

Подростки групп риска к инфицированию ВИЧ

Книга для УЧАСТНИКА



Киев
Полиграфический центр «Фолиант»
2012

УДК 364.4-053.6:364.692:616.98:578.828ВИЧ

ББК 60.561.7

П 44

Рекомендовано ученым советом Института психологии
и социальной педагогики Киевского университета имени Бориса Гринченко
(протокол № 8 от 24 апреля 2012 г.)

Авторский коллектив:

Аноприенко Елена Васильевна,
психолог Национальной детской клинической специализированной больницы «ОХМАТДЕТ»
(части 3, 4, 6–9, 12);

Журавель Татьяна Васильевна,
кандидат педагогических наук, координатор проектов по профилактике ВИЧ
среди подростков групп риска Всеукраинского общественного центра «Волонтер»;
старший преподаватель Института психологии и социальной педагогики
Киевского университета имени Бориса Гринченко
(части 1–10, 13, 14);

Пархоменко Жанна Васильевна,
независимый международный консультант по вопросам ВИЧ/СПИД
(части 2, 10–12)

Под общей редакцией Т. В. Журавель

Рецензенты:

Безпалько Ольга Владимировна,
доктор педагогических наук, профессор, директор Института психологии и социальной
педагогики Киевского университета имени Бориса Гринченко;

Танцюра Валерий Анатольевич,
директор Киевского городского центра социальных служб для семьи, детей и молодежи

Координаторы проекта:

Сакович Елена Трофимовна –
от Представительства Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Украине;

Думчева Анастасия Юрьевна –
от Представительства Бюро ВОЗ в Украине

П 44 **Подростки групп риска к инфицированию ВИЧ : Книга для участника : учебно-методическое пособие / [Аноприенко Е. В., Журавель Т. В., Пархоменко Ж. В.] / Под общ. ред. Т. В. Журавель. – К. : ПЦ «Фолиант», 2012. – 228 с.**

ISBN 978-966-8474-79-8

Данное учебно-методическое пособие «Подростки групп риска к инфицированию ВИЧ. Книга для участника» является приложением к тренинговому пособию «Подростки групп риска к инфицированию ВИЧ. Книга для тренера» и должно помочь участникам обучающих мероприятий как можно лучше ознакомиться со специфическими характеристиками подростков групп риска в Украине, их первостепенными потребностями, а также с подходами, принципами, формами и методами, которые следует использовать при разработке и внедрении программ профилактики ВИЧ и рискованного поведения среди данной целевой аудитории. В пособии раскрыты основы технологии ведения случая с данной категорией клиентов, мотивационного консультирования и добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ.

Пособие также будет полезно для широкого круга специалистов, работающих в сфере предоставления медико-социальных услуг подросткам в целом и подросткам групп риска в частности.

ББК 60.561.7

ISBN 978-966-8474-79-8

Содержание

| | |
|---|-----|
| Список сокращений | 4 |
| Выражение признательности | 5 |
| Предисловие | 6 |
| Часть 1. Знакомство и актуализация тематики | 8 |
| Часть 2. Развитие эпидемии ВИЧ/СПИД в мире и в Украине | 10 |
| Часть 3. Особенности подросткового возраста как фактор уязвимости к инфицированию ВИЧ | 26 |
| Часть 4. Особенности подростков групп риска и подростков, уязвимых к инфицированию ВИЧ..... | 43 |
| Часть 5. Основы законодательного обеспечения работы с подростками групп риска и ее этические принципы | 48 |
| Часть 6. Подростки групп риска, практикующие незащищенные половые контакты..... | 62 |
| Часть 7. Проблемы репродуктивного здоровья подростков групп риска | 76 |
| Часть 8. Подростки и молодые люди, употребляющие наркотики инъекционным путем | 94 |
| Часть 9. Профилактика употребления психоактивных веществ: стадии изменения поведения и стратегии уменьшения вреда | 118 |
| Часть 10. Предупреждение стигмы и дискриминации по отношению к подросткам групп риска | 131 |
| Часть 11. Навыки эффективного консультирования. Мотивационное консультирование с целью изменения поведения. Принципы и технологии предоставления услуг ДКТ подросткам групп риска | 135 |
| Часть 12. Как сделать услуги дружественными к подросткам групп риска? | 157 |
| Часть 13. Технология ведения случая. Работа в мультидисциплинарной команде | 160 |
| Часть 14. Профилактика синдрома профессионального сгорания. Планирование позитивных изменений. Подведение итогов тренинга | 194 |
| Приложения | 200 |
| Использованные и рекомендованные источники | 223 |

Список сокращений

| | |
|--------|---|
| АРТ | антиретровирусная терапия |
| ВААРТ | высокоактивная антиретровирусная терапия |
| ВИЧ | вирус иммунодефицита человека |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ГКУ | Гражданский кодекс Украины |
| ДКТ | добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ |
| ЖКС | женщины, предоставляющие коммерческие сексуальные услуги |
| ИППП | инфекции, передающиеся половым путем |
| ИФА | иммуноферментный анализ |
| КВД | кожно-венерологический диспансер |
| КДМ | клиника, дружественная к молодежи |
| ККУ | Криминальный кодекс Украины |
| КМУ | Кабинет Министров Украины |
| ЛЖВ | люди, живущие с ВИЧ |
| МВД | Министерство внутренних дел |
| МЗУ | Министерство здравоохранения Украины |
| МКП | мобильный консультативный пункт |
| МСМ | мужчины, практикующие секс с мужчинами |
| НГО | негосударственная организация |
| ООН | Организация Объединенных Наций |
| ПАВ | психоактивные вещества |
| ПГР | подростки групп риска |
| ПИН | потребители инъекционных наркотиков |
| ПТУ | профессионально-техническое училище |
| СИЗО | следственный изолятор |
| СПИД | синдром приобретенного иммунодефицита человека |
| СПС | синдром профессионального сгорания |
| СДД | служба по делам детей |
| УИСИ | Украинский институт социальных исследований им. А. Яременко |
| ЦДП | центр дневного пребывания |
| ЦСПР | центр социально-психологической реабилитации |
| ЦСССДМ | центр социальных служб для семьи, детей и молодежи |
| ЮНИСЕФ | Детский Фонд ООН |
| ЮНЭЙДС | Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИД |

Выражение признательности

Авторы пособия выражают глубокую признательность широкому кругу экспертов, оказавших содействие в его разработке. В рабочих встречах, семинарах, тренингах, интервью, консультациях, проводившихся в рамках разработки данного материала, участвовали специалисты как государственных, так и негосударственных организаций.

Мы также благодарим за помощь специалистов Государственной социальной службы для семьи, детей и молодежи, Международной общественной организации «СПИД Фонд Восток-Запад», Одесского благотворительного фонда «Дорога к дому», Николаевского благотворительного фонда «ЮНИТУС», Николаевского областного общественного молодёжного движения «Пенитенциарная инициатива», Всеукраинской благотворительной организации «Час жизни плюс», Всеукраинского общественного центра «Волонтер».

Кроме того, отдельную благодарность за предоставленные консультации выражаем:

Анастасии Думчевой, координатору программ Представительства Бюро ВОЗ в Украине;

Елене Сакович, координатору программ Представительства Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Украине;

Анне Тельчик, международному консультанту проектов ЮНИСЕФ;

Леониду Крысову, главному специалисту Киевского городского центра социальных служб для семьи, детей и молодежи;

Ирине Днепровской, врачу-наркологу, подростковому консультанту по вопросам химической зависимости;

Ольге Никитиной, ассистенту проектов Всеукраинского общественного центра «Волонтер».

Предисловие

На сегодняшний день вопрос сохранения и укрепления здоровья подростков стоит как никогда остро, в первую очередь, из-за быстрых темпов распространения ВИЧ-инфекции среди этой возрастной категории. Эпидемия ВИЧ в Украине давно признана одной из наиболее быстротекущих в Европе и Центральной Азии: по оценке национальных экспертов, распространенность ВИЧ среди взрослого населения (в возрасте 15–49 лет) составляет 1,1%¹; почти 78% ВИЧ-инфицированных в Украине – люди молодого, репродуктивного возраста. Одной из групп, требующих наибольшего внимания в контексте эпидемии, признаны подростки групп риска. Согласно исследованиям, проведенным Детским Фондом ООН – ЮНИСЕФ в 2006–2008 гг., оценочное количество ВИЧ-инфицированных этой категории составляет 5%². В данном контексте, как и в представленном пособии, подростками групп риска к инфицированию ВИЧ мы считаем лиц, которые вследствие своего поведения наиболее подвержены риску инфицирования ВИЧ, в частности:

- подростков, практикующих употребление наркотиков инъекционным путем с использованием нестерильного инструментария;
- подростков, имеющих незащищенные половые контакты, в частности, вследствие сексуальной эксплуатации, включая тех, кто стал жертвой торговли людьми, и тех, кто имеет незащищенный (часто принудительный) секс за вознаграждение;
- мальчиков-подростков, имеющих незащищенный анальный секс с мужчинами, в том числе за вознаграждение.

Профилактическая работа с данной целевой группой, а также комплексная помощь таким подросткам в решении их сложных жизненных ситуаций, приведших к рискованным практикам, является сегодня одной из важнейших проблем социальной работы в Украине. Такая деятельность осложнена рядом факторов: неразработанностью отечественных подходов к работе с указанными категориями подростков, несовершенством законодательства, отсутствием единого подхода служб в решении вопросов данной категории клиентов. Кроме того, сложностью является и то, что здоровье для таких ребят не является ценностью, поэтому любые формы рискованного поведения, которые имеют ярко отрицательное влияние на здоровье и самочувствие, легко принимаются, а риски для здоровья и жизни не рассматриваются, отвергаются как таковые.

Актуальность и необходимость профилактической работы с данной категорией подростков подтверждают ряд исследований, проведенных в сфере анализа и оценки рискованных поведенческих практик подростков и молодежи, таких как:

¹ ВІЛ-інфекція в Україні : Інформ. бюлетень / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л. В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2010. – № 34. – 41 с.

² Подростки групп риска: доказательная база для усиления ответа на эпидемию ВИЧ в Украине: аналит. отчет / ЮНИСЕФ, УИСИ им. А. Яременко. – К. : К.И.С., 2008. – 192 с.

- вторичный анализ данных поведенческих исследований групп высокого риска (ПИН, ЖКС, МСМ), проведенных в 2007 г. (до 19 лет включительно);
- ЮНИСЕФ, Украинский институт социальных исследований, «Результаты исследования ПГР относительно ВИЧ-инфицирования», 2008–2011 гг.;
- поведенческие исследования среди групп высокого риска (ПИН, ЖКС, МСМ), 2007 г.;
- национальные опросы молодежи относительно употребления алкоголя и курения 2007 г. (ESPAD);
- национальные опросы относительно здоровья и поведенческих практик школьной молодежи 2006 г. (HBSC);
- количественное исследование среди подростков групп риска, которые живут или работают на улице (10–19 лет).

Мероприятия по оценке ситуации и потребностей в сфере эффективной профилактики ВИЧ среди подростков групп риска, проводимые по всему миру и в Украине, доказывают необходимость совершенствования профессиональных навыков специалистами, задействованными в систему оказания подросткам услуг, направленных на профилактику, поддержку, реабилитацию.

Так, в 2005 г. проведено исследование «ВИЧ-услуги для молодежи в Украине», инициированное Программой по подростковому здоровью ВОЗ и проведенное совместно с:

- Министерством здравоохранения Украины;
- Украинским исследовательским институтом охраны здоровья;
- Украинским институтом социальных исследований.

Цель исследования состояла в анализе предоставления услуг профилактики, реабилитации и поддержки подросткам и молодежи в Украине, а также стратегии планирования ключевых направлений в этой сфере.

Результаты исследования четко отображали недостаточность и неадекватность предоставляемых услуг для ВИЧ-инфицированных подростков и молодых людей, особенно для подростков групп риска. Впоследствии, в 2006 г., на межсекторальной встрече при участии Министерства здравоохранения, Министерства по делам семьи, молодежи и спорта, а также ряда украинских негосударственных организаций, был разработан стратегический план действий, одним из направлений которого явилась разработка тренингового пособия для поставщиков услуг, работающих с подростками групп риска в Украине. Министерство охраны здоровья Украины при поддержке Всемирной организации здравоохранения и Представительства Детского Фонда ООН – ЮНИСЕФ подготовили такое пособие.

Настоящая «Книга для участника» является приложением к тренинговому пособию «**Подростки групп риска к инфицированию ВИЧ**». Она ознакомит специалистов со специфическими характеристиками подростков групп риска в Украине, осветит их первостепенные потребности, а также подходы, принципы, формы и методы, используемые при разработке и внедрении программ профилактики ВИЧ и рискованного поведения среди данной целевой аудитории. Также в пособии раскрыты основы технологии ведения случая с данной категорией клиентов, мотивационного консультирования и ДКТ.

**Ситуация с ВИЧ/СПИД в мире и в Украине
(краткий обзор)**

1. На сегодняшний день в мире насчитывается более 33,0 млн человек, инфицированных ВИЧ, из которых 2,2 млн – это дети до 15 лет.

2. Мировая статистика также показывает, что молодежь является основной группой, подверженной эпидемии ВИЧ.

3. В странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ молодые люди, особенно молодые женщины, подвергаются повышенному риску инфицирования ВИЧ. На протяжении последних лет почти 50% людей, инфицировавшихся ВИЧ (около 5 тыс. человек ежедневно), – это женщины и 40% – молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет. При таком положении дел молодежь является основной группой, нуждающейся в профилактике, уходе и лечении.

4. В отдельных странах употребление наркотиков инъекционным путем играет главную роль в распространении эпидемии ВИЧ. В некоторых из них за последнее время сильно увеличилось количество потребителей инъекционных наркотиков среди молодежи, в большинстве случаев – молодых мужчин. Использование общего инъекционного инструментария стало толчком к очень быстрому распространению ВИЧ в Украине с 1995 г. по 2007 г., оставаясь существенным путем передачи и по сегодняшний день.

5. Вместе с тем в 2008 г. впервые в Украине половой путь передачи ВИЧ превысил парентеральный. В связи с этим стремительно растет доля детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

6. Согласно данным Украинского Центра профилактики и борьбы со СПИД³, с начала эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине в 1987 г. и до января 2012 г. количество официально зарегистрированных случаев ВИЧ в Украине достигло 204 403 чел. (в том числе детей до 14 лет – 33 073 чел.); новых зарегистрированных случаев СПИД – 47 171. За этот период от СПИД умерли 25 035 чел.

7. При этом, по мнению экспертов, только каждый четвертый гражданин Украины знает о своем ВИЧ-положительном статусе⁴.

8. Эпидемии ВИЧ динамичны и многообразны. В каждой стране эпидемия начинается по-своему, а ее ход может меняться с течением времени. Характер эпидемии зависит от модели общественного поведения людей, которая либо увеличивает, либо снижает риск заражения ВИЧ. Политическая ситуация в стране, экономические условия и общественное мнение также оказывают влияние на развитие эпидемии. Она может протекать по-разному в разных областях одной страны; отличия будут наблюдаться даже между городской и сельской местностью.

³ <http://ukraids.gov.ua/> – сайт Украинского Центра профилактики и борьбы со СПИД МЗУ.

⁴ <http://dssz.gov.ua> – сайт Государственной службы по вопросам противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу и другим социально опасным заболеваниям.

Выделяют следующие стадии эпидемии ВИЧ-инфекции⁵.

Малоинтенсивная эпидемия – характеризуется тем, что значительный уровень инфицированности не наблюдается ни в одной группе населения. Зарегистрированные случаи инфекции касаются в основном лиц с повышенным риском поведения. Эта стадия эпидемии показывает, что границы риска являются довольно размытыми (низкий уровень обмена партнерами или совместного использования инъекционного инструментария) или что ВИЧ появился в стране совсем недавно. В количественном выражении: распространенность ВИЧ устойчиво не превышает 5% в какой-либо определенной группе населения.

Концентрированная эпидемия характеризуется распространением ВИЧ в определенных подгруппах населения, а именно – в группах высокого риска ВИЧ-инфицирования. На этой стадии эпидемии ВИЧ практически не выявляется у основных групп населения, его распространенность составляет менее 1%, однако он устойчиво превышает 5% по крайней мере в одной из выделенных групп населения.

Генерализованная эпидемия характерна тем, что ВИЧ-инфекция прочно укореняется среди населения в целом, уровень ее распространенности составляет более 1%. Хотя именно группы населения, подвергающиеся высокому риску, вносят непропорционально высокий вклад в распространение ВИЧ, рискованные сексуальные связи среди всего населения достаточны, чтобы поддерживать эпидемию, независимо от групп высокого риска инфицирования. На этом этапе основным путем передачи ВИЧ является половой, что неизбежно приводит к увеличению числа ВИЧ-позитивных женщин и соответственно – беременных. Распространенность ВИЧ устойчиво превышает 1% среди беременных женщин.

На сегодняшний день Украина пребывает на стадии концентрированной эпидемии с тенденцией к генерализации в некоторых регионах⁶.

Как уже было сказано выше, одной из наиболее незащищенных категорий в условиях эпидемии являются подростки и молодые люди, особенно те из них, кто находится в сложных жизненных обстоятельствах или практикует рискованное с точки зрения инфицирования ВИЧ поведение.

⁵ Guidelines for Second Generation HIV Surveillance UNAIDS/WHO working group on Global HIV/AIDS; WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5, UNAIDS/00.03E.

⁶ ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень МОЗ України. – Київ, 2010. – № 32.

2.1. Базовая информация о ВИЧ/СПИД

Основные знания, которыми должен владеть специалист, вовлеченный в сферу ВИЧ/СПИД:

1. Эпидемиологическая ситуация в мире, стране, городе: статистика, актуальность проблемы. Статистика относительно молодежи и подростков, в том числе групп риска.
2. История эпидемии ВИЧ/СПИД: открытие вируса иммунодефицита.
3. Что такое ВИЧ-инфекция и СПИД, разница между этими понятиями.
4. Механизм воздействия вируса на организм человека. Что происходит с иммунной системой?
5. Стадии развития ВИЧ-инфекции, СПИД. Оппортунистические инфекции.
6. Тестирование на ВИЧ, «период окна», особенности методов тестирования. Где можно сделать тест на ВИЧ?
7. Как передается и как не передается ВИЧ, «опасные» в плане заражения ВИЧ жидкости организма.
8. Роль профилактики ВИЧ и методы ее проведения. Меры личной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.
9. Современные методы лечения ВИЧ-инфекции.
10. Уход и поддержка для людей, живущих с ВИЧ.
11. Отношение общества к ВИЧ-позитивным людям; стигма и дискриминация в контексте ВИЧ/СПИД, ее истоки и проявления.
12. Законодательная база по ВИЧ/СПИД.

Ситуация в Украине с распространением ВИЧ среди молодежи и подростков, в том числе групп риска. Развитие эпидемии

По мнению специалистов Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), ВИЧ стал причиной «наиболее масштабного регресса в развитии человека» в современной истории (ПРООН, 2005).

По оценочным данным ВОЗ и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), в 2007 г. общее количество ЛЖВ в мире составило 33,0 (30,0–36,0) млн человек, из которых 2,2 (1,8–2,4) млн – это дети до 15 лет. В наиболее пострадавших странах эпидемия ВИЧ снизила среднюю продолжительность жизни более, чем на 20 лет, замедлила экономический рост и усугубила бедственное положение семей.

За 2007 г. 2,5 (1,8–4,1) млн чел. были инфицированы ВИЧ, а 2,1 (1,9–2,4) млн человек умерли от СПИД⁷.

⁷ Оценки и данные по ВИЧ и СПИДу за 2001 и 2007 гг. // Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2008, ЮНЕЙДС.

По прогнозам международных экспертов⁸, при пессимистическом сценарии развития эпидемии СПИД в Украине она окажет сильное влияние на демографическую и экономическую ситуацию в стране. Уже к 2014 году количество детей, потерявших обоих родителей вследствие эпидемии СПИДа может достичь 42 тыс. Общие финансовые потери, которые понесет государственный бюджет, превысят 1,3 млрд грн.

Подростковый возраст – это время повышенной уязвимости, что предопределено многими физиологическими и психологическими изменениями, влиянием сверстников и непреодолимым желанием экспериментировать, в то время как ощущение личности, уверенность в себе, знания и жизненные навыки еще только формируются. В Украине много подростков растут в условиях и среде, не могущих обеспечить им надлежащую защиту от заражения ВИЧ. Жизнь и работа на улице представляют для юношей и девушек подросткового возраста особый риск.

Результаты исследования «Подростки групп риска: доказательная база для усиления ответа на эпидемию ВИЧ в Украине»⁹, свидетельствуют:

- удельный вес инфицированных подростков в возрасте до 19 лет составил: среди подростков-ЖКС – 11%, подростков-МСМ – 5%, подростков-ПИН – 40% девушек и 30% юношей;
- треть подростков-ПИН употребляли инъекционные наркотики ежедневно, еще треть – несколько раз в неделю: потребление наркотиков инъекционным путем стало для таких подростков систематическим;
- ПГР имеют более высокий риск инфицирования ВИЧ, чем старшие по возрасту представители соответствующих групп, что связано с недостаточными знаниями о ВИЧ/СПИД, частыми и незащищенными сексуальными практиками и потреблением наркотиков инъекционным путем;
- почти три четверти подростков-ЖКС впервые оказывали сексуальные услуги за вознаграждение до наступления совершеннолетия; 48% представителей этой группы не всегда использовали презерватив при контактах с клиентами в течение последнего месяца;
- четверть подростков-МСМ не использовали презерватив во время последнего сексуального контакта с коммерческим партнером;
- каждый пятый (19%) подросток-ЖКС принимал наркотики инъекционным путем; каждая четвертая (24%) из девушек-ПИН оказывала сексуальные услуги за вознаграждение;
- средний возраст начала предоставления сексуальных услуг за вознаграждение составляет 14 лет; 57% девушек, которые живут или работают на улице, оказывали сексуальные услуги на коммерческой основе или в обмен на еду, вещи, защиту и т. п.; 10% девушек сочетали риски употребления инъекционных наркотиков и секса за вознаграждение;
- 15,5% подростков, живущих или работающих на улице, имели опыт употребления наркотиков инъекционным путем; две трети из них сообщили, что пользовались общей иглой в течение последнего месяца;

⁸ Анализ социально-экономических последствий эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине: Доклад исследования Мирового банка, 2004.

⁹ Тельчик А., Балакірева О. Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – 192 с.

- каждый десятый юноша (10%) из числа подростков, живущих или работающих на улице, имел практику анального секса с мужчиной, половина из них отметили, что получали от мужчин в обмен на секс вознаграждение в виде денег, одежды, наркотиков и т. п.;
- лишь 9% подростков, живущих или работающих на улице, достаточно информированы относительно ВИЧ/СПИД.

Ключевые события развития эпидемии ВИЧ-инфекции

Первые сведения о заболевании, сопровождающемся выраженным поражением иммунной системы, появились в 1981 г., когда Центром по контролю заболеваемости в США были описаны случаи саркомы Капоши у МСМ. В 1982 г. у человека, страдающего гемофилией, диагностирована необычная инфекция, получившая название «синдром приобретенного иммунодефицита» (СПИД).

Специалисты лаборатории Люка Монтанье из Института Пастера в Париже в 1983 г., а также Роберт Галло из Национального института рака в Бетесде (США) в 1984 г., описали один и тот же вирус, выделенный из Т-клеток больного лимфоденопатией и названный «вирусом иммунодефицита человека» – ВИЧ («human immune deficiency virus» – HIV). Было выяснено, что ВИЧ вызывает синдром приобретенного иммунодефицита.

В 1985 г. было установлено, что ВИЧ передается через кровь, сперму, секреты влагалища, уретры и материнское молоко, а также появился первый тест на ВИЧ. В США и Японии начали проверять на ВИЧ донорскую кровь и продукты крови. В Атланте (США) состоялась первая Международная конференция по СПИД, так как этот синдром был зарегистрирован уже в 40 странах мира.

В 2001 г. состоялась специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН, посвященная проблеме ВИЧ/СПИД, где 189 государств подписали «Декларацию приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД» – глобальную программу по противодействию эпидемии и преодолению ее последствий.

Общие сведения о ВИЧ-инфекции / СПИД

Функция иммунной системы

Иммунная система распознает и дезактивирует чужеродные организмы, проникающие в организм человека. Лейкоциты играют важную роль в деятельности иммунной системы. Наиболее важным видом лейкоцитов являются лимфоциты. Существуют два типа лимфоцитов:

- В-лимфоциты;
- Т-лимфоциты, подразделяющиеся на разные классы, в том числе Т-хелперы (CD4+ лимфоциты), Т-киллеры и Т-супрессоры.

Т-лимфоциты – это белые кровяные тельца, отвечающие за реакцию иммунной системы на некоторые микроорганизмы, в частности бактериальные, вирусные и грибковые инфекции.

Когда чужеродный организм попадает в тело человека, иммунная система распознает посторонний агент (антиген) и Т-хелперы выполняют функцию переключателя, «запускающего» ответ иммунной системы. В результате Т-хелперы посылают сигнал В-лимфоцитам приступить к выработке антител, связывающих

антиген. Т-киллеры уничтожают пораженные клетки, в том числе и антигеном. После того, как посторонний агент дезактивирован, Т-супрессоры посылают сигнал В-лимфоцитам прекратить выработку антител.

ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция¹⁰ – это хроническое инфекционное заболевание, которое вызывается вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и характеризуется прогрессирующим поражением иммунной системы. ВИЧ-инфекция относится к инфекциям с медленным течением и длительным латентным (бессимптомным или малосимптомным) периодом.

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита – возникает вследствие развития ВИЧ-инфекции и представляет ее последнюю, четвертую, стадию.

Передача ВИЧ

ВИЧ присутствует в крови, сперме, вагинальных выделениях, грудном молоке инфицированных людей. Возможно выделить вирус из других биологических жидкостей ВИЧ-инфицированных людей, но уровень вируса в них слишком низок для заражения.

Таким образом, основными путями передачи ВИЧ являются:

- **Половой (все виды секса – анальный, вагинальный, оральный) без презерватива.**

- **Парентеральный (контакт «кровь – кровь») при переливании нетестированной донорской крови, использовании общего инструментария для инъекций среди потребителей инъекционных наркотиков.** В прошлом, до введения обязательного тестирования крови, это происходило при ее переливании. Очень редко передача вируса возможна посредством профессиональных травм работников здравоохранения, например, в результате укола инфицированной иглой. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что лишь около 0,3% людей, случайно повредивших кожные покровы иглой, зараженной ВИЧ, инфицируются сами.

- **Вертикальная передача ВИЧ от матери ребенку:** во время беременности, при рождении или кормлении грудью. Средний риск передачи во время беременности и родов составляет около 25–30%, но может быть и выше, если у матери высокая вирусная нагрузка (количество генетического материала ВИЧ в крови). Кормление грудью несет риск передачи, и его следует избегать в странах, где доступны хорошие заменители материнского молока.

Следует отметить, что риск инфицирования при использовании нестерильного инъекционного инструментария для внутривенного введения наркотических веществ оценивается примерно в 30%. Анальный секс в 10 раз опаснее вагинального, риск оценивается, соответственно, в 1,0% и 0,1%¹¹. В Украине риск передачи ВИЧ от матери к ребенку в период отсутствия мероприятий по его снижению составлял 27% (для африканских стран – до 50%). Благодаря проведению ряда профилактических мероприятий риск передачи ВИЧ от матери к ребенку

¹⁰ Лечение ВИЧ-инфекции. 2005 / под ред. К. Хоффмана, Ю. Рокстро, Б. Камаса / Пер. компании EnRus. – Steinhauser Verlag, 2005. – 565 с.

¹² Mayer K. H, Anderson D. J. Heterosexual HIV transmission. Infect Agents Dis. – 1995. – 4. – P. 273–284.

возможно снизить до 1–2%¹². В Украине на сегодняшний день уровень передачи ВИЧ от матери к ребенку составляет в среднем около 6,2%¹³.

ВИЧ не стоек во внешней среде, он инактивируется во время нагревания на протяжении 30 мин. при температуре 54°C, во время кипячения на протяжении 1–5 мин., а также при изменении кислотно-щелочного баланса среды (рН меньше 1, больше 13). ВИЧ быстро гибнет под действием дезинфектантов в концентрациях, обычно используемых в лабораторной практике (3% перекись водорода, 5% лизол, 0,2% гипохлорит натрия, 20% этанол, эфир, ацетон). На поверхности неповрежденной кожи человека вирус быстро разрушается под воздействием защитных ферментов организма и бактерий.

ВИЧ генетически неоднороден (описаны ВИЧ-1 и ВИЧ-2) и крайне изменчив. Изменчивость этого вируса в 30–100 раз выше, чем вируса гриппа, и касается штаммов вируса, выделенных не только у разных больных, но и в разное время у одного и того же человека. Это свойство вируса затрудняет получение эффективной вакцины против ВИЧ.

Механизм действия ВИЧ

Попадая в организм человека через биологические жидкости (кровь, вагинальные выделения или сперму), через повреждения кожного покрова или слизистой оболочки, ВИЧ поражает определенную категорию клеток, имеющих на поверхности так называемые CD4-рецепторы. К ним относятся иммунные клетки: Т-лимфоциты хелперы (син. CD4+ лимфоциты) и макрофаги, а также относящиеся к нервной ткани клетки микроглии.

Маркер CD4 – своеобразная мишень для ВИЧ. Белок вируса gp 120 «узнает» в оболочке клетки необходимый рецептор CD4 и связывается с ним. В результате такого взаимодействия клетка, имеющая CD4-рецептор, начинает «втягивать» в себя вирус: начинается инфицирование. Когда ВИЧ попадает в CD4+ Т-лимфоциты, поврежденная иммунная система теряет способность защищать организм от заболеваний, вызванных вирусами и другими микроскопическими организмами.

Количество CD4-лимфоцитов у здорового человека составляет 500–1200 клеток/мкл. ВИЧ использует эти клетки для производства миллионов копий вирусных частиц. Разрушение вирусом клеток CD4 обуславливает нарушение функций иммунной системы. Количество CD4 в пределах от 200 до 500 клеток/мкл свидетельствует о серьезном поражении иммунной системы, а от 200 клеток/мкл и меньше – о риске поражения серьезными заболеваниями, угрожающими жизни.

Как и в случае с некоторыми другими инфекциями, человек, инфицированный ВИЧ, может быть носителем вируса, даже не подозревая об этом, и длительное время распространять заболевание, не ощущая никаких симптомов. Как правило, антитела к ВИЧ появляются в крови по истечении 6–12 недель после инфицирования, и выявить их можно лишь путем анализа крови. Период, когда антитела еще не представляется возможным выявить, а именно от момента инфицирования до начала выработки антител, называется «периодом окна» (подробнее

¹² Др. Клер Торн и профессор Мари-Луиза Ньювелл, Институт здоровья ребенка, Университетский Колледж, Лондон; др. Надежда Жилка, Отдел охраны здоровья матери и ребенка, Министерство здравоохранения Украины. Профилактика ВИЧ-инфекции среди новорожденных: документирование и исследование опыта Украины: Обзорное исследование.

¹³ Кобища Ю. Обзор эпидемической ситуации ВИЧ-инфекции, СПИД в Украине. – К., 2010.

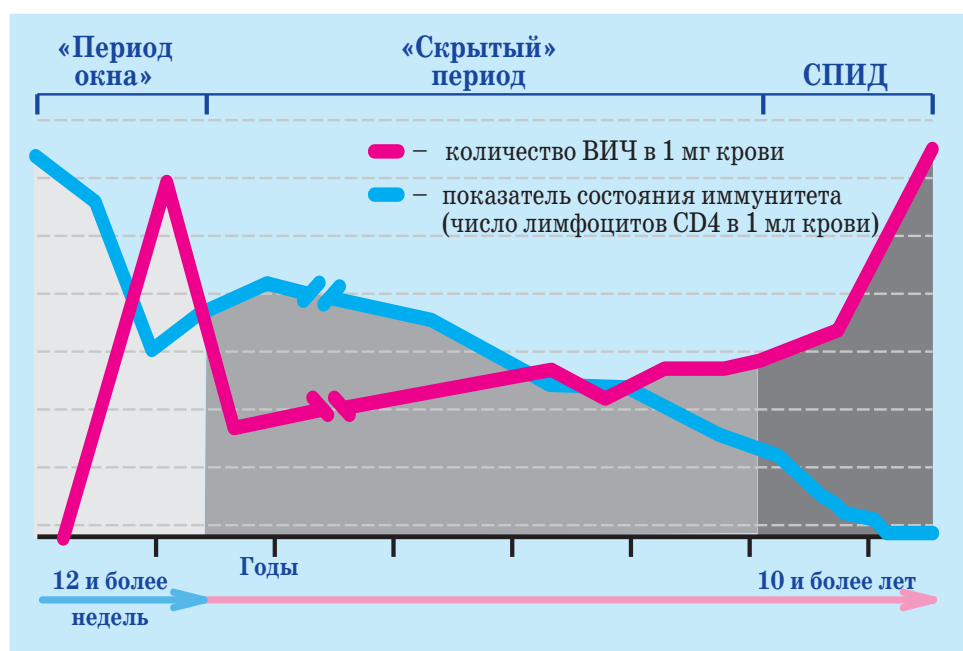
об этом см. в разделе, посвященном тестированию на ВИЧ). Из этого следует, что клиентов, подозревающих, что они были подвержены риску инфицирования ВИЧ, следует направлять на тестирование лишь после окончания «периода окна».

Итак, после инфицирования ВИЧ у большей части носителей вируса заболевание рано или поздно перейдет в стадию СПИД, хотя вирус может не развиваться в организме десятки лет. Около 10% пациентов заболевают СПИД в течение одного – двух лет после инфицирования ВИЧ, еще 10% не имеют симптомов на протяжении более 10–12 лет.

Факторы, влияющие на скорость прогрессирования болезни, очень разнообразны:

- генетические особенности;
- штамм вируса;
- психологическое состояние пациента;
- условия жизни и прочее.

Развитие ВИЧ-инфекции



Общая продолжительность развития развернутой ВИЧ-инфекции в организме человека составляет в около 10–12 лет.

Стадия первичного инфицирования и период серонегативного «окна», или просто «период окна» (см. выше), – период с момента инфицирования до появления определяемых антител к ВИЧ в крови) – длится с момента инфицирования до трех месяцев.

После попадания ВИЧ в организм человека начинается его усиленное размножение в условиях отсутствия антител к ВИЧ в крови человека. Концентрация вируса в крови (вирусная нагрузка) на данной стадии максимальна. Клинически этот период проявляется субфебрильной температурой, воспалением лимфатических узлов, реже – другими симптомами (рвотой, диарей, потливостью).

С появлением антител к ВИЧ в конце продромального периода, уровень CD4 начинает увеличиваться, а вирусная нагрузка – снижаться. Организм переходит в следующую стадию развития ВИЧ-инфекции.

Латентный период (скрытый, или бессимптомный период). На данном этапе организм человека контролирует ВИЧ-инфекцию, вырабатывая антитела к ВИЧ и поддерживая относительно стабильный уровень клеток CD4+. Клинически данная стадия проявляется чаще всего стойким увеличением лимфатических узлов (плотные, безболезненные). Постепенно происходит истощение иммунной системы организма, снижение уровня CD4+, возникают оппортунистические инфекции, которые у людей с нормальной (неповрежденной) иммунной системой не вызывают заболеваний.

Терминальная стадия – СПИД. Характеризуется значительным повышением уровня ВИЧ в крови и угнетением иммунной системы. Происходит снижение CD4+ до уровня менее 200 клеток /мкл, что приводит к развитию тяжелого симптомокомплекса и СПИД-индикаторных заболеваний (смотрите ниже).

Клиническая классификация ВИЧ/СПИД, разработанная ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения разработала в 1990 г. клиническую классификацию ВИЧ/СПИД, значительно дополненную и обновленную в 2006 г. Для стран Европы эта классификация была опубликована 1 декабря 2006 г. в «Протоколах ВОЗ по лечению и предупреждению ВИЧ/СПИДа».

Клинические стадии ВОЗ для взрослых и подростков от 15 лет.

