сейчас?
- За что Вы чувствуете себя ответственным?
- Как, по Вашему мнению, к этому относятся Ваши близкие?
- Я уже понял, что Вам говорят другие, а что чувствуете Вы сами?
- Каковы, по-вашему, лучшие и худшие выходы из ситуации?
- Что Вы можете еще рассказать об этом?
- Что Вы делаете, когда это происходит?
- Что, по Вашему мнению, они хотят сказать Вам?
- Как я могу Вам помочь?
- Каковы Ваши отношения с Вашими ...?
- Что Вы делаете, когда Вам грустно?
- Что бы Вы хотели изменить в своей жизни?

Если консультант в начале разговора спрашивает: «С чего бы Вы хотели начать?», «О какой проблеме Вы хотели бы поговорить вначале?», то это, с одной стороны, ободряет и поощряет клиента к беседе, а с другой стороны, предоставляет ему право самому избрать тот круг проблем, который он хотел бы обсудить.

По ходу дальнейшей беседы вопросы с открытым концом помогают сосредоточиться и определить круг проблем, которые могут быть обсуждены: «Не могли бы Вы чуть больше рассказать о...», «Как Вы можете описать все происходившее, если Вы говорите о...», «Что Вы чувствовали, когда...».

Вопросы, начинающиеся с «что» и «как», ободряют клиента, позволяют расширить совместное обсуждение проблем и чувств, прояснить сложную ситуацию. Следует избегать вопросов, начинающихся с «почему»: «Почему у Вас возникла мысль о самоубийстве?», «Почему Вы решили позвонить нам?». В этих вопросах имеется скрытый укор, обвинение или порицание. Если они задаются консультантом, то свидетельствуют о его своеобразной защитной реакции, препятствующей открытости. В вопросах не следует определять проблему или чувства до того, как это сделает собеседник: «Мне кажется, у Вас возникали мысли о самоубийстве», «Видимо, Вы чувствуете ненависть к этому человеку?». Они могут быть расценены как досужее любопытство или попытка стать над чувствами и проблемами клиента, руководить им.

Одной из возможных отрицательных сторон консультативного диалога является чувство власти у консультанта. Оно возникает на основе его иллюзии чрезвычайных возможностей и неотразимого искусства консультирования — часто тогда, когда очень близко разрешено решение проблемы. Если консультант ощущает власть над клиентом, то вместо открытых и аутентичных отношений развивается си-



туация «над — под». Ощущение власти консультанта порождает у клиента скуку, презрение или даже злобу в виде ответной реакции. Часто, защищаясь вопросами, консультант подсознательно хочет остаться один, освободиться от диалога, оказаться невредимым и просто выжить. Один из путей решить эту проблему — обрести власть над клиентом. Она тут же уничтожает экзистенциальные свойства диалога, а положение «над — под» оказывается иллюзией триумфа. Следует быть осторожным в употреблении наречий, особенно таких как «всегда» или «никогда». В этом случае консультант может попасть в непродуктивную ситуацию чрезмерного предопределения чувств и проблем клиента.

При обсуждении консультанту следует говорить медленно, отчетливо, спокойно и обязательно думать над тем, как построены его вопросы и суждения: «Мне кажется, что Вы говорите так, как будто Вы расстроены происшедшим», «К чему привела эта ссора с...?», «Что бы Вы хотели еще обсудить?», «Что вызвало у Вас эти чувства?», «Должно быть, это трудно для Вас, рассказать о...?».

Не следует определять чувства, проблему или ситуацию до того, как это сделано клиентом. Довольно реальной при этом становится опасность усугубить психическое состояние собеседника или начать работать с ложной проблемой. Многие звонящие могут быть достаточно внушаемыми, и таким образом вынужденно уйдут в сторону от реальной ситуации. Такие понятия, как «самоубийство», «ссора», «депрессия», «проблема», «кризис» и т.п., могут появиться в лексиконе консультанта и подлежать дальнейшему обсуждению, только если о них упомянул клиент. Не следует злоупотреблять частицей «же», она указывает на чрезмерную уверенность консультанта, может иметь обвиняющий оттенок или свидетельствовать о стремлении ограничить обсуждение. Несмотря на профессиональную подготовку, консультант не вправе ставить конкретный психиатрический или психологический диагноз, хотя может иметь по этому поводу свое мнение, облегчающее ему ведение диалога. Квалифицирующие термины, которые использует клиент, должны быть обязательно переведены в термины действия. Например, следует говорить не о «депрессии», а том, «что Вы чувствуете, находясь в этом состоянии?». Действия всегда реальны, а интерпретации могут быть лишь расхожими бытовыми штампами. Более того, любое понятие статично, тогда как в любом глаголе заключена возможность изменения. Одним из путей поощрения собеседника к общению в терминах действия может быть рассказ о событии из своей жизни, сопровождавшемся аналогичными чувствами. Но в этих случаях, а они нередки для начинающих консультантов, возникает опасность чрезмерного отождествления с собеседником. Поэтому более эффективной может оказаться терапевтическая метафора.

Она имеет одно фундаментальное свойство: в рассказанной консультантом басне, притче, легенде или жизненной истории сообщается о некой части обобщенного опыта, содержащей рекомендации или поучительные сообщения относительно проблемной ситуации. Некто сталкивается с какой-то проблемой и тем или иным способом преодолевает ее либо терпит поражение. Способ предлагаемого в метафоре решения проблемы может быть использован клиентом в сходной ситуации. Эмоциональные переживания при выслушивании сказки, анекдота или шутки, приводя к большей или меньшей степени отождествления с героями, делают их субъективно важными для клиента, то есть метафорическими. При этом возникает понимание его собственной проблемной ситуации, содержащее новый личностный опыт. Более того, сам по себе рассказ клиента может рассматриваться как набор метафор, отражающих его уникальную модель мира. Эмпатическое чувствование в них является отправным пунктом психологического консультирования. Эффективное конструирование и работа с метафорами требует специальных знаний и навыков консультанта.

Если возникает необходимость отсылки к службам, соответствующим нуждам клиента, то это не следует использовать как повод избавиться от него. Отсылки целесообразно предлагать или объяснять их необходимость только на заключительном этапе диалога. В случае отсылок желательно избегать обещаний, что именно там будет оказана действенная помощь. Такие «гарантии» снижают эффективность телефонного диалога и могут породить иллюзии, которые окажутся в будущем нереализованными.

Исследования показывают, что только 7% информации приходит к нам посредством слов, 38% — через интонации и модуляции голоса, а остальные 55% — путем невербальных телесных движений; поскольку в телефонном диалоге они исключены, особое значение приобретают различные характеристики голоса: тон, объем, темп, тембр. В ходе диалога следует обязательно отслеживать соответствие вербальных и интонационных проявлений собеседников. Обнаружение диссоциации между ними позволит консультанту разобраться в сути происходящего быстрее, чем длительное детальное выяснение. Интонации и модуляции голоса верно отражают эмоциональное состояние клиента. Если он фиксирован на своих чувствах, целесообразно побеседовать о существующих фактах, а если он преимущественно излагает обстоятельства проблемной ситуации, не следует забывать о чувствах, которые скрываются за ними.

**Молчание в диалоге.** Эпизоды молчания между клиентом и консультантом нередко возникают в процессе диалога. Кроме того, в практике телефонного консультирования встречаются так называ-

емые «молчалие» обращения. Что стоит за молчанием и как обходиться с ним? Очень часто столкновение с молчанием вызывает тревогу у участников диалога, и если оно продолжается довольно долго, то тревога переходит в страх и стремление принудительно его прервать.

Работникам сферы кризисной интервенции хорошо известно, что за молчанием стоит интенсивное эмоциональное напряжение, психическая боль или иные суицидальные чувства, блокирующее возможность словесного выражения переполняющих чувств. Психотерапевты знают, что за молчанием могут скрываться удовлетворение, радость, умиротворение, гнев, презрение, безучастность и многое другое. Молчание может быть угрожающим, напоминая человеку об опыте младенческого одиночества и отверженности, когда мать, казалось, исчезла навсегда. Оно объединяет с другим молчалием человеком в моменты, когда произнесенное слово может оказаться разрушающей силой, «непонятым прикосновением». В диалоге оно может стать важной «зоной роста», в которой созревает продуктивное решение или готовится инсайт. Молчание бывает целительным в диалоге с пограничными личностями или больными шизофренией, для которых говорение означает потерю контроля, и иллюзия автономии поддерживается лишь в тишине. Психоаналитики обычно трактуют молчание как признак сопротивления переносу или актуализации воспоминаний, идущий от детского негативизма анальной стадии. Другие направления в психотерапии стараются использовать его в позитивном ключе.

Что бы ни скрывалось за молчанием в каждом конкретном случае, — возможно, прежнее обращение к специалистам сферы психического здоровья или в службу телефонной помощи было бесполезным, возможно, высокий уровень тревоги мешает говорить или существуют опасения по поводу возникновения отношений близости с собеседником, — несомненно, что консультанту необходимы навыки совладания с молчанием, прежде всего заключающиеся в проявлении принятия, эмпатии, заботы и открытости. Следует избегать скороспелых интерпретаций и сосредоточиться на систематическом приглашении к разговору: «Знаете, порой очень трудно начать говорить о вещах, которые беспокоят. Я здесь, рядом с Вами, и, если Вы готовы, давайте поговорим». После паузы следует продолжить ободряющие и оказывающие поддержку утверждения. В некоторых работах описываются несколько необычные техники стимуляции, при которых в попытках разговаривать клиента его убеждали отвечать на вопросы «да» или «нет» соответственно каким-либо звуком или молчанием. Если, несмотря на все усилия, молчание преодолеть не удастся, консультанту важно уметь завершить обращение. Следует тактично сообщить о своем намерении,

объяснив, что сейчас линия помощи может быть очень загруженной, что она функционирует в течение 24 часов и что у клиента всегда остается возможность позвонить позднее. В ряде служб зарубежных стран поощряют использовать очный контакт, возможность переписки, сообщения по факсу или электронной почте. Важно помнить, что для некоторых клиентов молчание может быть своеобразным ритуалом и они могут звонить и молчать несколько раз до того, как в конце концов заговорят.

Таким образом, молчание является важной частью человеческого общения, обязательным фоном, на котором возникает словесный диалог. Оно многообразно в своих смыслах, позитивных и негативных. Молчание – это не просто отсутствие слов, оно может означать активное присутствие.

**Завершение разговора.** Уникальность ситуации телефонного консультативного диалога заключается в том, что понимание и экспертное знание сосуществуют и взаимодействуют, причем если первое является обязательным, то второе более или менее дополнительно.

Одним из существенных этапов телефонного диалога является его завершающая стадия. Перед многими консультантами встает вопрос – как и когда завершить диалог?

Часто диалог завершается по обоюдному согласию сторон при его конструктивном течении после коррекции чувств клиента или разрешения проблемной ситуации. Вместе с тем, в ряде случаев в заключительной стадии диалога консультант должен брать на себя ответственность за его завершение. Эта инициатива, как правило, нуждается в согласии с одним из основных правил телефонной помощи – консультант не должен первым класть трубку.

Если консультант чувствует, что а) обсуждение ситуации повторяется вновь и вновь, б) клиент становится зависимым или в) он не может в силу длительного разговора быть «здесь и теперь» полезным из-за усталости или фрустрации, то ему следует принять решение и приложить усилия к завершению беседы. Наилучшим способом является подведение итога чувствам, проблемам и ситуации клиента: «Итак, мы пришли с Вами к тому, что...», «По-видимому, следовало бы подвести итог...». При подведении итога необходимо быть кратким, твердым и эмпатически настроенным, еще раз напомнить собеседнику о том, что его звонку всегда рады, и он может в любое время обратиться с возникающими у него проблемами, равно как и в случае, если потребует дальнейшее обсуждение.

В завершающей стадии консультативного диалога может возникнуть потребность отказать клиенту в тех или иных его желаниях и мотивах.

Отказ может оказаться полезным, если клиент:

- Предпочитает вести беседу с консультантом определенного пола.
- Настойчиво интересуется личностью или деталями жизни консультанта.
- Требует наставлений.
- Настаивает на встрече с консультантом или просит перезвонить ему.
- Ведет беседу типа «Да, но...» в качестве ответной реакции на множество предложенных консультантом решений и альтернатив.
- Рассказывает различные истории или болтает о мелочах.
- Просит: «Подождите, пока я...».
- Все время повторяется.
- Ждет гарантий или стремится переложить всю ответственность на консультанта.
- Консультант исчерпал все свои внутренние резервы и нуждается в завершении разговора.

Отказывать в продолжении консультативной беседы следует решительно и в то же время мягко. Если клиент выражает сомнение, что консультант из-за возраста не очень компетентен для решения его проблем, можно сказать: «Ваше утверждение звучит так, будто Вы полагаете, что я слишком молод, чтобы помочь Вам в Ваших трудностях». При необходимости можно осторожно вводить разнообразные ограничения: «Я не могу..., поскольку...», «Этот вопрос вызывает у меня некоторые затруднения, так как...». И дать ясно понять клиенту, что консультант может или в состоянии сделать для собеседника: «Но... однако, я был бы рад...», «Тем не менее, мы могли бы...». Если клиент обнаруживает интерес к различным аспектам личного свойства и задает вопросы типа «Есть ли у Вас дети?», «Вы женаты?», то имеет смысл мягко осведомиться: «Вам кажется, что я бы лучше Вас понял, находясь в аналогичной ситуации? Я не стал бы сейчас говорить о себе, но мне бы очень хотелось услышать о тех проблемах, которые возникли у Вас в семье».

Главная трудность в завершающей стадии — это опасность стать жертвой манипулятивного отношения со стороны клиента. Любые манипуляции нужно встречать с твердостью. Важно помнить, что, подводя итог и заканчивая разговор, его нужно действительно завершать.

## Схема кризисного звонка

Четырехэтапная модель активного кризисного консультирования:

**1. Создание отношений доверия.** Лучше всего этого можно достичь дружелюбием и передачей своего чувства озабоченности и желанием помочь. Помните, что ваш голос — единственный способ передать эти чувства. Как вы говорите, не менее важно, чем-то, что вы говорите.

**2. Прояснение и определение ситуации.** Консультант слушает и помогает клиенту осознать свое положение. Использует навыки общения — отражение и сопереживание. Здесь важно понять чувства клиента и отношение к проблеме. Это поможет вам разобраться, как они связаны с этой ситуацией. Вы работаете как помощник и организатор: следует помочь клиенту разложить все по полочкам, чтобы они смогли приступить к решению своей проблемы. Весьма действенно установить цели звонка — и клиенту, и консультанту. Цели эти должны соответствовать тому, чего каждый из вас может ожидать от другого и что хочет получить в результате звонка.

Шаги для прояснения ситуации:

- Определить природу происшедшего — вид, серьезность, размах, участников. «Вы можете говорить о том, что случилось?», «Вы в порядке?».
- Выяснить и обсудить настоящее состояние человека в кризисе: расстройства чувств, мыслей, поведения, телесные проявления и симптомы, нарушения в социальных взаимоотношениях. «Вы можете рассказать, что происходит?», «Как вы себя чувствуете сейчас?».
- Установить опасные первоначальные события и последующие. «Можете ли вы рассказать мне, что случилось?», «Можете рассказать, что произошло после этого до сего момента?».
- Выяснить природу и продолжительность состояния уязвимости, субъективные реакции на опасное событие, когда она/он почувствовала расстройство, предыдущие попытки справиться с проблемой.
- Оценить ситуацию и спланировать терапевтическое вмешательство. «Есть ли сейчас состояние неуравновешенности?», «Насколько ситуация поддается изменению?», «Что клиент хочет предпринять?».

**3. Исследование возможностей.** Когда консультант и клиент почувствуют, что положение полностью объяснено, а чувства клиента до конца исследованы, можно перейти к обсуждению различных возможностей, затронутых в разговоре. Важно обсудить все возможные выходы и альтернативы, даже невероятные и нежелательные. Тогда клиент сможет увидеть, где находится его ситуация на линии «неприемлемый выход – наилучший выход». Ваше дело сейчас – не судить, не морализировать, не выбирать лучший выход, а равноценно и полно представить все возможности. Следует всесторонне рассмотреть каждый вариант, чтобы облегчить клиенту принятие решения, которое лучше всего отвечало бы его нуждам, желаниям и ожиданиям.

**4. Завершение.** На этом этапе важно пройти по всем предыдущим этапам и проверить развитие. Старайтесь разглядеть, не осталось ли что-нибудь без внимания, может быть, что-либо не рассмотрено полностью. Завершенность здесь очень важна, чтобы составить верную картину и очертить рамки для обеспечения реальных решений. На этом этапе важнее всего оставаться с клиентом, настроившись на волну его чувств. Вполне вероятно, что на этом этапе будет очень тревожно. Работайте с тревогой и с любой возникающей проблемой. Не бойтесь вернуться на несколько шагов назад, на предыдущие стадии и начать сначала с другой проблемой. Обсудите с клиентом его планы и то, как он собирается их выполнять. Надо как следует понимать, как вы завершаете разговор. Остался ли клиент в том же положении, что и в начале разговора? Или там, где был до кризиса? А может быть, на новой, более высокой ступени, где он научился решению проблем, не только применительно к данному кризису? И сумеет ли он теперь использовать свои силы и для решения жизненных проблем в будущем?

## **ИНДИВИДУАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ**

В качестве первого шага на пути психологического сопровождения клиентов можно использовать индивидуальную работу. И постепенно, по мере готовности, подводить клиента к осознанию необходимости включения в групповую работу. В случае индивидуального психологического консультирования психолог работает с клиентом один на один при отсутствии посторонних лиц.

Достоинством индивидуального психологического консультирования является то, что оно обеспечивает конфиденциальность, тайну и по своему результату бывает более глубоким, чем групповая работа. Все внимание психолога направлено только на одного человека. Индивидуальное психологическое консультирование удобно тем, что лучше раскрывает особенности клиента, снимает у него психологические барьеры, которые неизбежно возникают и с трудом преодолеваются в том случае, когда человеку приходится откровенно высказываться в присутствии других людей.

Необходимыми условиями индивидуального психологического консультирования являются следующие:

- добровольное согласие на получение такой помощи;
- доверие клиента к психологу, активность клиента и его творческо-исследовательское отношение к собственным проблемам;
- право клиента принимать или не принимать оказываемую помощь;
- право клиента самому решать вопросы в своей жизни.

Конечные задачи индивидуального психологического консультирования состоят в достижении изменений в трех основных сферах: когнитивной, эмоциональной и поведенческой.

**Сфера интеллектуального осознания (когнитивный аспект).** Во время индивидуального психологического консультирования на основании анализа своей биографии клиент может:

- осознать мотивы своего поведения, особенности своих отношений, эмоциональных и поведенческих реакций;
- осознать неконструктивный характер ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов;
- осознать связь между различными психогенными факторами и соматическими расстройствами;
- осознать меру своего участия в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций;
- осознать внутренние причины своих переживаний и способах реагирования, а также условия формирования своей системы отношений.

**Эмоциональная сфера.** При индивидуальном психологическом консультировании психолог имеет дело как с «живыми» эмоциями клиента, так и с их «отражением», поэтому задачи в эмоциональной сфере в определенной степени также связаны с осознанием. В процессе консультирования клиент может:

- получить эмоциональную поддержку от психолога, способствующую ослаблению защитных механизмов;
- научиться понимать и вербализовать свои чувства;



- научиться испытывать более искренние чувства к самому себе; раскрыть свои проблемы с соответствующими им переживаниями (часто скрытыми от самого себя);
- модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования.

**Поведенческая сфера.** В результате проведенной консультации клиент может научиться корректировать свои неадекватные реакции и овладеть новыми формами поведения.

Стадии индивидуального консультирования:

1. Установление эмоционального контакта, создание доверительных отношений, снятие напряжения. Такой контакт создает оптимальные условия для консультирования и служит ведущим инструментом психологического влияния, способного приводить к позитивным переменам в чувствах, представлениях, отношениях и поведении клиента. Взаимопонимание между психологом и клиентом, необходимое для оптимального эмоционального контакта, достигается обоюдными вербальными и невербальными средствами общения. Теплое, эмпатическое отношение психолога выражается короткой дистанцией, прямым взглядом, улыбкой, обращенностью к клиенту позы, свободным и непринужденным положением рук, доброжелательными и уверенными интонациями голоса и т.п. Невербальные сигналы поддерживаются активным слушанием (данная техника описана выше).

2. Заключение контракта между клиентом и психологом, дающим согласие оказывать коррекционное воздействие. Решение клиента заключить контракт должно быть осознанным, поэтому психолог обязан во время первой встречи предоставить клиенту максимум информации об основных целях консультирования; о своей квалификации; о приблизительной продолжительности работы; о целесообразности проведения психологического консультирования; о риске временного ухудшения состояния в процессе консультирования; о границах конфиденциальности.