- **Острая ВИЧ-инфекция:**
 - ◆ асимптоматическая;
 - ◆ острый ретровирусный синдром.
- **Клиническая стадия 1:**
 - ◆ асимптоматическая;
 - ◆ персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ).
- **Клиническая стадия 2:**
 - ◆ себорейный дерматит;
 - ◆ ангулярный хейлит;
 - ◆ рецидивирующие язвы полости рта (два или более эпизода в течение 6 месяцев);
 - ◆ опоясывающий лишай (распространенный лишай);
 - ◆ рецидивирующие инфекции дыхательных путей – синусит, средний отит, фарингит, бронхит, трахеит (два или более эпизода в течение 6 месяцев);
 - ◆ грибковые поражения ногтей;
 - ◆ папулезный зудящий дерматит.
- **Клиническая стадия 3:**
 - ◆ волосатая лейкоплакия полости рта;
 - ◆ необъяснимая хроническая диарея продолжительностью более одного месяца;
 - ◆ рецидивирующий кандидоз полости рта (два или более эпизода в течение 6 месяцев);

- ◆ тяжелая бактериальная инфекция (пневмония, эмпиема, гнойный миозит, инфекции костей или суставов, менингит, бактериемия);
 - ◆ острый язвенно-некротический стоматит, гингивит или периодонтит.
- **Клиническая стадия 4:**
 - ◆ легочной туберкулез;
 - ◆ внелегочной туберкулез (исключая лимфаденопатию);
 - ◆ необъяснимая потеря веса (более 10% в течение 6 месяцев)
 - ◆ ВИЧ-истощающий синдром;
 - ◆ пневмоцистная пневмония;
 - ◆ тяжелая или подтвержденная рентгенологически пневмония (два или более эпизода в течение 6 месяцев);
 - ◆ цитомегаловирусный ретинит (с или без колита);
 - ◆ герпес симплекс вирус (*англ.* HSV) (хронический или персистирующий более 1 месяца);
 - ◆ энцефалопатия;
 - ◆ прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;
 - ◆ саркома Капоши и другие ВИЧ-обусловленные злокачественные новообразования;
 - ◆ токсоплазмоз;
 - ◆ диссеминированная грибковая инфекция (кандидоз, гистоплазмоз, кокцидиомикоз);
 - ◆ криптоспоридиоз;
 - ◆ криптококковый менингит;
 - ◆ инфекция, вызванная нетуберкулезными микобактериями, диссеминированная микобактериemia (*англ.* MOTT).

Алгоритм тестирования на ВИЧ¹⁴

В настоящее время порядок проведения **тестирования на ВИЧ** в Украине определяется Приказом Министерства здравоохранения Украины № 71 «Об утверждении инструкции по организации работы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции» от 22 февраля 2002 г. Стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции ныне является **обнаружение в крови антител к ВИЧ** методом иммуноферментного анализа с последующим подтверждением.

Материалом для определения антител является сыворотка или плазма крови. Для проведения теста необходимо проведение забора крови (5–7 мл), приготовление сыворотки, маркировка и регистрация образца. Хранить сыворотку до передачи в лабораторию необходимо при температуре от +2°C до +4°C в чистых, плотно закрытых пластиковых пробирках с крышками типа Эппендорф. Образцы передаются в лабораторию диагностики ВИЧ-инфекции не позднее трех суток от момента забора крови.

Весь комплекс серологической диагностики ВИЧ осуществляется на основе одного образца сыворотки крови, за исключением тех случаев, когда результат неопределенный. В этом случае необходимо провести дополнительный забор крови через две недели после первого тестирования (а при необходимости – повторно через четыре недели).

¹⁴ Материал приведен на основании пособия: Консультирование и тестирование на ВИЧ: В помощь консультанту. – К. : РАТН. – 2008.

Для верификационных исследований сыворотку в лабораторию необходимо доставить в течение 72 часов с момента проведения первичного скрининга. Проведение верификационных исследований производят лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции, уполномоченные МОЗ Украины.

| Тип метода | Характеристика | Название метода |
|--|---|--------------------------------|
| Серологический | Определение антител и/или антител+антигена, вырабатываемых организмом человека в ответ на проникновение ВИЧ | ИФА |
| | Выявление антител к определенным белкам вируса | Иммуноблот (иммунный блоттинг) |
| Молекулярно-биологический (генетический) | Определение нуклеиновых кислот ВИЧ: <ul style="list-style-type: none"> • ДНК – качественный метод; • РНК – количественный метод | ПЦР |

Существует целый ряд методов лабораторной диагностики, используемых для диагностики ВИЧ-инфекции и контроля за течением заболевания.

Выявление суммарных антител к ВИЧ наиболее часто осуществляется с помощью **иммуноферментного анализа (ИФА)**. Результат анализа обычно определяют как положительный, отрицательный и неопределенный/сомнительный.

Все случаи положительного и неопределенного результатов ИФА проверяются либо методом ИФА другой тест-системы, либо с помощью более специфических методов, например, иммуноблоттинга, принцип которого заключается в выявлении антител к определенным белкам вируса (антигенам).

Разновидностью ИФА является определение антител с помощью быстрых (экспресс) тестов¹⁵. Данные тесты применяются для скрининговых (первичных) исследований в родильных домах и при оказании неотложной медицинской помощи, а также в работе с уязвимыми к ВИЧ группами населения. Такое исследование не предусматривает оглашение положительного результата теста, а требует обязательного его подтверждения.

При положительном результате теста на ВИЧ, подтвержденном повторным исследованием с одного образца крови, консультант рекомендует клиенту / пациенту обратиться в центр по профилактике и борьбе со СПИД по месту жительства для установления диагноза и получения дальнейшей специализированной медицинской помощи относительно ВИЧ-инфекции. Данная процедура предусматривает повторную сдачу теста на ВИЧ.

С помощью лабораторного метода, основанного на **полимеразной цепной реакции (ПЦР)**, определяют провирусную ДНК и вирусную РНК. На сегодняшний день ПЦР остается самым дорогостоящим методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции. Вследствие этого его используют в основном для диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, а также для измерения концентрации вирусной РНК в плазме крови (определения «вирусной нагрузки»).

¹⁵ Наказ МОЗ «Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на антитіла до ВІЛ, облікової форми № 498/о та інструкції щодо її заповнення» від 9 червня 2003 р.

Положительный результат тестирования на ВИЧ означает, что в крови присутствуют антитела к ВИЧ, и свидетельствует об инфицировании ВИЧ. Это не означает, что человек болен СПИД. Для установления диагноза и определения клинической стадии развития ВИЧ-инфекции необходимо провести дополнительные исследования, предлагаемые специалистами центров по профилактике и борьбе со СПИД. Кроме того, положительный результат тестирования означает, что этот человек может инфицировать других людей.

Согласно применяемым стандартам, положительный результат тестирования во избежание ошибок должен быть подтвержден как минимум дважды.

Отрицательный результат тестирования на ВИЧ означает, что в момент забора крови антитела к ВИЧ не были обнаружены, то есть три месяца назад человек не был инфицирован ВИЧ. Это не означает, что он не инфицирован ВИЧ в настоящий момент, так как необходимо помнить о «периоде окна».

Время от момента инфицирования до момента, когда с помощью известных сегодня методов определяются антитела, называется «периодом окна». Антитела к ВИЧ могут быть определены через три недели после инфицирования в 85% случаев; спустя же три месяца после инфицирования наличие антител можно определить в 99% случаев¹⁶ с помощью серологических методов. У некоторых людей (возможно, у одного на тысячу инфицированных) антитела появляются позже, чем через два-три месяца. Крайне редко выработка антител может продлиться более шести месяцев.

В «период окна» инфицированные ВИЧ люди могут не иметь достаточного количества антител, однако содержание ВИЧ в крови, секретах половых органов или грудном молоке может быть высоким. Таким образом, существует возможность передать ВИЧ другому человеку, в то время как тест на антитела к ВИЧ будет отрицательным.

В связи с этим для окончательного решения вопроса о ВИЧ-статусе человека рекомендуется проводить повторное тестирование на антитела к ВИЧ через 3–6 месяцев после момента, когда существовал риск заражения, если возможно определить дату риска. Если же дату риска определить невозможно, то окончательно отрицательный ВИЧ-статус может быть определен только на основании двух тестов, произведенных с интервалом в 3–6 месяцев при условии соблюдения человеком принципов безопасного поведения в течение этого времени.

Неопределенный результат тестирования на ВИЧ означает, что в данный момент невозможно с уверенностью сказать, инфицирован человек или нет. Он может быть инфицированным недавно и пребывать в «периоде окна». Неопределенным может быть результат у людей с некоторыми хроническими заболеваниями (сахарным диабетом первого типа, хроническим гепатитом, ревматоидным артритом, туберкулезом и др.), а также у людей, которым за 30 дней до тестирования была сделана прививка против гриппа или инъекция гаммаглобулина. Наличие неопределенного результата предполагает повторное тестирование, как правило, через две-три недели.

¹⁶ Lindback S., Thorstensson R., Karlsson A. C. et al. Diagnosis of Primary HIV-1 Infection and Duration of Follow-up after HIV Exposure // AIDS. – 2000. – 14 (15). – P. 2333–2339.

Лечение ВИЧ-инфекции

Хотя на сегодняшний день не существуют лекарств для полного излечения ВИЧ, был разработан ряд препаратов и видов лечения, помогающих ВИЧ-инфицированным людям дольше оставаться здоровыми, соответственно увеличивая продолжительность и качество жизни.

Выделяют два основных направления в лечении ВИЧ-инфицированных.

1. Антиретровирусные препараты, направленные непосредственно на подавление ВИЧ в организме

Лечение ВИЧ-инфекции снижает количество вируса в крови, помогая сохранить здоровье человека. Препараты, противодействующие активности ВИЧ и замедляющие размножение вируса, называются **антиретровирусными (АРВ)**. Они оказывают воздействие на ВИЧ на разных стадиях его жизненного цикла, блокируя действие его ферментов и тем самым не давая вирусу размножаться.

Разные комбинации АРВ-препаратов являются более эффективными в противодействии ВИЧ, чем отдельные препараты. Одновременное применение нескольких АРВ различных классов препятствует выработке устойчивости к АРВ-препаратам – резистентности. При появлении резистентности к препаратам, лекарства, которым ранее удавалось приостанавливать репликацию ВИЧ в организме пациента, утрачивают свою эффективность.

Комбинацию из трех и более АРВ-препаратов называют высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ). Она не дает полного излечения от ВИЧ-инфекции, однако позволяет подавить вирус настолько, что даже чувствительные тесты не всегда могут обнаружить его присутствие в крови (хотя он там остается!) – до такой степени низка его концентрация. Концентрацию АРВ-препаратов в крови необходимо поддерживать на должном уровне для предупреждения развития устойчивости ВИЧ к препаратам, поэтому очень важно принимать предписанные врачом лекарства строго согласно схеме, соблюдая приверженность к лечению. Эту кропотливую работу по мотивированию пациента к добросовестному отношению к АРТ выполняют социальные работники.

Таким образом, лечение ВИЧ-инфекции преследует комплексную цель: сократить количество вируса в организме, сдержать размножение вируса, сохранить или восстановить иммунные функции и предотвратить либо вылечить оппортунистические инфекции, возникающие на фоне иммунодефицита.

АРВ-препараты помогают организму противостоять ВИЧ и избежать опасных для жизни осложнений. Широкомасштабная АРТ в Украине начата с 2004 г. На сегодняшний день ее получают более 13 тыс. человек, живущих с ВИЧ, что является весомым аргументом в пользу прохождения ДКТ и знания своего ВИЧ-статуса.

2. Другие виды терапии для предупреждения возникновения и лечения специфических оппортунистических инфекций

Другие лекарства и виды терапий применяются для профилактики или лечения оппортунистических инфекций и других СПИД-индикаторных заболеваний, таких как пневмоцистная пневмония, туберкулез, кожные язвы, вызванные вирусом обычного герпеса, истощение, вызванное ВИЧ, саркома Капоши и другие онкологические заболевания.

Дополнительная информация:

– <http://ukraids.gov.ua/> – сайт Украинского Центра профилактики и борьбы со СПИД МЗУ.

– <http://dssz.gov.ua> – сайт Государственной службы по вопросам противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу и другим социально опасным заболеваниям.

– <http://www.aidsalliance.org.ua/> – сайт Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине.

2.2. Общие вопросы профилактики ВИЧ

Сущность, виды и стратегии профилактики

Профилактика (с греч. – предупреждение) – это совокупность мероприятий, предупреждающих какое-либо нежелательное или негативное явление.

Социальная профилактика – это комплекс экономических, политических, правовых, медицинских, психолого-педагогических мероприятий, направленных на предупреждение, ограничение и локализацию негативных явлений в социальной среде¹⁷.

Профилактика ВИЧ – комплекс мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих ВИЧ-инфицированию, на изменение поведения людей или жизненных условий для снижения факторов риска, а также улучшение качества жизни людей с ВИЧ/СПИД.

Виды профилактики ВИЧ:

- первичная;
- вторичная;
- третичная.

В 1990 г. Всемирная организация здравоохранения поддержала идею распределения всех профилактических действий на первичные, вторичные и третичные. При этом под первичными действиями подразумеваются различные мероприятия в здоровой среде («со здоровыми агентами»). Вторичные мероприятия призваны влиять на темп развития событий, прежде всего путем создания разнообразных препятствий на пути того или иного процесса, а также работы с представителями групп риска. Мероприятия третичной профилактики направлены на адаптацию всех участников событий к уже существующей у них проблеме.

¹⁷ Безпалько О. В. Социальная педагогика: схемы, таблицы, комментарии: учебн. пособие [для студ. высш. учебн. зав.] – К. : Центр учебной литературы, 2009. – 208 с.

И в Украине, и за рубежом не существует единого определения первичной, вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции. В настоящем пособии представлены наиболее часто встречающиеся определения и понимание указанных видов профилактики.

Первичная профилактика – это предотвращение негативных явлений и факторов. Она направлена на информирование, формирование мотивации к эффективному социально-психологическому и физическому развитию; формирование мотивации к социально-поддерживающему поведению; развитие защитных факторов здорового социально-эффективного поведения; развитие стратегий разрешения проблем, поиска социальной поддержки, избежание искушения наркотизации.

Считается, что данный вид профилактики должен быть организован для самых широких слоев населения через информационно-просветительскую работу, а также через формирование социальных навыков, осознания ценности здоровья и привычки вести здоровый образ жизни.

Вторичная профилактика направлена на формирование мотивации изменения поведения; изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные; формирование и развитие социально-поддерживающей сети. То есть вторичная профилактика связана с предупреждением инфицирования ВИЧ в среде групп риска (групп, придерживающихся поведенческих практик, связанных с вероятностью инфицирования ВИЧ). Конечно же, при вторичной профилактике могут использоваться методы и инструменты первичной профилактики, но чаще – уже на этапе, когда подросток начнет изменять свое рискованное поведение на безопасные формы поведения.

Третичная профилактика определяется как предотвращение ухудшения состояния здоровья людей, минимизация последствий болезни, от которых страдают люди с симптомами ВИЧ/СПИД, улучшение качества их жизни¹⁸.

Стратегии профилактики ВИЧ¹⁹

С самого начала эпидемии исследователи столкнулись с двумя противоположными представлениями о взаимоотношении приемлемых уровней риска, устойчивого изменения поведения и мероприятий по охране общественного здоровья. Соответственно, выделено две стратегии профилактики ВИЧ-инфекции: **стратегия нормализации и стратегия борьбы**.

Стратегии профилактики ВИЧ – это общие подходы к определению основных целей профилактики и путей их достижения.

¹⁸ При подготовке материала использованы: Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде: учебн. пособие / под ред. Л. М. Шишицыной. – СПб. : Речь, 2006. – 208 с.; Люди и ВИЧ: Книга для неравнодушных. – 5-е изд. / под ред. Е. П. Пурик. – К. : МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2009. – 704 с.

¹⁹ При подготовке материала использованы: Люди и ВИЧ: Книга для неравнодушных. – 5-е изд. / под ред. Е. П. Пурик. – К. : МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2009. – 704 с.; Активные методы просветительской деятельности в профилактике ВИЧ/СПИД и рискованного поведения: пособие для специалистов приемников-распределителей, приютов для детей и воспитательных колоний. – К. : ВГЦ «Волонтер», 2007 – 190 с.

Стратегия нормализации – это ограничение риска, негативного влияния проблемы или явления. Негативное явление признается нежелательным, но допустимым; профилактика направлена на уменьшение риска, снижение вреда, недопущение развития негативных последствий.

Одной из моделей стратегии нормализации является модель снижения риска (ограничения риска, уменьшения вреда).

Модель снижения риска (уменьшения вреда от рискованных практик) основана на предпосылке, что риск передачи ВИЧ можно определить и снизить.

Целью профилактики ВИЧ в рамках этой модели является снижение риска инфицирования ВИЧ, а также уменьшение вреда от рискованных поведенческих практик без полного изменения способа жизни.

Существуют методы защиты от инфекции, положительно зарекомендовавшие себя, например:

- использование презервативов при проникающем сексе;
- использование стерильного инструментария и других мер безопасности потребителями инъекционных наркотиков;
- скрининг донорской крови;
- отказ от грудного вскармливания при ВИЧ-инфекции у матери;
- применение общих мер предосторожности в медицинских учреждениях при проведении инвазивных (предусматривающих контакт с кровью) процедур.

Таким образом, профилактика ВИЧ-инфекции, основанная на философии снижения риска заражения, предполагает замену деятельности, связанной с повышенным риском, менее рискованной. Например, пропаганда обмена использованных игл на новые является одной из форм снижения риска инфицирования ВИЧ или вреда от употребления инъекционных наркотиков. При этом потенциально опасное потребление инъекционных наркотиков не устраняется как факт, но предлагается способ снижения риска инфицирования ВИЧ.

Пропаганда использования презервативов при половых контактах среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, также считается более предпочтительной, чем нередко предпринимаемые попытки убедить представителей данной категории полностью отказаться от половых контактов. Такой подход дает целевой группе выбор способов снижения уровня риска, а также предлагает альтернативные, менее опасные способы сексуальных отношений, например, оральный секс вместо незащищенного анального секса. Такая же стратегия используется при работе с работниками коммерческого секса во многих странах.

Таким образом, **модель снижения риска эффективна и приемлема в рамках вторичной профилактики ВИЧ**, то есть с теми, кто уже имеет устойчивую систему использования рискованных в контексте инфицирования ВИЧ практик.

При этом следует уточнить, что мотивационная работа, направленная на поэтапное изменение поведения и отказ от некоторых рискованных практик (например, употребления инъекционных наркотиков или вовлечения в коммерческий секс), также является одним из важных компонентов стратегии снижения риска.

Стратегия устранения риска (стратегия борьбы) предусматривает, что рискованное поведение признается однозначно недопустимым; профилактика

направлена на недопущение каких-либо рисков в поведении. Стратегия основывается на предпосылке, что защита общественного здоровья требует устранить возможность риска как таковую.

В рамках этой стратегии существуют разные модели профилактики. Часть из них являются *репрессивными моделями* (модель сдерживания, основывающаяся на запретах, морализаторстве, полном контроле поведения; модель запугивания, направленная на недопущение рисков в поведении путем развития утрированного страха перед последствиями и т. д.). При таком подходе, например, пропаганда полового воздержания превалирует над пропагандой использования презервативов или же акцент делается исключительно на полном отказе от наркотиков. В то же время, обмен использованных игл на новые теми, кто уже сегодня является потребителем психоактивных веществ, воспринимается недопустимым, способствующим распространению наркомании. Даже незначительный риск преподносится как полностью неприемлемый. Такое преувеличенное отношение может иметь парадоксальные последствия: у людей развивается фатальное отношение к прошлой сексуальной жизни, они меньше используют современные проверенные приемы безопасного секса, так как считают их все равно неэффективными, возрастает дискриминация ЛЖВ.

Репрессивные модели на сегодня признаны неэффективными.

Однако в рамках данной стратегии существуют *конструктивные модели* профилактики, направленные на формирование знаний, умений и навыков у детей, подростков и молодежи, помогающие избежать рискованного поведения и развивающие асертивность. Например, модель полного информирования и распространения фактических знаний; модель формирования моральных норм и принципов; модель обучения ответственному поведению; модель формирования здорового образа жизни.

Такие модели необходимы при построении программ в рамках первичной профилактики, кроме того, могут использоваться на всех других уровнях профилактического вмешательства. При этом они могут не оправдывать себя на начальных этапах работы с представителями групп риска, так как первостепенной целью профилактики с такими клиентами является не сиюминутное изменение поведения и недопущение рискованных поведенческих практик, а максимальное снижение риска (например, снижение риска инфицирования ВИЧ путем использования презервативов девушками, вовлеченными в коммерческий секс, а не добиться срочного прекращения такой деятельности через изменение моральных ценностей и прочее). При этом, как уже было сказано выше, мотивационная работа, направленная на поэтапное изменение поведения у представителей групп риска, также является важным компонентом стратегии профилактики. Поэтому вышеперечисленные модели могут стать важным компонентом профилактической работы и на уровне вторичной и третичной профилактики.

Большинство перечисленных моделей профилактики в рамках двух указанных стратегий эффективны при работе с определенными целевыми группами и на определенных этапах работы, для решения конкретных профилактических задач. Они, при умелом использовании, могут дополнять друг друга. Возможно также использование их элементов при построении комплексных профилактических программ.

Итак, при выборе методов и форм профилактического вмешательства, предлагаемых первичной, вторичной и третичной профилактиками, а также тех или иных профилактических стратегий, важно изначально определить особенности и оценить потребности целевой группы, на которую направлена профилактика, разработать цели и задачи профилактики, и только после такой оценки подобрать максимально адекватный профилактический инструментарий.

3.1. Подростковый опыт

Подростковый период – это особенный период в жизни человека, часто называемый «трудным возрастом», которому свойственна определенная дисгармоничность.

В детстве ребенок полностью зависит от родителей, воспринимает взрослого, родителя как незыблемый авторитет. От него требуют послушания, и ребенок воспринимает это как норму. Во взрослом возрасте человек самодостаточен, он сам принимает решения, делает ошибки, исправляет их, никто не ждет от взрослого беспрекословного послушания. Подросток же, с одной стороны, как ребенок, все еще зависим, не полностью и не во всем может быть самостоятельным, но в то же время, он, как взрослый, требует уважения к собственному мнению, хочет сам принимать решения и отстаивает это право. Он делает ошибки, но часто не умеет их исправлять. От подростка все еще требуют послушания, но его уверенность в своей правоте и желание быть самостоятельным заставляют его бороться с правилами и нарушать запреты взрослых, иногда даже осознавая, что действует во вред себе.

Факторы, обуславливающие поведение подростков и отражающиеся на его специфике, можно сгруппировать таким образом:

- *социально-педагогические факторы* (уровень развития социума и сообщества, уровень скоординированности услуг в сообществе; технический прогресс, доступность и развитость источников получения информации и услуг подростками; роль личности, семьи, территориального сообщества в социуме; ближайшее окружение подростка, роль в воспитании подростка семьи и школы; маргинализация определенных групп населения; принятие или осуждение в социуме определенных стандартов поведения, например, отношения к распитию спиртных напитков в общественном месте сегодня и 20, 40, 60 лет назад и т. д.);

- *экономико-политические факторы* (уровень развития страны, политические процессы, происходящие в стране в целом или в отдельно взятом регионе, уровень материального достатка в обществе, уровень безработицы, гендерное неравенство; кризисы и конфликты; развитие наркобизнеса, эксплуатации, в том числе сексуальной, и т. д.);

- *культурные факторы* (уровень культурного развития общества, идеалы, убеждения, развивающиеся в обществе и передающиеся от взрослых детям, менталитет и т. д.).

Кроме того, *существуют специфические психологические особенности пубертатного периода* (периода полового созревания) и всего подросткового возраста в целом, объединяющие подростков, проживающих в разные времена и в разных странах. Это, в частности, акцентуации характера подростка – наиболее ярко проявляющиеся черты; подростковые реакции (эмансипации от взрослых, группирования с ровесниками, увлечения (хобби-реакции), а также

реакции, связанные с формированием либидо, тяга к риску и самоутверждению), особенности протекания пубертатного периода и т. д.

Важно понимать, что взрослым (специалистам) будет намного легче понимать подростков и те изменения, которые происходят в этом возрасте, если они смогут удержать в памяти свой личный подростковый опыт, как положительный, так и отрицательный, сумеют его проанализировать и извлечь из него полезные уроки.

3.2. Специфика изменений в подростковом возрасте

Определение возрастных границ

Согласно законодательству Украины:

- *дети подросткового возраста* – это дети 15–17 лет включительно, то есть 17 лет, 11 месяцев, 29 дней (согласно Приказу МОЗ № 465 от 12 декабря 2002 г.);
- *молодежь, молодые граждане* – граждане Украины в возрасте от 14 до 35 лет (согласно ст. 1 Закона Украины № 2998–ХІІ «О содействии социальному становлению и развитию молодежи в Украине» от 5 февраля 1993 г.).

Согласно определению ВОЗ:

- *подростковый период* – это возрастной период от 10 до 19 лет;
- *молодые люди* – представители возрастной группы от 10 до 24 лет;
- *молодежью* считаются представители возрастной группы от 15 до 24 лет.

ВОЗ рассматривает как биологические (физические и физиологические), так и социально-экономические критерии подросткового возраста. Она также считает, что подростковый период – это, скорее, этап личной жизни, а не просто фиксированный возрастной промежуток.

В данном пособии используется классификация ВОЗ, то есть когда речь идет о подростках, имеется в виду население в возрасте 10–19 лет, а о молодых людях – в возрасте 10–24 года.

Особенности физиологического и психологического развития подростков

Для подросткового периода характерны быстрые рост и развитие. В период, когда тело развивается, наполняется силой и репродуктивными способностями, разум приобретает способность к абстрактному мышлению. Социальные отношения, центром которых раньше являлась семья, раздвигаются до более широких горизонтов, где важная роль теперь принадлежит сверстникам и другим взрослым людям. Подростковый период, кроме всего прочего, – это период приобретения новых знаний и навыков, период формирования нового мировоззрения.

Хотя определение, гласящее, что подростковый период – это десять лет жизни от 10 до 19 лет, в основном связано с временным фактором, важно осознавать, что изменения, происходящее в этот период, не всегда точно соотносятся с возрастом. Это обусловлено неодинаковым временем появления и продолжительностью

изменений у разных подростков. Более того, этот транзиторный период по-разному рассматривается различными культурами; отношение к данному периоду формируется с учетом социальных, экономических и традиционных факторов. Поэтому в каждом обществе подростковый опыт варьируется от человека к человеку в зависимости от пола, различных условий и обстоятельств, таких как инвалидность, болезни, социально-экономический статус и нищета среди подростков.

Только в эмбриональном периоде и детском возрасте уровень роста и развития организма превышает рост и развитие организма в подростковом периоде. Однако изменения, происходящие в подростковом периоде, отличаются гораздо большей индивидуальной вариабельностью относительно временных рамок как в плане этапов развития, так и в степени роста.

Подростковый возраст подразделяется на:

- ранний (младший) подростковый возраст – 10–13 лет;
- средний подростковый возраст – 14–16 лет;
- старший подростковый возраст (ранний юношеский) – 17–19 лет.

Эти периоды примерно соответствуют этапам физического, социального и психологического развития в процессе перехода от детства к зрелости (см. таблицу). Хотя такое деление не используется повсеместно, оно позволяет в целом определить этапы развития подростков.

Таблица

Периоды подросткового возраста

| Категория изменений | Ранний (10–13 лет) | Средний (14–16 лет) | Старший (17–19 лет – варьируется) |
|---------------------|--|--|---|
| Физиология | Появляются вторичные половые признаки. Рост стремительно увеличивается. Ускорение роста и полового созревания у девочек начинается на один – два года раньше (примерно с 10–11 лет), чем у мальчиков | Вторичные половые признаки развиваются далее. Рост замедляется. Фигура достигает параметров взрослой фигуры примерно на 95% | Физически зрелые |
| Психология | Фокусированы на: <ul style="list-style-type: none"> • быстром физическом росте; • внешнем виде; • беспокоящих изменениях | В этот период закладывается большинство проблем поведения. По-новому воспринимается собственное тело. Преобладают фантазии и идеалы. Подростки чувствуют себя всезнающими, всемогущими и непобедимыми, присутствует ощущение бессмертия. | Интеллектуальная и функциональная личность сформирована |

Продолжение таблицы

| Категория изменений | Ранний (10–13 лет) | Средний (14–16 лет) | Старший (17–19 лет – варьируется) |
|---------------------|--|---|---|
| | | Процессы эмансипации этого периода связаны с риском и определением лимитов, но благоприятствуют развитию чувства независимости и самоидентификации. | |
| Сексуальность | Исследование и оценка себя. Платоническая фаза развития либидо и у девочек, и у мальчиков | Занят романтическими фантазиями. Проверка собственной привлекательности для противоположного пола. Эротическая фаза развития либидо (у девочек немного раньше, чем у мальчиков) | Сексуальная фаза развития либидо (у мальчиков значительно раньше, чем у девочек). Формируются стабильные отношения взаимности и доверия. Планы на будущее |
| Мышление | Конкретное мышление. Нет осознания отсроченных последствий своих поступков | Более абстрактное мышление. Способность думать об отдаленных результатах. Возвращение к конкретному мышлению в состоянии стресса. Формирование активного, самостоятельного, творческого мышления у подростка | Установившееся абстрактное мышление. Ставятся ориентиры на будущее. Решения принимаются с учетом отдаленных результатов |
| Семья | Определение границ зависимости/независимости | Конфликты, связанные с контролем. Выраженная эмансипация | Переход отношений ребенок – взрослый к отношениям взрослый – взрослый |
| Сверстники | Ищет общество, чтобы побороть неуверенность | Нуждается в признании, чтобы утвердить собственный имидж. Группа сверстников определяет манеру поведения. Кроме того, эта группа подтверждает или изменяет представление подростка о самом себе | Значение сверстников отодвигается на второе место, уступая место отдельным дружеским отношениям |

3.3. Особенности формирования девиантного поведения²⁰ подростка

Кризис подросткового возраста

Подростковый возраст традиционно считается самым трудным в воспитательном отношении. В ходе бурного роста и физиологической перестройки организма у подростков может возникнуть чувство тревоги, повышенная возбудимость, сниженная самооценка. В качестве общих особенностей этого возраста преобладают изменчивость настроений, эмоциональная неустойчивость, неожиданные переходы от веселья к пессимизму. Придирчивое отношение к родным сочетается с острым недовольством собой.

Центральным психологическим новообразованием в подростковом возрасте становится *формирование у подростка своеобразного чувства взрослости* как субъективного переживания отношения к самому себе как к взрослому.

Хотя физическое возмужание дает подростку ощущение взрослости, его социальный статус в школе и семье не меняется. И тогда начинается борьба за признание своих прав, самостоятельности, что непременно приводит к конфликту между взрослыми и подростками.

В результате всего вышеперечисленного **возникает кризис подросткового возраста.**

Кризис – это не катастрофа или некая плачевная ситуация. Под кризисом следует понимать неизбежный поворотный пункт, критический момент, после которого развитие повернет в ту или иную сторону, иначе говоря, кризисы в процессе развития человека неизбежны, и их результатом должно являться качественное изменение личности.

Каждый возрастной кризис связан с тем, что новые возможности, появляющиеся у человека, вступают в противоречие с уже сложившимся уровнем требований к нему, с тем местом в жизни, которые он уже занимает.

Возрастной подростковый кризис – один из самых тяжелых кризисов в жизни человека, и во многом его протекание зависит от той поддержки, которая будет оказана ребенку в это сложное для него время.

Спутниками подросткового кризиса являются пубертатный период, свойственные этому возрасту подростковые поведенческие реакции, акцентуации характера, часто – отклоняющееся от нормы поведение, наносящее вред как самому подростку, так и его окружению.

Пубертатный период

Наиболее важным моментом психофизиологического развития подростка является полоролевая идентификация и, конечно, половое созревание – две линии единого процесса психосексуального развития. Термин «пубертат» означает достижение половой зрелости. У девочек на это указывает наступление первой менструации – *менархе*, а у мальчиков – первые *поллюции* (семяизвержения). Очень важно понимать, что сексуальное поведение подростков зависит не столько от темпа полового созревания, сколько от ряда социальных факторов.

²⁰ Девиантное поведение – поведение, отклоняющееся от нормы.

Развитие половой идентичности подростков связано с изменениями установок, поведения и взаимоотношений. Подростки от периода *платонической любви* переходят к *эротической фазе формирования либидо*. Формируется половое влечение к противоположному полу.

Подростков начинают глубоко волновать многие вопросы сексуальных отношений, информацию о которых они чаще всего черпают из СМИ и от друзей. Многие подростки в силу возраста, а также различных обстоятельств (воспитания, взглядов на сексуальные отношения в сообществе) стремятся закрепить так называемый «теоретический опыт» на практике, что часто ведет к раннему вступлению в половые отношения, поскольку подростковый возраст является возрастом проб и экспериментов. Открывая свои сексуальные способности, подросток стремится исследовать их с разных сторон. На сегодняшний день наблюдаются такие изменения полового поведения подростков, как снижение среднего возраста первого полового контакта, повышение сексуальной активности, увеличение количества половых партнеров. Ни в каком другом возрасте не наблюдается такого большого числа случаев отклоняющегося, близкого к патологии сексуального поведения, как в 12–15 лет²¹. Об этом речь пойдет ниже, в части, посвященной характеристике подростковых поведенческих реакций, связанных с формированием сексуального влечения.

Подростковые поведенческие реакции

К ним относятся: реакция эмансипации, реакция группирования со сверстниками, реакция увлечения (хобби), реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением.

Реакция эмансипации. Эта реакция представляет собой тип поведения, посредством которого подросток старается высвободиться из-под опеки взрослых, их контроля, покровительства. Потребность высвободиться связана с борьбой за самостоятельность, за утверждение себя как личности. Реакция может проявляться в отказе от выполнения общепринятых норм, правил поведения, обесценивании нравственных и духовных идеалов старшего поколения, в «бунте» против родительской власти, непереносимости возражений. У мальчиков эта реакция бывает выражена сильнее, чем у девочек. Обычно она разворачивается в младшем или (особенно) в среднем подростковом возрасте под влиянием социопсихологических факторов. Мелочная опека, чрезмерный контроль над поведением, наказание путем лишения минимальной свободы и самостоятельности *обостряют подростковый конфликт* и провоцируют подростков на крайние меры: прогулы, уходы из школы и из дома, бродяжничество.

Реакция группирования со сверстниками. Подросткам свойственно инстинктивное тяготение к сплочению, к группированию со сверстниками, в процессе которого вырабатываются и апробируются навыки социального взаимодействия, умение подчиняться коллективной дисциплине, завоевывать авторитет и приобретать желаемый статус. Подростковые группы проходят через всю историю человечества от первобытного общества и древней Спарты до современных неформальных объединений.

²¹ Психология подростка: учебник / Под ред. чл.-корр. РАО А. А. Реана. – СПб. : Евро-Знак, 2003. – 480 с.

В своей группе подросток удовлетворяет потребность коммуникации. Однако эта потребность – не просто в общении с кем угодно, а в контактах именно со сверстниками. «Нерегламентированное общение» со взрослыми его заменить не может. Видимо, более важным является чувство причастности к своей возрастной когорте, сплочения со сверстниками, определение своего места среди них.

В группе всегда есть лидер, роль которого обычно выполняют активные подростки. Лидер завоевывает свое место в борьбе с другими, изгоняя из группы тех, кого не удастся подчинить. Нередко группа обладает «своей территорией», тщательно оберегаемой от вторжения сверстников-чужаков, особенно членов других подобных групп, в борьбе с которыми протекает жизнь. Состав группы довольно стабилен, прием новых членов нередко сопряжен с особыми «испытаниями» или ритуалами. Примкнуть к группе без согласия вожака невозможно. Обнаруживается склонность к внутригрупповому символизму – вырабатываются условные знаки, свой «язык», клички, особые отметки на одежде, обряды. Например, описано «братание кровью»: подростки, сделав надрезы на предплечьях, прижимают друг к другу кровоточащие поверхности кожи.

Реакция увлечения. Для подросткового возраста увлечения (хобби) составляют весьма характерную особенность. Увлечения необходимы для становления личности подростка, так как благодаря им формируются склонности, интересы, индивидуальные способности.

Увлечения делятся на следующие виды:

1. *Интеллектуально-эстетические* (музыка, рисование, радиотехника, электроника, история и т. д.).

2. *Телесно-мануальные* включают все, что питается намерением укрепить свою силу, выносливость, приобрести ловкость, определенные умения или искусные ручные навыки.

3. *Накопительные* (коллекционирование).

4. *Лидерские* увлечения сводятся к поиску ситуаций и положений, в которых можно предводительствовать, руководить, направлять других.