3. Исследование проблем клиента (того, что мешает измениться, адаптироваться к ситуации болезни). Выявляются и прорабатываются негативные чувства и переживания клиента, длительно существующие, или периодически возникающие в связи с изменением ситуации; неадаптивные установки, неконструктивное поведение, приводящее к сложностям во взаимоотношениях. Использу-

ются стратегии завершения окончаний (например, техника «письмо обидчику» и т.п.).

4. Принятие клиентом себя, осознание реальных потребностей и резервов, переоценка ценностей. Используются стратегии для промежутков – «незаконченные предложения», «кто я?» и т.д.

5. Выработка стратегий дальнейшей жизни, планирование. Используются стратегии для новых начинаний, например «жизненный план».

## ГРУППОВАЯ РАБОТА

Консультирование группы клиентов может занимать меньше времени и поэтому обойдется дешевле, нежели индивидуальное консультирование. Однако надо тщательно рассмотреть все обстоятельства, прежде чем проводить прием более чем одного клиента. По всей видимости, лучше всего проводить групповое консультирование на тех этапах консультативного процесса, на которых преобладает элемент обучения. Групповые консультации неприемлемы, если клиенту необходима главным образом моральная поддержка (например, во время приема, на котором клиенту надо сообщить о положительном результате ВИЧ-теста) и/или требуется конфиденциальность. Если консультация проводится для группы людей, существует большая вероятность нарушения конфиденциальности. Поэтому клиенту необходимо предоставить возможность дать свое полное информированное согласие, прежде чем он примет участие в подобном групповом приеме. Вариантов ведения групп очень много, но мы остановимся на некоторых общих моментах.

**Состав группы.** Число участников группы может варьироваться от 7 до 12 человек. Набирать членов группы необходимо с учетом возраста, а также гендерных и сексуальных различий потенциальных участников. Секс-работникам может быть нелегко в одной группе с замужними женщинами; мужчин, имевших случайную связь с другим мужчиной, нельзя соединять в группе с теми мужчинами, которые идентифицируют себя как геи; и тем более с теми мужчинами, которые никогда не имели связи с мужчиной. Не рекомендуется включать в группу более одного клиента, склонного к истерическим реакциям.

**Тип группы.** Группы могут быть открытые, когда группа функционирует постоянно, ее участники, по мере проработки своих проблем уходят, на их место приходят новые, или закрытые, когда группа функционирует определенное время с постоянным составом.

**Правила работы группы.** Обычно, на первом занятии, или в начале каждого занятия, объявляются правила работы в группе. В наиболее общем виде они звучат так:

- Принцип «здесь и теперь» — обсуждаются чувства, мысли, особенности поведения, возникающие у каждого члена группы в ходе взаимоотношений непосредственно в группе.

- Группа накапливает и пользуется психотерапевтическим материалом: мысли, чувства, «зажим» чувств, облегчение проявления чувств.

- Все то, что обсуждается в группе, за ее пределы не выносится.

- Обсуждение проблем, возникающих в группе, с близкими и родственниками не желательно. Субъективное облегчение, полученное от того, что удалось снять напряжение, «разряжает» члена группы и отдаляет его от конструктивного разрешения собственных проблем.

- Оценочные суждения неприемлемы.

- В группе приемлемы любые проявления эмоций и чувств, кроме физического воздействия друг на друга.

- В группе важно выражать любые имеющиеся в душе эмоции и чувства по отношению к психотерапевту.

Психотерапевты не раздают советов и рецептов выздоровления, а, оставаясь внешне нейтральными, но в душе благожелательными ко всем членам группы, помогают им сплотиться в коллектив единомышленников — в группу, чтобы она самостоятельно выявляла общие и личные проблемы, и находила способы их решения.

## **СЕМЕЙНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ**

В психологическом консультировании семья рассматривается как система. Это значит, что мы работаем не с отдельными людьми, связанными общим местом проживания и совместным хозяйством, а в первую очередь с их взаимоотношениями.

Семья — это группа, удовлетворяющая потребности своих членов. Эти потребности наиболее успешно удовлетворяются в уникальном взаимодействии конкретных людей. Главная особенность семейного взаимодействия — объединять удовлетворение различных потребностей. Для удовлетворения связанных с семьей потребностей создается структура семейных ролей, семейная структу-

ра, функции семьи закономерно развиваются. Психологическое консультирование помогает семье согласовать и удовлетворять потребности, связанные с семьей, оптимизировать семейную структуру и способствует развитию семьи. Потребность в консультировании семьи возрастает в моменты перехода из одного этапа развития в другой.

У клиента могут выявляться два типа установок на консультирование:

- конструктивные установки, когда желание преодолеть семейные трудности ориентированы на сотрудничество с психологом, готовы сообщить ему информацию о себе и о семье, готовы по-новому оценивать факты семейной жизни, согласны анализировать свои эмоции и поведение, учиться по-новому выражать эмоции и менять поведение;
- манипулятивные установки, когда обращающийся в консультацию хочет воспользоваться советами или авторитетом психолога. Чтобы воздействовать на других; предоставляет информацию другим, но ограничивает о себе, подчеркивает, что семейная ситуация полностью ясна, не ясны только способы воздействия на других, а ответственность воздействия лежит на психологе.

Эти установки во многом определяют и желание консультироваться индивидуально или стремлении вовлечь в процесс консультирования всех членов семьи. Так как семейные консультации часто начинаются как индивидуальные, последний аспект обращения в консультацию достаточно информативен. Те, кто руководствуются конструктивными установками, не сомневаются, ни том, что проблемы одного члена семьи затрагивают всю семью, ни в том, что другие смогут и захотят сообща их преодолеть.

Имеющие манипулятивные установки, часто заявляют, что муж или жена на встречу с психологом никогда не придут или сразу же предлагают план такой встречи, дают задание психологу «напугать», «узнать правду», какие отношения будут созданы, если удастся реализовать данные пожелания. Во время этого разговора диагностируются семейные отношения, определяются перспективы преодоления семейных трудностей, представляются методы консультирования и начинается обсуждение контракта на консультирование.

Семейное консультирование основано на 3 принципах:

**1. Циркулярность.** Все события в семье подчиняются не линейной логике (если А, то Б), а круговой (если А, то Б, тогда снова А).

**2. Гипотетичность.** Гипотеза о семейной проблеме должна сложиться у консультанта еще до начала работы, и в процессе разговора проверяться и уточняться. Гипотеза формируется на основании запроса, состава семьи и возраста ее членов.

**3. Нейтральность.** Спокойное, сочувствующее и доброжелательное отношение к каждому члену семьи в равной степени. Технически оно выражается в предоставлении каждому члену семьи возможности высказаться.

Исходя из этих принципов построены и сами техники семейного консультирования.

**Циркулярное интервью.** Это способ задавать вопросы так, чтобы консультант и члены семьи поняли круговую природу проблем. В процессе циркулярного интервью задаются не прямые вопросы про других членов семьи. Члены семьи друг с другом не разговаривают, только с консультантом.

Темы циркулярного интервью и примеры вопросов:

- *Ожидания семьи.* Здесь вопросы прямые: «Чего вы ожидаете?».
- *Актуальная проблема:* «Как вы считаете, о чем ваша жена хотела бы со мной поговорить?».
- *Ситуация в семье* в настоящее время в свете этой проблемы: «Что делает ваша жена, когда вы...(симптом)?», «Что делает ваш муж, когда он... (симптом)?» и так пока не замкнется круг интервью.
- *Система понимания проблемы:* «Как вы думаете, почему ваша жена так поступает?».
- *Прошлый способ* решения проблемы.
- *Триггерные ситуации* – что запускает поведение.
- *Как проблема включена* в цикл взаимодействий.
- *Кто что может сделать*, чтобы усугубить проблему.
- *Положительная сторона* проблемы: «Что будет в жизни без симптома?».
- *Ресурсы семьи:* «Что помогает жить с проблемой?».
- *Видение будущего:* «Что будет дальше если проблема не разрешится?», «Что будет дальше, если проблема разрешится?».

Ниже приведено семейное интервью, в котором принимают участие родители и 15-летний мальчик с гемофилией и ВИЧ-инфекцией. На этом примере видно, каким образом каждый член семьи обозначает свои, хранившиеся раньше в секрете опасения и делится ими с остальными. Это повторная беседа с консультантом; мальчик уже прошел послетестовое консультирование и знает, что он ВИЧ-положителен. Его 13-летнего брата-школьника на интервью не пригласили.

*Консультант:* М-р Д., как вы объяснили Питеру, почему мы собрались здесь сегодня?

*М-р Д.:* Я сказал, что мы пришли на осмотр и чтобы обсудить то, что нас волнует.

*Консультант:* Ты это понял, Питер?

*Питер:* Да.

*Консультант:* М-с Д., ваш муж сказал, что вы все пришли обсудить то, что вас волнует. Есть ли что-то, по-вашему мнению, что волнует вашего мужа?

*М-р Д.:* Я думаю, да. Его волнует, как на Питера повлияет то, что он узнал о том, что ВИЧ-инфицирован. Мы сильно волнуемся.

*Консультант:* Что больше всего вас беспокоит, м-с Д.?

*М-р Д.:* Что он не сможет жениться и иметь детей.

*Консультант:* Питер, ты знал, что мама переживает за это?

*Питер:* Нет.

*Консультант:* Ты сам переживаешь, что не сможешь иметь детей?

*Питер:* Не особо.

*Консультант:* Питер, как ты думаешь, кто может больше всех волноваться по этому поводу: ты, твой отец, мать, твои бабушка с дедушкой или твой брат?

*Питер:* Я не беспокоюсь об этом. Моя мама и бабушка беспокоятся. Только бабушка хочет, чтобы у меня и у брата были дети.

*Консультант:* То есть, Питер, ты считаешь, что бабушка оказывает влияние на твою маму?

*Питер:* Она всегда волнуется об этих вещах.

*Консультант:* М-с Д., знали ли вы, что Питер думает, будто вы и ваша мать больше беспокоитесь об этом, чем сам Питер?

*М-р Д.:* Не думала, что он именно так себе представляет ситуацию.

*Консультант:* М-р Д., а что вас больше всего беспокоит?

*М-р Д.:* Что Питер перестанет учиться в школе, так как это потеряет для него смысл.

*Консультант:* Что ты думаешь о том, что сказал папа?

*Питер:* Он просто волнуется, найдем ли мы хорошую работу. Я считаю работу в школе скучной.

*Консультант:* Что бы ты хотел делать?

*Питер:* Я не знаю. Это не имеет значения, если я скоро умру. От СПИДа ведь умирают, правда?

*Консультант:* Да, ты можешь умереть от СПИДа. Смерть — это то, что тебя волнует?

*Питер:* Я не думаю о смерти. Я не хочу знать ничего о том, что будет потом. Я просто хочу делать то, что хочу.

*Консультант:* А чего ты хочешь, Питер?

*Питер:* Чтобы на меня не ворчали целыми днями.

*Консультант:* Представь себе, что ты чувствуешь себя так же, как сейчас, в течение многих лет. Чем ты будешь заниматься?

*Питер:* Я могу найти работу.

*Консультант:* М-р Д., как вы относитесь к тому, что сказал Питер? Кто-нибудь из нас знает точно, сколько времени ему отпущено? Завтра с нами может произойти несчастный случай. Как вы думаете, сможете ли вы обсудить с Питером, каким образом он сможет делать то, что хочет, но при этом объяснить, как трудно найти работу, не имея никакой квалификации? М-с Д., мы услышали от Питера, что его не пугает смерть. Его также не беспокоит, что он, вероятно, не женится и не будет иметь детей. Он навел меня на мысль о том, что многие люди не могут иметь детей. Некоторые никогда не находят партнеров, некоторые болеют другими заболеваниями, а некоторые бесплодны. Таким образом, хотя это и беспокоит вас, Питера беспокоит совсем другое.

**Нормализация.** Информация о том, что все семьи в ненормальной ситуации ведут себя ненормально. Это снимает чувство вины.

**Позитивная коннотация.** Показать, что симптом, о котором шла речь на приеме, имеет для семьи и положительную функцию. Позитивная коннотация завершается предписанием.

**Предписание.** На финальной фазе приема даем семье поведенческое указание, которое они должны выполнять между этим приемом и следующим. Может быть парадоксальным — направленным на усиление симптома.



**IV. Особые вопросы**



- **Консультирование людей,  
страдающих фатальным заболеванием**
  - Общие стратегии
  - Работа со стадиями реакции на болезнь
- **Наркозависимые клиенты**
- **Духовные и религиозные вопросы**
- **Суициды**

*В этом разделе дана специфическая информация, полезная для консультантов службы сопровождения клиентов ТД по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и репродуктивного здоровья.*

## **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ФАТАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

### **Общие стратегии**

Фатальное заболевание — мощный и безапелляционный стимул для личностного изменения. В какую сторону пойдет это изменение, зависит от самого больного и от тех усилий, которые приложит консультант в работе с этим клиентом.

Клиент должен быть готов к возможности дальнейшего ухудшения своего самочувствия и/или снижения работоспособности, смириться с фактом, что, возможно, он никогда не сможет делать все, что хочется, как раньше. Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие. Клиенту в силу психосоциальных последствий его функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т. д.) грозит превращение в «неполноценного», в инвалида.

В противодействие заболеванию существуют две стратегии поведения — пассивная и активная. Человек должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Требование «жить вместе с болезнью» легче, однако, декларировать, нежели соблюдать. Из-за этого многие люди реагируют на изменения своего функционирования, вызванного болезнью, страхом, апатией, депрессией и др. К пассивному поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни вплоть до полного игнорирования, самообмана, рационализации или сверх контроля. Однако ценность этих пассивных способов преодоления психологических и социальных следствий при длительной болезни с неблагоприятным прогнозом малоэффективна.

Существенно более значимы активные усилия человека по решению возникших перед ним проблем, связанных с болезнью. Он

должен стремиться к тому, чтобы смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния и сохранение качества жизни, адекватно оценивать неприятные события и факты и адаптироваться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие, поддерживать спокойные, нормальные отношения с окружающими. Все это возможно в том случае, если человек получает и усваивает необходимую информацию о болезни, ищет и находит совет и эмоциональную поддержку у специалистов, знакомых или группы взаимопомощи, приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и тем самым избегает излишней зависимости, ставит перед собой новые, связанные с наличием заболевания цели и поэтапно их достигает.

При всей сложности сопровождения подобных клиентов консультант должен внимательно замечать и поддерживать у них даже малейшие попытки самостоятельного решения своих проблем. Это необходимо как для сотрудничества в консультировании, так и для предпосылки заново построить семейные, профессиональные отношения, а также по-новому проводить свободное время.

Консультант должен уметь объяснить клиенту возможные неудачи лечения или прояснить обстоятельства жизни, влияющие на течение болезни, когда, например, клиент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или когда, наоборот, семья мешает ему сосредоточить усилия на борьбе с болезнью. Таким образом, решающее значение в системе лечения соматических больных приобретает правильное соотношение симптоматической, личностно-ориентированной и социо-ориентированной психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов соматического расстройства и его специфики на различных этапах лечения.

## **Работа со стадиями реакции на болезнь**

Выше были описаны стадии реакции человека в период психологического кризиса, и другие особенности психологического состояния человека, в связи с наличием болезни с неблагоприятным прогнозом. Обычно человек постепенно проходит все эти стадии, пока не привыкнет к мысли о случившемся. Некоторые люди при этом склонны делиться своими переживаниями, другие — нет. Чувства, испытываемые на каждой стадии, считаются вполне естественными, поэтому не нужно пытаться форсировать события и

вызывать эмоции, нехарактерные для того или иного периода. Иногда переживания смешиваются, и человек, успокоившись в один день, вдруг снова начинает злиться на судьбу в другой. Все эти сложные чувства следует просто принять и понять, если вы пытаетесь оказать помощь человеку, переживающему горе. Здесь мы рассмотрим конкретные действия консультанта, работающего с клиентом, находящимся на той или иной стадии, демонстрирующим те или иные эмоциональные реакции.

**Шок.** Подождите, пока клиент отреагирует на информацию о своем заболевании. Не торопитесь, дайте возможность ему выразить свои чувства. Подчеркните, что возникшие чувства нормальны и бывают у всех в таких ситуациях. Подчеркните собственное достоинство клиента, уверенность в своих силах. Помогите преодолеть чувство страха и отчаяния.

**Отрицание.** Если консультант беседует с отрицающим факт болезни или даже инвалидности клиентом, то более всего следует использовать активное слушание, понимая, что собеседник не осознает случившееся. Не стоит активно вмешиваться, в консультативной беседе возможности ускорить осознание не велики. Вместо сосредоточения на понимании ситуации следует предложить собеседнику открытое принятие и исследование мыслей и чувств.

**Гнев.** В случае встречи с этими реакциями консультант должен приложить силы, чтобы принять их, воздерживаясь от искушения осудить или наказать клиента собственным возмущением.

**Сделка.** Беседуя с человеком, следует помнить, что предлагаемую сделку надо принять и быть не только слушателем, но и активным собеседником, обсуждая возможные варианты. Этот подход, хотя и может показаться игрой, в конкретной ситуации для больного оказывается долгожданным утешением, а близким позволяет предпринять шаги к принятию и интеграции с новой реальностью. Нет смысла обсуждать темы, находящиеся за пределами суженного сознания клиента, — это вызывает лишь непонимание и усталость. Следует избегать искушения обсуждать «детскость» сделок: к ним стоит подходить тем ответственнее, чем серьезнее является состояние собеседника.

**Депрессия.** Беседовать с человеком в депрессии очень трудно. Его не следует чрезмерно ободрять, что выглядит неуместным, противоречит реальности печальных обстоятельств и лишает законного права страдать. Консультанту очень важно быть с человеком все

то время, которое требуется, поскольку ничто так не травмирует в депрессии, как утрата значимых отношений. Даже молчаливое присутствие в диалоге вызывает благотворные перемены, напоминающая о душевном комфорте и эмоциональной теплоте. Фразы консультанта должны быть простыми, понятными и краткими, но обязательно заботливыми и понимающими. Если консультируются «третьи лица», то их, несомненно, следует побудить к общению, посещению и проведению времени с их близким.

**Принятие.** Консультантам имеет смысл помнить о некоторых важных ограничениях в беседах на темы болезни и смерти:

- не следует прибегать к пустым фразам, они свидетельствуют о равнодушии, не заинтересованности и нежелании доверительного общения, страхе или смущении;
- при обсуждении важно избегать бытовых штампов, которые снижают и без того низкую самооценку больного;
- поучения и наставления снижают ценность консультирования, убеждения и/или уговоры оказываются малоэффективными;
- советы часто вызывают негативное отношение и чаще всего являются бесполезными.

## НАРКОЗАВИСИМЫЕ КЛИЕНТЫ

Проблема потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) особенно остра для России. Буквально еще несколько лет назад около 90% случаев выявленных носителей ВИЧ приходилось на ПИН. И хотя в настоящее время эта доля упала до 70%, за счет роста заражения при гетеросексуальных контактах, распространенность ВИЧ в этой среде достаточно высока.

Одним из главных факторов распространения ВИЧ-инфекции явилось совместное использование инструментария для инъекций. Более чем 20-летний опыт профилактики ВИЧ в мире ясно показывает, что распространение вируса при употреблении наркотиков можно сократить и даже остановить, если своевременно принять адекватные и компетентные профилактические меры, направленные на ПИН.

Так как в нашей стране потребление наркотиков вызывает общественное порицание, многим ПИН перед обращением за консультацией в службу сопровождения довелось столкнуться с осуждением, дискриминацией или даже пройти через столкновения с законом. Все это надо учитывать работнику службы сопровожде-

ния ТД. Консультантам следует обсуждать пути снижения риска заражения ВИЧ, они также должны учитывать, что ПИН могут не иметь желаний или возможности изменить определенные стили поведения, такие как употребление наркотиков или незащищенный секс.

В таких случаях консультантам по вопросам ВИЧ следует обсудить более безопасные методы, например, индивидуальное использование игл или стерилизация игл и шприцев при совместном использовании

Вывести наркотики из организма довольно просто, но гораздо сложнее уничтожить психологическую зависимость поэтому детоксикация — это не лечение наркомании. Для полного излечения больному необходимо пройти программу реабилитации (психотерапии и т.д.). Наиболее известная программа — 12 шагов. К сожалению, она же наименее эффективная, чему есть много причин исторического и культурного свойства. Поэтому для эффективности лечения в программе реабилитации должно быть что-то еще. Но и помимо 12 шагов существуют различные методики. Больших успехов на этом поприще добилась, например, Русская Православная Церковь — очень эффективная программа действует в Душепопечительском центре во имя Святого Праведного Иоанна. В Москве он базируется на Крутицком подворье, но также имеет филиалы в других городах России и в Минске. Проработанная программа реабилитации наркозависимых существует также в рамках этнофункциональной психологии. Есть и другие авторские программы.