5. *Эгоцентрические* питаются желанием быть в центре внимания окружающих. Здесь главное – показная сторона увлечений, будь то участие в театральной студии, спортивных соревнованиях, модельный бизнес.

6. *Азартные* увлечения всегда основываются на своеобразной жажде обогащения и проявляются тяготением к разного рода картежным играм, ставкам, пари, лотереям и т. п. Хотя привлекательным является выигрыш, но определенное наслаждение доставляет и само чувство риска. У младших подростков азартное увлечение может проявляться многочасовыми играми в аттракционах-автоматах.

7. *Информативно-коммуникативные* увлечения заключаются в неутолимом поиске новой легкой информации, не требующей критической интеллектуальной переработки, и потребности в постоянных поверхностных контактах, позволяющих обмениваться полученными новостями. Это хобби проявляется многочасовой пустой болтовней со случайными приятелями, «зависанием» в чатах, форумах. Все это можно было бы считать не увлечением, а лишь своеобразной манерой поведения, формой общения. Однако вся эта деятельность занимает время и место увлечений, получает определенную эмоциональную окраску.

Многие из увлечений, выбираемых подростками, могут казаться окружающим ненужными и даже странными. Но для самого подростка они представляются чрезвычайно значимыми. Ему даже бывает безразлично, как на это смотрят другие. Наслаждение доставляет сам процесс занятий, а достижение каких-либо результатов часто стоит на втором месте. Поглощенные увлекательным для них делом, подростки могут отдавать ему почти все время в ущерб учебе, отдыху и другим развлечениям.

Нередко в ответ на сложную для подростка психотравмирующую ситуацию увлечения приобретают утрированную форму, захватывают все его стороны жизни. В наибольшей группе риска в отношении формирования девиантного поведения находятся подростки, не имеющие никаких увлечений, особенно социально-полезных.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. Это реакции, связанные с проявлением полового влечения. Сюда могут быть отнесены не только непосредственные проявления сексуальной активности: мастурбация, включая совместную и взаимную с другими, петтинг, ранние сексуальные связи, промискуитет, транзиторный подростковый гомосексуализм и др. Помимо них, встречаются нарушения поведения, внешне не имеющие сексуальной окраски, но которые в действительности должны быть отнесены к рассматриваемому кругу явлений (некоторые случаи избирательной агрессии, демонстративных суицидальных действий).

Подростков волнуют происходящие с ними физические изменения, они обеспокоены своим внешним видом, тело становится основой самооценки и сексуальной привлекательности.

Сексуальное поведение подростков отличается чрезвычайной неустойчивостью и легко может приближаться к патологическим формам. Причиной этой неустойчивости является недифференцированная сексуальность подростков, отмеченная еще А. Молл (1893). Половое возбуждение у мальчиков-подростков может вызываться множеством раздражителей: мышечным напряжением, тряской при езде в транспорте, даже болью и страхом. Неоднократное повторение подобных ситуаций способствует образованию условно-рефлекторных связей и, как следствие, сексуальных девиаций.

В ряде случаев, особенно при неправильном половом воспитании (или его отсутствии), сексуальные переживания и половая активность подростков становятся настолько интенсивными, что поглощают все остальные интересы и служат одной из причин нарушения поведения.

Сексуальные девиации могут проявляться в различных формах половой активности. Самыми опасными из них являются промискуитет, групповой секс, вовлечение в секс-бизнес, подростковый транзиторный гомосексуализм.

Промискуитет – частые сексуальные контакты с постоянной сменой половых партнеров. Нередко он сочетается с наркотизацией или алкоголизацией. Частые неупорядоченные контакты подростков могут быть также следствием пережитого (и неоднократно) сексуального насилия со стороны взрослых. В таких случаях промискуитет закрепляется как стереотип и становится формой сексуального поведения.

Групповой секс – половой контакт, происходящий с участием нескольких партнеров. Часто количество участников таких контактов может достигать

5–10 человек. Групповой секс является самой рискованной сексуальной практикой, связанной не только с рисками инфицирования, но и с насилием. Он часто сочетается также с алкоголем или наркотиками.

Подростковый транзиторный гомосексуализм чаще наблюдается у мальчиков, чем у девочек, и наиболее распространен в закрытых учреждениях. Выше уже упоминалось о недифференцированной сексуальности подростков, что и приводит к этой форме отклоняющегося сексуального поведения. В отличие от истинного гомосексуализма, он ситуативно обусловлен, и объекты противоположного пола, если они присутствуют, всегда более привлекательны²².

Вовлечение в секс-бизнес – получение материального вознаграждения за предоставление сексуальных услуг посредством разного рода сексуальных контактов. Чаще всего подростки, вовлеченные в секс-индустрию, являются безнадзорными. Одной из причин вовлечения в секс-бизнес является втягивание подростка в эту индустрию взрослыми (часто – значимыми для него), сексуальное насилие, пережитое в детстве, отсутствие средств к существованию и пр.²³

Все вышеперечисленные специфические подростковые реакции (эмансипации, группирования со сверстниками, хобби-реакции, реакции, связанные с формированием либидо) могут выступать как вариантом нормы, так и представлять собой патологические нарушения поведения, особенно в случае некорректного психолого-педагогического влияния.

Акцентуации характера у подростков

Понятие «акцентуация» впервые ввел немецкий психиатр и психолог Карл Леонгард. Им же была разработана и описана классификация типов акцентуации личности. В нашей стране получила также распространение классификация, предложенная известным детским психиатром А. Е. Личко.

Акцентуация – это дисгармоничность развития характера, гипертрофированная выраженность отдельных его черт, что обуславливает повышенную уязвимость личности в отношении определенного рода воздействий и затрудняет ее адаптацию в некоторых специфических ситуациях²⁴.

Причиной формирования акцентуаций характера могут быть как конституциональные особенности характера личности, так и неблагоприятное влияние среды. Чаще всего это:

- неправильное воспитание;
- тяжелая длительная психотравматизация;
- неблагоприятные влияния среды, искажающие развитие личности;
- изменения характера под влиянием пренатальных, натальных и ранних постнатальных поражений головного мозга травмами, инфекциями, интоксикациями;
- последствия черепно-мозговых травм с органическими поражениями головного мозга.

²² Личко А. Е. Типы акцентуации характера и психопатий у подростков. – М. : Апрель-Пресс, 1999. – 416 с.

²³ Подробнее этот вопрос будет рассмотрен в части 6.

²⁴ Психология подростка: учебник / под ред. чл.-корр. РАО А. А. Реана. – СПб. : Евро-Знак, 2003. – 480 с.

Известно, что акцентуации в ряде случаев сочетаются с отклоняющимся от нормы (девиантным) поведением, в частности противоправными действиями, суицидальным поведением, употреблением наркотиков, другими рискованными для здоровья и жизни практиками. В то же время поведение многих людей с акцентуированным характером не является отклоняющимся. И, напротив, девиантное поведение могут демонстрировать и люди с неакцентуированным характером.

Ниже предлагается рассмотреть, как акцентуации характера сочетаются с разными формами девиантного поведения.

При каждом типе акцентуации имеются свойственные ему, отличные от других типов, «слабые места». Так как подростковый возраст является кризисным, особенности характера подростка часто заостряются, а при продолжительном действии психогенных факторов, адресующихся к «месту наименьшего сопротивления», могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении. При этом для каждого типа акцентуации существуют свои более или менее характерные формы девиантного поведения.

Типы акцентуаций характера в контексте склонности к девиантному поведению²⁵

1. Гипертимный тип

Наиболее уязвимое место гипертимных подростков – их стремление к независимости, самостоятельности. У них постоянно возникает конфликт с родителями и педагогами. Они протестуют против правил и распорядков, ограничивающих их свободу. Попытки взрослых контролировать их, быть с ними строже вызывают только ответное обострение протеста.

Почувствовать себя среди равных или даже в роли лидера подростки могут в компании сверстников. И тут свою роль играет другая особенность гипертимной акцентуации – стремление подростков к общению. Гипертимные подростки легко чувствуют себя практически в любой компании, их интересует все новое и необычное, а следовательно – они легко могут попасть в асоциальную или криминальную группу. С приятелями они легко предаются развлечениям, алкоголизации и т. д. Употребление алкоголя и наркотиков может быть связано не только с влиянием компании, но и с желанием «попробовать что-то новенькое». А переоценка собственных возможностей делает вероятным формирование зависимости²⁶.

2. Циклоидный тип

У циклоидных подростков имеются свои «места наименьшего сопротивления». В период подъема они почти те же, что и при гипертимном типе характера: неприятие скучной размеренной жизни, стремление к общению со сверстниками, неразборчивость в знакомствах. После активных фаз наступают субдепрессивные. В эти периоды подростки становятся особенно чувствительными к упрекам, осуждению в свой адрес.

²⁵ Личко А. Е. Типы акцентуации характера и психопатий у подростков. – М. : Апрель-Пресс, 1999. – 416 с.

²⁶ Подробнее вопросы связи акцентуаций характера и употребления наркотических веществ будут рассмотрены в части 8 «Подростки и молодые люди, употребляющие наркотики инъекционным путем».

Выраженные отклонения в поведении циклоидным подросткам не свойственны, так как реакции группировки и эмансипации, усиливающиеся в период подъема, в субдепрессивный период практически затухают. Исключение составляет суицидальное поведение. Причем речь идет не о показательных суицидах, как в случае с истероидной акцентуацией, а об истинных покушениях.

3. Лабильный тип

«Слабым звеном» лабильного подростка является эмоциональное отвержение со стороны близких лиц, утрата их или полная разлука с ними. Длительная неблагоприятная обстановка в сочетании с недоброжелательным вниманием со стороны окружения, эмоциональным отвержением и третированием со стороны близких, а также гиперпротекцией может толкнуть такого подростка на поиски эмоциональных контактов в асоциальных компаниях.

Так как настроение у лабильных подростков меняется очень часто, а перемены очень глубоки, вероятны суицидальные попытки в состоянии аффекта.

4. Астено-невротический тип

Главными чертами этой акцентуации являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. В силу этих качеств при этом типе акцентуации девиантное поведение в основном не встречается (ни правонарушений, ни побегов из дому, ни алкоголизации).

Однако это не означает полного отсутствия предпосылок для формирования отклонений в поведении. Из-за астеничности, утомляемости такие подростки не могут активно выражать свои стремления. Накапливаясь, эти стремления могут подогревать маломотивированные вспышки раздражения в отношении окружающих.

5. Сенситивный тип

Основная черта таких подростков – «чувство собственной недостаточности». Они робки, застенчивы, избегают новых людей, глубоко привязаны к родителям, близким.

У них формируются высокие моральные и этические требования и к себе, и к другим, и поэтому девиантного поведения они практически не демонстрируют, за исключением суицидального.

6. Психастенический тип

Подростки с таким типом акцентуации характера отличаются робостью, пугливостью, склонностью к рассуждательству, тревожной мнительностью и, наконец, легкостью возникновения навязчивых состояний – навязчивых страхов, действий, ритуалов, мыслей. Психастеники не склонны ни к каким проявлениям девиантного поведения.

7. Шизоидный тип

Наиболее существенными чертами данного типа считаются замкнутость, отгороженность от окружающего мира, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении. Такой подросток живет в своем мире, своими необычными для других интересами.

У этих подростков алкоголь, не вызывая эйфории, может облегчить установление контактов, устраняет затруднения и чувство неестественности при общении. Тогда легко образуется особого рода психическая зависимость – стремление

регулярно использовать небольшие дозы «допинга», часто крепких алкогольных напитков, с целью «побороть застенчивость» и облегчить контакты. Такую же опасность представляют и другие психоактивные вещества.

Шизоидные подростки могут совершать серьезные правонарушения «во имя группы», желая, чтобы «группа признала своим». В одиночку ими совершаются также сексуальные правонарушения (эксгибиционизм, развратные действия над малолетними, сексуальная агрессия).

8. Эпилептоидный тип

Главной чертой эпилептоидных подростков является склонность к периодам злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением и поисками объекта, на котором можно сорвать зло. В то же время они стараются заботиться о своем здоровье, берегут себя.

Среди увлечений отмечается склонность к азартным играм. Страсть к обогащению очень легко пробуждается.

Эпилептоидная акцентуация является почвой для ситуативно обусловленных нарушений поведения и даже криминальных правонарушений, ранней алкоголизации и наркотизации. Могут наблюдаться амнестические формы опьянения, во время них совершаются поступки, о которых не сохраняется никаких воспоминаний.

Эпилептоидный тип можно признать одним из самых трудных для социальной адаптации. Тяжелые и выраженные степени психопатий относительно часты, при явных акцентуациях характера подростковый период ознаменован тяжелыми конфликтами, и даже при скрытой акцентуации возможны неожиданные тяжелые эксцессы.

9. Истероидный тип

Главная черта истероидных подростков – беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе. Из этой черты вытекает основное проявление девиантного поведения этих подростков – суицидальные демонстрации. Реже встречаются суицидальные покушения в состоянии аффекта.

Алкоголизация также может носить чисто демонстративный характер. Сформировавшийся алкоголизм у истероидных подростков встречается довольно редко.

Делинквентность истероидов проявляется в особой склонности к мелкому воровству, мошенничеству, вызывающей манере вести себя в общественных местах. Угроза наказания за совершенные проступки может толкать на демонстративное суицидальное поведение.

10. Конформный тип

Особенность этого типа – постоянная и чрезмерная конформность к своему непосредственному и привычному окружению, они хотят «жить, как все, и думать, как все». Поэтому личность с конформной акцентуацией – продукт того социума, в котором она находится. «За компанию» такие подростки с легкостью употребляют психоактивные вещества, легко идут на правонарушения, другие типы рискованного поведения.

11. Неустойчивый тип

Главная черта неустойчивых подростков – крайнее безволие и тяга к легким удовольствиям. Этим стремлением детерминировано все их поведение. У них нет желания учиться. В выборе развлечений они тоже не проявляют характера, плывут по течению. В результате они оказываются в компаниях, сулящих немедленные удовольствия, как правило, асоциальных.

Высокая частота алкоголизации подростков неустойчивого типа тоже вполне понятна. Психоактивные вещества рассматриваются ими как необходимый атрибут культа развлечений. В качестве мотива алкоголизации и наркотизации обычно приводится желание испытать веселое настроение.

Неустойчивые подростки легко идут на кражи, рассматривая их не как противоправный поступок, а как развлечение и добычу средств на новые развлечения. Достаточно характерны для таких подростков побеги из дома. Сначала они бегут от трудностей (учебы, наказаний и т. п.), но потом – на поиски развлечений.

Таким образом, в большинстве случаев акцентуации характера создают предпосылки для формирования девиантного поведения, особенно в подростковом возрасте. Для того чтобы избежать отклонений в поведении детей, родителям и педагогам следует вовремя обратить внимание на особенности характера ребенка. Зная тип акцентуации его характера, «места наименьшего сопротивления» в характере и избегая, по возможности, неблагоприятных социально-психологических воздействий, можно предотвратить формирование отклоняющегося поведения. На сегодня распространены различные методики диагностики акцентуаций характера у подростков, самыми известными из которых являются: характерологический опросник К. Леонгарда, патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А. Е. Личко, модифицированный опросник для идентификации типов акцентуации характера²⁷. Кроме того, С. И. Подмазин, О. И. Сибиль, А. А. Реан и др. приводят четкие рекомендации по взаимодействию специалистов и родителей с подростками, имеющими разные типы акцентуации характера. Эти рекомендации направлены на коррекцию и успешную реабилитацию таких подростков²⁸, взаимодействие с ними в ситуациях изменения их поведения (дополнительно ознакомиться с этими материалами можно, используя ссылки по тексту). По данным многих украинских и российских исследователей, 90% подростков имеют те или иные акцентуации характера (наиболее ярко выраженные, заостренные черты), и каждый подросток требует к себе индивидуального подхода с учетом этих особенностей.

Сущность поведения, отклоняющегося от нормы

Поведение, отклоняющееся от нормы (девиантное поведение), – это поведение личности или группы, которое не соответствует общественным нормам и приносит вред самой личности, окружающим и обществу в целом.

²⁷ Подмазин С. И., Сибиль О. И. Как помочь подростку с «трудным» характером. – К.: НПЦ Перспектива, 1996. – 160 с.; Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.

²⁸ Психология подростка: учебник / под ред. чл.-корр. РАО А. А. Реана. – СПб.: Евро-Знак, 2003. – 480 с.

Основными критериями, свидетельствующими о девиантном поведении, являются следующие:

- поведение подростка отклоняется от наиболее важных принятых в данном обществе и в данное время социальных норм;
- поведение и личность, его проявляющая, вызывает неодобрение (негативную оценку, осуждение) со стороны других людей. Осуждение вызывает стигматизацию личности, что вполне может способствовать рецидивам и сохранению девиантного поведения (о чем подробнее будет идти речь в части 10);
- поведение наносит реальный ущерб самой личности или окружающим людям. Это может быть вред здоровью как личности, так и ее окружения, материальный ущерб и т. д.;
- поведение преимущественно можно охарактеризовать как стойко повторяющееся (многократное и длительное);
- расстройство поведения сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации (но в то же время социальная дезадаптация может служить и самостоятельной причиной девиантного поведения)²⁹.

Классификаций девиантного поведения существует достаточно много, но остановиться хотелось бы на одной из наиболее распространенных.

Девиантное поведение включает в себя:

1. *Делинквентное поведение* – стойкий стереотип действий, отклоняющихся от нормы, которые носят характер правонарушений и проступков.

2. *Криминальное поведение* – поведение, связанное с нарушением норм криминального законодательства, то есть представляет собой криминально наказуемые деяния.

3. *Патохарактерологическое поведение* – поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания. В выборе своих поступков человек руководствуется неадекватными ситуации мотивами.

4. *Психопатологическое поведение* – поведение, которое основывается на психопатологических симптомах и синдромах – проявлениях тех или иных психических расстройств и заболеваний.

5. *Аддиктивное поведение* – поведение, предполагающее использование каких-либо веществ (в том числе наркотических) или же специфических активностей с целью ухода от реальности и получения желаемых эмоций, до того как сформируется зависимость.

Факторы, оказывающие влияние на формирование девиантного поведения:

- медико-биологические;
- социально-педагогические;
- экономико-политические;
- культурные.

²⁹ Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб. : Речь, 2005. – 346 с.

Схема формирования у подростков поведения, отклоняющегося от нормы



В результате подросткового кризиса, протекающего в неблагоприятных условиях, гиперпроявлений подростковых реакций, наличия акцентуаций характера, а также дефицита условий нормального развития, формируется личность подростка, практикующего девиантное поведение. Часто девиантное поведение является для подростка способом протеста или компенсации своей кажущейся или явной ущербности, а порой для него это – норма поведения, которую ребенок усваивал на протяжении всего своего взросления в собственной семье.

Очевидно, что девиантное поведение оказывает пагубное влияние на развивающуюся личность. Одним из многих последствий девиантного поведения для подростков могут быть различные проблемы со здоровьем, в том числе инфицирование ВИЧ. В контексте прямого риска инфицирования ВИЧ самыми опасными формами девиаций являются аддиктивное поведение (употреблением психоактивных веществ инъекционным путем), при стечении ряда факторов легко переходящее в зависимость, и различные проявления рискованного сексуального поведения, сексуальных девиаций (промискуитет, групповой секс, вовлечение в секс-бизнес, изнасилования и т. д.).

Кроме того, подростковый возраст делает личность уязвимой к инфицированию еще и потому, что специфические подростковые особенности во многих ситуациях не дают подростку действовать адекватно в различных ситуациях риска:

- завышенная/заниженная самооценка;
- комплекс всемогущества и «непроницаемости» для болезней и проблем;
- непринятие норм и запретов общества;
- желание экспериментировать;
- готовность с легкостью идти на риск;
- следование кумирам, авторитетным ровесникам;
- недостаток знаний, умений и навыков;
- отсутствие необходимого жизненного опыта для принятия правильных решений и т. д.

Эффективные методы работы с подростками с учетом возрастных особенностей

С подростками, практикующими девиантное поведение, очень нелегко взрослым, особенно тем, кто не имеет элементарных психолого-педагогических знаний и не способен установить контакт с ребенком, применить нужные и адекватные ситуации педагогические приемы, найти к подростку индивидуальный подход. Поэтому таких подростков часто называют трудновоспитуемыми. Само слово «трудновоспитуемость» указывает на затруднения в воспитании, формировании личности ребенка, на его неспособность или нежелание усваивать педагогические воздействия и активно на них реагировать.

Но самое главное для специалиста – понять, что к сердцу любого ребенка можно подобрать свой «ключик». Трудновоспитуемость в любом возрасте, в том числе в подростковом (если это не результат психического расстройства) – это также часто и показатель непрофессионализма взрослых воспитателей и других специалистов, которые этого ребенка окружают.

Пожалуйста, на основе изложенной выше в разделе информации постарайтесь выделить как можно больше особенностей подросткового возраста и записать их в первой колонке *таблицы 3.3.2*.

Таблица 3.3.2

| Особенности подросткового возраста | Способы учета особенностей подростков с целью повышения эффективности программ и оказания услуг подросткам |
|------------------------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Напротив каждой выделенной Вами особенности зафиксируйте определенный способ повышения эффективности программ и оказания услуг подросткам с учетом этой особенности нашей целевой группы, например:

| Особенности подросткового возраста | Способы повышения эффективности программ и оказания услуг подросткам |
|--|--|
| <i>Сверстники для подростков приобретают намного большее значение, чем в детстве</i> | <i>Обучение по методу «равный – равному» может стать важной стратегией для ознакомления подростков с ключевыми вопросами здоровья</i> |
| <i>Подростки могут чувствовать себя настороженно в общении со взрослыми и казаться неприступными</i> | <i>Обучение специалистов, которые предоставляют услуги подросткам («поставщиков услуг»), помочь им в понимании особенностей подросткового периода и демонстрация наиболее эффективных путей работы с подростками улучшат коммуникацию между специалистами и подростками, а соответственно – повлияют на качество предоставляемых услуг</i> |
| <i>Подростки проявляют повышенное внимание к вопросам, касающимся взаимоотношений между полами, в частности к вопросам секса</i> | <i>Предоставление подросткам достоверной и необходимой для них информации, касающейся взаимоотношений между полами, сексуального и репродуктивного здоровья; формирование культуры отношений; включение подростков в программы полового воспитания; формирование таких программ с привлечением к разработке подростков и т. д.</i> |

Важно, чтобы данная таблица заполнялась Вами постоянно по мере рассмотрения частей пособия (сессий тренинга), каждая из которых может помочь выделить дополнительные особенности целевой группы, а соответственно – разработать способы повышения эффективности программ с учетом этой особенности.

Для эффективной разработки и внедрения программ по работе с подростками одним из важнейших пунктов является учет специфики целевой аудитории и ориентация на ее потребности. В данном случае были рассмотрены общие особенности подросткового возраста, которые должны учитываться специалистами. В следующих частях семинара речь пойдет об отдельных целевых группах подростков, и к выделенным особенностям добавятся специфические характеристики каждой категории.

Часть 4

Особенности подростков групп риска и подростков, уязвимых к инфицированию ВИЧ

4.1. Сущность поведения, рискованного с точки зрения инфицирования ВИЧ

Определение понятия «рискованное поведение подростков»

В. И. Даль в «Толковом словаре русского языка» дает такое определение понятию «**риск**»: «...это отвага, смелость, решимость, *действие на авось, на удачу*. **Рисковое дело** – *неверное, сомнительное, опасное*. **Рисковать** – *пускаться на удачу, делать что-либо без верного расчета, подвергаться случайности, известной опасности*».

Рискованное поведение – это использование подростком таких поведенческих практик, которые угрожают его состоянию здоровья и нормальной жизнедеятельности.

Психология здоровья рассматривает **риск** с точки зрения личного выбора или моделей поведения, которые могут быть определяющими для возникновения заболеваний, связанных с образом жизни. Риск понимается как вероятность возникновения негативных последствий для здоровья в результате использования тех или иных поведенческих практик. Термин «здоровый образ жизни» предусматривает избежание рискованного поведения.

По определению ВОЗ и ЮНИСЕФ, **рискованное поведение** – это привычки и стереотипы поведения, которые увеличивают риск инфицирования ВИЧ, ИППП, а также вероятность незапланированной беременности.

Если же рассматривать сущность поведения, рискованного с точки зрения инфицирования ВИЧ, то в его основе лежат пути передачи ВИЧ. Соответственно, можно говорить, что **рискованное поведение к инфицированию ВИЧ** – это поведенческие практики, которые несут угрозу инфицирования ВИЧ, прежде всего: употребление инъекционных наркотиков, половые контакты без презерватива, любые манипуляции, где вероятен контакт с кровью.

Причины рискованного поведения такие же, как и причины девиантного поведения, рассмотренные выше, так как рискованное поведение к инфицированию ВИЧ, собственно, является разновидностью девиантного поведения. То есть рискованное поведение к инфицированию ВИЧ может быть следствием специфики подросткового возраста, характеристик личности, а также порождаться особенностями социального окружения подростка, его воспитания, социально-экономическими и культурными особенностями того общества, в котором он проживает.

Причины и факторы, способствующие формированию рискованного поведения, могут быть своевременно нейтрализованы специалистами, учтены

при работе с подростками, что поможет подростку избежать рисков. Если же такого вмешательства не будет, то совокупность этих факторов составляет явную угрозу благополучию подростка.

Соответственно, причины порождают поведение, а характеристики и особенности поведения подростков влияют на их уязвимость к ВИЧ-инфекции и на угрозу оказаться в группе риска к инфицированию ВИЧ.

4.2. Уязвимые подростки и подростки групп риска к инфицированию ВИЧ

В соответствии с международными подходами, в частности, видением ЮНИСЕФ и ВОЗ, в системе профилактики ВИЧ-инфекции среди детей и подростков выделяют две группы, нуждающиеся в наибольшем внимании:

- группы подростков, уязвимых к ВИЧ-инфекции;
- подростки групп риска к ВИЧ-инфицированию.

С 2006 г. уязвимые подростки и подростки групп риска впервые официально были обозначены как приоритетные группы для национального ответа на угрозу ВИЧ-инфекции/СПИД в Украине, что отображено в национальной *Дорожной карте расширения универсального доступа к профилактике ВИЧ/СПИД, ухода и поддержки в Украине до 2010 года* и в *Общегосударственной программе обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, лечения, ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на 2009–2013 г.*, утвержденной Законом Украины № 1026–VI от 19 февраля 2009 г.

Подростки, уязвимые к ВИЧ-инфицированию, – это категория детей и молодежи (10–19 лет), которые в силу определенных жизненных обстоятельств, влияния общества и среды, принадлежности к определенной субкультуре или группе, отсутствия или ограниченности доступа к информации, услугам и программам, могут начать практиковать поведение, рискованное с точки зрения инфицирования ВИЧ.

ВОЗ так характеризует уязвимость подростков к риску получения ВИЧ-инфекции:

1. Уязвимость – это степень неспособности отдельно взятого человека или общества в целом контролировать риск получения ВИЧ-инфекции.

2. Уязвимость подразумевает отсутствие выбора безопасной модели поведения, что ведет к риску заражения ВИЧ.

3. Уязвимость увеличивает вероятность ухудшения здоровья. Существует множество социальных и контекстуальных факторов риска, делающих молодежь уязвимой к ВИЧ-инфекции. Речь идет о гендерных нормах, о взаимоотношениях между различными возрастными группами, расовых, социальных и культурных нормах, системе ценностей, местонахождении и экономическом статусе.

Подросток, не находящий любви, понимания и заботы в семье или в учреждении, где он воспитывается, в результате срабатывания механизма компенсации ищет то место, ту компанию, которая даст ему возможность почувствовать

себя комфортно, занять лидирующие позиции в определенных сферах. И такой референтной группой для подростка может стать любая компания, где он сможет получить признание. Чаще всего – это асоциальные объединения подростков, для которых забота о своем здоровье не является ценностью и которые выбирают различные рискованные модели поведения. Поэтому, когда подросток попадает в группу, члены которой имеют вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков и т. д.), он охотно поддерживает такое поведение, чтобы быть «своим» в этой компании.

Недостаточность функции прогноза препятствует выработке представления о последствиях рискованного поведения (социальных, медицинских, психологических). Нестойкая самооценка подкрепляет потребность подростков в употреблении алкоголя, психотропных веществ, улучшающих настроение и делающих их более уверенными в себе. Высокая потребность в общении в этом возрасте, равно как и влияние группы на поведение подростка, делает его уязвимым к формированию вредных привычек.

Кроме того, на уровне всего сообщества можно выделить ряд факторов, способствующих усилению уязвимости и без того незащищенных подростков³⁰:

- алкоголизация и наркотизация (стремительный рост уровня потребления подростками и молодежью алкоголя и наркотиков в Украине, легкий доступ к ним, относительная дешевизна);
- распространение торговли людьми и эксплуатации (в том числе сексуальной);
- отсутствие системы ювенальной юстиции, восстановительного правосудия, что приводит к усугублению криминализации подростков и молодых людей и попаданию их в места лишения свободы;
- вынужденная миграция родителей, связанная с поисками работы, соответственно – беспризорность детей;
- гендерное неравенство в обществе и распространенность гендерных стереотипов (уязвимость девочек к инфицированию ВИЧ в Украине, как и во всем мире, усиливается из-за гендерного неравенства, но в то же время – уязвимость мальчиков повышается в силу распространенных стереотипов относительно мужского поведения: «должен быть смелым и не бояться все попробовать», «мужчина должен иметь много половых партнеров» и т. д.).

Таким образом, в силу всего вышесказанного, к подросткам, наиболее уязвимым к ВИЧ, относятся, например:

- подростки, проживающие в семьях, находящихся в сложных жизненных обстоятельствах (алкоголизм, наркозависимость родителей, насилие в семье, жестокое обращение с ребенком и т. д.);
- подростки-сироты и подростки, лишенные родительской опеки (беспризорные);
- несовершеннолетние в воспитательных колониях и СИЗО;
- подростки, находящиеся в приютах, ЦСПР для детей, школах и ПТУ социальной реабилитации, приемниках-распределителях для детей и других специальных учреждениях;

³⁰ Подростки групп риска: доказательная база для усиления ответа на эпидемию ВИЧ в Украине: аналит. отчет / ЮНИСЕФ, УИСИ им. А. Яременко. – К. : К.И.С., 2008. – 192 с.

- подростки, живущие и работающие на улице;
- подростки, употребляющие алкоголь или наркотики (но не инъекционным путем) и т. д.

Согласно определению Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), **подростки групп риска** – это дети и молодые люди (10–19 лет), которые вследствие своего рискованного поведения более подвержены инфицированию ВИЧ.

По определению ЮНИСЕФ, в категорию подростков групп риска входят:

- подростков, практикующих употребление наркотиков инъекционным путем;
- подростков, имеющих незащищенные половые контакты, в частности, вследствие сексуальной эксплуатации, включая тех, кто стал жертвой торговли людьми, и тех, кто имеет незащищенный (часто принудительный) секс за вознаграждение;
- мальчиков-подростков, имеющих незащищенный анальный секс с мужчинами, в том числе за вознаграждение.

Данные категории разработаны ЮНИСЕФ и международными экспертами для стран, находящихся на этапе концентрированной эпидемии, в том числе для Украины. Именно эти группы определены как группы наивысшего риска инфицирования ВИЧ.

Существует ряд факторов, влияющих на степень риска в поведении парней и девушек подросткового возраста. Под действием этих факторов подросток может быть вовлечен в рискованное поведение относительно инфицирования ВИЧ, не имея возможности защитить себя. К таким факторам относятся, в частности, медицинские или биологические, например, повышенная чувствительность к ВИЧ у подростка, уже инфицированного ИППП. Существуют также политические и культурные факторы (например, уровень охвата и качество предоставления услуг ПГР), законодательство, которое часто вместо поддержки может создавать дополнительные препятствия в получении ПГР помощи. Также существует ряд социально-экономических факторов (например, стигматизация и дискриминация ПГР, скоординированность услуг в самом сообществе и т. д.), делающих оказание помощи этой группе еще более затрудненным.

Перечисленные факторы и ряд других могут негативно влиять на поведение подростка, его собственное восприятие и понимание риска, уровень его знаний, умений и навыков, например, относительно путей и инструментов уменьшения риска и профилактики ВИЧ.

К сожалению, в Украине длительное время акцент делался на работе со взрослыми представителями групп риска, но при этом программы по предотвращению стигматизации и дискриминации этих групп, нарушения прав их представителей реализовывались недостаточно, что усугубляет риски ПГР. Кроме того, существует ряд законодательных проблем, влияющих на оказание услуг ПГР: возрастная категория «подросток», как уже говорилось выше, не является юридической категорией в Украине, что затрудняет разработку программ и оказание услуг для возрастной группы 10–19 лет.

Подростки групп риска отличаются от уязвимых групп тем, что данная категория систематически подвергается риску и практикует рискованное поведение относительно инфицирования ВИЧ, пребывающее в рамках основных путей инфицирования: полового и парентерального (в данном случае – инъекции).

ПГР, их половые партнеры, а также уязвимые подростки часто оказываются в одних и тех же компаниях, воспитываются в одних учреждениях, находятся в приютах, центрах реабилитации и т. д., где может быть распространен как беспорядочный секс (промискуитет), так и своеобразные ритуалы «братания», связанные с контактом крови, другие рискованные практики. Соответственно, все это значительно повышает вероятность внедрения практик рискованного поведения в среду уязвимых подростков и перехода их в категорию ПГР.

Таким образом, **основной целью в работе с уязвимыми подростками** можно определить предупреждение перехода их в среду ПГР, развитие защитных факторов, которые смогут помочь им адаптироваться к меняющимся условиям общества, преодолевать сложные жизненные обстоятельства при помощи адекватных способов. Кроме того, важно развивать сеть социальной поддержки для таких подростков, которая будет всячески способствовать улучшению и стабилизации их жизненных обстоятельств и преодолению ними уязвимости.

Основные защитные факторы, способные стабилизировать или снизить уровень уязвимости и помочь избежать перехода к рискованным практикам подростков:

- доверительные отношения с родителями или любыми другими взрослыми в сообществе;
- благополучная школьная среда, внимание к подросткам со стороны педагогов;
- хорошо развитые жизненные навыки;
- адекватная самооценка, уверенность в себе, эмоциональная стабильность;
- развитие духовности;
- активное вовлечение в общественную жизнь;
- повышение доступа к получению качественных медико-социальных и психолого-педагогических услуг и т. д.³¹

В работе с ПГР к инфицированию ВИЧ первостепенной целью является снижение риска инфицирования ВИЧ через внедрение стратегий уменьшения риска и снижения вреда (о чем речь шла в части 2), развитие таких навыков, которые помогут подростку сберечь свое здоровье, избежать инфицирования и, соответственно, передачи инфекции другим. Следующей задачей является мотивирование к изменению рискованных практик и поведения на безопасные модели поведения, к изменению способа жизни; ресоциализация и адаптация таких подростков при помощи развития тех же факторов защиты, которые были перечислены выше.

На сегодняшний день в Украине в условиях высоких темпов распространения инфицирования ВИЧ среди подростков и молодых людей ПГР в силу уже перечисленных причин долгое время оставались мало охваченными. Материалы данного пособия и, соответственно, тренинга на его основе делают акцент именно на изучении особенностей ПГР, а также развитии доброжелательной системы услуг для них и повышении эффективности таких услуг с учетом потребностей и особенностей ПГР, внимание чему будет уделено в следующих частях книги.

³¹ Подростки групп риска: доказательная база для усиления ответа на эпидемию ВИЧ в Украине: аналит. отчет / ЮНИСЕФ, УИСИ им. А. Яременко. – К. : К.И.С., 2008. – 192 с.

5.1. Основы законодательного обеспечения работы с ПГР

Особенности правового статуса подростков

Существуют определенные расхождения в определении понятий «подростки» и «молодежь» в документах и практических подходах международных организаций и в законодательстве Украины³². В международных документах используется понятие «подростки», к которым относят возрастную группу от 10 до 19 лет включительно. Например, ВОЗ при определении возрастных границ подросткового возраста рассматривает как биологические (физические и физиологические), так и социально-экономические критерии. ВОЗ также считает, что подростковый период – это, скорее, этап личной жизни, а не просто фиксированный возрастной промежуток.

В украинском законодательстве понятия «подросток» («подростки») применяется, но юридически не определено. Так, на уровне отдельных нормативно-правовых актов (в частности, приказов МОЗ) довольно распространенным является употребление понятий «подросток», «подростковый возраст».