Установите связи с подобной организацией в вашем регионе. Но, учитывая большое количество нечистоплотных людей в этой сфере, посетите этот центр сами и оцените его с профессиональной позиции.

Вот несколько критериев оценки:

- помимо детоксикации центр должен иметь и программу реабилитации (желательно стационарно и не менее месяца);
- непосредственно с клиентами должны работать врачи-наркологи и медицинские психологи;
- каждый член команды на ваш вопрос должен четко, подробно и однозначно рассказать, на каких научных (методологических) принципах основана их программа реабилитации;
- если вам обещают 100% излечение — перед вами шарлатаны.

## ДУХОВНЫЕ И РЕЛИГИОЗНЫЕ ВОПРОСЫ

Столкновение с серьезным заболеванием часто может привести связанных с ним людей к вере, независимо от их мировоззрения до этого. Это наблюдение тем более справедливо в отношении такого заболевания как ВИЧ/СПИД, при котором люди могут не найти поддержки и понимания у своего ближайшего окружения и начать искать помощи у высших сил.

Страх или другие реакции на известие о серьезном заболевании могут вызвать или повысить заинтересованность в духовных материях. Мысли о грехе, вине, прощении, примирении и приятии могут начать проявляться в поиске религиозной поддержки. Данная тема в нашем общении с клиентами на сегодняшний день является наверное самой интимной и опасной с точки зрения возможных ошибок при консультировании.

Работая с ВИЧ-инфицированными можно от них самих, а чаще от их близких услышать один вопрос: «Почему это случилось именно со мной? За что?». И как бы ни был сформулирован этот вопрос, он привносит в нашу работу тему духовных и религиозных проблем. В свете этого возникают две проблемы: мировоззрение консультанта и мировоззрение клиента.

Требования к профессиональной готовности консультанта в связи с рассматриваемой проблемой можно переформулировать кратко: консультант должен иметь структурированное и осознанное собственное мировоззрение. Только при этом условии возможна помощь клиенту в данном вопросе. Только тогда возможно принятие и понимание проблемы клиента.

Помимо этого, профессиональная обязанность консультанта — уметь рассматривать не только религию как мировоззрение и церковь как социальный институт но, также, и психологический феномен желания жить по ее законам. Такой взгляд на религию позволяет консультанту нивелировать собственные проблемы в этой сфере, контролировать свой аффект (неизбежный в условиях современной размытости мировоззрения) и избежать советов и религиозных споров.

Если вы столкнулись с проблемой мировоззрения у своего клиента, позвольте человеку говорить на эту тему, помогите ему структурировать свои мысли, осознать противоречия. При этом вы должны осознавать, что не являетесь экспертом в этой области. И поэтому нормально, что вместе с психологическими консультациями, человек посещает церковь, мечеть и т.д. в зависимости от того вероисповедания, к которому тяготеет и пытается таким способом разрешить возникшую ситуацию. Это не является избеганием ре-

шения проблемы или предпочтением высшего мира реальному, это обращение к социальному институту, призванному работать с духовными проблемами людей. По данным психологических исследований искренняя и глубокая вера, экстатические состояния при молитве повышают чувство контроля над ситуацией, как раз то, что страдает в первую очередь у наших клиентов. Также религиозные чувства помогают человеку успокоиться и по-новому взглянуть на случившееся.

С организационной точки зрения важно иметь информацию о религиозных центрах, священнослужителях целенаправленно занимающихся вопросами ВИЧ/СПИД, или близкими проблемами в вашем регионе. Полезно самим посетить такие центры, попросить, если это необходимо, священнослужителя провести беседу с консультантами по ключевым вопросам веры. Постарайтесь охватить представителей всех официальных конфессий, представленных в вашем регионе.

Отдельный вопрос – агрессивные культы (секты). Обращения по этому поводу пока редки. Тем не менее, подобные проблемы возникают при обращении за альтернативной помощью в лечении. Люди при столкновении с серьезной ситуацией часто теряют критичность и могут стать жертвой тоталитарных сект. И здесь необходимо отметить два аспекта:

- альтернативные религии и мировоззрения (например, оккультизм или экстрасенсорика) часто вынуждают больных отказаться от официального лечения;
- подобные организации сужают круг социальных связей человека, часто отрывают его от семьи и друзей.

При обращении к вам с такой проблемой, посоветуйте клиенту обратиться в специализированный центр по проблемам тоталитарных сект. Это может быть либо центр, связанный с одной из официальных религий, либо организация, имеющая в своем названии слова «помощь жертвам психологического насилия».

## СУИЦИДЫ

У людей, узнавших о наличии заболевания с неблагоприятным прогнозом, значительно повышается риск суицида. Гнев на несправедливость судьбы может трансформироваться в крайнюю агрессию направленную на самого себя (например, выразиться в самоубийстве за то, что заразился ВИЧ-инфекцией) или принимать форму самодеструктивного поведения. Самоубийство может рассматриваться, как способ избежать собственной боли и сократить



страдания родных и близких. Самоубийство может быть как активным (намеренное членовредительство, влекущее за собой смерть), так и пассивным (саморазрушающее поведение).

Люди, совершавшие самоубийства или суицидальные попытки, независимо от различий в потребностях проявляют определенный набор психологических характеристик. Из них выделено десять общих черт, которые касаются мыслей, чувств или форм поведения, наблюдаемых, по крайней мере, в 95 из 100 случаев самоубийства:

**1. Общей целью суицида является нахождение решения.** Самоубийство не является случайным действием, оно никогда не совершается бесцельно. Суицид представляется выходом из создавшегося положения, способом разрешения жизненной проблемы, обязательства, затруднения, кризиса или невыносимой ситуации. Он является ответом, представляющимся единственно доступным из всех возможных решений на почти неразрешимый вопрос: «Как мне отсюда выбраться?»

**2. Общая задача суицида состоит в прекращении сознания.** Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и прекращению невыносимой психической боли. В тот момент, когда мысль о возможности прекращения сознания становится для испытывающего мучения человека единственным ответом или выходом из невыносимой ситуации, тогда с добавлением еще какой-то иницирующей искры начинается активный суицидальный сценарий.

**3. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая душевная боль.** Если человек, имеющий суицидальные намерения движется к прекращению сознания, то душевная боль – это то, от чего он стремится убежать. Если удастся хоть немного снизить интенсивность страданий, то вполне вероятно, что человек сможет увидеть иные варианты решения проблемы помимо самоубийства и выберет жизнь.

**4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.** Самоубийство порождается нереализованными, заблокированными или неудовлетворенными психологическими потребностями. Именно они причиняют душевную боль и толкают человека на совершение суицидального действия. Встречается много бессмысленных смертей, но никогда не бывает немотивированных самоубийств, любой суицидальный поступок отражает ту или иную неудовлетворенную психологическую потребность.

**5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность.** В суицидальном состоянии, будь то подросток или взрослый, ощущается одно всеобъемлющее чувство беспомощности-безнадежности: «Я уже не могу ничего сделать (кроме самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)».

**6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.** Люди, совершающие самоубийство испытывают двойственное отношение к жизни и смерти даже в тот момент, когда кончают с собой. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли. Для самоубийства типично состояние, при котором человек перерезает себе горло и одновременно взывает о помощи, и оба эти действия являются искренними и непритворными. Люди были бы счастливы не идти на саморазрушение, если бы не «должны» были предпринять его.

**7. Общим внутренним состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.** Суицид можно трактовать как более или менее преходящее состояние сужения и аффективной, и интеллектуальной сферы сознания. Важно, что в состоянии когнитивного сужения суицидент не просто пренебрегает жизненно важной ответственностью по отношению к любимым людям, иногда они просто отсутствуют в поле его сознания. Поэтому в случае любой попытки спасения в первую очередь следует направить усилия на преодоление состояния суженного сознания.

**8. Общим действием при суициде является бегство.** Эгрессия (бегство) – преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье. Самоубийство является предельной эгрессией на фоне которой меркнут все прочие виды бегства.

**9. Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.** Многие люди, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение к планируемому поступку, исподволь, сознательно или безотчетно сообщают о своем намерении. Однако эти словесные сообщения или поведенческие проявления часто бывают косвенными.

**10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.** Существует прямая зависимость с тем, как ранее человек справлялся с подобными трудностями. Чтобы оценить индивидуальную способность чело-

века переносить психическую боль, следует обратиться к предыдущим состояниям душевного волнения, тяжелым ситуациям и т.д. Немаловажно выяснить, нет ли у него склонности к сужению когнитивной сферы, дихотомическому мышлению или устоявшихся моделей бегства и агрессии, применявшихся ранее в критических ситуациях. Повторные тенденции к капитуляции, уходу, избеганию или агрессии являются, пожалуй, одним из самых красноречивых предвестников самоубийства

С учетом возможности возникновения реакций, осложняющих и без того сложную ситуацию, принципы консультирования суицидального клиента должны быть следующими:

- избегать в паники;
- вежливо и открыто принять клиента как личность;
- стимулировать беседу, не упуская никакой значимую информацию;
- тактично искать ситуации, в которых клиент любим или нужен;
- вести беседу, как если бы консультант обладал неограниченным запасом времени;
- возродить надежду и искать альтернативы суицида, возможности выхода;
- не проявлять даже тени отрицательных эмоций;
- разрешать клиенту проявлять жалость;
- начавшийся суицид следует рассматривать как просьбу о деятельной помощи;
- блокировать суицидальные действия, используя интервенцию;
- быть уверенным, что предприняты все необходимые действия;
- обсудить беседу и свое состояние с супервизором.

Остановимся более подробно на этапах беседы с суицидальным клиентом.

**Установление отношений.** В начале беседы следует сформировать отношения доверия. Это позволит исследовать ситуацию, как ее видит клиент, поощряя открытое выражение мыслей и чувств: «Чем я могу быть Вам полезен?», «Что бы я мог сделать для Вас?». Постепенно клиент начнет осознавать интерес к себе как личности. Имеет смысл узнать о событиях, которые должны произойти, понять, не таят ли они в себе какую-либо угрозу. Обычно кризис возникает не из-за фактов, а из-за тех чувств или значений, которые они несут с собой. На начальном этапе беседы очень важно определить, каким образом суицидальные намерения связаны с фактами или чувствами клиента.

**Идентификация проблемы.** После установления отношений доверия и получения первых сведений о кризисной ситуации взаим-

ная эмпатия и открытость позволяют определить проблему, то есть установить возможность суицидального поведения. Консультанту следует осторожно вести клиента к определению кризисной ситуации. Обычно она скрыта, в качестве проблемы могут называться те или иные предостерегающие признаки, на самом деле являющиеся следствием. Косвенные намеки консультанта могут удлинить беседу или сделать ее менее ясной. Если аутоагрессия предполагается как решение конкретной ситуации, имеет смысл прямо спросить: «Вы думаете о том, чтобы уйти из жизни?» Прямота позволяет клиенту в свою очередь начать говорить о суицидальных намерениях и делает обсуждение более конкретным. Некоторые ждут этого вопроса, ибо заговорить об этом самим им мешают эмоциональное напряжение или предубеждения. Консультант не должен смущать отрицательный ответ — в этом случае можно вернуться к обсуждению других альтернатив. Если же есть сомнения в искренности клиента, в соответствующем контексте можно вернуться и повторить вопрос. На утверждение: «Я хочу умереть», порой стоит ответить: «А я не хочу, чтобы Вы сделали это!». Несмотря на простоту, этот подход часто срабатывает лучше всего: чье-либо нежелание бывает эффективнее объяснения причин, по которым следует оставаться в живых.

**Исследование проблемы.** Оно начинается, если суицидальные угрозы становятся предметом открытого обсуждения. Иногда возникают страх и тревога, которых не нужно опасаться. Исследуются события и чувства клиента, что позволяет расширить обсуждение и привести к более полному пониманию происходящего. Начинается совместная работа, поиск иных выходов. Для такой работы необходимо время, ибо клиент делится часто глубокими, но не всегда ясными переживаниями. Нередко это бывает вообще первым в жизни опытом рассказа о своих чувствах. Поэтому консультанту следует чувствовать темп собеседника, обсуждая все значимые чувства и мысли. Это существенно снижает эмоциональное напряжение, отодвигает в сторону мысли о конце, но при этом может возникнуть амбивалентность. Ее важно отразить и зафиксировать. Чаше всего желание смерти не абсолютно: одной частью души человек жаждет смерти, другой — сопротивляется ей, и консультанту следует быть восприимчивым к обеим. Порой это вызывает собственные внутренние колебания.

**Оценка проблемы.** Состоит в определении потенциальной опасности суицида и вероятности смертельного исхода. Суициденты хотят, чтобы их остановили. Но мешает амбивалентность: хотя никто не хочет жить больше, чем они, они не знают, как жить дальше. По-

этому в беседе важно оценить потенциальную опасность предполагаемых действий, которая определяется наличием:

- Плана и метода суицидальных действий (их доступность, легкость и степень летальности).
- Попыток самоубийства в прошлом, особенно если не минуло еще и трех месяцев.
- «Последней капли» – события, побудившего к выбору аутоагрессивной альтернативы.
- Подготовки к концу жизни (завещаний, прощальных писем или распоряжений, приведения дел в порядок).

В практических целях наличие каждого из этих параметров можно оценивать, например, как (+), что позволит консультанту по сумме оценивать степень суицидального риска клиента как очень высокую (++++)), высокую (+++), умеренную (++) и незначительную (+).

При высокой степени риска может возникнуть необходимость суицидальной интервенции. В ряде стран для этих случаев разработана особая процедура отслеживания, в которой помимо консультанта участвуют супервизор службы, сотрудники полиции, телефонной компании и мобильной помощи. Постороннее вмешательство определяется необходимостью спасения жизни человека. В задачи консультанта входит оперативно получить сведения об адресе клиента, выяснить, не одинок ли он, есть ли желание получить помощь. Эти данные сообщаются супервизору службы, который информирует «Службу спасения» (911) и полицию. Ее сотрудники связываются с местным отделением телефонной компании для определения номера клиента. Эти действия могут занять время, поэтому консультанту следует настроиться на длительную беседу. На место суицида выезжает команда в составе полицейских и сотрудников службы мобильной кризисной помощи.

**Заключение контракта.** При любой степени суицидального риска, если дело не доходит до процедуры отслеживания, беседа продолжается в направлении выработки альтернативного решения. Оно вырабатывается совместно и предусматривает план действий. Он должен быть ясным и конкретным: где, как и с кем собирается провести клиент ближайшие часы и дни. Для этого важна уверенность, что собеседник контролирует мысли и чувства. По возможности, следует помочь ему отчетливо структурировать будущее. При необходимости оказывается не лишним побудить обратиться к специалистам, но не следует гарантировать быстрый и обязательный успех. Принципиальной установкой контракта является уверенность, что собеседники преследуют одну и ту же цель.

**Суициды третьего лица.** При этих обращениях ведение телефонной беседы является сходным, особенно в отношении принятия чувств клиента и прояснения ситуации. Его следует уверить, что если кто-то признался ему в аутоагрессивных намерениях, об этом можно говорить открыто. Обратившийся снабжается и информацией о потенциальной опасности самоубийства, и сведениями о том, каким образом в данной ситуации может быть спасена жизнь, и о том, что он не является ответственным за возможный фатальный исход ни при каких условиях. Ему следует предложить несколько вариантов, полезных для спасения жизни, в том числе поощрить обращение в службу неотложной телефонной помощи, упомянув, что это не будет предательством или нарушением конфиденциальности. Следует иметь в виду, что за обсуждаемой фабурой может скрываться что-либо проверяющий суицидент, ведущий беседу от имени «третьего лица» перед тем, как открыться.

**Уцелевшие после самоубийства.** В западной суицидологии понятие «уцелевшие после самоубийства» распространяется не только на пытавшихся покончить с собой, но чаще всего и на их родственников и близких, переживающих горе. Если они обращаются за консультированием, то цель состоит в их принятии и интеграции. В силу особенностей утраты переживание может быть более интенсивным или осложненным. Вина, гнев, поиски объяснений или ответственных, чувство отвержения или покинутости, аутоагрессивные переживания могут охватывать близких. Чаще всего они мучительно решают вопрос «Почему?»: «Почему он сделал это? Что толкнуло его? Как я мог не заметить? Где я был раньше?». В переживании горя эти вопросы являются центральными, в поисках ответов часто ищут посторонней помощи, из-за неудовлетворенности к ним возвращаются вновь и вновь.

В процессе беседы с уцелевшими после самоубийства приходится сталкиваться со следующими темами и чувствами:

- **Вопрос «Почему?».** Поиски ответов на этот вопрос вызывают тревогу и психическую боль. Потребность знать «правду» обычно приводит к двум заблуждениям: «Это случилось, потому что я сделал (или не сделал) что-то» или «Это произошло, так как кто-то сделал (или не сделал) что-то». Они рождают чувство вины, но в большинстве случаев требуется осознание различий между «виной» и «причиной смерти».

- **Сожаления.** Часто позвонивший говорит: «Если бы я был добрее...» или «Если бы я сделал для него...», и это может отражать действительность. Но дальше обязательно добавляется: «...то он,

конечно, был бы жив». Это заключение, основанное на эмоциях, является ложным. Его могут чрезмерно генерализовать или видеть в нем несомненное доказательство своего краха как отца, брата или человека. Это приводит к аутоагрессивным мыслям и углубляет чувство стыда, становящегося длительной семейной проблемой.

- **Гнев.** Переживание гнева, как и вины, является естественным, поскольку человек чувствует утрату. В случае самоубийства гнев связан не только с оставленностью, но и с отвержением со стороны того, кто покончил с собой, отказавшись от помощи. Этому немало способствуют посмертные письма с обвинениями, в которых нельзя оправдаться.

- **Стигма.** Лишь небольшое число уцелевших обходятся без стигмы и не переживают клейма, поставленного суицидальной попыткой. Обычно оно возникает в силу интериоризации негативного отношения окружающих к случившемуся. Стигматизация приводит к тому, что уцелевшие, чувствуя себя «изгоями», отличающимися от других, еще больше изолируются от окружения.

- **Суицидальные намерения.** Описанные эмоциональные переживания могут привести к мысли, что самоубийство является возможной альтернативой. Как показывают исследования, эти намерения возникают у уцелевших в 6 раз чаще, чем у переживающих горе вследствие других утрат.

- **Семья.** Самоубийство всегда затрагивает семью как целое. В этой ситуации необходимы изменения и пересмотр отношений, затрудняемые переживаниями горя и отвержением. Семья обладает мощными ресурсами психологической поддержки и интеграции, может вынести из случившегося важный интеграционный урок, но может и разрушить себя.

- **Религиозные аспекты.** Для некоторых клиентов эти аспекты являются особо болезненными. Они говорят о потере веры, гневе на Бога, ставят под сомнение свои духовные ценности, реорганизация которых является, тем не менее, важной частью их возвращения к реальности.

Что следует делать консультанту в работе с уцелевшими после суицида:

- Быть принимающим и заботливым.
- Давать возможность неоднократно возвращаться к обсуждению печальных событий.

- Подчеркивать, что переживания являются естественными.
- Информировать о системах поддержки личности, например о группах самопомощи.

Не следует:

- Принимать просьбы.
- Рационализировать события.
- Давать неисполнимые обещания.
- Делать замечания типа: «У вас есть еще дети... Это была Божья воля... Не стоит говорить об этом... Это и без того давит на вас...».





**V. Рекомендации  
для медицинских  
и социальных  
работников**

- **Консультирование  
до и после теста на ВИЧ-инфекцию**
- **Болезнь и умирание**
- **Родственники умирающего**

*В силу своих профессиональных обязанностей медицинские работники первыми сообщают диагноз заболевшим, общаются с ним и его близкими на самой тяжелой, терминальной стадии заболевания. Оказывать помощь врачам в этом могут и социальные работники, обязанности которых часто берут на себя медицинские сестры.*

## **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДО И ПОСЛЕ ТЕСТА НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ**

Рассмотрим этапы до тестового консультирования.

### **Получение и оценка информации:**

1. Выяснение причин обращения. Начало консультирования с вопроса о причинах обращения сразу позволяет ориентироваться в предстоящей беседе. Так, в одном случае клиент скажет, что ему нужна справка для трудоустройства, в другом будет утверждать, что «болен СПИДом уже 2 года, а антител нет», а в третьем выразит беспокойство по поводу рискованного эпизода и желание «провериться». В каждом случае последующее консультирование будет зависеть от конкретной ситуации, однако общая структура процесса останется неизменной.