Однако ни один нормативно-правовой акт отечественного законодательства не содержит определения понятий «подросток», «подростковый» и не устанавливает их соотношения с понятиями «ребенок», «малолетний», «несовершеннолетний». Единственным термином, близким к вышеперечисленным и определенным на уровне Приказа МОЗ, является термин «дети подросткового возраста»³³. Вместе с тем возрастная группа до 17 лет включительно (до исполнения 18 лет) определяется как «дети», а возрастная группа от 14 до 35 лет определяется как «молодежь».

Поскольку в данном пособии используется классификацией ВОЗ, то, говоря о подростках, будем иметь в виду возраст 10–19 лет. При этом нужно понимать, что в реалиях Украины с точки зрения законодательства этот возраст можно рассматривать как две подгруппы:

1) от 10 лет до исполнения 18 лет – это категория «дети» с частичной или неполной гражданской дееспособностью, причем:

- до 14 лет – малолетние с наличием частичной гражданской дееспособности;
- с 14 до 18 – несовершеннолетние, имеющие неполную гражданскую дееспособность;

2) 18–19-летние – принадлежат к категории взрослых с полным объемом гражданской дееспособности.

³² См. часть 3.2. «Определение возрастных границ».

³³ См. часть 3.2. «Определение возрастных границ».

Ребенок – это лицо в возрасте до 18 лет (до совершеннолетия), если, согласно закону, применяемому к нему, он не приобретает прав совершеннолетия раньше.

Семейный кодекс Украины в ст. 6 устанавливает классификацию детей по критерию достижения 14-летнего возраста:

- 1) правовой статус *ребенка* имеет лицо до достижения ним совершеннолетия;
- 2) *малолетним* считается ребенок до достижения ним четырнадцати лет;
- 3) *несовершеннолетним* считается ребенок в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет.

Как и международное конвенционное право, отечественное законодательство говорит о возможности определенных исключений из общего правила относительно наступления совершеннолетия в 18 лет (ст. 1 Закона Украины «Про охрану детства»). Обычно такими исключениями являются определенные юридические факты, доказывающие социальную, физическую или материальную зрелость лиц в возрасте до 18 лет и дающие законные основания приравнять их правовой статус к правовому статусу совершеннолетних лиц. Рассмотрим эти случаи подробнее.

Гражданский кодекс Украины (ГКУ) устанавливает **четыре случая**, когда лицо приобретает полную гражданскую дееспособность до достижения 18 лет (совершеннолетия).

1. *В случае регистрации брака физического лица, не достигшего совершеннолетия, лицо приобретает полную гражданскую дееспособность с момента регистрации брака* (ч. 2 ст. 34 ГКУ).

Согласно ч. 1 ст. 22 Семейного кодекса Украины, «*брачный возраст для мужчин и женщин устанавливается в восемнадцать лет*». Вместе с тем, «*по заявлению лица, которое достигло шестнадцати лет, по решению суда ему может быть предоставлено право на брак, если будет установлено, что это отвечает его интересам*» (ч. 2 ст. 23 Семейного кодекса Украины).

В случае прекращения брака до достижения физическим лицом совершеннолетия, приобретенная ним полная гражданская дееспособность **сохраняется**.

2. *Физическое лицо достигло 16 лет и работает по трудовому договору* (ч. 1 ст. 35 ГКУ). В случае прекращения трудового договора предоставленная лицу полная гражданская дееспособность сохраняется.

3. *Несовершеннолетнее лицо записано матерью или отцом ребенка* (ч. 1 ст. 35 ГКУ).

Во втором и третьем случаях предоставление полной гражданской дееспособности производится по решению органа опеки и попечительства по заявлению заинтересованного лица и письменному согласию родителей (усыновителей) или опекуна, а в случае отсутствия такого согласия полная гражданская дееспособность может быть предоставлена по решению суда (ч. 2 ст. 35 ГКУ).

4. *Лицо достигло 16 лет и желает заниматься предпринимательской деятельностью*.

При наличии письменного согласия родителей (усыновителей), опекуна или органа опеки и попечительства такое лицо может быть зарегистрировано как

предприниматель. В этом случае физическое лицо приобретает полную гражданскую дееспособность с момента государственной регистрации его как предпринимателя (ч. 3 ст. 35 ГКУ). В случае прекращения физическим лицом предпринимательской деятельности предоставленная ему полная гражданская дееспособность **сохраняется**.

То есть можно считать, что **полная гражданская дееспособность, предоставленная физическому лицу, распространяется на все гражданские права и обязанности**³⁴.

В украинском законодательстве применяется четкое понятие «ребенок», соответствующее понятию, представленному в Конвенции ООН о правах ребенка. При этом не существует четко определенного понятия «подросток», что вносит некую неопределенность при рассмотрении вопросов оказания медицинских и социальных услуг подросткам вообще и ППР в частности. Кроме того, существуют определенные расхождения в определении понятий «подростки» и «молодежь» в документах и практических подходах международных организаций и в законодательстве Украины.

Существуют четыре условия, при наступлении которых лицо в возрасте до 18 лет приобретает права совершеннолетнего и в связи с этим не имеет никаких особенностей относительно получения социальных и медицинских услуг по сравнению со взрослыми. Так, частичная и неполная гражданская дееспособность детей и молодежи интересующей нас возрастной группы, то есть от 10 до достижения 14 лет и от 14 до достижения 18 лет в отдельных ситуациях может являться препятствием в доступе к медицинским и социальным услугам.

Доступ к информации и медико-социальным услугам детей и молодежи от 10 до 18 лет, принадлежащих к группам высокого риска относительно ВИЧ-инфицирования
(выдержки из Аналитического обзора современной политики и законодательства по вопросам предоставления медико-социальных услуг детям и молодежи групп высокого риска инфицирования ВИЧ)³⁵

Доступ детей и молодежи к информации относительно ВИЧ

Законодательство и политика

Украинское законодательство устанавливает необходимые правовые гарантии общего права собирать, сохранять, использовать и распространять информацию. Это право закреплено в Конституции Украины (ст. 34), а также в почти двадцати законах Украины и нескольких десятках подзаконных актов.

³⁴ Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналітичний огляд / М. В. Буроменський, В.М. Стещенко. – К. : Укр. і-нт соц. дослідж., 2008 (матеріали сайту ЮНІСЕФ – www.unicef.org/ukraine).

³⁵ Там же.

Основы законодательства Украины о здравоохранении предусматривают обязанность Украинского государства оказывать содействие «*утверждению здорового образа жизни населения путем распространения научных знаний по вопросам здравоохранения*» (ст. 32).

Закон Украины «Об охране детства» предоставляет ребенку право на свободное высказывание личных мыслей и получение информации, соответствующей его возрасту (ст. 9). Ребенок имеет право доступа к информации и материалам из разных национальных и международных источников, особенно тех, которые оказывают содействие здоровому физическому и психическому развитию, социальному, духовному и моральному благополучию. Дети имеют право обращаться в органы государственной власти, органы местного самоуправления, предприятия, учреждения, организации, средства массовой информации и к их должностным лицам с замечаниями и предложениями относительно их деятельности, заявлениями и ходатайствами относительно реализации своих прав и законных интересов и жалобами об их нарушении. С целью реализации этого права государство оказывает содействие распространению средствами массовой информации материалов, полезных для развития ребенка.

Приказом Министерства здравоохранения Украины, Министерства образования и науки Украины, Министерства Украины по делам семьи, молодежи и спорта, Государственного департамента Украины по вопросам исполнения наказаний, Министерства труда и социальной политики Украины № 740/1030/4154/321/614 «О мероприятиях по организации профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, медпомощи и социального сопровождения ВИЧ-инфицированных детей и их семей» от 23 ноября 2007 г. была утверждена Инструкция о порядке профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Раздел 2 этой Инструкции предусматривает, что профилактические мероприятия, направленные на предупреждение ВИЧ-инфекции у женщин, осуществляются соответствующими методами и формами в:

- дошкольных, средних, специализированных и высших учебных заведениях I–IV уровней аккредитации;
- ЦСССДМ и учреждениях социального обслуживания, приютах для детей, ЦСПР;
- органах регистрации актов гражданского состояния;
- центрах здоровья, центрах профилактики и борьбы со СПИД;
- центрах планирования семьи и репродукции человека, центрах репродуктивного здоровья подростков, в лечебных учреждениях семейной медицины, педиатрии (клиниках, дружественных к молодежи), акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, наркологии, медицинской генетики;
- подведомственных учреждениях Государственной уголовно-исполнительной службы Украины.

Кроме того, Приказом № 692 от 5 ноября 2004 г. Министерства Украины по делам семьи, детей и молодежи утверждена *Программа профилактики ВИЧ и рискованного поведения среди воспитанников приютов для детей и центров социально-психологической реабилитации*. Программа рекомендована Республиканскому комитету по делам семьи и молодежи АР Крым, службам по делам детей, центрам социальных служб для молодежи областных, Киевской и Севастопольской городских государственных администраций с целью внедрения

соответствующих занятий с воспитанниками приютов для детей, ЦСПР и в других учреждениях социальной защиты детей.

К профилактическим мероприятиям могут привлекаться представители НГО и волонтеры, прошедшие подготовку по указанным вопросам. Разрешение на проведение этих мероприятий волонтеры и НГО получают в соответствующих министерствах и их подведомственных учреждениях.

Вопросы профилактики ВИЧ включаются в обязательные учебные программы дошкольных, средних, специализированных и высших учебных заведений I–IV уровней аккредитации, программы до- и последиplomного медицинского и педагогического образования, общие программы центров планирования семьи и региональных органов образования, программы подготовки и повышения квалификации специалистов ЦСССДМ.

Центральные органы исполнительной власти освещают вопрос профилактики ВИЧ соответственно своей компетенции в средствах массовой информации, в том числе при проведении специальных акций, просветительских мер по группам населения с рискованным поведением.

В местах массового пребывания людей, в учреждениях всех форм собственности размещаются информационные материалы по вопросам профилактики ВИЧ, которые должны быть согласованы с МОН Украины.

Проблемы

Вместе с тем можно констатировать отсутствие системности в информационной работе, низкий уровень осведомленности относительно ВИЧ на уровне общества в целом, недостаточную подготовку по этим вопросам преподавателей, учителей, социальных работников, работников заведений здравоохранения, предубежденность относительно ВИЧ-инфицированных, нетолерантное отношение к проблеме. Все это выступает барьерами на пути доступности к адекватной информации, в том числе подростков групп риска.

Соответственно низким является уровень эффективности образовательных программ. Не проводится систематическая оценка успешности отдельных мероприятий, нет критериев эффективности информационных сообщений.

Проблемой является отсутствие на уровне страны и отдельных регионов стратегии информирования подростков и молодых людей групп риска, а также обеспечения соответствующей информацией отдельных уязвимых групп, не посещающих учебные заведения, и групп высокого риска ВИЧ-инфицирования.

Политика информирования построена как «пассивная» («когда спросят»), нет активной политики распространения информации относительно путей и средств предотвращения ВИЧ-инфицирования, о структурах, предоставляющих услуги по профилактике, и о спектре таких услуг.

Общественные организации, нацеленные на работу с группами риска, не имеют достаточной сети «полевых» работников и в большей степени ориентированы на предоставление услуг тем, кто сам обращается за помощью, кроме того, на уровне государства нет аутрич-программ (программ уличной социальной работы, позволяющих информировать клиентов групп риска).

Практически нет НГО, которые бы занимались информированием детей и молодежи вне учебных заведений.

Доступ к медицинским услугам

Законодательство, политика, проблемы

Неурегулированной является ситуация с порядком сопровождения детей в возрасте до 14 лет в случае установления положительного результата тестирования на ВИЧ. Действующее законодательство Украины не предусматривает правовых оснований для такого сопровождения силами общественных организаций.

Отсутствуют возможности **самостоятельно** обратиться и получить медицинские услуги (в том числе тестирование на ВИЧ-инфекцию) детей в возрасте до 14 лет, которые принадлежат к группам высокого риска ВИЧ-инфицирования.

Закон Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ» в ст. 6, п. 3 устанавливает: «Тестирование детей в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, проводится по просьбе их родителей или законных представителей и при наличии осознанного информированного согласия. Родители или законные представители имеют право присутствовать при проведении такого тестирования, быть ознакомленными с его результатами и обязаны обеспечить сохранение условий конфиденциальности данных о ВИЧ-статусе лиц, интересы которых они представляют».

Таким образом, согласно действующему законодательству Украины, **дети в возрасте до 14 лет не могут** проходить медицинский осмотр самостоятельно, а лишь по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении такого осмотра. Однако применение этого общего правила к детям в возрасте до 14 лет выглядит проблематичным в силу объективных причин. Для таких детей довольно прогнозируема ситуация, когда законные представители отсутствуют или не высказывают (по любым причинам) просьбы или согласия на проведение медицинского осмотра или не могут присутствовать во время медицинского осмотра. Отрицательные, а иногда и непоправимые последствия от возможной задержки во времени медицинского осмотра на ВИЧ-инфекцию таких детей очевидны.

Следует также обратить внимание на несоответствие положений Порядка медицинского обслуживания детей в приютах для несовершеннолетних службы по делам несовершеннолетних, ЦСПР детей (утвержденный приказом Министерства Украины по делам семьи, молодежи и спорта и Министерства охраны здоровья Украины № 3297/645 от 28 сентября 2006 г.) статье 6 Закона Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ».

Законодательство неявно предоставляет медицинским работникам право самостоятельно определять объем медицинских услуг и полноту информирования для детей в возрасте от 10 до 18 лет, что противоречит функциональным обязанностям медицинских работников.

Что касается **лечения несовершеннолетних от наркозависимости**, то действующее законодательство Украины имеет некоторую несогласованность. Так, Гражданским кодексом Украины (ч. 3 статьи 284) определено, что предоставление медицинской помощи физическому лицу, достигшему **четырнадцати лет**, проводится по его согласию. Лицам, **не достигшим четырнадцати лет**, медицинская

помощь оказывается с согласия законных представителей. Это значит, что лицо, которому исполнилось 14 лет, не нуждается в обязательном согласии или присутствия его законного представителя при получении медицинских услуг.

При этом, в п. 14 Типового положения о центре ресоциализации наркозависимой молодежи, утвержденного Постановлением КМУ № 979 от 16 сентября 2009 г., указано, что лица в возрасте до 18 лет могут быть зачислены в реабилитационный центр *на основании заявления родителей или лиц, их заменяющих*. Соответственно, такой подход существенно ограничивает доступ наркозависимых несовершеннолетних ППР к услугам реабилитации.

В вопросах предоставления несовершеннолетним **заместительной поддерживающей терапии** тоже существует законодательная несогласованность. Так, в соответствии с нормами, принятыми на национальном уровне, нет никаких возрастных ограничений для клиентов заместительной поддерживающей терапии³⁶. При этом нормами на муниципальном и региональном уровне может быть предусмотрено возрастное ограничение для получения заместительной поддерживающей терапии для лиц до 18 лет. Например, Главное управление здравоохранения Киевской городской государственной администрации³⁷ не позволяет предоставлять услуги заместительной терапии наркозависимым лицам до 18 лет³⁸.

Относительно искусственного прерывания беременности

Согласно пункту 1.7. Инструкции о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Украины № 508 от 20 июля 2006 г. (зарегистрированного в Министерстве юстиции Украины 25 октября 2006 г. за № 1155/13029), проведение искусственного прерывания беременности у пациентки в возрасте до 14 лет или у недееспособного лица осуществляется по заявлению ее законных представителей.

Искусственное прерывание беременности у **пациентки, которая достигла 14 лет**, осуществляется **по ее согласию** (ст. 284 Гражданского кодекса Украины).

Таким образом, на сегодняшний день важно добиться согласованности нормативно-правовых актов путем внесения соответствующих изменений в законодательство, а также разработать ряд нормативно-правовых актов, которые регулируют прохождение медицинских осмотров и получение необходимых медицинских услуг безнадзорными детьми в возрасте до 14 лет; сопровождение безнадзорных детей в возрасте до 14 лет после положительного результата тестирования на ВИЧ, в том числе с привлечением к такому сопровождению общественных организаций; прием АРТ безнадзорными детьми в возрасте до 14 лет.

³⁶ Приказ МЗУ № 645 от 10 ноября 2008 г. «Об утверждении методических рекомендаций “Заместительная поддерживающая терапия в лечении с синдромом зависимости от опиоидов”».

³⁷ Совместный приказ Главного управления здравоохранения Киевской городской государственной администрации и МЗУ № 593 от 9 ноября 2005 г. «Об осуществлении заместительной поддерживающей терапии для лиц, имеющих опиоидную зависимость и ВИЧ-инфекцию, на базе Киевской городской клинической больницы № 5».

³⁸ Джудіс Н. Оцінка політики з питань ВІЛ: Україна / Н. Джудіс, О. Заглада, Р. Мбуя-Браун. – Вашингтон, ОК: Ф’ючерс Груп, Проект «Health Policy Project». – 2011. – 115 с.

Обеспечение права на информацию о результатах тестирования на ВИЧ-инфекцию и права на тайну о состоянии здоровья детей

Суть проблемы

Совместный Приказ Министерства по делам семьи, молодежи и спорта и Министерства охраны здоровья Украины № 3297/645 от 28 сентября 2006 г. утвердил Порядок медицинского обслуживания детей в приютах для несовершеннолетних службы по делам несовершеннолетних, центрах социально-психологической реабилитации детей и схемы обследования их в лечебно-профилактических учреждениях. Согласно этому приказу, результаты обследования обязательно доводятся до сведения педагогического персонала этого учреждения.

Эта норма нарушает принцип конфиденциальности и предусматривает разглашение информации о ВИЧ-статусе личности, что противоречит ст. 13 Закона Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ».

Механизм передачи данных не содержит четких рекомендаций относительно того, кто, каким образом, в какой форме, на каких правовых основаниях, условиях и т. п. передает информацию относительно результатов тестирования на ВИЧ, а также информацию о дальнейших результатах обследований, лечения и т. п.

Доступ к социальным услугам

Суть проблемы

На уровне декларирования правовое обеспечение доступа несовершеннолетних, принадлежащих к группам риска, к социальным услугам выглядит практически идеальным. Однако законодательство не определяет реальных механизмов доступа детей к социальным услугам. Кроме того, существующая практика обеспечивает доступ целевой группы к услугам не полностью. Без ответов остаются вопросы:

- как дети и подростки могут узнать о существующих социальных услугах?
- как сделать социальные услуги приемлемыми для детей?
- как обеспечить комплексную реабилитацию и ресоциализацию таких детей?

Очевидно, существует проблема реализации задекларированной политики относительно предоставления социальных услуг, действенного ее мониторинга, а также использования результатов этого мониторинга для стратегического планирования.

Таким образом, на уровне государства важно:

- определить, какие именно социальные услуги нужны детям и молодежи, особенно – из групп высокого риска;
- разработать стандарты предоставления таких услуг, механизмы обеспечения и систему мониторинга, включая конкретные показатели и цели;
- разработать и направить социальные услуги не только на удовлетворение социальных потребностей детей, а также на комплексную реабилитацию и ресоциализацию;

- оказывать содействие распространению социального заказа на предоставление услуг силами общественных организаций, предусмотреть для этого необходимый объем финансирования.

Кроме того, существует острая необходимость в постоянной просветительско-разъяснительной работе, повышении правовой культуры должностных лиц и служащих, разных категорий специалистов (медицинских, социальных и т. д.), так как некоторые люди в силу разных причин не владеют современной нормативно-правовой базой, не знают, как действовать и принимать решение в современных условиях.

Органам государственной власти важно оказывать содействие расширению деятельности общественных организаций (территориальные, возрастные группы клиентов), обеспечивать их поддержку и беспрепятственную деятельность, направлять их активность на детей и молодежь групп высокого риска.

Необходимо привлекать детей к участию в концептуализации, разработке, осуществлении, координации, мониторинге и обзоре политики и программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией на уровне сообщества и на национальном уровне, с надлежащим учетом их возрастных особенностей и уровня развития.

Большинство действий по улучшению доступа подростков к эффективным услугам и комплексной помощи могут быть реализованы в пределах современной государственной политики при условии привлечения инициативы местного уровня и мобилизации ресурсов.

5.2. Этические принципы работы с подростками групп риска

Профессиональная этика – одна из неотъемлемых составляющих ежедневной деятельности, на практике представляющая собой совокупность норм и правил поведения специалистов.

Знание теоретических основ деятельности, ее законодательных предпосылок оказывает содействие наиболее профессиональному решению проблем в любой сфере. В деятельности же, тесно связанной с ежедневным взаимодействием с людьми, особенно несовершеннолетними, важны также глубокое знание и понимание норм и принципов профессиональной этики, обязательное и творческое применение их в ежедневной деятельности. Именно это помогает специалисту, работающему в социальной сфере, эффективно осуществлять сотрудничество с клиентами, их близкими, коллегами, представителями государственных и негосударственных организаций.

Необходимость этической регламентации профессионального поведения возникает тогда, когда в зависимости от специфики деятельности от представителей профессии требуется повышенная моральная ответственность, которая регламентируется дополнительными, более жесткими нормами поведения.

В нашем государстве этические нормы деятельности специалистов социальной сферы регламентирует Этический кодекс специалистов по социальной работе Украины.

Этический кодекс специалистов по социальной работе Украины

*Утвержден приказом Министерства
Украины по делам семьи, молодежи
и спорта № 1965 от 9 сентября 2005 г.*

Этический кодекс специалистов по социальной работе (социальных работников и социальных педагогов) Украины – это документ, нацеливающий на реализацию социальной работы во многих функциональных сферах с целью развития потенциала и возможностей личности, а также и удовлетворения человеческих потребностей.

В Этическом кодексе специалистов по социальной работе Украины определены положения, являющиеся для специалистов принципиальными ориентирами по вопросам профессиональной деятельности, выполнения служебных обязанностей, организации взаимодействия с клиентами. В документе определены пути решения моральных проблем и принятия наиболее адекватного профессионального решения в этических вопросах.

В основу Этического кодекса специалистов по социальной работе Украины положен отечественный опыт и международные этические принципы и стандарты социальной работы, определенные на общем собрании Международной Федерации социальных работников (IFSW) в г. Коломбо (Шри-Ланка) 6–8 июля 1994 г.

Этический кодекс специалистов по социальной работе Украины содержит:

- этические принципы деятельности специалистов по социальной работе (перечень базовых этических идей и традиций, составляющих основу для принятия этического решения в социальной работе);
- нормы этического поведения специалистов по социальной работе (основы профессиональной деятельности).

1. Этические принципы деятельности специалистов по социальной работе

1.1. Уважение к достоинству каждого человека. Каждый человек – неповторим и уникален, что необходимо учитывать социальным работникам, не допуская ни одного проявления пренебрежения к личности. Каждый человек имеет право на самореализацию, которая не приводит к нарушению подобных прав других людей. Социальная работа несовместима с прямым или опосредованным принуждением клиентов к любым действиям, даже в пользу клиента или его ближайшего социального окружения.

1.2. Приоритетность интересов клиентов. Специалисты по социальной работе направляют все свои усилия, знания и навыки на помощь отдельным гражданам, семьям, группам, сообществам и общинам для их усовершенствования, а также с целью решения конфликтов и преодоления их последствий.

1.3. Толерантность. Специалисты по социальной работе должны быть толерантными к разным эмоциональным проявлениям клиентов, иметь надлежащий уровень профессиональной подготовки, при любых обстоятельствах сохранять равновесие, терпимость. Специалисты по социальной работе принимают проблемы и обстоятельства клиентов независимо от их образа жизни, поведения, социального и национального происхождения, пола и т. п.

1.4. Доверие и взаимодействие в решении проблем клиента. Специалисты по социальной работе сотрудничают с клиентами, стараясь как можно лучше решать любые задачи, с которыми они сталкиваются, с целью удовлетворения интересов клиентов. Специалисты по социальной работе оказывают поддержку добровольному участию клиентов в процессе предоставления социальной услуги. Специалисты по социальной работе должны содействовать максимальной самостоятельности клиентов в решении их социальных проблем и в действиях в соответствующих социальных ситуациях. Специалисты по социальной работе создают доброжелательную атмосферу общения с клиентом. Доверие к специалисту по социальной работе является необходимым условием результативной социальной деятельности.

1.5. Доступность услуг. Специалисты по социальной работе предоставляют помощь каждому, кто обращается к ним за защитой, поддержкой, консультацией или советом, без любой дискриминации относительно пола, возраста, физических или умственных ограничений, социальной или расовой принадлежности, вероисповедания, языка, политических взглядов, сексуальной ориентации.

1.6. Конфиденциальность. Специалисты по социальной работе в любой социальной ситуации информируют клиентов о том, как обеспечивается конфиденциальность, для чего она необходима, а также об ограничениях при ее соблюдении. Обязанность специалистов по социальной работе – быть конфиденциальными, что исключает возможность разглашения любых сведений о клиентах, за исключением случаев, когда это делается по их согласию или в установленном законом порядке.

1.7. Соблюдение норм профессиональной этики. Специалисты по социальной работе оказывают содействие формированию и реализации мероприятий социальной политики, обеспечению благополучия человека, сообщества, общины, несут ответственность за развитие и соблюдение профессиональных норм в решении практических задач социальной работы.

2. Нормы этического поведения специалистов по социальной работе

Нормы этического поведения специалистов по социальной работе являются основой их профессиональной деятельности согласно общечеловеческим ценностям и этическим принципам социальной работы.

2.1. Этическое поведение относительно профессии:

2.1.1. Придерживаться Этического кодекса, действовать соответственно принципам и нормам этического поведения.

2.1.2. Повышать качество и эффективность социальных услуг, развивать профессионализм в социальной работе, привлекая волонтеров (добровольных помощников) к выполнению посильных для них задач.

2.1.3. Быть ответственным за клиентов в рамках ограничений, установленных положениями этого Кодекса.

2.1.4. Определять и выяснять характер и причины индивидуальных, семейных, групповых социальных проблем, проблем территориальной общины и глобальных социальных проблем.

2.1.5. Повышать статус социальной и социально-педагогической работы.

2.1.6. Стимулировать разработку и внедрение социальных технологий, методов, методик, программ, направленных на улучшения качества жизни человека, семьи, группы людей, общины, сообщества и общества.

2.1.7. Признавать приоритеты профессиональной ответственности над собственными интересами.

2.1.8. Разъяснять назначение, цели и задачи профессиональной социальной и социально-педагогической работы.

2.2. Этическое поведение относительно коллег:

2.2.1. Признавать разные взгляды и формы практического опыта коллег по социальной работе и других специалистов, высказывать критические замечания и предложения лаконично и корректно.

2.2.2. Подвергать конструктивному анализу профессиональные действия коллег, теоретические и методические основы их профессиональной деятельности.

2.2.3. Создавать и систематически использовать возможности, условия для обмена знаниями, опытом и взглядами с коллегами по социальной работе, специалистами из других областей, волонтерами с целью совершенствования собственной практики работы и обогащения интеллектуальных ресурсов профессиональной группы.

2.2.4. Поддерживать деятельность легализованных профессиональных объединений и ассоциаций, которая отвечает требованиям действующего законодательства.

2.2.5. Отстаивать профессиональную честь и достоинство своих коллег, не допускать предубежденной критики в их адрес и относительно профессии вообще.

2.2.6. Обращать внимание соответствующих организаций на любые нарушения положений этого Кодекса.

2.3. Этическое поведение относительно клиентов:

2.3.1. Уважать личность клиента и гарантировать защиту его достоинства и прав независимо от происхождения, пола, возраста и вклада в общественное и социальное развитие.

2.3.2. Стремиться понять каждого клиента, выяснять все факторы возникшей проблемы, предлагать оптимальные виды профессиональной деятельности или социальных услуг.

2.3.3. Безопасность клиентов является первым условием деятельности специалистов по социальной работе.

2.3.4. Помогать всем клиентам в равной мере.

2.3.5. Активизировать клиента к взаимодействию, основываясь на доверии, сочувствии и сохранении конфиденциальности.

2.3.6. Признавать и уважать намерения, ответственность клиентов за принятое решение.

2.3.7. Если невозможно предоставить соответствующую социальную услугу, специалисты по социальной работе обязаны сообщить об этом клиентам, оставив за ними право на свободу действий.

2.4. Этическое поведение относительно партнерских организаций:

2.4.1. Сотрудничать с теми учреждениями и организациями, намерения и деятельность которых направлены на предоставления социальных услуг, использовать опыт их работы как ресурсную возможность для повышения качества помощи клиентам.

2.4.2. Поддерживать и популяризировать партнерские отношения между организациями, осуществляющими социальную деятельность в сообществе, обществе.

2.4.3. Обеспечивать профессиональную отчетность перед клиентами и общественностью об эффективности и результативности работы путем периодических публичных обзоров качества, результативности и эффективности предоставляемых услуг.

Ответственность специалистов за нарушение норм профессиональной этики

Варианты ответственности:

- предупреждение;
- общественное порицание;
- ходатайство перед соответствующими должностными лицами и (или) организациями о временном или постоянном ограничении профессиональной деятельности специалиста;
- выражение профессионального недоверия специалисту и его исключение из членов профессиональной общественной организации в совокупности с ходатайством об увольнении специалиста из соответствующего учреждения (организации).

Условия наступления того или иного вида ответственности

Предупреждение выносится специалисту, как правило, за однократное или непредумышленное нарушение положений этических норм, не принесшее существенного материального и морального ущерба клиентам, коллегам или партнерским организациям.

Общественное порицание может выноситься специалисту за неоднократные нарушения положений и принципов, норм, предусмотренных кодексом, или однократное нарушение, повлекшее за собой существенный ущерб (материальный, моральный) клиентам, коллегам или партнерским организациям.

Ходатайство об ограничении профессиональной деятельности специалиста выносится в случаях злонамеренного, грубого или многократного нарушения этических норм во взаимодействии с клиентами, коллегами, партнерами, что повлекло за собой значительный материальный и (или) моральный ущерб, а также в случаях, связанных с предумышленным невыполнением профессионального долга и дискредитацией профессии. Кроме того, может подниматься вопрос о назначении иных мер административного воздействия и дисциплинарного наказания.

Выражение профессионального недоверия специалисту в совокупности с ходатайством о его увольнении из соответствующей организации выносится по тем же мотивам, которые указаны в предыдущем пункте, но касаются нарушений, повлекших за собой тяжелые последствия или (и) особо крупные размеры ущерба для общества, государства, клиентов, коллег, организации.

Перечисленные виды наказаний не заменяют административную и уголовную ответственность, которую несет специалист, если нарушения положений этических кодексов соответствуют нарушениям действующего законодательства (например, как при нарушении принципа конфиденциальности при разглашении ВИЧ-статуса клиента, что влечет за собой также и уголовную ответственность).

Мотивы соблюдения и способы внедрения этических норм в деятельности специалистов

Мотивы соблюдения этических норм

Страх наказания / осуждения

Это один из древнейших мотивов соблюдения каких-либо норм и правил.

Другой возможный двигатель этического поведения – боязнь осуждения (морального порицания) другими членами референтной группы, то есть той, с которой человек себя соотносит и на ценности которой ориентируется.

Групповая принадлежность

Значимой для человека часто является принадлежность к какому-либо сообществу (профессиональному, социальному). Соблюдение профессиональных заповедей подчеркивает внутреннюю принадлежность к сообществу. Страх исключения из рядов сообщества за неисполнение профессиональных этических норм, что в ряде случаев означает и потерю возможности работать по профессии, представляет собой сильный рычаг для выполнения профессиональных этических норм.

Личная моральная культура

Соблюдение этических норм согласно личным представлениям человека о нравственности, подтверждение правильности своей жизни при выполнении этих законов. Здесь соблюдение этических норм, выполнение нравственного закона становится одним из условий гармоничного существования личности. Только на этом уровне выполнение этических норм является самодостаточной ценностью, при этом мнение референтной группы перестает быть ведущим стимулом для их выполнения.

Эффективность внедрения этических норм и стандартов в директивном порядке является достаточно низкой, особенно в социальной сфере, работе с детьми, подростками, молодежью, для которой базовыми являются принципы гуманизма.

Для того, чтобы этические принципы и нормы, содержащиеся в Этическом кодексе специалистов социальной сферы и других подобных кодексах стали индивидуальными жизненными правилами каждого, они должны быть глубоко вписаны в повседневную практику отношений человека с окружающим миром. Добровольное же принятие этих стандартов основывается на актуальных потребностях человека.

Оптимальные формы внедрения Этического кодекса в повседневную деятельность специалистов:

- обучающие семинары-тренинги, где на основе стандартных этических кодексов, международных сводов принципов и правил могут разрабатываться этические кодексы организации, предоставляющей конкретный спектр услуг;
- хорошее информирование, призванное разъяснить, что такое кодекс, для чего он, как он работает, примеры его применения, способы разрешения сложных этических ситуаций, также важно демонстрировать примеры последствий неэтичного поведения;
- важный аспект – участие всех сотрудников в разработке (или утверждении) этического кодекса, если таковой разрабатывается непосредственно в организации;
- при введении в организацию новых сотрудников важно разъяснение не только должностных обязанностей, но и свода этических норм и принципов, принятых организацией;
- выполнение Этического кодекса руководством. Руководство должно быть «проводником этики», демонстрирующими поведенческие модели этичного поведения по отношению к коллегам, клиентам и партнерским организациям.

6.1. Девочки-подростки, вовлеченные в коммерческий секс

Понятие коммерческого секса

Коммерческий секс, или секс-бизнес, секс-индустрия, проституция – форма девиантного поведения, выражающаяся в систематических беспорядочных половых контактах, осуществляющихся за плату.

По данным ряда исследований, представительниц секс-бизнеса условно можно разделить на три категории:

Первая категория – так называемые «элитные» работницы коммерческого секса, которые, как правило, работают в специальных помещениях, маскирующихся под вывесками саун, массажных кабинетов и т.д. Такие женщины и девушки имеют доступ к высококачественным медицинским услугам, обеспечены собственной охраной и имеют постоянных клиентов. В основном в таких местах работают совершеннолетние молодые девушки.

Вторая категория – это девушки, чаще всего работающие по вызову (снимающие квартиры) или же сосредоточенные в определенных местах (барах, ресторанах, гостиницах). Часто эту категорию представляют студентки (в том числе высших учебных заведений). Уровень личной безопасности у них гораздо ниже, чем у предыдущих, но при этом в принципе имеется доступ к медицинским услугам, средствам контрацепции, установлены связи с более-менее постоянными клиентами.

Третья категория – так называемые «трассовые» или «уличные» девочки секс-бизнеса – самая незащищенная и уязвимая категория, работающая за наименьшее вознаграждение, часто – за минимальные средства существования, в том числе еду, а также алкоголь и наркотики. У большинства из них есть сутенеры, забирающие основную часть заработка; только часть из таких девочек на свой страх и риск работают самостоятельно, но рано или поздно расплачиваются за это (насилие со стороны других девушек при «разделе» территории, проблемы с милицией и т. д.). Кроме этого, в силу своего способа жизни, постоянного употребления алкоголя и наркотиков они наиболее подвержены риску инфицирования ВИЧ и при этом практически не имеют доступа к социально-медицинским услугам в силу высокой маргинализации этой группы. Клиентами такой категории являются абсолютно разные личности, неразборчивые в половых связях и доплачивающие за секс без презерватива. Также среди них могут быть потребители инъекционных наркотиков.

В контексте нашей темы больше всего нас интересуют вторая и третья категории девочек, вовлеченных в коммерческий секс, поскольку именно они имеют наибольший риск инфицирования ВИЧ в силу отсутствия необходимой информации, навыков и полного доступа к медико-социальным услугам для

сохранения и укрепления своего здоровья, уменьшения риска инфицирования ВИЧ и другими инфекциями.

Также, как показывают российские исследования, большая часть несовершеннолетних, вовлеченных в коммерческий секс, являются безнадзорными и бездомными³⁹, или так называемыми социальными сиротами, формально имеющими жилье и родителей (часто не лишенными родительской опеки, но большую часть времени живущими вне дома).

Причины вовлечения в коммерческий секс девочек-подростков

В принципе причины вовлечения молодых или взрослых женщин и девочек-подростков в коммерческий секс различны. Мы сосредоточимся на причинах, влияющих именно на подростков, то есть на девочек от 10 до 19 лет (по классификации ВОЗ).

Сами девушки, вовлеченные в коммерческий секс, чаще всего основной причиной привлечения к этой деятельности называют материальные проблемы, главным образом невозможность зарабатывать средства для существования другим путем.

В результате же анализа специальной литературы, можно выделить перечисленные ниже основные причины вовлечения девочек-подростков в коммерческий секс.