2. Выявление факторов риска: особенности полового поведения; частота смены половых партнеров; использование презервативов; наличие ВИЧ-инфекции среди половых партнеров; внутривенное употребление наркотиков, наличие среди половых партнеров лиц с гомосексуальными предпочтениями, работников коммерческого секса; перенесенные переливания крови, использование продуктов крови, пересадка органов, не стерильные проникающие процедуры.

3. Оценка личности консультируемого: способность клиента усвоить предоставляемую информацию; способность сохранять самообладание; готовность к изменению рискованного поведения; возможность получить необходимую поддержку. Этот этап до тестового консультирования очень важен, т.к. в это время происходит подготовка к после тестовому консультированию. К примеру, если обнаружены факторы риска и возможно предположение, что ре-

зультат тестирования будет положительным, уточнение того, что думает клиент о своей реакции на положительный или отрицательный результат тестирования и кто поддержит его в случае положительного результата, позволит консультанту эффективно действовать в ситуации сообщения положительного результата. Не менее важна оценка способности консультируемого человека усвоить предоставляемую информацию. Так, известны случаи, когда слова врача о том, что «ВИЧ-инфекция и СПИД – разные вещи» воспринимались буквально и консультируемые, думая, что им не грозит СПИД, высказывали намерение вернуться к прежнему образу жизни.

4. Оценка уровня знаний клиента о ВИЧ-инфекции. Завершение этапа получения информации оценкой знаний консультируемого о ВИЧ-инфекции позволяет правильно оценить объем следующего этапа – этапа предоставления информации.

#### **Предоставление информации:**

1. Предоставление информации об инфекции ВИЧ. Консультант должен выяснить и обсудить все неверные представления об этом заболевании.

2. Предоставление информации о тесте. Консультант также должен выявить и обсудить имеющиеся у клиента неверные представления о планируемом тесте. Так, врач может оговорить, что присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции, но не позволяет судить ни о сроках, ни об источниках заражения, ни о других, связанных с ВИЧ-инфекцией болезнях, ни в настоящем, ни в будущем. Необходимо также дать разъяснение о существовании «окна» (промежутка времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже инфицирован, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются. Врач должен объяснить, что нужно делать, чтобы не приобрести и не передать инфекцию ВИЧ в этот период времени (3–6 месяцев).

3. Предоставление поддерживающей информации. Эффективность информирования клиентов возрастает при соблюдении в процессе беседы последовательности: цель – выгода – поддерживающая информация. К примеру, обсуждая вопросы использования презервативов с целью профилактики передачи ВИЧ половым путем, врач говорит следующее: «Когда вы правильно используете презерватив (цель), вы значительно снижаете риск заразиться ВИЧ

(выгода). Многочисленные исследования показали, что при правильном использовании презервативы предотвращают передачу ВИЧ (поддерживающая информация). Апелляция к выгоде позволяет побудить человека осуществлять желаемые действия (в данной ситуации пользоваться презервативом), изменять его поведение. В рассматриваемой ситуации выгода может быть эмоциональной. Тогда консультант говорит: «Когда вы будете пользоваться презервативом (цель), вы сможете меньше волноваться (выгода) в отношении заражения ВИЧ». Для того чтобы слова консультанта были наиболее эффективными, выгода должна соответствовать заботам и стилю жизни конкретного человека. К примеру, для работницы коммерческого секса выгода может заключаться в изменении самовосприятия. «Когда вы используете презерватив (цель), вы контролируете половой акт, защищаете свое здоровье и саму жизнь (выгода)». Поддерживающая информация при разных формах выгоды может оставаться однотипной.

#### **Обсуждение:**

1. Обсуждение возможных результатов тестирования. При этом консультант должен убедиться в том, что клиент понимает, что означает положительный, отрицательный и неопределенный результат.
2. Обсуждение возможных реакций на результат.
3. Оценка возможных последствий тестирования.
4. Обсуждение имеющихся ресурсов при возможном положительном результате.
5. Обсуждение возможностей изменить рискованное поведение, если оно имело место.
6. Если клиент принимает решение о прохождении тестирования, врач назначает дату и время сообщения результатов тестирования.

#### **Послетестовое консультирование при отрицательном результате:**

1. Клиент с низким риском относительно инфекции ВИЧ.
  - консультант напоминает основную информацию, предоставленную до тестирования (можно попросить клиента самого «вспомнить» услышанное);
  - обсуждает вопросы наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции;

- предлагает поддержку в виде дальнейших посещений, возможных обращений по телефону с целью закрепить установку на безопасное поведение.

2. Клиент с высоким риском относительно инфекции ВИЧ.

- консультант обсуждает значение полученного результата;
- повторяет основную информацию, предоставленную до тестирования;
- напоминает клиенту о существовании периода «окна»;
- рекомендует повторное тестирование через 3-6 месяцев.
- поддерживает ранее данную клиенту установку на наименее опасное в отношении ВИЧ-инфекции поведение, при этом консультант повторяет поддерживающую информацию до тестового консультирования по схеме: цель – выгода – поддерживающая информация.

**После тестовое консультирование при неопределенном результате.**

Существует вероятность получения неопределенного результата в случае тестирования крови на антитела к ВИЧ методом иммунного блотинга (ИБ). Причиной такого результата теста могут быть как ошибки при постановке теста, так и наличие различных других острых и хронических заболеваний, а также явление сероконверсии. Сероконверсия – это этап развития ВИЧ-инфекции, когда в крови инфицированного ВИЧ человека после периода «окна» начинают образовываться антитела. В этот период тест может давать неопределенный результат:

1. Клиент с низким риском относительно инфекции ВИЧ.

- врач, проводящий консультирование, должен довести до сведения клиента, что означает неопределенный результат;
- объяснить, при каких обстоятельствах бывает неопределенный результат;
- направить клиента в центр по профилактике и борьбе со СПИДом, где клиент будет поставлен на учет;
- назначить клиенту повторное обследование на ВИЧ через 3 месяца;
- обсудить вопросы профилактики ВИЧ-инфекции.

2. Клиент с высоким риском относительно инфекции ВИЧ.

- врач должен обсудить значение полученного результата, что значит неопределенный результат;
- обсудить возможные причины неопределенного результата;
- обсудить вероятность начала сероконверсии – объяснить клиенту сущность этого явления;

- направить клиента в центр по профилактике и борьбе со СПИДом, где он будет поставлен на учет и ему будет назначено повторное обследование через 2 недели;
- поддержать ранее данную клиенту установку на наименее опасное поведение в отношении ВИЧ-инфекции.

**После тестовое консультирование при положительном результате.**

О положительном результате теста клиенту сообщает консультант или врач, который назначил клиенту обследование на ВИЧ. Объявлять результат необходимо прямо, коротко, в нейтральном тоне: «У вас положительный результат».

Затем:

- Врач предоставляет время для осознания сообщения.
- Оценивает реакцию клиента на сообщение о наличии антител к ВИЧ.
  - Объясняет разницу между ВИЧ-серопозитивностью и СПИДом.
  - Объясняет, что диагноз ВИЧ-инфекция и стадия заболевания будут окончательно определены в центре профилактики и борьбы со СПИД врачом инфекционистом на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.
  - Поддерживает установку на наименее опасное поведение в отношении ВИЧ-инфекции, болезней, передающихся половым путем, которые могут угнетать иммунитет и способствовать прогрессированию заболевания.
  - Обсуждает проблему оповещения половых партнеров и целесообразность информирования близких.
  - Объясняет ответственность за изменение поведения во избежание передачи возбудителя.
  - В случае необходимости предлагает повторное консультирование.
  - Объясняет, как важно своевременное медицинское обследование и в чем оно заключается.
  - Дает адреса и телефоны вспомогательных служб.

Задача консультации на этапе постановки диагноза помочь клиенту овладеть ситуацией, т.е. предоставить необходимую информацию о заболевании, помочь увидеть перспективу, исправить неверные представления.

Консультативные мероприятия на этом этапе можно с некоторой долей условности разделить на общие и специальные. К общим мероприятиям относится предоставление информации. После завершения периода шока, вызванного окончательным установлением диагноза инфекции ВИЧ, клиенты обычно задают много вопросов. Иногда бывает целесообразно ограничить круг обсуждаемых

вопросов наиболее актуальными. Их позволяет обнаружить прямой вопрос. К примеру: «Мы можем обсудить сегодня только самые важные вопросы. Подумайте, о чем вы хотели спросить в первую очередь?».

К специальным консультативным мероприятиям, которые проводятся в этот период, относится профилактика суицидального поведения. Практика показала целесообразность спокойного и доброжелательного обсуждения с клиентами вопросов, связанных с прекращением жизнедеятельности. Это позволяет оценить риск появления суицидальных намерений, выявить как факторы, которые способствуют самоубийству (например, употребление алкоголя), так и противодействующие этому факторы. Хорошо зарекомендовал себя прием апелляции к мотивам, препятствующим совершению самоубийства (чувство долга, родительские обязанности, любовь к близким, боязнь причинения себе физического страдания, религиозные соображения, представления о незавершенности земных дел). Консультант должен использовать все имеющиеся возможности, включая предложение специализированной психотерапевтической и психиатрической помощи, однако, в конечном итоге ответственность за свое решение несет сам клиент.

## **БОЛЕЗНЬ И УМИРАНИЕ**

Особое место в системе консультирования в сфере ВИЧ-инфекции занимает консультирование при назначении комбинированной противоретровирусной терапии. Приверженность терапии означает, что клиент вовремя принимает лекарство, принимает его в необходимой, предписанной врачом дозе, а также соблюдает рекомендации по диете. Очевидно, что идеальная цель представляет собой достижение стопроцентной приверженности.

Можно выделить следующие приемы увеличения приверженности терапии:

1. Клиенты не могут быть привержены терапии, если они не понимают ее цели. Четко называйте цели терапии: уменьшение вирусной нагрузки, поддержание иммунитета, снижение заболеваемости оппортунистическими инфекциями и смертности.

2. Оцените наличие факторов, которые могут привести к не приверженности.



3. Оцените психологическую готовность клиента к приему терапии.

4. Обратите внимание на образ жизни клиента: каков его рабочий график, часто ли он путешествует, сможет ли он принимать лекарства на работе так, чтобы это никто не видел, каковы взаимоотношения в семье, кто из близких знает о терапии и может напомнить о ее приеме.