Личностные:

- отсутствие моральных норм и установок, касающихся сексуальных отношений, восприятие коммерческих сексуальных услуг в качестве нормы, что может быть обусловлено особенностями воспитания девочки, ее психического развития (психических заболеваний, например, шизофрении; психопатий; задержки психического развития и т. д.) или же другими причинами;
- деформация восприятия сексуальных отношений вследствие пережитого в детстве или в подростковом возрасте сексуального насилия, как правило, длительного. По данным российских исследователей, довольно значительная часть девочек, работающих в секс-индустрии, были жертвами такого вида насилия;
- подростковая гиперсексуальность (усиление сексуального влечения) – психиатрами гиперсексуальность относится к расстройствам влечения и может быть связана с рядом причин: повышенной активностью гипоталамо-гипофизной системы; органическими поражениями головного мозга; невротическими расстройствами⁴⁰; данная причина вовлечения в секс-бизнес встречается нечасто;
- длительная депривация, прежде всего сенсорный (тактильный) голод, дефицит положительных эмоций, которые неопытный ребенок, не получив в семье, старается компенсировать в тех ситуациях, в каких только может. Часто это служит причиной сначала неразборчивых сексуальных контактов с последующим вовлечением в секс-бизнес;
- преобладание мотивации легкого обогащения (чаще – под влиянием авторитетных старших подруг и друзей, приобщающих девочек к этому занятию,

³⁹ Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб. : Речь, 2005. – 346 с.

⁴⁰ Там же.

суля большие вознаграждения и красивую жизнь, обещая легкость зарабатывания денег и даже выгодное замужество);

- отсутствие знаний, умений и навыков зарабатывания средств к существованию (часто к секс-бизнесу привлекаются девочки-воспитанницы интернатов и т. д., так как в силу отсутствия поддержки со стороны семьи и навыков не могут обеспечить свое существование другим образом).

Социальные:

- «продажа», приобщение девочек своими же родителями (или другими значимыми близкими) в раннем подростковом или даже еще более раннем возрасте к секс-бизнесу с целью получения денег, в первую очередь для приобретения алкоголя и наркотиков;

- попадание девочки в сети торговцев «живым товаром» и сексуальная ее эксплуатация. Позже, вследствие виктимизации и возникновения ряда других проблем, девочка может не видеть для себя другого способа заработка;

- материальные проблемы семьи или другие значимые для девочки сложные жизненные обстоятельства, которые оказываются более важными, чем моральные нормы и ее личные установки.

Обусловленные способом жизни:

- один из немногих способов зарабатывания денег (еды, одежды и пр.) девочками, живущими на улице;

- наркотическая зависимость, при которой секс-бизнес служит способом получения денег на наркотики, часто не только для себя, но и для своего партнера (сожителя).

Социально-психологические характеристики девочек-подростков, вовлеченных в коммерческий секс

По данным опроса женщин, предоставляющих коммерческие сексуальные услуги (2007)⁴¹, удельный вес девочек-подростков от 13 до 19 лет в этой целевой группе составляет 18%. Следует также отметить, что часть подростков оказывает сексуальные услуги в обмен на еду, вещи, возможность переночевать или вследствие сексуальной эксплуатации.

У подростков-ЖКС наблюдается очень низкий уровень образования. Так, 17% девочек, которым на время опроса исполнилось 15 лет, не получили базового среднего образования; 39% девочек, которым на момент опроса исполнилось 18–19 лет, не получили полного среднего образования.

Для подростков-ЖКС характерно раннее начало половой жизни: три четверти девочек получили свой первый сексуальный опыт до 15 лет (включительно). Почти три четверти – впервые оказали коммерческие сексуальные услуги до совершеннолетия (до 18 лет). Средний возраст начала половой жизни в этой целевой группе – 14 лет; среднее количество половых партнеров в день – 3.

⁴¹ Исследование «Мониторинг поведения женщин, оказывающих сексуальные услуги за плату», 2007 год (Украинский институт социальных исследований им. А. Яременко при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»).

Поведенческие характеристики девочек-подростков, вовлеченных в коммерческий секс, в контексте риска инфицирования ВИЧ⁴²

Незащищенный секс и рискованные сексуальные практики

Значительное число подростков-ЖКС практикует половые контакты без презерватива. На использование презервативов девочками влияет низкая мотивация и низкий уровень понимания необходимости их использования. Так, 39% опрошенных девочек-подростков, вовлеченных в коммерческий секс, указали, что готовы предоставить сексуальные услуги без презерватива, если клиент заплатит больше. Низкий уровень использования презервативов обусловлен также возрастом – чем младше возраст, тем реже они используются. Чаще презерватив используется во время вагинального секса, чем во время анального и орального, что, очевидно, можно объяснить его использованием преимущественно в целях контрацепции.

Потребление наркотиков

Каждая пятая (19%) девочка-подросток, вовлеченная в коммерческий секс, потребляет наркотики инъекционным путем. Причем, с возрастом количество девочек, употребляющих наркотики, возрастает. Почти половина (45%) опрошенных в исследовании девочек указали на ежедневное потребление инъекционных наркотиков. Среди девочек-подростков распространено также оказание сексуальных услуг за наркотики.

Уровень знаний о ВИЧ

Уровень знаний о ВИЧ среди данной категории является недостаточным: 83% подростков-ЖКС правильно указали способы предотвращения передачи ВИЧ половым путем, но вместе с тем имели низкий уровень знаний в отношении того, как ВИЧ не передается.

Причины, увеличивающие риск инфицирования ВИЧ девочек-подростков, вовлеченных в коммерческий секс

Биологические причины, увеличивающие вероятность инфицирования ВИЧ у подростков-ЖКС

1. Незрелые половые пути у девочек

У молодых девушек несформировавшийся защитный механизм слизистой оболочки и незрелая ткань шейки матки создают ненадежный барьер против инфекции. Тонкая слизистая и относительно низкая кислотная среда влагалища также ускоряют заражение вирусом ВИЧ.

2. Высокая ранимость недостаточно развитых половых органов

Принудительный секс у девочки-подростка может привести к травме и тем самым увеличить риск заражения ВИЧ. Во многих случаях девочки становятся жертвами такого принудительного секса.

⁴² Подростки групп риска: доказательная база для усиления ответа на эпидемию ВИЧ в Украине: аналит. отчет / ЮНИСЕФ, УИСИ им. А. Яременко. – К. : К.И.С., 2008. – 192 с.

3. Наличие ИППП

Часто девочки-подростки не обследуются и не лечат инфекции, передающиеся половым путем, тем самым значительно увеличивают риск заражения и передачи ВИЧ.

4. Высокий риск анальных повреждений

Кожа возле анального отверстия у девочек очень нежная. Во время анального секса могут возникнуть трещины анального прохода. При этом возрастает риск передачи ВИЧ от инфицированного партнера. Анальный секс достаточно часто практикуют взрослые мужчины с девочками-подростками, предпочитая его вагинальному сексу, когда важно избежать нежелательной беременности и сохранить девственную плеву.

Психологические причины, увеличивающие вероятность инфицирования ВИЧ у девочек-подростков, вовлеченных в коммерческий секс

1. Недостаточно сформированный уровень ответственности за свое здоровье

Для девочек-подростков, вовлеченных в коммерческий секс, здоровье чаще всего не является основной ценностью, а отсутствие информации, соответствующих навыков сохранения здоровья, а также обозримых жизненных перспектив влияет на несформированность или очень низкий уровень ответственности за сохранение здоровья.

2. Неумение противостоять давлению со стороны клиента

В силу особенностей подросткового возраста и отсутствия необходимого жизненного опыта, проблем с самооценкой (чаще всего заниженной), других личностных проблем и особенностей, девочки-подростки не готовы противостоять давлению со стороны клиентов, вследствие чего попадают в рискованные для здоровья и жизни ситуации. Например, как уже рассматривалось выше, при желании клиента или за дополнительную плату девочки легко отказываются от использования презерватива, участвуют в рискованных сексуальных практиках и т. д.

3. Неумение распознавать рискованные ситуации и избегать их

Учитывая особенности подросткового возраста, девочки-подростки чаще, чем взрослые, практикуют рискованное поведение относительно сохранения здоровья. Склонность к экспериментированию, недопонимание риска в поведении, неиспользование методов защиты, распространенность мифов «меня это не касается», «мне это не нужно», увеличивают риск инфицирования ИППП и ВИЧ.

Социально-экономические причины, которые увеличивают вероятность инфицирования ВИЧ у девочек-подростков

1. Низкий уровень информированности по вопросам профилактики ИППП, ВИЧ, использования презервативов и контрацепции

Девочки-подростки часто вступают в половые отношения до того, как у них формируются знания и навыки по вопросам профилактики ИППП, ВИЧ, нежелательной беременности.

2. Высокая уязвимость и частая подверженность насилию

Все большее подтверждение имеет точка зрения, что девочки-подростки более уязвимы, чем мужчины (мальчики и взрослые) и взрослые женщины, так как

девочки-подростки чаще подвергаются насилию (психологическому, физическому, сексуальному). Например, их могут принудить вступить в половые отношения взрослые, используя девочек-подростков для получения материальной выгоды.

3. Социальная и юридическая незрелость, незнание своих прав

Социальная незрелость девочек-подростков, практикующих незащищенные контакты, увеличивает риск заражения ВИЧ, ИППП. Чаще всего они не знают, куда могут обратиться по поводу защиты своих прав, получения медицинских и социальных услуг. Информация в области охраны репродуктивного здоровья является малодоступной для них. Кроме того, девочки-подростки, практикующие незащищенные половые контакты, чаще всего не понимают, что находятся в зоне риска, и сами себя не определяют как категорию высокого риска инфицирования ВИЧ.

4. Потребление наркотиков и алкоголя

Растет количество подростков-ЖКС, употребляющих алкоголь, наркотики, а, как известно, потребление любых психоактивных веществ снижает возможности контроля своего поведения, влияет на увеличение практик рискованных контактов, неиспользование презерватива. По результатам исследований⁴³, каждая пятая девочка (19%) потребляет наркотики инъекционным путем, что является прямым риском инфицирования ВИЧ (то есть такая девочка оказывается в зоне двойного риска). Среди девочек-подростков распространено оказание сексуальных услуг за наркотики.

5. Отсутствие родительской опеки

Девочки-подростки, лишенные родительской опеки, часто являются мишенью для сексуальной эксплуатации, насилия. Кроме того, в специальных заведениях для детей (приютах для детей, приемниках-распределителях, воспитательных колониях) они могут подвергаться насилию со стороны сверстников.

6. Социально-экономическая зависимость

Как правило, девочки-подростки не имеют источника самостоятельного дохода и собственного жилья, материально зависимы от взрослых.

Девочки-подростки, вовлеченные в коммерческий секс, имеют более высокий риск инфицирования ВИЧ в сравнении со взрослыми представительницами данной группы в связи с социальной, физической и психологической незрелостью. Они чаще подвержены сексуальному насилию и эксплуатации вследствие своей незащищенности.

⁴³ Исследование «Мониторинг поведения женщин, оказывающих сексуальные услуги за плату», 2007 год (Украинский институт социальных исследований им. А. Яременко при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»).

Основные категории услуг, предоставляемых девочкам, вовлеченным в коммерческий секс:

- **дистрибутивные услуги** (услуги, предусматривающие раздачу каких-либо предметов, средств, необходимых клиенту: презервативов, лубрикантов, буклетов, средств личной гигиены, еды, одежды и т. д.);
- **информационно-консультативные услуги**, в том числе экстренные (кризисное психологическое консультирование, тестирование на ВИЧ и ИППП быстрыми тестами и т. д.);
- **услуги социального сопровождения** (содействие в получении юридических, медицинских, психологических и психотерапевтических услуг, реабилитации от наркозависимости, получении образования, трудоустройства и т. д.);
- **услуги переадресации** (в том случае, если вы не можете оказать данному клиенту тот вид услуг, в котором он нуждается).

Формы оказания услуг девочкам-подросткам, вовлеченным в коммерческий секс⁴⁴

В настоящее время в мире, в том числе и в Украине, активно развиваются различные формы оказания помощи подросткам-ЖКС. Принято разделять все существующие формы оказания услуг на «низкопороговые» и «высокопороговые». Высота «порога доступности» каждой конкретной формы определяется количеством и серьезностью требований, предъявляемых к клиенту.

«Низкопороговые»:

- 1) уличная социальная работа (аутрич);
- 2) мобильный консультативный пункт;
- 3) центр дневного пребывания.

«Высокопороговые»:

- 1) центр социально-психологической реабилитации;
- 2) социальное общежитие и социальная квартира.

Кроме того, в случае социального сопровождения клиента или перенаправления его для получения ряда специальных услуг, помощь могут оказывать любые учреждения:

- медицинские (поликлиники, КВД, КДМ, СПИД-центры и т. д.);
- ЦСССДМ;
- общественные организации, предоставляющие разные виды услуг;
- центры реабилитации для наркозависимых и т. д.

Подробнее формы предоставления услуг ПГР, описаны в части 13, посвященной ведению случая и особенностям предоставления услуг этой категории.

⁴⁴ Подготовлено на основе: Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. – СПб. : Врачи детям, 2008. – 146 с.; Информационные материалы, разработанные на основе опыта работы МБО «Дорога к дому» (г. Одесса, Украина).

Способы повышения эффективности программ и оказания услуг девочкам-подросткам, вовлеченным в коммерческий секс

В качестве домашнего задания заполните таблицу в соответствии с наработанными на занятии пунктами. Выделите основные, по вашему мнению, проблемы в работе с подростками-ЖКС в связи с их особенностями, спецификой предоставления им услуг и пр. и к каждой из них подберите соответствующие способы повышения эффективности программ и оказания услуг подросткам-ЖКС (с учетом этих выделенных проблемных аспектов).

Таблица 6.1.5

| Проблемы в работе с подростками-ЖКС в связи с их особенностями, спецификой предоставления им услуг и пр. | Способы повышения эффективности программ и оказания услуг подросткам-ЖКС с учетом выделенных проблемных аспектов (пути решения проблем) |
|--|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Только при условии комплексного подхода, преемственности и сотрудничества между рядом служб и организаций, постепенно повышая «порог доступности» услуг для клиента и делая акцент на понимании им своей роли в изменении способа жизни и модели поведения, можно добиться высокой эффективности профилактики ВИЧ и изменения способа жизни клиентов.

При этом следует помнить, что на каждом отдельном уровне осознания клиентом своей проблемы и жизненной ситуации необходимо предоставлять специфический и доступный для понимания и использования спектр услуг.

Также важно помнить первоочередную цель, которую должны преследовать специалисты, работающие с ПГР инфицирования ВИЧ, – это снижение риска инфицирования ВИЧ, изменение наиболее рискованных форм поведения клиента на более ответственные, максимально возможное уменьшение вреда и сохранение здоровья клиента.

6.2. Мальчики-подростки, практикующие секс с мужчинами

Определение понятий

Гомосексуалами, как правило, называют людей, имеющих преимущественно гомосексуальную ориентацию, гомосексуальную идентичность, а также, возможно, гомосексуальное поведение.

Гомосексуальная ориентация – это эмоциональное, романтическое, сексуальное или эротическое влечение исключительно к лицам своего же пола.

Гомосексуальная идентичность – это самоидентификация себя в качестве гомосексуала. Сексуальная идентичность может быть не равнозначна сексуальной ориентации индивида и не обязательно с ней совпадает.

Гомосексуальное поведение – это наличие сексуальных контактов и реализация своего сексуального влечения к лицам своего пола.

Термин «**мужчины, имеющие секс с мужчинами**» (МСМ), определяет исключительно поведение. Важно понимать, что сексуальная ориентация и сексуальное поведение – это не одно и то же. Большинство МСМ не считают себя геями (то есть не имеют гомосексуальной идентичности), отрицают свою гомосексуальную ориентацию, имеют контакты как с представителями своего пола, так и с противоположным полом, часто гомосексуальные контакты обусловлены ситуативно. То есть, как правило, это категория людей с гетеросексуальной идентичностью, но с гомосексуальным поведением. МСМ не являются однородной группой, в отличие от геев, не собираются в сообщества (не относя себя, соответственно, к этой категории) и очень сложны в доступе со стороны социальных работников.

Впервые термин «МСМ» был употреблен американскими учеными в 1994 г. как попытка концептуально перевести внимание с клише идентичности на поведенческие аспекты сексуальности в сфере общественного здравоохранения⁴⁵.

Итак, в категорию МСМ могут входить:

- люди с гетеросексуальной ориентацией и гетеросексуальной идентичностью, в силу тех или иных обстоятельств вынужденные практиковать гомосексуальное поведение;
- люди с гомосексуальной ориентацией, но гетеросексуальной идентичностью (то есть те, кто не признает себя геями), с готовностью вступающие в гомосексуальные контакты и ощущающие сексуальное влечение к людям своего пола.

Соответственно, тех, кто имеет гомосексуальное поведение и при этом гомосексуальную ориентацию и идентичность, относят к сообществу гомосексуалов (в случае мужчин – геев).

В данном же пособии основной акцент будет сделан на МСМ, в частности – на подростках.

⁴⁵ Социальная работа с людьми, практикующими однополые сексуальные отношения: Теория. Методики. Лучшие практики / Сост. Л. Гейдар; под ред. М. Андрущенко – К. : Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2009. – 196 с.

Социально-психологические характеристики мальчиков-подростков, практикующих секс с мужчинами

Почему подростки могут практиковать сексуальные контакты с мужчинами, то есть кто такие подростки-МСМ?

1. Сексуальное поведение подростков отличается чрезвычайной неустойчивостью. Причиной такой неустойчивости является недифференцированная сексуальность подростков, отмеченная еще А. Молл (1893), и подтверждаемая современными сексологами и психиатрами. Именно этот феномен может приводить к практике гомосексуальных отношений у подростков, особенно если такая активность инициируется кем-то из старших (в литературе стадию экспериментирования подростков со своей сексуальной ориентацией часто называют транзиторным подростковым гомосексуализмом). Кроме того, подростки, совращенные близкими взрослыми мужчинами (отец, брат, отчим, воспитатель и т. д.) в раннем подростковом возрасте, часто продолжают практиковать гомосексуальное поведение в будущем.

2. Практика однополых сексуальных контактов может быть связана с невозможностью реализовывать сексуальные контакты с противоположным полом (изоляция в однополом коллективе в колониях, СИЗО, армии, школах реабилитации и т. д.). В подавляющем большинстве такие гомосексуальные контакты носят заместительный, временный характер⁴⁶. Кроме того, часто они могут быть связаны с насилием (как в вышеперечисленных учреждениях, так и в интернатах, приютах, лагерях и т. д.), быть средством демонстрации доминирования, унижения жертвы насилия, которые в дальнейшем становятся объектами всеобщих насмешек, презрения и должны подчиняться своим обидчикам во избежание еще более печальных последствий.

3. Практика однополых сексуальных контактов с целью получения материальной выгоды, то есть вовлечение в коммерческий секс.

4. Истинная гомосексуальность подростков, то есть сексуальное влечение к лицам своего пола.

Поведенческие характеристики мальчиков-подростков, практикующих секс с мужчинами, в контексте риска инфицирования ВИЧ⁴⁷

Незащищенный секс и рискованные сексуальные практики

Подростки-МСМ практикуют анальный секс – наиболее травматичный и рискованный в плане передачи ВИЧ. При этом, по результатам разных исследований, презервативы используют не более 50% МСМ, а среди молодых людей до 18–20 лет (в том числе занимающихся секс-бизнесом) – не более 20–30%. Среди живущих или работающих на улице подростков, опрошенных в ходе исследования, проведенного УИСИ им. А. Яременко при содействии ЮНИСЕФ, 10% имели сексуальные отношения с мужчинами, и лишь 39% из них сообщили об использовании презерватива во время последнего анального полового контакта с коммерческим партнером, и 36% – с некоммерческим партнером-мужчиной.

⁴⁶ Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб. : Речь, 2005. – 346 с.

⁴⁷ Подростки групп риска: доказательная база для усиления ответа на эпидемию ВИЧ в Украине: аналит. отчет / ЮНИСЕФ, УИСИ им. А. Яременко. – К. : К.И.С., 2008. – 192 с.

Следует также отметить, что абсолютное большинство подростков, находящихся в воспитательных колониях, не используют презервативы, так как не имеют к ним доступа.

Другими наиболее частыми причинами неиспользования презерватива мальчиками-подростками, практикующими секс с мужчинами, являются следующие: «снижение уровня чувствительности», «не считаю, что это необходимо», «вообще не задумывался об этом».

Среди рискованных сексуальных практик широко распространяются разнообразные формы секс-бизнеса, в том числе с вовлечением малолетних (детей в возрасте до 14 лет).

Секс между мужчинами и оказание сексуальных услуг за деньги, другие материальные блага или наркотики особо распространены в таких специфических группах, как:

- «дети улицы», особенно дети и подростки из неблагополучных семей (в том числе мигранты и беженцы из других стран);
- подростки, являющиеся потребителями психоактивных веществ;
- закрытые мужские коллективы и группы (интернаты, армия, исправительные учреждения: воспитательные колонии для несовершеннолетних, СИЗО, исправительные колонии).

Моногамные половые отношения среди МСМ является редким явлением. Согласно исследованиям, мальчики-подростки, практикующие секс с мужчинами, имеют, как правило, больше сексуальных партнеров, чем гетеросексуалы (в среднем 4–5 за год). По разным данным, от 55% до 79% подростков-МСМ, время от времени практикуют сексуальные отношения с женщинами. Таким образом, данная группа не является изолированной, и в случае попадания ВИЧ-инфекции в эту среду, вирус легко распространяется в общую популяцию.

Употребление наркотиков

Среди подростков-МСМ 3% употребляют инъекционные наркотики. В основном инъекционное употребление наркотиков является эпизодическим.

Уровень знаний о ВИЧ

Уровень знаний о ВИЧ/СПИД и ИППП среди данной группы остается невысоким. В среде подростков-МСМ господствуют различные «мифы» о возможности заражения ВИЧ. Например, очень распространено заблуждение, что «активный» партнер не рискует заразиться ВИЧ и другими ИППП. Также бытует миф о том, что презервативы пропускают ВИЧ, поэтому использование презерватива для мужчин не имеет большого смысла.

Таким образом, ситуация с повышенным риском инфицирования ВИЧ представителей данной целевой группы усугубляется такими факторами:

- закрытостью целевой группы;
- отсутствием статистических данных о этой целевой группе;
- ограниченным количеством общественных организаций, активно работающих с подростками-МСМ;
- отсутствием адресной политики как на общегосударственном, так и на региональном (местном) уровне.

Особенности подростков-МСМ по сравнению со взрослыми данной целевой группы в контексте повышенного риска инфицирования ВИЧ

Биологические особенности:

- высокий риск анальных повреждений в силу отсутствия опыта, неиспользования лубрикантов, высокой ранимости зоны анального отверстия;
- воспаления и прочие проблемы из-за ИППП и других заболеваний, которые не лечились.

Психологические особенности:

- период физиологического и психологического становления, формирования либидо: дебют сексуальных отношений, раннее начало половой жизни, где проявляется стадия экспериментирования, что делает подростка еще более уязвимым;
- при частой смене половых партнеров – отсутствие навыков использования презервативов или нерегулярное их применение;
- низкий уровень информированности, в частности о ВИЧ/СПИД, путях их передачи, методах профилактики, отсутствие доступа к информации;
- неумение распознавать рискованные ситуации и избегать их;
- отсутствие понимания ценности здоровья и ответственности за его сохранение;
- самостигматизация как следствие стигматизации и дискриминации со стороны общества.

Социально-экономические особенности:

- высокая подверженность насилию (особенно в закрытых учреждениях);
- незнание своих прав;
- стигма и дискриминация со стороны общества;
- несамостоятельность и отсутствие при этом поддержки со стороны семьи и родителей;
- с подростками-МСМ в Украине работает очень небольшое количество НГО, поэтому их доступ к услугам очень низок.

Мальчики-подростки, практикующие секс с мужчинами, особенно подвержены стигматизации и дискриминации со стороны общества, являются очень закрытой группой и имеют очень ограниченный доступ к услугам, так как на уровне государства работа с данной целевой группой не предусмотрена вообще, а НГО чаще работают со взрослыми-МСМ или геями.

Все вышеперечисленное делает подростков-МСМ еще более уязвимыми к инфицированию ВИЧ и свидетельствует о необходимости повышенного внимания к ним, улучшения их доступа к получению необходимых услуг и повышения эффективности таких услуг.

Особенности разных категорий подростков-МСМ и способы повышения эффективности программ и оказания услуг таким подросткам

Как уже было сказано выше, подростки-МСМ – достаточно закрытая социальная группа.

Мальчики-подростки, находящиеся в закрытых учреждениях (воспитательных колониях, СИЗО, школах и ПТУ социальной реабилитации и т. д.)

В закрытых учреждениях однополые сексуальные контакты часто связаны с элементами криминальной субкультуры и насилием, но при этом они тщательно скрываются. И если в СИЗО и исправительных колониях (где отбывают наказание совершеннолетние) отмечаются попытки проведения профилактической работы (распространение лубрикантов, презервативов, информационных буклетов, проведение тренинговых занятий), то в воспитательных колониях факт наличия гомосексуальных отношений между подростками не признается даже специалистами, работающими там, и профилактическая работа с охватом этой темы практически не проводится.

Вопрос обеспечения доступа несовершеннолетних к презервативам в воспитательных колониях, школах и ПТУ социальной реабилитации вызывает споры и разногласия, так как:

с одной стороны, это будет означать публичное признание наличия половых контактов среди несовершеннолетних в учреждении, то есть несостоятельность системы воспитания таких подростков в этом учреждении; для самих подростков открытый доступ к презервативам будет означать «зеленый свет» для подобных контактов и может увеличить их количество; кроме того, открытый доступ к презервативам в таких учреждениях может быть признан общественностью развращением несовершеннолетних и т. д.;

с другой стороны, отсутствие доступа к презервативам совершенно не означает отсутствие сексуальных контактов, но при этом делает невозможной защиту при половых контактах, что является прямым риском инфицирования ВИЧ. Сами подростки, пребывающие в таких учреждениях, указывают на то, что, зная все риски и имея желание использовать презерватив, не могут сделать этого из-за отсутствия доступа и чаще всего не используют никаких средств, либо же могут использовать полиэтиленовые пакеты, пищевую пленку и т. п.

Кроме того, следует признать, что система работы по профилактике ВИЧ (информирование, консультирование, формирование умений и навыков и т. д.) в учреждениях закрытого типа, где находятся несовершеннолетние, все еще не достаточно налажена и часто малоэффективна в силу отсутствия систематичности, преемственности, комплексности, опоры на потребности самих подростков.

Мальчики-подростки, живущие или работающие на улице, практикуют половые контакты с мужчинами ситуативно, под влиянием психоактивных веществ, а также за наркотики, еду или другие блага.

Основной причиной вступления в половые контакты с мужчинами у таких подростков являются те условия и состояния, в которых они пребывают. Совершенно очевидно, что под воздействием определенных психоактивных веществ сексуальное влечение подростка недифференцировано, часто может практиковаться групповой секс, в котором принимают участие представители обоих полов.

Подросток, живущий на улице, также очень ограничен в выборе путей получения средств к существованию и часто в силу насилия, эксплуатации со стороны взрослых может быть вовлечен в половые контакты с мужчинами за элементарное вознаграждение в виде еды и пр. Основной проблемой таких подростков является отсутствие информации, умений и навыков; отсутствие доступа к презервативам; сексуальное насилие и невозможность влиять на выбор безопасных сексуальных контактов; влияние алкоголя и наркотиков, которое значительно снижает контроль и влияет на неиспользование презерватива.

Мальчики-подростки, вовлеченные в секс-бизнес

Причины вовлечения подростков-МСМ в коммерческий секс и проблемы, связанные с риском инфицирования ВИЧ и прочими рисками, в общем плане не особо отличаются от проблем девочек-подростков, вовлеченных в коммерческий секс. Такие подростки нуждаются в аналогичном спектре услуг. Проблемой является более сложный доступ поставщиков услуг к таким подросткам по сравнению с соответствующей категорией девочек, особенно если речь идет не о беспризорных подростках.

Услуги для подростков-МСМ двух вышеперечисленных категорий (уличных подростков-МСМ и подростков-МСМ, вовлеченных в секс-бизнес) могут предоставляться в рамках уже упомянутых в предыдущем разделе низко- и высокопороговых форм: аутрич; мобильные консультативные пункты; центры дневного пребывания (комьюнити-центры); центры социально-психологической реабилитации; социальные общежития для подростков, которые изменили свой способ жизни, но все еще нуждаются в социальной поддержке и сопровождении.

Мальчики-подростки, практикующие контакты с мужчинами в силу сексуального влечения к лицам своего пола, но не заявляющие о своей гомосексуальной ориентации, то есть не идентифицирующие себя как геи (поскольку, как уже было сказано выше, молодые люди, идентифицирующие себя как геи, не относятся к сообществу МСМ).

Эта категория является одной из наиболее закрытых групп. Такие подростки, как правило, не посещают места сбора геев (клубы, кафе, так называемые «плешки», на которых социальные работники могут проводить работу), комьюнити-центры и т. п., так как не идентифицируют себя с гей-сообществом. Следует также заметить, что подростки, даже идентифицирующие себя как геи, в силу возраста не могут посещать подобные заведения, поскольку для таких заведений это чревато проблемами с правоохранительными органами, подпадая, например, под действие законодательства о «растлении несовершеннолетних».

Раскрытие практики гомосексуальных контактов при обращении за медицинской помощью или консультацией у других специалистов может послужить поводом для осуждения, дискриминации и оказания некачественных услуг. Чтобы не раскрывать свой гомосексуальный опыт и не обсуждать со специалистом возможные пути инфицирования или источники других проблем со здоровьем, многие подростки при необходимости предпочтут заняться самолечением и самопомощью или в крайних, достаточно редких случаях, обратиться за помощью к источникам, предоставленным в сети Интернет. Это также ограничивает возможности проведения профилактической работы с данной целевой группой.

Еще одним фактором повышенного риска для мальчиков-подростков можно назвать особенности поведения на первом этапе гомосексуальной активности

«новичков». Как уже говорилось выше, многие из них только определяются со своей сексуальной ориентацией, не заявляя еще о своей гомосексуальной идентичности, находятся на стадии экспериментирования. Утверждение о том, что «новички рискуют больше» справедливо также в отношении других групп – подростков, молодых людей, вовлеченных в секс-бизнес, подростков, потребляющих наркотики инъекционным путем, подростков, вступающих в первые сексуальные контакты. Связано это с тем, что на стадии первых попыток и экспериментирования на первый план выходят эмоциональные переживания: «как я выгляжу», «все ли правильно я делаю», «как не показаться глупым». В этот момент человек вряд ли задумывается о собственном здоровье и безопасности.

В качестве **общих рекомендаций по повышению эффективности услуг для подростков-МСМ** можно привести следующие:

- информирование всех категорий подростков (уличных, пребывающих в учреждениях, а также общей популяции подростков) о путях передачи и способах предупреждения инфицирования ВИЧ и другими ИППП, в том числе информирование о возможностях инфицирования через все виды сексуальных контактов – оральный, вагинальный, анальный;
 - развитие навыков использования подростками презервативов;
 - повышение доступа подростков к презервативам;
 - повышение доступа подростков к медико-социальным службам, к какой бы категории они ни принадлежали и в каком бы учреждении ни находились;
 - доступ подростков к тестированию на ВИЧ;
 - устранение стигматизации и дискриминации подростков-МСМ со стороны как поставщиков услуг, так и общества в целом;
 - предупреждение распространения алкоголя и наркотиков в подростковой среде;
 - усовершенствование системы защиты прав подростков и развитие системы качественной профилактической работы по предупреждению рискованного поведения, в том числе инфицирования ВИЧ, в специальных учреждениях для подростков: приютах, центрах социально-психологической реабилитации, приемниках-распределителях, школах и ПТУ социальной реабилитации, воспитательных колониях, СИЗО и т. д.

В качестве образца заполните таблицу в соответствии с наработанными на занятии пунктами. Выделите основные категории подростков-МСМ, их особенности, проблемы в работе с ними и подберите соответствующие способы повышения эффективности программ и оказания услуг таким подросткам с учетом выделенных проблемных аспектов.

Таблица 6.2.3.

| Категории подростков-МСМ и проблемы в предоставлении им услуг | Способы повышения эффективности программ и оказания услуг подросткам-МСМ с учетом выделенных проблемных аспектов (пути решения проблем) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

При подготовке профилактических программ для работы среди мальчиков-подростков, практикующих секс с мужчинами, необходимо учитывать особенности отдельных подкатегорий этой группы, исходя из общих и особенных черт, причин и практик гомосексуальных отношений. При этом важно помнить, что первичной целью в работе с такими подростками является уменьшение риска инфицирования ВИЧ.

7.1. Особенности распространения ИППП среди подростков групп риска

Особенности распространения ИППП среди подростков групп риска

Распространение ИППП в значительной степени содействует передаче ВИЧ половым путем как в среде ПГР, так и среди населения в целом, что обуславливается следующими факторами:

- для ИППП и ВИЧ характерны одинаковые пути передачи;
- ВИЧ и ИППП часто передаются вместе;
- наличие ИППП у ВИЧ-позитивного человека может в 10 раз увеличить риск передачи ВИЧ от него к половому партнеру;
- наличие ИППП у ВИЧ-негативного человека может в 10 раз увеличить его уязвимость перед инфицированием ВИЧ.

Поэтому для ВИЧ-инфекции и ИППП можно применять одинаковые методы профилактики, а мероприятия по контролю за ИППП следует рассматривать как приоритетные и направленные на профилактику ВИЧ-инфекции⁴⁸. Именно поэтому мы подробно рассмотрим проблему профилактики ИППП среди ПГР.

Половая культура и начало половой жизни подростков в Украине

Согласно результатам проведенных в Украине исследований в рамках международного проекта ВОЗ «Health Behaviour in School-Aged Children Study» (HBSC) – «Здоровье и поведение учащейся молодежи» (2006)⁴⁹:

- за последние три-четыре года в Украине возраст начала половой жизни среди подростков уменьшился с 15 до 14 лет;
- в возрасте 15–16 лет имели опыт сексуальных отношений больше 20% украинских десятиклассников, 30% первокурсников вузов, почти 45% первокурсников ПТУ;
- среди тех, кто имел собственный опыт сексуальных отношений, было больше мальчиков, чем девочек: среди мальчиков-восьмиклассников – 20%, среди девочек-восьмиклассниц – 3%; десятиклассников соответственно 31% и 13%; первокурсников вузов – 43% и 20%; ПТУ – 52% и 36%;

⁴⁸ Звіт Місії «Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні». – К. : ВОЗ, ВМ ЛЖВ, 2009. – 43 с.

⁴⁹ Целью данного исследования, проводившегося Украинским институтом социальных исследований им. А. Яременко, была поддержка в учреждениях образования Украины образовательного направления формирования здорового образа жизни через сбор и анализ информации относительно здоровья и поведенческих ориентаций в среде учащейся молодежи. Опрос проводился с 1 апреля по 30 мая 2006 г. в 26 территориально-административных единицах Украины. Всего было опрошено 6 535 респондентов – учеников 6-х, 8-х и 10-х классов и первокурсников ПТУ и вузов, обучающихся в 335 учебных заведениях, находящихся в 227 населенных пунктах (124 городах и 103 селах) Украины.

- во время последнего полового контакта не пользовались презервативами больше 25% 13–14-летних подростков и 20% – 15–16-летних;
- во время последнего полового контакта больше трети подростков употребляли алкоголь;
- почти 90% опрошенных владеют общей информацией о ВИЧ/СПИД, но лишь 75% опрошенных подростков точно указали пути передачи, знали, что ВИЧ передается половым путем без использования презерватива, через общее использование одной иглы для инъекций, при переливании крови;
- только 50% опрошенных знали, что половые контакты с постоянным партнером уменьшают риск инфицирования;
- даже самые информированные не сопоставляют свои знания и личные убеждения: 93% первокурсников вузов знают, что ВИЧ может передаваться через половой контакт без презерватива, но среди них только 75% девочек и 80% мальчиков думают, что постоянное использование презерватива защитит лично их от инфицирования.

В упомянутом выше исследовании представлены данные, касающиеся общей популяции подростков. Ниже приводятся данные о сексуальном поведении подростков групп риска.

Так, по данным исследования «Подростки групп риска: доказательная база для усиления ответа на эпидемию ВИЧ в Украине: аналитический отчет», опубликованного Представительством Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Украине и Украинским институтом социальных исследований имени А. Яременко, в среде подростков, живущих или работающих на улице:

- средний возраст начала половой жизни составляет 13 лет;
- 74% опрошенных детей этой категории имели опыт половой жизни и являются сексуально активными;
- подростки, живущие или работающие на улице, практикуют преимущественно незащищенный секс; в течение последнего года всегда пользовались презервативом с постоянным партнером только 12% опрошенных, со случайным партнером – 15%;
- 28% подростков, живущих или работающих на улице, вовлечены в коммерческий секс;
- 46% подростков правильно назвали половые пути передачи ВИЧ; инъекционный путь передачи назвал 61% опрошенных.

Относительно подростков, вовлеченных в коммерческий секс:

- средний возраст начала половой жизни составляет 14 лет (при этом минимальный возраст – 7 лет, а максимальный – 18 лет);
- в течение дня 37% опрошенных девочек-подростков, вовлеченных в коммерческий секс, имеют от трех до пяти коммерческих половых партнеров;
- использование презерватива больше распространено в практике половых контактов с коммерческими и случайными половыми партнерами, чем с постоянными: во время последнего полового контакта с коммерческим партнером использовали презерватив 76% опрошенных, со случайным – 65%, с постоянным – 25%;
- 83% подростков, вовлеченных в коммерческий секс, правильно определили пути половой передачи ВИЧ, а доля тех, кто знает об инъекционном пути передачи, составляет 96%.

Распространение ИППП среди подростков в Украине

Наиболее взрывоподобная ситуация с распространением ИППП наблюдалась в Украине в начале 1990-х гг. Так, количество заболеваний сифилисом с 1990 г. по 1996 г. среди подростков в Украине увеличилось в 26 раз (!)⁵⁰. С 1996 г. наметилась стойкая тенденция к снижению случаев регистрации таких ИППП, как сифилис, гонорея, трихомониаз. Но, по мнению ряда экспертов, это свидетельствует не о снижении заболеваемости, а об уменьшении количества человек, обращающихся в государственную дерматовенерологическую службу, увеличении случаев обращения в платные клиники, а также самолечении, поскольку ряд антибиотиков доступны на сегодня без рецепта (особенно вышеперечисленное касается подростков и молодых людей групп риска)⁵¹. То есть можно говорить о том, что на сегодняшний день ситуация с распространением ИППП среди подростков и молодежи групп риска является достаточно острой, и большинство случаев инфицирования находятся вне зоны внимания кожно-венерологических диспансеров (КВД) и не могут дать объективной статистической картины.

Данные многих исследований свидетельствуют о том, что в Украине уровень знаний о путях передачи и последствиях ВИЧ-инфекции среди общей популяции подростков можно назвать средним или высоким; уровень же знаний об ИППП, путях их передачи, признаках и последствиях остается довольно низким. Именно низкий уровень информированности подростков о ИППП приводит ко многим негативным последствиям, усложняющим диагностику, лечение и предотвращение новых случаев инфицирования.

Факторы, влияющие на распространение ИППП у подростков групп риска:

- раннее начало половой жизни;
- частая смена половых партнеров;
- нерегулярное использование презерватива при половых контактах;
- незапланированный, эпизодический характер половых отношений или секс по принуждению;
- употребление алкоголя и других психоактивных веществ, в том числе, инъекционным путем;
- протекание ИППП без симптомов;
- отсутствие или недостаточное количество информации об ИППП и средствах профилактики.

Ситуация с распространенностью ИППП среди подростков на сегодняшний день недостаточно изучена, но есть все основания говорить о ее серьезности и необходимости уделять этой проблеме большее внимание в профилактических программах. Понимание факторов, влияющих на распространение ИППП среди подростков, дает возможность четко определить в профилактических программах работы с подростками круг задач, требующих решения.

⁵⁰ Данные Фонда народонаселения ООН и Украинской ассоциации планирования семьи (2004).

⁵¹ Звіт Місії «Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні». – К. : ВОЗ, ВМ ЛЖВ, 2009. – 43 с.

Эффективная диагностика и лечение ИППП у ПГР требует комплексного подхода и взаимодействия ряда структур.

Одним из наиболее важных видов деятельности, повышающих уровень выявления, диагностики и лечения ИППП у ПГР, должна быть мотивационная работа с подростками. Особенно важна мотивационная работа на этапе лечения ИППП. Именно непониманием важности лечения ИППП подростки отличаются от взрослых. На нежелание проходить лечение также часто влияет фактор «насилованного» лечения, при котором подросток не понимает, что и зачем с ним будет происходить в медицинском учреждении.

Одним из важных компонентов эффективного лечения ИППП у подростков является также формирование приверженности процессу лечения: схемы лечения могут быть достаточно длинными и сложными, влиять на психологическое состояние подростка, провоцировать отказ от лечения («уход от проблемы»).

7.2. Непланируемая беременность у подростков групп риска

Непланируемая беременность – это беременность, которая возникла несвоевременно или же является нежеланной на момент зачатия⁵².

Факторы, увеличивающие риск непланируемой беременности у ПГР

Биологические факторы:

- раннее начало половой жизни;
- более ранний возраст начала менструации

(оба эти фактора тесно взаимосвязаны друг с другом, поскольку раннее начало половой жизни порой приводит к более раннему началу менструаций).

Социальные факторы:

- половые отношения до брака;
- отсутствие знаний о репродуктивном здоровье, планировании беременности, контрацепции

(начало половой жизни у подростков групп риска обычно происходит до того, как они получают знания и навыки по использованию презервативов и контрацепции; часто подростки не используют средства контрацепции и презервативы, потому что у них нет материальной возможности их приобрести или они не знают, где их можно взять);

- употребление психоактивных веществ

(злоупотребление алкоголем и ПАВ уменьшает вероятность использования презервативов во время половых контактов и, следовательно, увеличивает риск возникновения непланируемой беременности);

⁵² www.cdc.gov – Centers for Disease Control and Prevention.

- распространенность насильственных действий сексуального характера в среде ПГР

(несмотря на всю скудность данных по этому вопросу, очень вероятно, что часть подростковых беременностей являются прямым результатом насильственных действий, например, со стороны взрослых мужчин);

- оказание сексуальных услуг за деньги
(как следствие – большое количество половых партнеров, незащищенные сексуальные контакты по требованию клиента).

Факторы услуг:

- нехватка информации и образовательных программ для подростков, особенно для ПГР, в сфере контрацепции, полового и репродуктивного здоровья вообще;
- недоступность услуг и информации в области репродуктивного здоровья и контрацепции

(ПГР не всегда имеют доступ к медицинским услугам из-за их дороговизны, других социально-экономических причин. Данная категория подростков нуждается в специальных службах здравоохранения, ориентированных на их нужды. Частота подростковой беременности более высока в регионах, где меньше всего используются контрацептивы, между тем популяризация средств контрацепции ориентирована преимущественно на взрослых замужних женщин, но не на подростков. Даже если услуги контрацепции широко доступны, они могут быть недоступны для подростков);

- закон и политика в сфере оказания медико-социальных услуг
(политика государства, направленная на профилактику непланируемой беременности, оказание медико-социальных услуг ПГР, влияет на показатели снижения подростковой беременности).

Риски беременности и родов у подростков групп риска

Риски для здоровья будущей матери

Многие девочки-подростки вынашивают беременность и рожают здоровых детей. Роды протекают без осложнений, и молодые женщины наслаждаются своей материнской ролью. Но, к сожалению, для некоторых из них обстоятельства складываются по-другому: хотя часть подростков может быть физически готова к вынашиванию беременности, некоторые из них еще недостаточно физически развиты для безопасной беременности и родов.

В раннем подростковом периоде организм девочек все еще растет, и размеры их таза не достигают размеров таза взрослых женщин. Вследствие этого велика вероятность нарушения нормальной родовой деятельности. При вынашивании беременности растут потребности в питательных веществах, что, в свою очередь, может привести к замедлению роста девочки.

Беременные девочки-подростки гораздо реже обращаются за пренатальной помощью, чем более взрослые женщины. В то же время, у беременных подростков гораздо чаще возникают проблемы со здоровьем, чем у женщин старше 20 лет. Проведенные исследования доказали, что риск смерти при родах среди матерей-подростков гораздо выше по сравнению с более взрослыми женщинами.

Даже если беременная девочка-подросток физически готова к беременности, ей чаще всего не хватает социальной и эмоциональной зрелости.

Риски для здоровья ребенка

Дети, рожденные у матерей-подростков, также гораздо чаще испытывают проблемы со здоровьем по сравнению с детьми, рожденными у более взрослых матерей. Для младенцев, рожденных подростками, чаще характерны малый вес при рождении, недоношенность и более высокий уровень перинатальной смертности.

Существенная проблема вытекает из ситуации, когда «дети рождаются у детей». Молодая мать-подросток, которая сама только что вышла из детского возраста, не имеет родительских навыков, необходимых для воспитания ребенка. В связи с этим растет количество отказных детей и, соответственно, домов-интернатов.

Социальная цена беременности для матери-подростка и для общества

Беременная девочка-подросток очень часто испытывает социальную и психологическую незащищенность, особенно в условиях, если у нее нет надежной семьи и родителей, которые могут о ней позаботиться. Одна проблема очень часто влечет за собой другую. Подростки, имеющие детей, зачастую не могут продолжить (или начать) обучение, им гораздо труднее найти работу, а если к тому же они не получили основного образования, это только усугубит их нелегкое положение. Доходы таких молодых женщин, как правило, гораздо ниже среднего уровня доходов, в связи с чем существенно возрастает риск недостаточного удовлетворения ряда потребностей ребенка и, соответственно, задержки его развития.

Ранняя беременность может отрицательно сказаться не только на судьбе матери и ребенка, но и на обществе в целом. Юная мать, часто незамужняя, с низким уровнем образования и не имеющая возможности самостоятельно зарабатывать на данном этапе своей жизни, не может внести необходимый вклад в развитие общества, более того, она сама и ее семья могут стать группой риска, требующей постоянной поддержки.

Любая беременность должна быть планируемой, но существует целый спектр факторов, влияющих на незапланированную беременность у ПГР. Незапланируемая беременность для ПГР часто становится сложнейшей психо-эмоциональной проблемой, к решению которой такой подросток часто не готов в силу специфики возраста и жизненного опыта. Кроме того, любая беременность (и планируемая, и незапланируемая) для подростка – это серьезное физическое и психо-эмоциональное испытание, которое часто имеет ряд негативных последствий как для юной будущей матери, так и для ее ребенка.

В ситуации незапланируемой беременности у ПГР возможны три варианта развития событий:

- самопроизвольное прерывание беременности («выкидыш», что, по разным исследованиям, встречается у девочек-подростков в 10–25% случаев);
- искусственное прерывание беременности – аборт (часто это внебольничные и криминальные аборты);
- рождение ребенка.

7.3. Небезопасные аборты среди подростков групп риска

Определения ВОЗ

Аборт – искусственное прерывание беременности.

Небезопасный аборт – процедура прерывания нежелательной беременности лицами, не владеющим необходимыми навыками, или происходящая в условиях, не удовлетворяющих минимальным медицинским стандартам, или наличие и того, и другого.

Безопасный аборт – техника искусственного прерывания беременности на ранних стадиях, которое выполняется квалифицированными медработниками с использованием для этого адекватного оборудования, правильной методики и санитарно-гигиенических стандартов⁵³.

Небезопасный аборт: ситуация в мире⁵⁴

- По данным ВОЗ, примерно 20 млн ежегодно выполняемых искусственных абортов, или около половины из общего числа абортов, считаются небезопасными.

- 95% такой статистики приходится на развивающиеся страны.

- Около 13% связанных с беременностью смертей явились результатом осложнений после небезопасного аборта.

- Небезопасный аборт ассоциируется с весьма высоким уровнем заболеваемости.

Например, результаты исследований говорят о том, что по меньшей мере одна из пяти женщин, которым был сделан небезопасный аборт, в конечном счете страдает от инфекции половых путей. Некоторые из этих инфекций протекают в тяжелой форме и вызывают бесплодие.

- Во всем мире в группу риска небезопасных абортов входят женщины разных возрастов из бедных слоев населения, проживающие в отдаленных районах, находящиеся в социально уязвимом положении или еще не вышедшие из подросткового возраста, особенно если они не замужем.

Женщины из этой категории обладают меньшим доступом не только к информации, но и к службам охраны репродуктивного здоровья, нередко оказываясь жертвами сексуального принуждения и насилия. Кроме того, они могут несвоевременно поднимать вопрос об искусственном прерывании беременности и, следовательно, чаще, чем другие, вынуждены полагаться на небезопасные методы выполнения аборта и обращаться к недостаточно квалифицированной помощи.

- Чем на более позднем сроке проведен аборт, тем он более опасен. Подростки – группа риска по позднему обращению (боятся сказать родителям, обратиться в государственную клинику, ограничены финансово и др.).

⁵³ Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems // World Health Organization. – Geneva, 2003.

⁵⁴ Ibid.

Ситуация с небезопасными абортами в Украине⁵⁵

По возрасту женщин структура всех видов абортов в 2007 г. выглядела следующим образом: 81,2% абортов приходилось на женщин 18–34 лет, 16,8% – 35–49 лет, 1,94% – 15–17 лет, 0,03% – у девочек до 14 лет.

В Украине прослеживается негативная ситуация по прерыванию беременности среди подростков в возрасте до 18 лет. Несмотря на то, что количество абортов существенно снизилось во всех возрастных группах, в 2007 г. 84 девочки до 14 лет и около 4 тыс. 15–17-летних подростков обратились за этим видом медицинской помощи.

В то же время в Украине широко распространены небезопасные аборт.

Для определения небезопасных абортов чаще всего используются также такие термины, как «внебольничный аборт», «криминальный аборт» («нелегальный аборт»). При этом *криминальным (нелегальным)* считается аборт, проводящийся лицом, не имеющим специального медицинского образования, в условиях, не регламентированных действующим законодательством. *Внебольничный аборт* включает в себя криминальные (нелегальные), а также аборт, инициируемые женщиной без вмешательства других лиц.

Так, согласно данным Бюро ВОЗ в Украине, среди населения встречаются мнения о возможности проведения внебольничных абортов такими методами:

- введение хлористого кальция, окситоцина, тампонов с лекарственными средствами во влагалище;
- прием концентрированного отвара петрушки;
- гинекологический массаж в течение нескольких дней.

Кроме того, встречаются и **особо опасные рекомендации на основе практики:**

- падения с лестницы, с высоты, удары в живот;
- прием молока с йодом;
- прием в больших дозах алкоголя (или наркотиков);
- прием горячих ванн (ванн с горчицей);
- введение острых предметов во влагалище (с целью проникновения в полость матки), спринцевание кока-колой, другими жидкостями и т. д.

Особенно широко распространены такие небезопасные практики с целью прерывания беременности среди уязвимых подростков и ПГР.

Последствия небезопасных абортов для ПГР

Медицинские последствия

Риск высокого уровня смертности и заболеваемости в результате небезопасных абортов высок для женщин всех возрастных групп, но особенно он высок для подростков из-за несоответствующих стандартам условий проведения абортов и зачастую позднего обращения за медицинской помощью.

Во многих развивающихся странах серьезные осложнения, являющиеся результатом небезопасных абортов, чаще негативно сказываются именно на подростках.

⁵⁵ На основе материалов: Аборт и контрацепция в Украине. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. – Министерство здравоохранения Украины, Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 88 с.

Наиболее распространенные медицинские последствия, наступающие во время аборта

Физические травмы могут варьироваться от небольших вагинальных и цервикальных повреждений (чаще всего повреждений шейки матки и влагалища), до крупных перфораций (матки или кишечника), повреждающих не только репродуктивные органы, но и мочевыделительную и гастроинтерстенальную систему органов.

Наиболее распространенные медицинские последствия, наступающие во время аборта или в ближайшее время после него

Кровотечение – часто встречающееся осложнение, способствующее появлению или усугублению уже существовавшей анемии, может привести к летальному исходу.

Столбняк, причиной которого может быть введение таких материалов, как палки, металлические стержни и другие предметы в полость матки; помимо этого, причиной инфицирования может стать использование нестерильных хирургических инструментов.

Пост-абортный сепсис может быстро перейти в септицемию и полный сепсис.

Отсроченные во времени медицинские последствия

К отсроченным медицинским осложнениям относятся осложнения, проявляющиеся спустя месяц или более после проведения аборта. Многие из этих осложнений являются исключительно серьезным и пожизненным бременем:

- хроническая инфекция органов малого таза;
- вторичное бесплодие;
- спонтанные аборт в будущем;
- повышенная вероятность внематочной беременности;
- повышенная вероятность преждевременных родов в будущем.

Психологические последствия

Психологические последствия документируются не так хорошо, как физические, но имеют очень большое значение. К ним относят депрессию и отсроченные во времени психологические проблемы.

Во многих случаях проблема со временем решается сама собой; однако, очень часто она затягивается, и решение ее требует специализированной помощи. Длительные психологические проблемы, связанные с абортами, часто регистрируются среди девочек-подростков, которые были беременны в первый раз.

Социально-экономические последствия

Такие последствия являются результатом действий самой девочки или ее семьи (родителей, опекуна или других лиц). Девочки, прошедшие через аборт, могут быть вынуждены оставить школу. Они могут на себе испытать неодобрительное отношение окружающих, прежде всего взрослых. Хотя следует отметить, что в среде ПГР аборт часто является нормальным явлением и никак не сказывается на отношении сообщества подростков к девочке. Многие ПГР регулярно прибегают к небезопасным абортам как к основному методу регулирования рождаемости (например, девочки, вовлеченные в коммерческий секс).

Так, среди опрошенных в исследовании, проведенном ЮНИСЕФ и УИСИ (2007), девочек-подростков, живущих на улице, 20% были беременными, 68% из них делали аборт, 17% делали аборт дважды, 20% – трижды.

Экономические последствия велики как для самой девочки, так и для ее семьи, а также для общества в целом. Продолжительное пребывание в больнице вследствие возникновения осложнений обходится в крупную сумму, даже если не для самой девочки и ее семьи, то для государства: лечение осложнений небезопасного аборта истощает ресурсы больницы, которые и так могут быть ограничены. Под ресурсами подразумеваются безопасная кровь, внутривенные лекарства, антибиотики и т. д.

Риск высокого уровня смертности и заболеваемости в результате небезопасных абортов высок для женщин всех возрастных групп, но особенно он высок для ПГР из-за условий проведения абортов, общего неудовлетворительного состояния их здоровья, рискованного способа жизни и позднего обращения за медицинской помощью.

Факторы, влияющие на распространенность небезопасных абортов в среде ПГР

Эксперты считают, что к распространенности практик небезопасного аборта в среде ПГР приводят следующие факторы:

- порицательное отношение к аборту в обществе (особенно в сельской местности);
- стигматизация и дискриминация ПГР в целом;
- самостигматизация подростка, формирующая нерешительность, боязнь обращения за помощью;
- отсутствие поддержки ПГР со стороны родителей, опекунов, родственников и т. д.;
- отсутствие у ПГР информации о рисках небезопасного аборта;
- отсутствие системных (иногда даже элементарных) знаний в области полового воспитания;
- недоброжелательное отношение медработников;
- несоблюдение медработниками конфиденциальности (особенно в сельской местности);
- материальная недоступность;
- территориальная удаленность медицинских учреждений;
- отсутствие социальных показаний для проведения процедуры аборта после 12 недель беременности;
- запрет национальным законодательством процедуры аборта после 21 недели;
- законодательные барьеры для проведения процедуры аборта у несовершеннолетних (часто врачи отказывают в процедуре без присутствия родителей или опекунов);
- отсутствие у подростка паспорта (документов), прописки, регистрации и т. д.

Некоторые из этих факторов требуют дополнительной конкретизации, например, **законодательные аспекты** проведения процедуры аборта, существующие в Украине на сегодняшний день.

Специальная ст. 50 Основ законодательства Украины о здравоохранении говорит, что операция искусственного прерывания беременности (аборт) может быть проведена **по желанию женщины** в лечебных учреждениях, имеющих соответствующую аккредитацию, при беременности сроком не более 12 недель.

Искусственное прерывание беременности проводится в соответствии с требованиями ст. 43 Основ законодательства Украины о здравоохранении, в которой установлена необходимость согласия объективно информированного дееспособного пациента на медицинское вмешательство. Согласие пациентки или ее законных представителей на вмешательство не требуется в безотлагательных случаях, когда имеется угроза для жизни женщины.

Гражданским кодексом Украины (ч. 3 статьи 284) определено, что предоставление медицинской помощи физическому лицу, **достигшему 14 лет**, проводится по его согласию. Лицам, не достигшим 14 лет, медицинская помощь оказывается с согласия законных представителей. Это касается также услуг по прерыванию беременности и планированию семьи⁵⁶.

В случаях тяжелых заболеваний и возникновения ситуации негативного влияния беременности на течение заболевания эта беременность может быть прервана до 22 недель беременности. В соответствии с Постановлением КМУ № 144 «О реализации статьи 281 Гражданского кодекса Украины» от 15 февраля 2006 г. утвержден Перечень тяжелых заболеваний, при которых беременность угрожает здоровью и жизни пациентки. В таких случаях разрешается прерывание беременности в сроке после 12 до 22 недель⁵⁷. Кроме того, к обстоятельствам, при которых в эти сроки возможно прерывание относят подростковую беременность (если пациентке меньше 15 лет), а также случаи, когда беременность наступила вследствие изнасилования.

При этом важно отметить проблемную область законодательства по этим вопросам. Случаи необходимого аборта после 12 недель беременности среди ППР, старших 15 лет, распространены повсеместно. По мнению общественности и специалистов, законодательные запреты в данном случае обуславливают риск прибегания подростков к криминальному аборту и могут повлечь за собой материнскую смертность.

Важным позитивным фактом является то, что с целью профилактики криминальных и внебольничных абортов введена ст. 134 Криминального кодекса Украины. Данная статья предусматривает, что незаконное проведение аборта, а именно проведение аборта лицом, не имеющим специального медицинского образования, карается штрафом от пятидесяти до ста необлагаемых минимумов доходов граждан, или общественными работами на срок от ста до двухсот сорока часов, или исправительными работами сроком до двух лет, или ограничением

⁵⁶ Инструкция о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности, утвержденная Приказом Министерства здравоохранения Украины 20 июля 2006 г. за № 508.

⁵⁷ Аборты и контрацепция в Украине. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. – Министерство здравоохранения Украины, Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 88 с.

свободы сроком до двух лет. В случае незаконного проведения аборта, повлекшего длительное расстройство здоровья женщины, бесплодие или смерть потерпевшей, лицо, сделавшее аборт, карается ограничением свободы сроком до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью сроком до трех лет или без такого.

Кроме законодательных ограничений, проведение прерывания беременности у подростков, не достигших совершеннолетия, в том числе ПГР, часто является большой проблемой еще и потому, что:

- подростки не решаются самостоятельно обратиться, боясь стигматизации и дискриминации, недоброжелательного отношения, разглашения информации;
- подростки уверены в высокой стоимости процедуры и не обращаются за медицинской помощью в силу финансовых проблем;
- врачи часто отказывают в процедуре искусственного прерывания беременности без присутствия родителей или опекунов, несмотря на требования законодательства;
- подростки групп риска, не достигшие 14 лет, вообще не имеют доступа к процедуре искусственного прерывания беременности, так как не могут фактически получить согласие своих законных представителей в силу разных причин, связанных с жизненными обстоятельствами.

Основные мероприятия, могущие снизить количество небезопасных абортов среди ПГР:

- предупреждение и пресечение любых попыток стигматизации и дискриминации ПГР в обществе в целом и в среде поставщиков услуг в частности;
- формирование доброжелательного подхода к ПГР у поставщиков услуг;
- обеспечение повсеместного доступа ПГР к информации и услугам в сфере репродуктивного и сексуального здоровья;
- проведение программ профилактики непланируемой беременности среди ПГР;
- обеспечение доступа к службам, проводящим безопасные аборты;
- улучшение национальной политики и законов, которые бы облегчали, а не создавали барьеры, на пути предоставления информации и услуг в сфере репродуктивного здоровья ПГР.

Конечно же, максимум усилий должен быть приложен к профилактике беременностей у ПГР. Но в случае наступления такой беременности и высказанного желания юной женщины ее прервать (в силу очевидных медико-социальных причин), основной задачей поставщиков услуг является обеспечение доступной, эффективной и качественной медицинской и социально-психологической помощи. Такие подходы способствуют профилактике внебольничных и криминальных абортов и постабортных осложнений у женщин во всем мире.

7.4. Юное материнство и отцовство у ПГР

Среди опрошенных подростков, живущих или работающих на улице, у 2% девочек есть дети (что составляет 11% от общего количества имевших беременность)⁵⁸.

Термин «юное родительство»⁵⁹ означает прежде всего юный возраст родителей – до 18 лет. При этом многие исследователи считают, что до 21 года (возраст совершеннолетия во многих зарубежных странах) молодые люди, родившие ребенка, так же не защищены, как и подростки.

Последствия юного материнства и отцовства

Последствия юного материнства и отцовства затрагивают медико-социальные проблемы как для подростка, так и для общества в целом.

Медицинские проблемы:

- общие проблемы со здоровьем матери (проблемы репродуктивного здоровья, возникшие на фоне способа жизни; проблемы, связанные с ВИЧ-положительным статусом и т. д.);
- преждевременные роды;
- затруднение прохождения плода по родовому каналу;
- материнская смертность во время родов;
- анемия матери в послеродовом периоде;
- проблемы со здоровьем ребенка (низкая масса тела при рождении, неадекватное грудное вскармливание, проблемы со здоровьем вследствие употребления матерью ПАВ);
- более высокий уровень перинатальной и неонатальной смертности младенцев.

Психологические проблемы:

- развитие затяжных послеродовых депрессий;
- проблемы осознания материнства (отцовства);
- проблемы в воспитании ребенка в связи с психологической и социальной незрелостью юных родителей;
- проблема насилия и жестокого обращения с ребенком из-за отсутствия навыков родительской компетентности.

Социально-экономические проблемы:

- отсутствие поддержки (неприятие, осуждение, психологическое давление близких и знакомых) социального окружения подростка;
- отсутствие у подростка материальной базы для воспитания ребенка;
- отсутствие жилья;
- отсутствие возможности продолжения (начала) учебы или устройства на работу.

⁵⁸ Подростки групп риска: доказательная база для усиления ответа на эпидемию ВИЧ в Украине: аналит. отчет / ЮНИСЕФ, УИСИ им. А. Яременко. – К. : К.И.С., 2008. – 192 с.

⁵⁹ Каткова И. П. Медико-социальные проблемы юного материнства: программы социальной работы с юными матерями. – М. : ЦОЦ, 1992. – 53 с.

В результате проблемы молодых родителей становятся проблемами для общества:

- выделение средств на материальную поддержку таких семей;
- воспитание / устройство детей в случае отказа от детей юными родителями (так, по данным российского исследователя В. И. Брутмана, 15% новорожденных, оставленных матерями в роддомах, – дети матерей-подростков) и т. д.

Основными задачами работы с ПГР, готовящимися к материнству или родившими детей, должны быть:

- комплексная социально-психологическая реабилитация и поддержка;
- оказание спектра медико-социальных услуг на основе потребностей молодой мамы;
- помощь в ресоциализации;
- предупреждение отказа от ребенка (если юная мама, по мнению специалистов, располагает ресурсами, в первую очередь психологическими и социальными, для воспитания ребенка).

Технологии поддержки юных матерей в Украине

В мире существует ряд технологий поддержки юных матерей, в том числе юных матерей из числа ПГР, и все они направлены на эффективную организацию медико-социальной, психолого-педагогической помощи с целью определения и разрешения проблем юных мам, их детей и семей в целом.

По большому счету, работа с юной мамой-подростком из числа групп риска в части технологии не отличается особой спецификой, хотя, безусловно, требует высокого профессионализма от команды специалистов, работающих с ситуацией и четкого понимания круга проблем юной мамы, которые в случае с ПГР очень разнообразны и стоят намного более остро, чем у подростков других категорий.

Чаще всего технология работы с юными матерями включает в себя следующие этапы:

- 1) изучения индивидуальной ситуации юной мамы, определение ее основных проблем и оценка ее потребностей;
- 2) разработка на основе оценки плана вмешательства в ситуацию с целью оказания комплексной всесторонней системной помощи юной маме;
- 3) формирование привязанности к ребенку;
- 4) тренинг развития навыков материнской (если есть возможность работать с отцом – отцовской) компетентности, а также тренинг других полезных социальных навыков;
- 5) создание условий для активизации ее внешних и внутренних ресурсов с целью развития самостоятельных навыков ухода за ребенком и решения различных повседневных проблем;
- 6) содействие в получении образования или устройстве на работу;
- 7) обеспечение социального патронажа по месту проживания юной мамы и ее семьи членами мультидисциплинарной команды специалистов; оказание помощи в решении отдельных проблем.

Как уже говорилось выше, в работе с юными матерями большое значение имеет **мультидисциплинарный подход**, поэтому роль разных специалистов – медиков, психологов, педагогов, социальных работников и даже правоохранительных органов в этой работе – важна безоговорочно. К сожалению, выявить ПГР, готовящихся к материнству, сложно. Чаще всего в этом могут помочь сотрудники аутич-команд, работающих с ПГР в условиях улицы, которые сталкиваются с девочками на больших сроках беременности, представители правоохранительных органов (криминальной милиции по делам детей) и служб по делам детей – выявление их во время рейдов, а также медицинские работники, к которым ПГР попадают на этапе родов.

На стадии выявления девочки, которая готовится стать матерью, наиболее важны следующие виды помощи:

- психологическая поддержка;
- предупреждение осложнений родов через мотивирование подростка обратиться за медицинской помощью и родить в соответствующих условиях роддома;
- мотивирование прохождения теста на ВИЧ-инфекцию с целью своевременного предупреждения инфицирования ребенка;
- предупреждение отказа от будущего новорожденного;
- оказание помощи в налаживании контакта с близкими родственниками (отцом ребенка, семьей и т. д.)
- оказание помощи в решении социально-экономических проблем ПГР.

Практически те же виды помощи остаются актуальными, если девочка выявлена медиками непосредственно на этапе родов или после них. Опытный, квалифицированный персонал родильных домов может идентифицировать и помочь соответствующим службам выявить подростка группы риска, нуждающегося в помощи, и спрогнозировать возможные варианты развития ситуации. Ведь в большинстве случаев подросток может самовольно покинуть медучереджение (попросту – сбежать), в том числе и из-за недоброжелательного или безразличного отношения к нему со стороны медперсонала.

Социальные центры матери и ребенка

Оптимальной формой социально-педагогической работы, психологической и специализированной поддержки юных матерей групп риска могут стать социальные центры матери и ребенка – учреждения временного проживания женщин на седьмом-девятом месяце беременности и матерей с детьми возрастом от рождения до 18 месяцев, которые оказались в сложных жизненных ситуациях, препятствующих адекватному выполнению материнских обязанностей.

Согласно Типовому положению о социальном центре матери и ребенка (постановление КМУ № 879 от 8 сентября 2005 г.) основной целью центра является внедрение новых форм социальной поддержки женщин и предотвращение отказа родителей от новорожденных детей.

Основными задачами центра являются:

- предоставление бесплатных психологических, социально-педагогических, правовых, социально-экономических и информационных услуг женщинам, временно проживающим в центре, и обеспечение их питанием;
- создание надлежащих психолого-педагогических и бытовых условий для обеспечения нормальной жизнедеятельности женщин, временно здесь проживающих;

- содействие получению женщинами, временно проживающими в центре, образования, специальности, привычек самостоятельной жизни с ребенком вне границ центра, защита их прав и интересов.

Бытовые условия в центре созданы таким образом, чтобы обеспечить максимум самостоятельности и комфорта в повседневной жизни. Каждая женщина проживает вместе с ребенком в меблированной, уютной комнате. К услугам клиентов – гостиная, кухня, где они готовят пищу (персонал консультирует, как приготовить то или иное блюдо), в отдельных центрах создаются мастерские, компьютерные комнаты. Команда работников центра, в состав которой входит психолог, социальные работники, социальные педагоги, медсестра и другие сотрудники, обеспечивает предоставление квалифицированной помощи.

Как только женщина с ребенком попадает в центр, за ней закрепляют социального работника (члена команды сотрудников центра), задача которого – координировать всю работу, которая ведется с данным клиентом. Через 7–10 дней после направления роженицы в центр, закрепленный за ней социальный работник составляет индивидуальный план социального сопровождения на основе первичной диагностики, наблюдения, а также информации, предоставленной социальным работником, работавшим с женщиной до ее направления в центр.

Планы социального сопровождения должны отображать все аспекты жизни матери и ребенка, включая состояние здоровья и развитие ребенка, отношения матери и ребенка, подготовку матери к самостоятельной жизни, образование, работу, отношения с семьей и отцом ребенка, поддержку со стороны окружения и мероприятия по реинтеграции в семью.

Обязательным условием эффективности выполнения плана является активное привлечение клиентов к этому процессу на всех стадиях (подготовка, реализация, пересмотр плана). Ведь всегда существует риск, что женщина, направленная в центр специалистом, ранее решавшим ее проблемы, будет ожидать, что в центре окажутся другие специалисты, которые так же будут решать за нее ее проблемы. Это означает, что она останется неподготовленной к тем трудностям, с которыми придется соприкоснуться после оставления центра.

Важным компонентом всей системы работы с каждой женщиной является планирование мероприятий и дальнейшее ее сопровождение после того, как она покинет центр. В зависимости от сложности случая эти мероприятия могут иметь как краткосрочный, так и долгосрочный (до полутора лет) характер. Социальный центр матери и ребенка на сегодня является одной из эффективных форм комплексной индивидуальной работы квалифицированных специалистов с беременной женщиной, с матерью и грудным ребенком.

Исходя из широкого круга проблем, которые влечет за собой юное материнство и отцовство, помощь должна оказываться мультидисциплинарной командой специалистов, быть системной и вести к развитию способности молодых родителей самостоятельно преодолевать те или иные жизненные сложности.

8.1. Определение основных понятий

Наркотик – это психоактивное вещество (ПАВ), которое при употреблении воздействует на органы восприятия (зрение, слух, вкус, обоняние), а также на мышление, чувства и поведение человека⁶⁰.

В специальной литературе указывается, что наркотик – это вещество, которое отвечает трем критериям:

1) *медицинский критерий*: вещество, действующее на центральную нервную систему (имеет седативное, стимулирующее или галлюциногенное влияние и т. д.);

2) *социальный критерий*: немедицинское употребление вещества имеет очень большие масштабы, и последствия этого приобретают большую социальную значимость;

3) *юридический критерий*: данное вещество законодательно признано наркотическим.

Подробно **основные виды ПАВ** рассмотрены на с. 105.

Наркотизм (или **аддиктивное поведение**), в отличие от наркомании, рассматривается как злоупотребление рядом веществ, изменяющих сознание, но до того, как начнут действовать механизмы психологической и физической зависимости. Понятие «наркотизм» также включает ряд элементов наркотической субкультуры в окружающей среде.

Наркомания – болезнь, вызываемая систематическим употреблением наркотиков и проявляющаяся синдромом измененной реактивности, психической и физической зависимостью, а также некоторыми другими психотическими и социальными феноменами⁶¹.

Синдром психологической зависимости – совокупность симптомов, которые указывают на то, что человек не видит своего существования без употребления наркотиков (взаимодействие с собой, с жизнью, с другими людьми).

Синдром физической зависимости – совокупность симптомов, указывающих на то, что наркотик встроился в разнообразные цепочки обмена веществ в организме. Если требуемое вещество перестает попадать в организм, наступает абстинентный синдром, для преодоления которого снова необходим наркотик, и доза может постоянно возрастать.

Наркозависимый человек – человек, систематически употребляющий наркотики, у которого развита психологическая и физическая зависимость.

⁶⁰ Ориентационное пособие ВОЗ. – Модуль К: Молодые люди и потребление психоактивных веществ.

⁶¹ Личко А. Е., Битецкий В. С. Подростковая наркология. – М., 1999.

Потребление инъекционных наркотиков (ПИН) – введение наркотиков в организм путем инъекций (как внутримышечно, так и внутривенно).

Раньше потребление инъекционных наркотиков называли «внутривенным впрыскиванием наркотиков» (ВВ) или «внутримышечным потреблением наркотиков» (ВМ), при этом каждый термин определял способ употребления – в вену или в мышцу. Современный термин ПИН включает оба способа потребления наркотиков, но более распространенным явлением все равно остается инъекция в вену, поскольку таким образом эффект достигается намного быстрее.