5. Информировать клиента. Информация стимулирует принятие решения о начале терапии, повышает мотивацию на лечение.

6. Заранее обсуждайте возможные побочные эффекты назначаемых препаратов.

7. Информировать клиента об изменении лабораторных показателей в процессе терапии.

8. Обсуждайте вопросы, связанные с приверженностью. Привлекайте клиента к созданию плана лечения. Клиент должен быть уверен в том, что его обеспечат необходимым количеством лекарств с учетом непредвиденных ситуаций.

9. По возможности формируйте «команду» приверженности: клиент, лечащий врач, психотерапевт или психолог.

10. Консультируйте клиента у психиатра (депрессия) и нарколога (зависимость).

Потребность в консультировании вновь возрастает во время критического периода в жизни клиентов, сопутствующего переходу ВИЧ-инфекция в терминальную стадию.

**Особенности консультирования.** Готовность консультанта к обсуждению «трудных вопросов» и учет механизмов психологической защиты в поведении и высказываниях клиентов. К примеру, если умирающий избегает говорить о своих перспективах, строит «нерезальные планы» на будущее, делится с врачом надеждами «протянуть еще год-другой», это не значит, что он не понимает действительного положения вещей. Клиент выбирает незнание, использует механизм психологической защиты по типу отрицания.

Консультативные мероприятия:

- Дозированное и доступное разъяснение причин и особенностей состояния клиента.

- **Терапевтическое предложение.** Врач конкретно реагирует на каждую беседу с умирающим клиентом. В частности, он обсуждает возможные изменения в назначениях препаратов, дополнительные или повторные (не травматичные) обследования, исходя из контекста беседы. В противном случае, если в результате беседы не делается терапевтическое предложение (даже в виде рекомендаций по режиму питания), клиент оценивает свое состояние как совершенно безнадежное и это осложняет и без того непростую ситуацию.

- **Поговорите о лекарствах, о пище, о том, кто навещал клиента накануне и кого он ожидает увидеть в ближайшее время.** Заведите разговор о воспоминаниях и событиях детства (молодости). Клиенты часто с удовольствием отдаются потоку воспоминаний, им предоставляется редкая возможность (у близких людей не всегда достаточно сил поддерживать подобную беседу) изложить свою жизненную философию, видение жизни, подвести итоги, оценить прожитую жизнь. Практика показывает, что подобные консультативные приемы обычно позволяют улучшить психологическое состояние клиентов.

- **Консультирование родственников.** Беседа с родственниками клиента строится на тех же принципах консультирования, при котором соблюдение конфиденциальности информации является одним из наиболее важных компонентов. Прежде, чем врач встретится с родственниками клиента, ему необходимо получить разрешение больного на эту беседу, если клиент является совершеннолетним и дееспособным человеком. Кроме того, врач обязательно должен уточнить у клиента, какую именно информацию о состоянии его здоровья и других аспектах заболевания можно сообщить его родственникам. Беседу с мужем или женой клиента целесообразно строить не только как с его родственником, но так же как с половым партнером, то есть в случае ВИЧ-инфекции беседа затрагивает вопросы эпидемиологического расследования. Помимо вопросов о состоянии здоровья клиента, о мерах профилактики ВИЧ-инфекции в семье при уходе за клиентом наиболее важным аспектом беседы является обсуждение вопроса психологической поддержки больного ВИЧ-инфекцией в кругу семьи, особенно на поздних (4Б, 4В и 5) стадиях, когда клиент страдает тяжелыми, угрожающими жизни заболеваниями. Целесообразно разъяснить близким умирающего клиента особенности его психического состояния, так как неправильное поведение окружающих может разрушить его психологическую защиту и усугубить тягостные переживания. К примеру, необоснованный оптимизм, продиктованный понятным желанием ободрить и утешить, не всегда бывает уместен.

Консультирование на терминальной стадии заболевания является доступным и необходимым способом сделать процесс умирания человека психологически менее травматичным, а потому более цивилизованным. Владение навыками консультирования и их использование позволяет медицинскому работнику сохранять собственную психологическую устойчивость в ситуации длительного эмоционального напряжения, связанного с необходимостью ежедневного общения с умирающими людьми, и тем самым служит профилактике развития у них синдрома сгорания.

## **РОДСТВЕННИКИ УМИРАЮЩЕГО**

Во время первого обсуждения заболевания больного с его близкими возникают эмоциональные реакции, обычно искажающие понимание любых объяснений, касающихся лечения или прогноза. Фактически в такой ситуации стиль беседы консультанта более важен, чем содержание того, о чем говорится. Консультант должен быть сочувствующим и компетентным профессионалом, который понимает боль и горе и может иметь дело не только с медицинской стороной дела, но и способен понять эмоциональное состояние семьи. Другие реакции, которые могут возникнуть у близких, находятся в зависимости от структуры их личности и прошлых переживаний. Они различно проявляют свое отношение к неизлечимой болезни. Это могут быть глубокая печаль, гнев или отвержение правды, сказанной врачом. Консультанту не следует ни выражать удивления, ни высказывать суждений о родительских высказываниях или их поведении. Реальность надвигающейся смерти больного не может быть отвергнута, а его близкие лишены надежды. Роль консультанта заключается в поддержке, содержание которой зависит от ситуации.

После первого потрясения, связанного с осознанием происшедшего, родственники, нередко отвергая трагическую судьбу больного, ищут других врачей в надежде получить более оптимистическое заключение о его болезни. Врачу, курирующему такого больного, следует относиться к этому, как к нормальному явлению и самому попытаться организовать консилиумы специалистов. Заключение других врачей, подтверждающих прогноз, ослабляют напряженные отношения между родственниками больного и лечащим врачом, которому они первоначально не доверяют, полагая, что он может ошибаться.

За начальной фазой отвержения факта роковой болезни у близких больного появляется чувство вины, гнева и депрессии. Наи-

важнейшая задача врача разуверить близких, показав им, что они не могли быть причиной возникновения заболевания ни тем, что делали, ни тем, чего не делали. Они постоянно возвращаются в своих воспоминаниях и обсуждениях к событиям жизни больного, предшествующим постановке диагноза, они ищут собственные ошибки и грехи, которые могли бы объяснить его трагическую судьбу. Неуместные и неловкие вопросы и замечания медицинского персонала могут обострить эти переживания.

В лечение умирающего человека необходимо включать оценку происходящего в его семье и коррекцию взаимоотношений, если это требуется. Родственники больного также нередко обрушиваются с гневными упреками на медицинский персонал, лечащий или ухаживающий за их близким. Кажется, что их невозможно ничем успокоить или убаюкать, они всем недовольны. Это отнюдь не истинное недовольство отношением к больному. Правильное понимание медперсоналом гнева родных, как не направленного лично на них, облегчит им общение с близкими больного, поможет преодолеть «обиды» с их стороны. Эти чувства представляют нормальные и положительные механизмы психологической защиты. Если родственники заняты какой-то внешней деятельностью и взаимоотношениями и слишком мало уделяют внимания больному, врачу следует помочь им продолжать эмоциональную поддержку. Может оказаться необходимым, чтобы больничным персоналом отчасти заменил родственное отношение с тем, чтобы предупредить утрату больным важных эмоциональных связей в то время, когда он особенно в них нуждается.

Важно учитывать то обстоятельство, что близкие люди тоже проходят через те же переживания и в той же последовательности, что и их умирающий близкий человек. Сама скорбь по умершему представляет собой реакцию адаптации к утрате и не требует коррекции. Она должна длиться столько, сколько необходимо для каждого конкретного человека. Нормальная реакция скорби может продолжаться до года. С целью помощи семье, врачу следует запланировать визит к родственникам через 4–6 недель после смерти больного. Во время этого посещения врач мог бы ответить на любые вопросы о причинах смерти и рассказать о патологоанатомических находках. Более важно то, что этот контакт с родными покойного позволит оценить степень их горя и установить отсутствие или наличие патологических реакций, требующих психологического вмешательства.



**Выводы  
и перспективы**

Данная работа – первый шаг к созданию службы сопровождения клиентов ТД по вопросам ВИЧ/СПИД, ИППП и репродуктивного здоровья.

По мере развития службы сопровождения будут расти ее связи и кооперация с различными медицинскими и социальными учреждениями, что позволит создать полноценную программу реабилитации и адаптации больных СПИДом, ИППП и их близких. Однако для этого необходима длительная работа команды, состоящей из высокопрофессиональных специалистов во всех трех отраслях, включающая в себя разработку такой программы, координацию действий, апробацию (проведение и оценку результатов) программы на большой выборке клиентов.

Работа предстоит длительная и нелегкая, однако высокогуманистический результат ее оправдывает ожидаемые затраты.

## Рекомендуемая литература

1. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей. М., 2003.
2. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Курс лекций. С.-Пб., «Речь», 2001.
3. Выбирать и изменяться. Под. ред. М.В. Молоканова. М., «МАСД», 1996.
4. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. С.-Пб., «Специальная литература», 1996.
5. Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию. Руководство. «СПИД инфосвязь», 2003.
6. Консультирование по ВИЧ/СПИДу: ключевые рекомендации для людей, занимающихся выработкой политики, планированием и организацией работы по консультированию. World Health Organization, 1995.
7. Кулаков В.И., Баранов И.И. ВИЧ: профилактика передачи от матери к ребенку. М., «ВЕДИ», 2003.
8. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. М., Независимая фирма «Класс», 1998.
9. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М., «Смысл», 2001.
10. Осипова А.А. Общая психокоррекция. М., «ТЦ Сфера», 2002.
11. Паллиативный уход за потребителями инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ/СПИДом. ВС: St. James Community Service Society, 1998.
12. Психотерапия. Учебник. Под. ред. Б.Д. Карвасарского. С.-Пб., «Питер», 2002.
13. Пэпп П. Семейная терапия и ее парадоксы. М., Независимая фирма «Класс», 1998.
14. Рудестам К. Групповая психотерапия. М., «Прогресс», 1990.
15. Сухарев А.В. Наркотическая экзотика. М., «Старый сад», 2000.
16. Телефон доверия по ВИЧ/СПИД. Организация, менеджмент, консультирование, 2002.
17. Уход на дому за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. «СПИД Фонд Восток-Запад», 2003.
18. Навайтис Г. Семья в психологической консультации. Воронеж, НПО «МОДЭК».
19. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М., «Смысл», 2001
20. Кочюнас Р. Психологическое консультирование, групповая психотерапия. М., «Академический проект», 2002.