Портрет подростков/молодых людей, употребляющих психоактивные вещества

Употреблять инъекционные наркотики могут подростки и молодые люди, которые живут на улице и время от времени употребляют ПАВ вместе со сверстниками; подростки и молодежь из внешне благополучной семьи; парни или девушки, оказывающие коммерческие сексуальные услуги и т. д.

Создание стереотипов в отношении внешности или личностных характеристик подростков, употребляющих наркотики, может привести к потере веры у тех, кто находится в группе риска, и усилить дискриминацию и отрицательное отношение к ним со стороны общества, что усложнит эффективное оказание медико-социальной помощи.

Подростки и молодые потребители инъекционных наркотиков имеют и другие стороны жизни, которые до определенного времени могут оставаться полноценными. Иногда сложно по одному взгляду на человека определить, является ли он потребителем инъекционных наркотиков. Именно поэтому для поставщиков услуг очень важно выяснять отношение молодых людей, с которыми они работают, к наркотикам.

Нужно помнить, что любой член общества может быть потребителем ПАВ, в том числе инъекционным путем. Стереотип ведет к дискриминации и изолированию людей, употребляющих наркотики, что мешает профилактике ВИЧ-инфекции среди данной целевой группы. Кроме того, часто именно стереотипы препятствуют раннему выявлению подростков и молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики, так как считается, что в определенной целевой группе их быть просто не может (студенты университетов, молодые мамы, молодые специалисты: медики, педагоги и т. д.).

8.2. Факторы риска распространения наркомании в подростковой и молодежной среде

Факторы, способствующие наркотизации и распространению наркомании в молодежной среде⁶²

1. Уровень «Личность»

Биологические факторы риска

- Степень изначальной толерантности (устойчивости).
- Наследственность.
- Состояние здоровья.

Как показывает клинический опыт, подростки, молодежь с ослабленным здоровьем и иммунитетом, а также с психосоматическими отклонениями намного легче поддаются наркотизации, и у них быстрее формируется наркозависимость. С другой стороны, такие подростки чаще не выдерживают учебных нагрузок и не в силах целиком усвоить материал, имеют плохую успеваемость, что приводит к возникновению конфликтов, возрастает нервное напряжение, что может провоцировать употребление наркотиков.

- Органические поражения головного мозга.

Органические поражения головного мозга влияют на психоэмоциональное состояние, снижают способность индивида переносить физические и психологические нагрузки, противостоять стрессу и негативным влияниям окружающей среды, что может подтолкнуть к аддиктивному поведению и в последствии – к наркозависимости.

Психологические факторы риска

- Тип акцентуации личности.

По данным В. С. Битенского, тип акцентуации характера влияет на возникновение девиации и, более того, определяет предпочтительный выбор психоактивного вещества. Так, эпилептоидный тип проявляет особый интерес к галлюциногенам и ингалянтам; подростки с истероидной акцентуацией предпочитают приятное состояние или успокоение, вызываемое транквилизаторами; при шизоидном типе проявляется тенденция к употреблению опийных препаратов и гашиша, то есть желание вызвать у себя эмоционально приятное состояние. Отмечается также склонность к аддиктивному поведению подростков с неустойчивым, гипертимным, циклоидным типами акцентуации характера.

- Подростковый возраст.

Этот возрастной период сам по себе является рискованным в отношении всяческих экспериментов, в том числе с наркотиками. Подростковые реакции эмансипации от взрослых и группирования с ровесниками,

⁶² При подготовке материала использованы: Профилактика наркотизма: теория и практика / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. – Самара, 2005. – 273 с.; Хажилина И. И. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. – М., 2002. – 228 с.; Егоров А. Ю. Возрастная наркология. – СПб. : Дидактика Плюс, 2002. – 272 с.

а также потребность в риске часто заставляют подростка терять контроль над своим поведением.

- Низкий уровень притязаний, несформированность мотивационной сферы.
- Низкая самооценка.
- Эмоциональная незрелость.
- Расторможенность, ослабленность механизмов самоконтроля.
- Низкая стрессоустойчивость.
- Отсутствие навыков выхода из конфликтных, психологически сложных ситуаций.
 - Недостаточная сформированность коммуникативных навыков.
 - Неумение прогнозировать последствия своих действий.
 - Привлекательность возможных ощущений и переживаний при употреблении наркотика.

Защитные механизмы

- Полная осведомленность о наркотических веществах, последствиях их употребления.
 - Знание своих психологических особенностей и умение их контролировать.
 - Духовное развитие.
 - Высокий уровень притязаний, развитие мотивационной сферы.
 - Сформированность эмоциональной сферы.
 - Активная общественная позиция.
 - Ведение здорового образа жизни.
 - Умения и навыки преодолевать конфликтные, психологически сложные ситуации.
- Оказание своевременной поддержки психологически и физически слабым подросткам со стороны родителей и специалистов.
- Удовлетворение потребностей подростков и молодых людей в риске другими способами.

Например, риск самораскрытия проявляется в личностно-ориентированных и социально-психологических тренингах, физический риск – в занятиях спортом (брейк-данс, паркур, альпинизм) и современными видами искусств (граффити).

2. Уровень «Семья»

Факторы риска

- Употребление алкоголя и наркотиков родителями, членами семьи.

Дети, рожденные или воспитанные в семьях с традициями употребления наркотиков или алкоголя, подвержены большему риску пристраститься к психоактивным веществам. В этом свою роль играют как генетические факторы, так и влияние непосредственного окружения. Иногда родители к тому же приобщают своих детей к употреблению наркотиков, включая, конечно, и алкоголь. Чем больше членов семьи употребляют алкоголь и наркотики, тем выше риск.
- Социальная изолированность семьи.
- Неудовлетворительные жилищные условия.

- Безработица родителей, бедность.
В то же время высок шанс наркотизации у детей из внешне благополучных, состоятельных семей: озабоченность родителей своим социальным положением, напряженность, тревожность, конфликты, часто возникающие в отношениях между бизнесменами и их супругами и детьми, создают неблагоприятную обстановку в семье, что не может не отразиться на психологическом благополучии подростка.
- Конфликты в семье, жестокое обращение с детьми.
- Неумелость и непоследовательность в воспитании ребенка.
В семьях, где родители не устанавливают четких норм поведения и дети остаются предоставленными самим себе или же, наоборот, дисциплинарная практика чрезмерно сурова и непоследовательна, подростки подвергаются большому риску совершения правонарушений и частого употребления алкоголя и наркотиков.
- Частые перемены места жительства семьи.
Частые перемены места жительства оказывают отрицательное влияние на подростка, поскольку сталкивают его с необходимостью построения отношений с новыми друзьями, соседями, одноклассниками, что нередко обуславливает появление трудностей и проблем. Чем чаще семья переезжает, тем выше опасность возникновения проблем, связанных с употреблением наркотиков.

Защитные механизмы

- Выполнение семьей всех своих функций (экономической, воспитательной, рекреационной, фелицитологической и др.).
- Гармоничное воспитание ребенка, удовлетворяющее его базовые потребности и потребности развития.
- Четкие и понятные ребенку требования к нему.
- Пример ответственного поведения и здорового образа жизни всех членов семьи.
- Взаимоподдержка в семье, соперничество, доверительные отношения.
Здоровые, эмоционально насыщенные отношения в семье чаще всего являются фактором, предотвращающим тягу ребенка к алкоголю и наркотикам.
- Обучение родителей и детей способам эффективного межличностного взаимодействия.
- Своевременное выявление семей, в которых существуют проблемы, и работа с ними.
Одной из наиболее важных задач государственных и общественных организаций, работающих с семьями, является своевременное распознавание семей, пребывающих в сложных жизненных обстоятельствах, и предоставление им необходимой социальной и психологической помощи, а в некоторых случаях – частичная или полная изоляция детей от родителей, способствующих употреблению детьми наркотических и алкогольных веществ.

3. Уровень «Сверстники»

Факторы риска

- Пример отрицательного поведения друзей и сверстников.
Общение со сверстниками, употребляющими наркотики, является одним из наиболее надежных индикаторов, указывающих на возможность употребления наркотиков подростками, независимо от того, присутствуют или нет другие факторы риска. Если друзья выпивают, это является сильным аргументом в пользу того, что подросток, возможно, будет злоупотреблять алкоголем.
- Большой авторитет друзей, чем родителей.

Защитные механизмы

- Пример ответственного поведения и здорового образа жизни со стороны сверстников.
 - Участие подростков, молодых людей в социально-активных позитивно направленных организациях ровесников (объединения гайдов, скаутов, волонтерские организации).
 - Ограничение общения с ровесниками, употребляющими ПАВ.
Оградить подростка от общения с такими друзьями – задача не из легких, однако родители и специалисты должны приложить все усилия, чтобы создать для ребенка необходимые факторы защиты от возможной наркотизации. Большую роль в создании фактора защиты играет занятость подростка.

4. Уровень «Школа»

Факторы риска

- Плохая успеваемость и притеснение со стороны учителей и одноклассников, школьная дезадаптация.
Начиная с четвертого, пятого и шестого классов неудачи в учебе усиливают риск злоупотребления алкоголем, наркотиками и вероятность правонарушений. У учащихся младших классов начальной школы способность к социальной адаптации является более важным фактором, позволяющим прогнозировать вероятность пристрастия к алкоголю и наркотикам, а также склонность к правонарушениям, чем академическая успеваемость. Подростки, которые не приемлют учебу и не стремятся продолжать обучение и затем поступать в вузы, имеют больше шансов пристраститься к алкоголю и наркотикам.
- Возникновение стрессовых ситуаций в школе.
- Низкий уровень школьной безопасности.

Защитные механизмы

- Обеспечение высокого уровня безопасности учащихся в школе, невозможность доступа в школу посторонних.
В школах, где наркотики доступны, куда без проблем может зайти наркоторговец, существуют высокие показатели употребления наркотиков. Кроме того, на вероятность употребления наркотиков оказывает влияние соседство со школой ночных клубов, ресторанов, кафе, продуктовых магазинов, рынков, парков и других мест с пониженным контролем над распространением наркотиков и алкоголя.

- Осуществление контроля над поведением учащихся со стороны школы, четкие и понятные нормы школьного поведения, воспитывающиеся с первого класса. *Утрата системы ценностей, слабая мотивация молодежи к учебе снижают в их глазах авторитет школы. При этом, по мнению экспертов, школа является сдерживающим фактором распространения употребления наркотиков. Именно влияние школы должно стать активным участником противодействия наркотизации молодежи.*
- Разнообразные школьные мероприятия и привлечение к ним всех детей.
- Осознанное участие родителей в жизни школы.
- Проведение систематических комплексных профилактических программ.
- Раннее выявление подростков, употребляющих ПАВ.
- Сотрудничество школы с криминальной милицией по делам детей и службой по делам детей, общественными организациями, реализация совместных профилактических программ, а также организация совместной работы с подростками, имеющими факторы риска к употреблению ПАВ, находящимися на этапе наркотизации, а также больными наркоманией.

5. Уровень «Общество»

Факторы риска

- Экономическое/социальное неблагополучие, бедность. *Любые социально-экономические кризисы в обществе негативно влияют на социальную адаптацию молодежи, что приводит к разрушению системы ценностей; это, в свою очередь, провоцирует употребление наркотиков молодыми людьми.*
- Низкая степень безопасности в обществе, высокий уровень преступности. *Районы, отличающиеся высоким уровнем преступности, с часто меняющимися жильцами, не способствуют возникновению среди населяющих их людей чувства единения и общности, существующего в более благополучных районах с меньшей плотностью заселения и низким уровнем преступности. Неблагоприятное соседство и общественная необустроенность способствуют распространению употребления ПАВ среди местных подростков и молодежи.*
- Доступность алкоголя и наркотиков. *Несмотря на существующий запрет на продажу алкоголя детям до 21 года, многие продавцы в целях увеличения прибыли продолжают снабжать подростков алкоголем и не несут за это никакой ответственности. Купить наркотики на сегодня также не составляет большой проблемы: о местах продажи информируют в ночных клубах, молодежных кафе. Кроме того, подростки и молодые люди могут свободно обсуждать вопросы приобретения наркотиков в сети Интернет.*
- Реклама, популяризация ПАВ, общественные мероприятия, спонсируемые предприятиями табачной и алкогольной промышленности. *Алкогольные и табачные изделия рекламируются открыто. Сопровождающая их информация, например, «Полная свобода...», «Всегда первый...», «Свежий взгляд на вещи...» и т. п., прочно связывает в сознании подростка табак и алкоголь с ценностями жизни: свободой, достижениями, престижем, дружбой. Наличие этих связей, обнаруживающихся только с помощью психодиагностики, как правило, не осознается, что делает их еще более опасными.*

- Положительное отношение окружения к алкоголю и наркотикам.
Когда дети считают, что от курения марихуаны нет вреда, когда алкоголь ассоциируется у них с «хорошо проведенным временем», существует очень большая вероятность того, что они будут выпивать и употреблять наркотики. По большей части то, как подростки объясняют свое поведение (употребление наркотиков, алкоголя), связано с существующими мифами типа «в любой момент я могу бросить», «от бутылки пива не становятся алкоголиками» и т. д.
- Противоречия и несогласованность в законодательстве.
Положение дел с употреблением алкоголя и наркотиков напрямую связано с существующими законами и правилами, действующими в отношении этих веществ, содержащимися в государственном и местном законодательстве. Кроме того, сейчас сложилось явно негативное отношение к законам и власти в целом, поэтому существует опасность игнорирования законов как выражение протеста против существующей политической и экономической ситуации в стране. Также важно, что изменения в законодательстве не всегда становятся известны обывателю, так что незнание этих изменений может поставить человека вне закона.

Защитные механизмы

- Адекватное законодательство и разработка механизмов его реализации, а также санкции за невыполнение законов.
Наказание за продажу табачных и алкогольных изделий лицам, не достигшим возраста, определенного законом и т. д.
- Поддержка молодежи со стороны властей как на местном, так и на государственном уровне (спортивные мероприятия, организация досуга и т. д.).
Внутренняя политика сообщества относительно профилактики и борьбы с негативными явлениями в молодежной среде, забота сообщества о здоровье и воспитании детей, подростков и молодежи являются важными факторами влияния (сдерживающими или провоцирующими) на распространение наркотизации молодежи.
- Разработка комплексных профилактических программ с четкой системой мониторинга и оценки их эффективности.
- Поддержка государством общественных организаций и реализация общих программ.
 - Распространение социальной рекламы.
 - Запрет рекламы табачных и алкогольных изделий.
 - Формирование в обществе системы ценностей, не совместимых с употреблением ПАВ.

Подростки и молодые люди, употребляющие психоактивные вещества, как правило, не имеют поддержки семей и сообщества в решении своих проблем и удовлетворении потребностей. Внутренняя политика сообщества относительно профилактики негативных явлений в молодежной среде, забота о здоровье и воспитании детей, подростков и молодежи являются важными факторами влияния (сдерживающими – при наличии такой четкой и системной политики или же провоцирующими при ее отсутствии или неадекватности потребностям) на наркотизацию в подростковой и молодежной среде.

8.3. Особенности употребления ПАВ подростками и молодежью: формирование наркотической зависимости, виды потребляемых ПАВ и последствия их употребления

Этапы формирования наркотической зависимости у подростков⁶³

Первая проба наркотиков обычно начинается с курения препаратов, содержащих *канабиноиды* (конопли, плана, драпа, марихуаны, гашиша). Часто первая проба проходит в компании сверстников, которые могут «пускать косяк» по кругу. Каждый подросток затягивается сигаретой с веществом, содержащим канабинол, и передает следующему, при этом те подростки, у которых возникает негативная реакция, обычно не признаются в этом и приспосабливаются к общему настроению участников.

Реже первым наркотиком, который пробует подросток, бывает препарат *опия*. Обычно это происходит, когда новичок-подросток попадает в уже сформированную компанию потребителей наркотиков или имеет товарища – «опытного» потребителя наркотиков, который уговаривает его испытать «настоящий кайф».

Формирование зависимости на данном этапе может и не произойти, но в дальнейшем при повторных приемах ПАВ, формируется желание испытывать все новые и новые ощущение изменения психического состояния, наступает следующий этап – поисковый полинаркотизм.

Поисковый полинаркотизм – наиболее распространенная форма потребления ПАВ в подростковом возрасте. По данным исследования экспертов-наркологов, более 46% всех обследованных ими подростков проходили этот этап, успевая перепробовать многие ПАВ, которые смогли достать. На этом этапе еще нет психической зависимости от потребления ПАВ, это больше стандарт группового поведения, поскольку употребление ПАВ чаще всего проходит в группе.

Со временем этап поискового полинаркотизма переходит в этап **фонового полинаркотизма**. Пробуя множество наркотиков, подросток находит тот, который приносит наибольшее удовольствие. На этом этапе повышается толерантность к психоактивным веществам (чаще всего – к приоритетному), снижаются или исчезают защитные рефлексии. Наиболее часто в качестве таких веществ выступают препараты опия, бензодиазепины и снотворные препараты. Продолжительность данного этапа – от трех недель до полугода. Он относится к подготовке формирования первой стадии наркозависимости и потреблению наркотиков инъекционным путем. Часто у подростков этот путь проходит стремительно, они практикуют мотивировки самоуспокоения: «В любой момент могу бросить», «К потреблению отношусь спокойно, но попробовать можно, ничего страшного не случится», «Употребляю, когда есть настроение», и т. д. В этот период они часто пытаются вовлечь как можно больше новичков в употребление.

Следующий этап отвечает состоянию **групповой психологической зависимости**, которая характеризуется наличием особого психического состояния –

⁶³ При подготовке материала использованы: Профилактика наркотизма: теория и практика / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. – Самара, 2005. – 273 с.; Егоров А. Ю. Возрастная наркология. – СПб. : Дидактика Плюс, 2002. – 272 с.

контактного (коммуникативного) «кайфа» – у референтной группы. Контактный «кайф» – это симпатия новичков своим приятелям по наркозависимости, проявляющаяся особым эмоциональным подъемом во время группового приема наркотиков. Подросток готов поделиться «дозой» или купить ее за свои деньги товарищу; если он не работает, легко может совершить криминальный поступок, только бы найти для себя и группы деньги на наркотик. Подросток принимает отведенную ему в группе роль.

Период появления **индивидуальной психологической зависимости** характерен тем, что все свои устремления и желания подросток связывает с получением очередной дозы наркотика.

Параллельно с этим периодом возникает привыкание к определенной дозе наркотического вещества, что становится **физической зависимостью**. Подросток не ощущает эйфории от обычной дозы наркотика. Для достижения эффекта он начинает экспериментировать с наиболее токсичными компонентами, комбинирует разные виды наркотиков, увеличивает дозу или частоту потребления, использует наиболее недоступные инъекционные пути введения наркотиков.

Позже происходит **осознание личностной наркозависимой ориентации**. Возникает чувство страха перед «ломкой». Становится необходимым постоянно «добывать» деньги для приобретения «дозы». Исчезает уважение к правилам и нормам референтной группы. Желание делиться наркотиком исчезает, развивается эгоцентризм. Подросток обманывает (на жаргоне – «кидает») своих товарищей, его поведение становится демонстративно-агрессивным.

В контексте эпидемии ВИЧ лица, являющиеся потребителями инъекционных наркотиков, составляют группу риска. Для того, чтобы определить эту группу, рекомендуется контролировать два важных показателя – продолжительность (в течение года, месяца и т. д.) и регулярность потребления наркотиков.

| Стадии развития зависимости | | |
|-----------------------------|--------|---|
| Наркогизация | 1 этап | Первая проба – эксперимент |
| | 2 этап | Эпизодическое употребление; возможен поисковый / фоновый полинаркотизм |
| | 3 этап | Регулярное употребление; чаще всего уже существует групповая психологическая зависимость |
| Наркомания | 4 этап | Психологическая индивидуальная зависимость – патологическое (психическое, психофизиологическое) влечение (навязчивое, сверхценное, компульсивное) |
| | 5 этап | Физическая зависимость (абстиненция, абстинентный или наркоманический синдром, синдром отмены) |

Факторы, определяющие инъекционный способ употребления наркотиков

Как уже было сказано, подростки и молодые люди чаще всего начинают потреблять ПАВ с помощью курения или перорально и постепенно переходят к инъекционному способу потребления наркотиков. Важно знать и понимать факторы, способствующие такому переходу.

Индивидуальные факторы, влияющие на инъекционный способ употребления наркотиков

1. Подростки и молодые люди зачастую легко подвержены влиянию других. Влияние или давление партнера, друзей или близких родственников, употребляющих инъекционные наркотики, могут стать решающим фактором в пользу инъекционного употребления наркотиков.

2. Подростки и молодые люди любят экспериментировать, поэтому они могут попробовать «уколоться» просто из любопытства, от скуки или забавы ради. При этом они могут не знать и не понимать риска, скрытого в инъекционном способе потребления наркотика.

Социальные факторы, влияющие на инъекционный способ употребления наркотиков

1. Ритуалы, принятые в компании, давление сверстников, желание казаться и быть «в теме» («крутым», «как все», «продвинутым») – все это влияет на способ употребления наркотиков. Нормы, принятые в компании сверстников, имеют очень сильное влияние на подростков и молодых людей.

2. Инъекционные наркотики могут быть обычным явлением в некоторых группах подростков, поэтому они не видят ничего необычного в таком способе употребления.

3. Уровень знаний и навыков относительно способов употребления наркотиков в группе сверстников имеет огромное влияние на выбор, совершаемый подростками и молодыми людьми.

Фактор переходного периода

1. При переходе от одного способа употребления наркотиков (например, курения) к другому (например, инъекционному) существует переходный период. Так, молодой человек, вдыхающий кокаин, может однажды попробовать его уколоть. Это не значит, что в будущем он только так и будет его принимать, это – переходный процесс, во время которого молодой человек может одновременно и курить, и делать инъекции. Молодые люди могут менять способы употребления наркотиков в силу многих причин, включая доступность наркотиков, культурные, социальные и экономические факторы.

2. Инъекции могут стать основным выбором после определенного периода времени. На продолжительность этого периода «определения» (до того, как инъекционное потребление станет обычным способом), влияют многие другие факторы.

Доступность и отдача от наркотика (факторы, во многом определяющие выбор способа употребления наркотиков инъекционным путем)

1. Инъекции могут быть единственным выбором потребителя, если инъекционные наркотики широко доступны в сообществе, в котором проживает этот подросток или молодой человек, или если единственные финансово доступные наркотики – это те, которые можно вводить только через инъекции. Зачастую подростки и молодые люди употребляют наркотики самым дешевым способом, потому что у них обычно не хватает денег.

2. Подростки и молодые люди могут остановить свой выбор на инъекциях, если эффект, получаемый от инъекционного потребления наркотика, качественно отличается от эффекта, получаемого другим способом. Употребляя некоторые наркотики неинъекционным путем, наркозависимые жалуются на отсутствие «кайфа».

Существует огромное количество факторов, в силу которых подростки и молодые люди употребляют инъекционные наркотики. Понимание этих факторов может помочь специалистам, предоставляющим услуги, в работе с молодыми потребителями инъекционных наркотиков, а также в реализации профилактических программ.

Очень важно иметь собственное мнение о подростках и молодых людях, потребляющих инъекционные наркотики, потому что стереотипы, сложившиеся в обществе, могут привести к заблуждениям в отношении причин инъекционной наркомании и к дискриминации этой категории подростков и молодежи при получении медико-социальной помощи.

Виды наркотиков, которые могут употребляться инъекционным путем, и последствия их употребления⁶⁴

Основные ПАВ определены Международным классификатором болезней – МКБ-10, в котором все варианты химической зависимости помещены в рубрику «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» (F1), а также перечислены эти ПАВ.

МКБ-10 выделяет следующие **виды ПАВ**:

- канабиноиды (наркотики, изготовленные из конопли);
- опийные наркотики (мак, его производные или другие наркотики, действующие подобным образом);
 - психостимуляторы (кокаин, амфитамины и т. д.);
 - галлюциногены (синтетические – ЛСД, природные – грибы);
 - снотворно-седативные;
 - летучие растворители (бензин, клей и т. д.);
 - алкоголь;
 - никотин.

Из перечисленных ПАВ инъекционным путем чаще всего могут употребляться:

- опийные наркотики;
- снотворно-седативные препараты;
- психостимуляторы.

1. Опийные наркотики

К наркотикам опийной группы относят следующие препараты:

- натуральные – опий-сырец, маковая соломка, подсохший млечный сок мака, чистые алкалоиды опия (морфин, кодеин и т. д.), кустарно приготовленные из мака препараты («ханка», «ширка» и т. д.);
 - синтетические – метанол, промедол;
 - полусинтетические, получаемые путем химического видоизменения молекулы морфина, – героин.

⁶⁴ При подготовке материала использованы: Игровая методика «Что я знаю про наркотики» / под ред. А. Виевского. – К. : ВОЦ «Волонтер», ЮНИСЕФ. – 2008; *Егоров А. Ю.* Возрастная наркология. – СПб.: Дидактика Плюс, 2002. – 272 с.

Опийные наркотики относятся к депрессантам.

По данным многих исследований, опийная наркомания считается одной из самых распространенных в Украине.

Первая фаза опьянения («приход») наступает через 10–30 секунд после инъекции. Появляется приятный зуд кончика носа, подбородка, чувство тепла в области поясницы, поднимающееся вверх. Сознание сосредоточено на телесных ощущениях «прихода». Длится до пяти минут.

Вторая фаза – «кайф» – благодушная истома, восторг, тихий покой. Появляются приятные грезоподобные фантазии, визуализация представлений, внешние раздражители воспринимаются искаженно. При этом значительно сужены зрачки, нарушена координация движений. При употреблении кодеина первая фаза переходит в состояние двигательного и психического возбуждения. Продолжительность – 3–4 часа.

Третья фаза – поверхностный сон в течение 2–3 часов.

Четвертая фаза – состояние отмены («ломки»), которое может произойти через 1–2 месяца регулярного употребления наркотика. Начальные проявления возникают в среднем через 5–8 часов. Характерно плохое самочувствие, головные боли, бессонница, тревога, апатия, грусть. Появляется насморк, слезотечение, липкий пот, зевота, зрачки расширены («кумар»). Позже, если наркотик не поступает в организм, появляются депрессия, отчаяние, мышечные боли, в том числе в области сердца. Через день (36 часов) симптомы становятся наиболее выраженными: ощущение безысходности, человек не может переносить шум, нет аппетита, начинается сильная диарея, судороги в мышцах, боль усиливается, появляется потребность в движении. Человек не может найти себе места, суставы «крутит», «выламывает» – «ломка» оправдывает свое название. На этом этапе возможны истинные суицидальные попытки или аутоагрессия; особенно характерны порезы в области предплечья – при виде крови напряжение как бы спадает.

Последствия, отсроченные во времени

Очень быстро развивается зависимость от наркотика (в среднем после 3–10 инъекций). Происходит деградация личности, сужается круг интересов, отмечается эмоциональное огрубение, черствость, патологическая лживость, снижение, а потом и утрата морально-этических норм. Снижается уровень памяти, появляются рассеянность, повышенная усталость, раздражительность. Резко ухудшается здоровье, вследствие чего может наступить смерть в молодом возрасте (абсцессы, сепсис, вирусные гепатиты, ВИЧ, туберкулез и т. д.).

Поскольку вначале толерантность к наркотику резко возрастает (в 100–300 раз) и требуется все больше и больше наркотика, а со временем, которое зависит от наркогенности вещества, его доз и методов ведения, падает до $1/3^{-1}/10$ от прежней дозы, может наступить смерть от передозировки.

Как правило через 5–10 лет употребления наркотика «кайф» от употребления сводится к нулю, а само употребление становится просто залогом жизнедеятельности (вплоть до возможности передвигаться) и отсутствия неприятных ощущений.

2. Снотворно-седативные препараты

Из этой группы препаратов чаще всего инъекционным путем могут употребляться снотворные, относящиеся к группе производных барбитуровой кислоты. Злоупотребление такими препаратами называется **барбитуровой наркоманией**, одной из наиболее тяжелых видов наркоманий.

Барбитураты относятся к депрессантам.

Первая фаза опьянения возникает сразу «на игле» – мгновенное оглушение, в глазах темнеет, окружающее не воспринимается. Длится несколько секунд.

Вторая фаза – беспричинное веселье, двигательное возбуждение. Восприятие окружающего искажено. Продолжительность – 2–3 часа.

Третья фаза – глубокий тяжелый сон в течение 3–4 часов. При передозировке быстро развивающийся сон переходит в кому, возможен летальный исход.

Четвертая фаза – состояние отмены при пробуждении – вялость, разбитость, возможна головная боль, жажда, аппетит отсутствует. Наиболее выражены симптомы отмены в течение 2–3 дней. Появляется тревога, непроизвольные мышечные подергивания, тремор, прогрессирующая слабость, головокружение, искажение зрительного восприятия, тошнота, рвота, бессонница, потеря веса. Возможно возникновение психоза по типу алкогольного.

Последствия, отсроченные во времени

Зависимость формируется в течение 3–4 месяцев регулярного приема барбитуратов. При длительном употреблении формируется психопатоподобный эффект, невозможна интенсивная умственная деятельность. Работоспособность возможна только после приема дозы. Впоследствии из-за токсической энцефалопатии довольно быстро наступает деградация, проявляющаяся в замедлении мыслительных процессов, выраженном интеллектуальном отупении. Потребитель утрачивает нормы поведения, внешний вид – грязный, неряшливый. Состояния вялости и апатии часто сменяются грубыми реакциями, злобой и агрессивностью. Кроме головного мозга, страдает также печень; вследствие инъекционного употребления могут возникать абсцессы и т. д.

3. Психостимуляторы

К психостимуляторам относятся:

- кокаин;
- амфетамины;
- кустарно изготовленные препараты эфедрина и эфедринсодержащие смеси.

Кокаин и амфетамины

Кокаин относится к классу «элитных» наркотиков и его употребление в кругах подростков и молодых людей не распространено. Употребление амфетаминов распространено больше, чем кокаина, но при этом занимает 2–3% в числе наркоманий.

Первая фаза опьянения – кратковременный «приход».

Вторая фаза – «кайф», или эйфория, во время которой повышенный психический фон может сочетаться с возбужденностью, тревожностью, настороженностью, подозрительностью.

В опьянении проявляется деградация личности, падает сексуальность, может меняться сексуальная ориентация. С увеличением зависимости общая суточная доза чаще всего увеличивается за счет частоты приема. На последней стадии употребление становится непрерывным с целью предотвращения состояния отмены. Вместо эйфории появляется возбужденность, пугливость, страхи. В опьянении проявляется деградация, речь вязкая, медлительная, характерно собирание мелких, ненужных предметов. Стойкая бессонница.

В интоксикации и при отмене может быть психоз, иногда переходящий в хронический.

Третья фаза – состояние отмены. Отсутствие наркотика вызывает психический дискомфорт, неудовлетворенность. Нарушена концентрация внимания, продуктивная работа невозможна, все мысли заняты наркотиком. В дальнейшем влечение к наркотику становится неуправляемым. Сознание сужено поисками наркотика. Отмечается бледность кожи, сухость слизистых. Учащенный пульс, отсутствие сна, аппетита, головная боль, боли в сердце, одышка даже в покое, судороги мимических мышц и мышц языка. Со временем тремор усиливается, движения порывисты, неловки, с грубым нарушением координации движений. Резко возрастает чувствительность к раздражителям. Судорожно вздрагивают руки. Выражена тревожность, страх перед окружающими. Возбуждение длится 2–3 дня. В течение 1–1,5 месяцев отмечается вялость, тоскливость, плаксивость. Аппетит отсутствует. Масса тела продолжает снижаться. Острое возбуждение первых суток отмены может перейти в психоз. Длительность психоза может быть от 3–4 до 10–15 дней. Нарушение сознания идет с обильными зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями. Высказываются отрывочные бредовые идеи преследования и физического воздействия.

Последствия, отсроченные во времени

Зависимость формируется быстро, через 2–3 недели нерегулярного приема или после 2–5 регулярных инъекций. Влечение к наркотику может возникнуть практически сразу после первого приема, оно очень сильное и вытесняет интерес к прежним занятиям.

Осложнения возникают с первых месяцев употребления. Особенностью действия этих веществ является социальная декомпенсация (подросток не посещает учебу, работу, конфликтует с окружающими). Падает способность активного внимания. Появляется склонность к упрощенным суждениям, интеллект снижается, имеется значительная переоценка своих возможностей и своей личности в целом. Часты суицидальные попытки. Характерна быстрая потеря нравственно-этических представлений (неряшливы, запущены, ведут асоциальный образ жизни).

Кустарно изготовленные стимуляторы

Кустарно изготовленные стимуляторы – препараты эфедрина и эфедринсодержащие смеси, превинтин (на жаргонном языке могут называться «джеф», «винт», «мулька» и т. д., название зависит от местности, где распространен наркотик).

Первая фаза опьянения – кратковременный «приход» в виде расслабляющей волны, проходящей через все тело. Развивается через 10–15 минут и сопровождается своеобразными психосенсорными расстройствами: появление необычной

легкости в теле, ощущение роста или шевеления волос. Повышается настроение, появляется болтливость. При введении превинтина «приход» выражен сильнее: сразу после введения наркотика возникает ощущение нескольких волн, приятный запах свежести, появляется чувство «прозрения», эйфория очень выражена и описывается как небывалый восторг, ошеломляющее ощущение счастья.

Вторая фаза – «кайф» – проявляется непосредственно стимулирующим действием. «Под кайфом» характерно двигательное и речевое возбуждение. Субъективно ощущается прилив бодрости и энергии. Ускоряется процесс мышления, усиливается сексуальное влечение. В связи с этим в подростковой среде распространено употребление эфедрина в разнополой компании с последующим промискуитетом (половыми отношениями с многократной сменой партнеров). При употреблении превинтина, кроме того, отмечается склонность к абстрактным суждениям, обдумыванию философских вопросов. Наркозависимым доставляют удовольствие субъективно правильно построенные фразы, точные формулировки, четкость и ясность изложения мыслей. При этом внимание очень неустойчиво, тематика разговора постоянно меняется. При эфедриновом опьянении отмечается повышенная активность, появляется жажда деятельности, которая чаще всего может выражаться в очень активной уборке, ремонте, стирке (которые до конца не доводятся). При опьянении превинтином потребители занимаются «творчеством» – пишут стихи, картины, изобретают различные теории. Однако объективно это – псевдотворчество, действия непродуктивны, однообразны, все остается незаконченным, недоделанным.

Нередко наблюдаются бредовые мысли по поводу своего могущества.

Третья фаза – состояние отмены. Через несколько часов настроение снижается, появляется злоба, раздражительность, вялость, сонливость с переходом в продолжительный сон. В целом состояние отмены такое же, как при потреблении всех амфетаминов (описано выше).

Последствия, отсроченные во времени

Эфедриновая и превинтиновая наркомания самые злокачественные по своим последствиям. Зависимость возникает иногда после первой же инъекции. По мере увеличения толерантности могут осуществляться по 10–15 инъекций в сутки. Быстро развивается социальная и интеллектуальная деградация личности, происходит снижение сексуальности вплоть до импотенции.

Возникают тяжелые неврологические нарушения (атаксическая походка, нарушение речи, координации движения, приступы навязчивого смеха).

Общие последствия употребления ПАВ инъекционным путем

1. Примеры физических последствий потребления инъекционных наркотиков:

- передозировка и зависимость: в случае с употреблением инъекционных наркотиков существует большая опасность передозировки и возникновения зависимости, чем при неинъекционном способе;
- инфицирование крови: ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С, сифилис, повреждение вен, местное и системное бактериальное заражение, потеря конечностей или потеря их функциональности;
- поражение внутренних органов, например, печени, почек и т. д., из-за сильной токсичности принимаемых препаратов;

- заболевания, связанные с образом жизни и материальным положением, например, частые пневмонии, отморожение, туберкулез; проблемы с желудочно-кишечным трактом вследствие плохого питания; отсутствие необходимых санитарных условий может вызвать местное заражение, грибки, экземы и т. д.

2. Примеры психологических последствий потребления инъекционных наркотиков:

- проблемы с психикой (зависят больше от наркотика, чем от способа его употребления): интеллектуальное отупение, деградация, развитие психозов;
- возникновение психологической зависимости – это совокупность поведенческих, когнитивных (связанных с мышлением и памятью) и физических нарушений, которые могут развиться после систематического потребления ПАВ; Индивид испытывает непреодолимое желание употребить вещество и уже не способен контролировать ни свое желание, ни характер потребления.

3. Примеры социальных последствий потребления наркотиков инъекционным путем:

- социальные и материальные условия жизни: например, потребитель инъекционных наркотиков может стать бездомным из-за своего пристрастия к наркотикам, его ожидает потеря учебы, работы;
- отрицательная репутация и дискриминация: молодой наркозависимый может быть отвергнут семьей, друзьями и обществом; наркозависимые подростки и молодые люди могут столкнуться с дискриминацией, недоброжелательным отношением при обращении за помощью;
- проблемы с законом и незащищенность при эксплуатации: в нашей стране существуют законы, запрещающие употребление инъекционных наркотиков, их хранение и торговлю, хранение приспособлений для инъекций. Это значит, что потребители инъекционных наркотиков часто нарушают закон, что делает их уязвимыми перед правоохранительными органами или криминальными элементами, которые могут воспользоваться их незащищенностью. Часто у начинающих потребителей нет опыта приобретения и употребления наркотиков, что делает их еще более незащищенными и зависимыми от опытных потребителей инъекционных наркотиков.

Социальные и поведенческие особенности подростков, употребляющих наркотики инъекционным путем в Украине

Общие вопросы

По данным опроса, проведенного в 2007 г.⁶⁵ среди потребителей инъекционных наркотиков, удельный вес подростков в возрасте от 13 до 19 лет составил 6,3% от всех опрошенных. Исследования, проведенные УИСИ и ЮНИСЕФ в 2009 г., дают значение 9%⁶⁶.

Среди подростков, употребляющих инъекционные наркотики, было 66% юношей и 34% девушек.

⁶⁵ Подростки групп риска: доказательная база для усиления ответа на эпидемию ВИЧ в Украине: анализ. отчет / ЮНИСЕФ, УИСИ им. А. Яременко. – К. : К.И.С., 2008. – 192 с.

⁶⁶ Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій. Адвокаційний документ / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соціальних досліджень ім. О. Яременка. – К. : Версо 04, 2011. – 56 с.

Данные свидетельствуют о крайне низком уровне образования представителей этой целевой группы:

- 17% подростков, которым на момент опроса исполнилось 15 лет, не получили базового среднего образования;
- 39% подростков, которым на момент опроса исполнилось 18–19 лет, не получили полного среднего образования.

Распределение по уровню занятости выглядит следующим образом:

- 50% – ученики или студенты разных учебных заведений;
- 23% – работают (постоянно или временно);
- 27% – не учатся и не работают.

Специфика употребления наркотиков

До 15 лет попробовали инъекционные наркотики 15,5% опрошенных (21% парней и 4% девушек), а к наступлению совершеннолетия таких было уже 86% (различие полов незначительно).

Треть опрошенных подростков употребляют инъекционные наркотики каждый день, еще треть – несколько раз в неделю, то есть употребления наркотиков инъекционным путем стало для них систематическим.

Три четверти опрошенных подростков на протяжении последних 30 дней имели риск инфицирования ВИЧ через опасные практики употребление инъекционных наркотиков:

- 30% подростков использовали общий инструментарий для инъекций;
- 22% отдавали, одалживали или продавали иглу или шприц другому лицу после того, как сделали себе инъекцию;
- 58% получали инъекцию с уже наполненного шприца и при этом не знали, как он был наполнен;
- 64% использовали общую посуду для распределения (приготовления) наркотика;
- 65% набирали готовый раствор наркотического вещества из общей посуды.

О своем ежедневном употреблении инъекционных наркотиков сообщили 33% подростков; 33% употребляют инъекционные наркотики 2–6 раз в неделю; раз в неделю и реже – 34%

Незащищенный секс и рискованные сексуальные практики

Среди подростков, употребляющих инъекционные наркотики, зафиксирован высокий уровень ранней сексуальной активности: 82% опрошенных в исследованиях подростков имеют опыт половых отношений. Сексуальный дебют до 15 лет состоялся у 33% подростков указанной целевой группы.

У данной категории подростков отмечается высокий уровень случайных и коммерческих половых отношений. По данным опроса, за последние три месяца:

- 67% из числа сексуально активных подростков имели случайных половых партнеров (73% парней и 56% девушек);
- 24% девушек предоставляли сексуальные услуги за вознаграждение;
- 7% парней пользовались услугами коммерческих половых партнеров;
- 5% парней предоставляли сексуальные услуги за вознаграждение.

Зафиксирован очень низкий уровень безопасного относительно ВИЧ-инфицирования поведения со всеми типами партнеров.

1. Использование презерватива во время последнего полового контакта с разными сексуальными партнерами:

- 50% с постоянным партнером;
- 80% с коммерческим партнером;
- 55% со случайным партнером.

2. Постоянное использование («всегда») презерватива на протяжении последнего года с разными половыми партнерами:

- 27% с постоянным партнером;
- 35% с коммерческим партнером;
- 36% со случайным партнером.

19% девушек и 6% парней, употребляющих наркотики инъекционным путем, отмечали большое количество сексуальных партнеров (более 11) за последние три месяца. Большое количество половых партнеров среди девушек является результатом привлечения их к коммерческому сексу.

Уровень знаний о ВИЧ

Уровень знаний об имеющихся ВИЧ-профилактических услугах довольно высокий и значительно превышает удельный вес подростков, которые обращаются за этими услугами:

- 99% знают по крайней мере один источник получения чистых шприцев;
- 67% знают по крайней мере один формальный источник получения презервативов;
- 77% знают, где можно проконсультироваться и сделать тест на ВИЧ.

Уровень знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции среди подростков, употребляющих наркотики инъекционным путем, достаточно низкий. Лишь 58% из них правильно указали пути предотвращения передачи ВИЧ половым путем.

Уровень охвата подростков, употребляющих инъекционные наркотики, профилактическими услугами является крайне низким.

За последние 12 месяцев на момент проведения исследования:

- 30% обращались за помощью к общественным организациям;
- 36% пользовались услугами образовательных программ «равный равному»;
- 36% получали бесплатно презервативы;
- 52% получали бесплатно новый шприц;
- 30% диагностировались на наличие ИППП;
- 13% прошли тест на ВИЧ и получили его результат.

8.4. Подростки и молодежь, употребляющие инъекционные наркотики, как объекты особого внимания поставщиков услуг

Отличие поведения подростков и молодых людей, употребляющих ПАВ инъекционным путем, от взрослых, практикующих такое же поведение

Подростки и молодежь, употребляющие наркотики, находятся на таком возрастном этапе развития, когда они легко поддаются под влияние сверстников и самостоятельно им очень сложно остановиться. Если группа продолжает практиковать подобное поведение, подросток/молодой человек, оставаясь в этой группе, скорее всего будет продолжать употреблять наркотики с группой.

Взрослый, употребляющий ПАВ, как правило, употребляет ограниченное количество наркотиков одной группы. Для подростка же характерно комбинированное употребление наркотиков разных групп и видов наркотических веществ (самых доступных и/или самых дешевых). Поэтому подростковую наркотизацию определяют как **поисковую**. Экспериментирование с разными группами наркотических веществ составляет главный смысл аддиктивного поведения подростка.

Кроме того, подростки и молодые люди:

- часто бросают школу (другие учебные заведения), с трудом находят работу и с трудом удерживаются на ней, часто ничем не заняты – не учатся и не работают;
- рискуют и в других аспектах жизни, включая опасный секс, или вовлечены в секс-бизнес.

Основные проблемы, препятствующие оказанию эффективных услуг подросткам и молодым людям, употребляющим ПАВ инъекционным путем

Проблемы, связанные с осознанием риска

1. Ограниченная информированность об опасности инъекционных наркотиков. Подростки и молодые люди могут не осознавать опасности совместного использования инструментария для инъекций и даже не подозревать, что существует более безопасный способ употребления.

2. Мнимая убежденность в контроле над ситуацией, своей устойчивости и отсутствии зависимости – «смогу бросить сам и в любое время».

3. Поддержание рискованного поведения и любых рисков в референтной группе (то есть группе, которая для них особо важна). Например, подростки могут дружить со сверстниками и/или старшими потребителями наркотиков, одобряющими их рискованное поведение, и поэтому будут продолжать его практиковать, заслуживая «авторитет».

Проблемы, связанные с возможностями получения поддержки и помощи

Субъективные проблемы:

- Убежденность подростков и молодых людей в том, что они здоровы и «не имеют проблем». Представители данной категории редко обращаются за помощью, что препятствует раннему выявлению употребления ПАВ и оказанию ранней помощи.

- Неосведомленность о своих правах на получение каких-либо услуг, медицинское обслуживание и медицинскую помощь. Кроме того, им могут отказать в помощи, после чего подростки/молодые люди могут не обратиться повторно.

Объективные проблемы:

1. Недостаток анонимных, конфиденциальных, профессиональных, дружественных к подросткам и молодежи услуг (в частности, для тех представителей данной возрастной группы, которые употребляют ПАВ инъекционным путем).

2. Отсутствие реабилитационных центров для подростков, употребляющих ПАВ.

3. Специфика отношения к подростку, обратившемуся за помощью, со стороны специалиста (осуждение, запугивание, насмешки, грубость, раздражение вместо необходимых понимания, уважения, конфиденциальности, профессионализма, искренности).

Внешние и поведенческие признаки употребления ПАВ инъекционным путем

Внешние признаки употребления ПАВ инъекционным путем:

- **Лицо:** бледность кожных покровов, но при большом стаже употребления наркотиков появляется желтушный или землистый оттенок кожи; высыпания на лице; гнойничковая сыпь.

- **Волосы:** взъерошенные, слишком сальные.

- **Глаза:** блеск в глазах; «блуждающий взгляд», зрачок расширен или резко сужен, зрачок «не реагирует на свет»; глаза «впавшие»; слезотечение (насморк); опущенные веки.

- **Губы:** сухость губ; губы могут быть припухшими, покрасневшими.

- **Зубы:** с явными признаками нездоровья, почерневшие; непроизвольный скрежет зубами (особенно во сне).

- **Конечности:** тремор; следы от инъекций; отекающие, покрасневшие кисти рук.

- **Речь:** скандирующая или невнятная, «вязкая».

- **Ходьба:** атаксическая походка («как у робота»); покачивание при ходьбе.

Поведенческие признаки употребления ПАВ инъекционным путем:

- эйфория, возбуждение;

- агрессивное поведение, эмоциональные всплески, резкие колебания настроения;

- раздражительность, тревога, паника;

- смятение, дезориентация в пространстве, галлюцинации;

- беспорядочная хаотичная деятельность; неадекватная деятельность, особенно при употреблении стимуляторов (например, подросток может разобрать все электроприборы в квартире или неожиданно затеять ремонт – переставлять мебель, содрать обои, начатое до конца не доводится);

- ухудшение способности к умозаключениям; ухудшение памяти, внимания;

- нарушение координации, замедленное мышление и реакция; покачивания туловища даже в положении сидя (особенно явное при закрытых глазах);

- сильное чувство голода или, наоборот, его отсутствие длительное время;

- нарушение режима сна и бодрствования; необычная сонливость в самое разное время;
- уход от ответов на прямые вопросы, склонность сочинять;
- длинные рукава одежды всегда, независимо от погоды и обстановки;
- общение с наркозависимыми;
- употребления специфической лексики;
- наличие у подростка таких вещей, как закопченные ложки, фольга, капсулы, пузырьки неизвестного происхождения, жестяные банки, шприцы, иглы и т. д.

Один конкретный признак, который присутствует в поведении или внешности подростков и молодых людей, как правило, не говорит об употреблении ими ПАВ. Скорее, специалист встретит совокупность признаков. Но в любом случае, если та или иная деталь в поведении или внешности подростка кажется специалисту подозрительной, необходимо отметить это и понаблюдать, если есть такая возможность.

После выявления факта употребления подростком инъекционных наркотиков специалист, предоставляющий услуги, должен обязательно продолжить работу с подростком/молодым человеком или воспользоваться функцией переадресации, направив клиента за помощью к другому специалисту, при этом обязательным является сопровождение такого клиента для получения необходимых услуг.

Оценка на предмет потребления ПАВ инъекционным путем

1. Оценка подростков и молодых людей на предмет употребления наркотиков. Как уже говорилось, употребление наркотиков – довольно распространенное явление среди подростков и молодежи. Поэтому, работая с подростками и молодежью, особенно с теми, кто принадлежит к группам риска и уязвимым к инфицированию ВИЧ, важно проводить оценку на предмет употребления наркотиков. При выявлении у подростка опыта употребления наркотиков нужно начинать действовать, и чем раньше это сделает специалист, тем меньше проблем возникнет у подростка / молодого человека в будущем.

Важно помнить, что подросток / молодой человек может и не испытывать желания обсуждать свою привязанность к наркотикам, поэтому специалистам, предоставляющим услуги, нужно задавать вопросы осторожно, демонстрируя поддержку и понимание, чтобы установить доверительные отношения.

2. Определение способа употребления наркотиков. Когда факт употребления наркотиков установлен, первым делом нужно выяснить два вопроса: 1) каким способом клиент предпочитает употреблять наркотики; 2) бывали ли у него вообще случаи инъекционного употребления?

3. Специальные вопросы для уточнения фактов и специфики инъекционного употребления ПАВ. При выявлении факта потребления инъекционных наркотиков необходимо задать клиенту специальные вопросы, касающиеся инъекционного потребления. Мы ознакомимся с этими вопросами несколько позже.

4. Медицинское обследование / консультация специалиста по химической зависимости. Если специалист считает необходимым и возможным, он может направить подростка/молодого человека на медицинское обследование или на консультацию к специалисту по химической зависимости.

На каждом этапе осуществления оценки подростков и молодежи на предмет потребления инъекционных наркотиков важную роль играют навыки консультирования (подробнее эти вопросы будут рассмотрены в части 11, в специальном разделе, посвященном консультированию).

Краткий обзор навыков

Навыки проведения наблюдения и анализа данных

Внешние и поведенческие признаки, могущие помочь специалисту выявить факт потребления наркотика, рассмотрены выше. Конечно, перечень представленных признаков не является исчерпывающим, в процессе своей работы специалисты могут дополнять его. Важными являются навыки проведения наблюдения, умение распознать состояние подростка / молодого человека, выстроить причинно-следственные связи между его состоянием и предшествующими действиями подростка.

Навыки слушания

С помощью этих навыков специалист может выяснить, что чувствует подросток / молодой человек, употребляющий инъекционные наркотики, а также выявить необходимые факты и условия, в которых он оказался, для оказания помощи.

Навыки задавать вопросы

Вопросы бывают двух видов: открытые и закрытые. Именно открытые вопросы желательно задавать во время проведения оценки на предмет инъекционного употребления ПАВ.

Открытые вопросы не предполагают ответа «да» или «нет» и начинаются с вопроса: «как?», «где?», «почему?». Например:

«Как давно Вы употребляете наркотики через инъекции?»

«Как Вы относитесь к тому, что Вы употребляете наркотики? Почему?»

Закрытые же вопросы предполагают ответы «да» или «нет». Например:

«Вы давно употребляете этот наркотик?»

«Вы всегда пользуетесь презервативом?»

Отвечая на закрытый вопрос, очень легко солгать, такие вопросы не предполагают возможности действительно выяснить отношение клиента к тому или иному факту, событию и т. д. Именно поэтому они не часто используются в беседах с подростками и молодыми людьми.

Как только факт потребления инъекционных наркотиков установлен, специалисту следует задать ряд специальных вопросов для выяснения особенностей инъекционного потребления ПАВ.

Вопросы, касающиеся инъекционного потребления наркотиков

1. Какие инъекционные наркотики употребляет подросток / молодой человек?
2. Как часто и в каком количестве он их употребляет?

3. Когда он начал употреблять инъекционные наркотики?
4. Как он себя чувствует, если не употребляет наркотики (хотя бы один день)?
5. Какие проблемы, связанные с употреблением инъекционных наркотиков, у него уже возникали? Пользовался ли он когда-либо общими шприцами или другими приспособлениями для инъекций?
6. Делал ли он анализы крови и как давно (можно спросить об анализах на ВИЧ, гепатиты В, С)?
7. Ведет ли подросток/молодой человек сексуальную жизнь?
8. Как он понимает понятие «безопасный секс», пользуется ли презервативом?

В данном перечне вопросы 1–3 аспектов помогают определить форму употребления наркотиков, 4 и 5 – оценить последствия, в том числе для здоровья, а вопросы 6–8 – рискованное поведение.

Вопросы, которые необходимо выяснить для оценки зависимости от ПАВ

1. Что дает подростку/молодому человеку потребление наркотиков инъекционным путем? Какие положительные стороны такого потребления он для себя видит?
2. Какие отрицательные стороны потребления наркотиков инъекционным путем выделяет подросток / молодой человек?
3. Как он видит изменения, которые могут произойти в его жизни, если он откажется от инъекционных наркотиков или будет употреблять их реже?

Крайне важно правильно, корректно формулировать вопросы для получения адекватных ответов относительно указанных выше блоков информации.

Специалистам, предоставляющим услуги, на первых этапах взаимодействия с подростками / молодыми людьми, употребляющими ПАВ, необходимо расположить их к себе, создать атмосферу доверия, продемонстрировать принятие подростка / молодого человека. Очень важную роль при этом играет владение поставщиками услуг базовыми навыками консультирования таких клиентов.

Даже во время первой консультации важно без осуждения или морализаторства помочь подростку задуматься над возможностью изменения своего рискованного поведения. Дальнейшая работа с подростком будет зависеть от той стадии изменения поведения, на которой он находится. Подробно эти вопросы рассмотрены в следующей части 9.

**Часть
9****Профилактика употребления
психоактивных веществ:
стадии изменения поведения
и стратегии уменьшения вреда****9.1. Стадии изменения поведения**

В предыдущей части была подчеркнута необходимость понимания стадии изменения поведения, на которой пребывает подросток, для разработки дальнейшей стратегии работы с ним, понимания того, что он чувствует по отношению к специфике своего поведения, осознает ли он риски, есть ли у него мотивация к изменениям и насколько она сильна.

Важно, что действия специалистов по отношению к клиенту без учета стадии изменения поведения, на которой он находится, могут быть не только неэффективными, но и иметь обратный результат – подтолкнуть подростка к закреплению навыков рискованного поведения и еще большему недоверию к специалистам, эмансипации от них.

Модель «поэтапных изменений» поведения была разработана как общая теория поведенческих изменений в психотерапии пациентов с зависимостью от ПАВ в начале 1980-х гг. американскими учеными Джеймсом Прочаской и Карлом ДиКлементе⁶⁷ (J. O. Prochaska, C. C. DiClemente). Эти ученые проанализировали опыт реализации разных программ изменения рискованного поведения людей и предложили структуру модели изменения такого поведения, основывающуюся на положении, что изменение поведения должно быть добровольным, процесс изменения занимает определенный промежуток времени и проходит несколько этапов, на каждом из которых должна быть использована соответствующая методика. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов.

Иными словами, основная идея стадий изменения заключается в том, что, как правило, поведение не меняется за один день. Обычно у каждого человека путь к успешному восстановлению занимает какое-то время и протекает поэтапно.

И, конечно же, молодые люди должны хотеть измениться и чувствовать в себе силы для этого. Они также должны взять на себя ответственность за воплощение в жизнь предложенного специалистом плана действий.

⁶⁷ Prochaska J. O., DiClemente C. C. Towards a Comprehensive Model of Change // Millir W. R., Heather N. (eds.), Treating Addictive Behaviours – Processes of Change. – 1986.

Стадии изменения поведения

1. Стадия нулевой заинтересованности, или *Отрицание*

- Преимуществ выбранного поведения намного больше, чем недостатков;
- Нет желания меняться.

Считается, что на этой стадии молодые люди отвечают за свои поступки и поэтому, если у них нет или почти нет проблем с употреблением наркотических веществ, вряд ли они захотят изменить свое поведение.

Кроме того, они видят в таком употреблении больше преимуществ, чем недостатков (например, считают, что курить «круто», или верят, что с сигаретой они кажутся старше).

2. Стадия заинтересованности, или *Намерение*

- Начинает думать об изменениях.
- Часто толчком для этого служит некий внешний фактор.
- Часто возникает чувство неуверенности.

Некоторые внешние факторы (например, родители, школа, власти) могут заставить молодого человека изменить свое поведение (его могут забрать в милицию за пребывание в состоянии алкогольного опьянения или исключить из школы за курение марихуаны). Молодой человек все еще не уверен, что хочет измениться, но произошедший случай настораживает его.

3. Стадия подготовки, или *Решение*

Молодой человек все больше соглашается с мыслью о необходимости перемен. Начинает понимать, что в изменении образа жизни преимуществ больше, чем в сохранении прежних привычек. Принимает решение взяться за дело.

На этом этапе молодой человек уже готов к переменам, но ему еще предстоит разработать план действий. Он начинает обсуждать свои планы и шансы на успех с друзьями, родственниками, знакомыми.

4. Стадия активных действий, или *Действие*

На этом этапе молодой человек начинает реально менять свое поведение (например, перестает покупать сигареты).

Конечно, шансы на успех значительно возрастают, если есть хорошо продуманный и взвешенный план действий, куда входит поддержка окружающих.

5. Стадия воздержания, или *Поддержка*

Молодой человек продолжает вести себя по-новому, закрепляет новые модели поведения; работает над тем, чтобы избежать рецидива.

На этом этапе молодой человек продолжает придерживаться своего плана действий и воздерживается от старых привычек (поэтому ему бывает тяжело находиться на вечеринке, где все курят).

6. Рецидив

Рецидив – это возврат к старым привычкам; состояние, которое может возникнуть на любом этапе процесса изменений и означает возврат на одну из предыдущих стадий (причиной может стать одна невинная сигарета на вечеринке).

На какой стадии окажется молодой человек, во многом зависит от того, как он воспримет эту маленькую неудачу. Например, если он поверит, что все его усилия были напрасными и ему опять нужно начинать все сначала, то, вероятнее всего, он снова окажется на первой стадии нулевой заинтересованности.

Если же человек знает, что рецидив является частью процесса восстановления и ему просто нужно проанализировать, чему этот опыт учит, то, по всей вероятности, он продолжит с рабочей стадии или даже вернется на стадию воздержания (поддержки). Вот почему очень важно подготовить человека к рецидиву таким образом, чтобы он воспринимал его как часть процесса и не сдавался.

Модель изменений поведения



Индивидуальное упражнение на понимание процесса изменения

1. Вспомните те аспекты Вашей жизни (питание, курение, тренировки и т. п.), об изменении которых люди из Вашего окружения когда-либо Вас просили, но Вы считали их замечания и просьбы беспочвенными.

1.1. Что вы думаете о тех людях, которые просят Вас измениться?

1.2. Как Вы реагируете на их замечания?

2. Вспомните некоторые аспекты поведения, изменить которые Вы были бы не против, к тому же и знакомые постоянно напоминают об этом. Однако Вы еще не приняли окончательного решения и не предпринимаете в этом направлении никаких шагов.

2.1. Вы говорили кому-нибудь о своих намерениях измениться? Кому?

2.2. Что Вы думаете о тех людях, которые просят Вас измениться?

2.3. Как Вы реагируете на их замечания?

2.4. Почему Вы не изменили свое поведение?

3. Вспомните составляющие Вашего поведения, которые Вы решили изменить, но еще не предпринимаете никаких действий или еще не решили, когда начнете действовать.

- 3.1. Вы говорили кому-нибудь о своих намерениях измениться? Кому?
- 3.2. Что Вы думаете о тех людях, которые просят Вас измениться?
- 3.3. Как Вы реагируете на их замечания?
- 3.4. Что заставило бы Вас начать активно меняться?

4. Вспомните аспекты Вашего поведения, которые Вы уже начали менять или изменили недавно.

- 4.1. Что побудило Вас измениться?
- 4.2. Что Вы думаете об этом изменении?
- 4.3. Насколько легко поддерживать изменения?
- 4.4. Какие трудности встречаются на этапе воздержания?

5. Вспомните стороны вашего поведения, которые вы изменили уже давно.

- 5.1. Что вы думаете об этом изменении?
- 5.2. Насколько легко поддерживать это изменение?
- 5.3. Какие трудности существуют в процессе сохранения изменений?
- 5.4. Как вы справляетесь с этими изменениями?

6. Вспомните составляющие вашего поведения, которые вы недавно изменили, но что-то заставило вас вернуться к старым привычкам.

- 6.1. Что вы думаете о своем срыве?
- 6.2. Что заставило вас возвратиться к прежнему поведению?
- 6.3. Вы пробовали сопротивляться?
- 6.4. Что вы подумали в тот момент, когда вновь оказались один на один со своими старыми привычками?
- 6.5. Какова была реакция людей, которые знали вас до изменения поведения и после? Как вы реагировали на это?

Связь этапов формирования зависимости со стадиями изменения поведения

Ученые, изучающие проблему наркомании у подростков, считают, что четких поведенческих рамок и установок в отношении наркотиков в зависимости от этапа их употребления, не существует.

Подростки / молодые люди на первых этапах потребления наркотика (наркотизации) могут находиться на любой из стадий изменения поведения (в зависимости от жизненной ситуации, окружения, интеллектуального развития, психологических особенностей). Но все же при этом многие исследователи утверждают, что на стадии наркотизации, то есть на первом – третьем этапах употребления наркотика (см. таблицу, размещенную в п. 8.3, с. 103), подростки и молодые люди чаще всего не задумываются о том, что их поведение может привести к серьезным последствиям. Многие считают, что попробуют лишь раз, потом думают, что от второго раза вреда не будет, затем – что если употреблять редко, то в любое время можно бросить... Возможны варианты, когда мысли о вреде наркотика все же появляются, но в силу давления группы, психологических особенностей подросткового возраста, установок «с кем угодно, но не со мной», либо других причин, молодежь не фиксирует свое внимание на возможных негативных последствиях

от употребления ПАВ (то есть пребывает на первой или второй стадиях изменения поведения). Более того, как уже обсуждалось ранее, подростки стараются привлечь как можно больше ровесников к компании потребителей наркотика.

Подросток начинает задумываться о потреблении наркотика и изменении своего поведения (то есть переходит на вторую и третью стадии изменения поведения) чаще всего тогда, когда или сам сталкивается с какими-либо проблемами в ходе потребления наркотика, или же с такими проблемами сталкиваются его друзья или знакомые. Проблемы могут быть связаны как с психологическим состоянием, здоровьем, несчастным случаем под воздействием наркотика, так и с правоохранительными органами. Столкновение с проблемами может произойти на любом этапе потребления наркотика.

В состоянии наркозависимости (четвертый и пятый этапы – психологическая и физическая зависимость) очень сложно самостоятельно продвинуться по стадиям изменения поведения. Четвертая (активных действий) и пятая (воздержания) стадии изменения поведения для наркозависимых без поддержки специалистов очень и очень сложны (и не только для подростков, но и для взрослых, употребляющих ПАВ инъекционным путем). С одной стороны, человек может задумываться над переменами, но, с другой, его надежно держит на крючке существующая наркотическая зависимость, которая отдаляет перспективу изменений или делает ее нереальной. Кроме того, молодые люди испытывают сильный страх от того, что не смогут остановиться и не найдут своего места в жизни без наркотиков.

Для проведения адекватной профилактической работы важно уметь правильно связывать этап употребления наркотиков со стадиями изменений поведения и, соответственно, формировать алгоритм своих действий.

Стадии изменения поведения и алгоритм действия специалистов

| Стадии изменения поведения подростка / молодого человека | Действия специалиста |
|--|---|
| <p>1. Стадия нулевой заинтересованности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • преимуществ выбранного поведения намного больше, чем недостатков; • нет желания меняться; • человек не задумывается над изменениями вообще | <ul style="list-style-type: none"> • Выясните, осознает ли клиент рискованность своего образа жизни. • Предоставьте клиенту всю необходимую информацию (о развитии зависимости, последствиях употребления ПАВ, ВИЧ и способах предупреждения инфицирования и т. д.). Старайтесь говорить простым доступным языком, не злоупотребляя терминами, подготовьте достаточное количество фактического материала, ведите беседу профессионально и беспристрастно, безоценочно. В предоставлении информации могут помочь буклеты, брошюры для подростков, специальные видеоматериалы. • Обсудите возможные пути уменьшения риска и снижения вреда здоровью при употреблении ПАВ (использование чистого инструментария, информация о программах обмена шприцев, предупреждение передозировки и т. д.⁶⁸) |

⁶⁸ Информация о стратегиях снижения вреда представлена далее (п. 9.2.).

| Стадии изменения поведения подростка / молодого человека | Действия специалиста |
|---|--|
| <p>2. Стадия заинтересованности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • начинает думать об изменениях; • часто толчком для возникновения заинтересованности служит некий внешний фактор; • часто возникает чувство неуверенности | <ul style="list-style-type: none"> • Продолжайте информировать о риске, связанном с употреблением наркотиков. • Помогайте подростку / молодому человеку сделать осознанный выбор, взвесив все «за» и «против». • Внимательно выслушайте его мысли по поводу того, почему ему нравится употреблять наркотики и что мешает уменьшить дозу или вовсе отказаться от них. Это даст необходимую информацию, которая поможет подтолкнуть клиента к осознанию необходимости перемен. • Старайтесь особо не акцентировать внимание на «действиях». Не спешите предлагать какой-либо выход. Если подросток / молодой человек самостоятельно поймет необходимость перемен, вероятность успеха будет намного выше. • Старайтесь ненавязчиво склонить пациента к необходимости перемен, отметив те положительные моменты, которые существуют в таком решении. • Продолжайте информировать о путях уменьшения риска и снижения вреда для здоровья, пока подросток не отказался от употребления ПАВ |
| <p>3. Стадия подготовки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • все больше соглашается с мыслью о необходимости перемен; • начинает понимать, что в изменении образа жизни преимуществ больше, чем в сохранении прежних привычек; • принимает решение взяться за дело | <ul style="list-style-type: none"> • Проводите консультации и помогите подростку / молодому человеку в составлении плана действий, а также содействуйте в развитии навыков и организации стратегических схем, необходимых для успешного воплощения в жизнь выбранной тактики. • Оказывайте помощь в поддержании мотивации и в предотвращении рецидива. • Предоставьте помощь в изменении среды и научите избегать рискованных ситуаций. • Приветствуйте успехи Вашего клиента |
| <p>4. Стадия активных действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • начинает действовать в направлении изменения поведения | <ul style="list-style-type: none"> • Оказывайте помощь в реализации плана действий и в поддержании мотивации. • Содействуйте формированию умений и навыков самоконтроля у клиента. • Способствуйте формированию навыков безопасного, ответственного поведения, предотвращения рисков. • Важно обеспечить систему поддерживающей среды (например, со стороны других специалистов). • Необходимо также формировать уверенность в успехе и достижении позитивного результата. • Поощряйте успехи и достижения клиента. • Подготовьте подростков / молодых людей к потенциальной возможности возникновения рецидива. Если этого не сделать, то в случае срыва он будет чувствовать себя разочарованным и может потерять веру |

| Стадии изменения поведения подростка / молодого человека | Действия специалиста |
|--|--|
| | <p>в успех, что, в свою очередь, может вернуть его на прежний уровень потребления наркотиков. Если же молодой человек будет знать о потенциальной возможности рецидива, он будет рассматриваться им лишь как отдельный эпизод на длительном пути восстановления, что, несомненно, сгладит негатив, способный повлиять на психологическое состояние подростка / молодого человека и позволит продолжить работу в ранее определенном направлении. Именно поэтому специалист должен проинформировать клиента до того, как произойдет возможный рецидив</p> |
| <p>5. Стадия воздержания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • продолжает вести себя по-новому; • работает над тем, чтобы избежать рецидива | <p>Поддерживайте подростка / молодого человека во время кризиса и всеми силами способствуйте сохранению всех достигнутых результатов.</p> <p>Научите клиента распознавать сильные стороны своего характера, а также акцентируйте внимание на тех положительных моментах, которые существуют в продолжении работы над собой.</p> <p>Работайте над предупреждением возможного срыва, напоминая о существовании подобной угрозы и при этом делая все, чтобы клиент не чувствовал себя виноватым или удрученным, если это все-таки случится.</p> <p>Развивайте у подростка / молодого человека способность к самоанализу, приучая его к ответственности и демонстрируя способы раннего выявления возникающих чувств и ситуаций.</p> <p>Очень полезными могут оказаться группы поддержки и взаимопомощи, ведь опыт людей с подобной проблемой нередко становится отражением собственных затруднительных ситуаций</p> |
| <p>6. Стадия рецидива:</p> <ul style="list-style-type: none"> • возврат к старым привычкам; • рецидив может случиться на любом этапе | <p>Очень важно подготовить подростка / молодого человека к возможному срыву еще до того, как он случится.</p> <p>Объясните, что особенностью любого восстановления является вероятность возникновения рецидива, однако это не значит, что все предыдущие достижения были напрасными. Помогите клиенту вынести нужные уроки из полученного опыта и всеми силами постарайтесь уменьшить негативные последствия пережитого рецидива.</p> <p>Поддержите подростка / молодого человека в его желании возобновить процесс восстановления.</p> <p>Помогите ему разработать и воплотить в жизнь другие методики и стратегии (например, предложите план по уменьшению риска попадания в ситуации, когда употребление наркотиков неизбежно, проработайте схему поведения, способную помочь молодому человеку не поддаваться негативному давлению со стороны сверстников, найдите ему поддержку в лице молодых людей, переживших подобный опыт)</p> |

Ключевым в понимании модели стадий изменения остается соответствие действий, предпринимаемых специалистами, предоставляющими услуги, каждой существующей стадии перемен, а также поддержка на каждой стадии изменения, последовательность и системность проводимой работы.

9.2. Стратегии снижения вреда в профилактике употребления ПАВ инъекционным путем

Словосочетание «**снижение вреда**» используют для описания комплекса мер, направленных на уменьшение негативных последствий от употребления инъекционных наркотиков (физический вред, например, инфицирование крови, и социальный, например, совершение преступления). Эти меры имеют целью оказание помощи людям, продолжающим употреблять инъекционные наркотики.

Снижение вреда:

- основано на фактах;
- отвечает нормам действующего законодательства и соблюдает права человека;
- включает стратегии предупреждения и лечения наркомании.

Существуют убедительные доказательства эффективности мер по снижению вреда, от которых выигрывает как отдельный человек, так и общество в целом.

Концепция снижения вреда полностью соответствует подходу системы здравоохранения к решению широкого спектра проблем, связанных с употреблением инъекционных наркотиков. Она включает стратегии, направленные как на предупреждение возникновения наркотической зависимости, так и на ее лечение. Эти стратегии базируются на уважении прав людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Эффективные стратегии по снижению вреда здоровью от употребления инъекционных наркотиков

Эффективные стратегии по снижению вреда здоровью от употребления инъекционных наркотиков:

- Распространение информации об уменьшении риска.
- Более широкий доступ к стерильным иглам и шприцам.
- Реализация социально ориентированных программ.
- Реализация программ по замене наркотиков.
- Реализация программ поддержки.
- Развитие инфраструктуры социальных и медицинских центров помощи.

Стратегии снижения вреда являются в высшей мере эффективными в плане профилактики ВИЧ среди людей, потребляющих инъекционные наркотики. Каждая отдельно взятая стратегия имеет ограниченные возможности, но

одновременное использование нескольких позволяет предупредить, стабилизировать и снизить эпидемию ВИЧ среди подростков и молодых людей, потребляющих инъекционные наркотики.

1. Распространение информации об уменьшении риска

Эту стратегию часто называют ИОО – «информация, образование, общение» или ОИП – «общение на тему изменения поведения».

1.1. Информация о снижении риска является очень важной, поскольку многие молодые люди не осознают опасности, сопутствующей потреблению инъекционных наркотиков. Если бы они знали о ней, их решение, возможно, было бы в пользу снижения риска.

1.2. Подросткам и молодежи, употребляющим инъекционные наркотики, необходима информация о риске, связанном с ПИН (инфицировании крови, местном и системном (сепсис) бактериальном заражении, передозировке), о более безопасных видах инъекций (более безопасном методе употребления инъекционных наркотиков, более безопасном месте) и о безопасном сексе (правильное и постоянное пользование презервативом). Если они не обладают этой информацией, они не могут снизить риск.

1.3. Информация должна иметь отношение к ситуации, в которой пребывают молодые потребители инъекционных наркотиков, быть достоверной (правдивая информация из надежного источника), понятной (на простом доступном языке) и правильно изложенной, исходя из особенностей поведения целевой аудитории.

2. Более широкий доступ к программе обмена шприцев

2.1. Если у подростков и молодых людей, потребляющих инъекционные наркотики, нет новых иглол и шприцев, они пользуются чужими. Нужно помнить, что не существует гарантированного способа надежной обработки уже использованных приспособлений для инъекций. Совместное использование способствует быстрому распространению ВИЧ.

Программа обмена шприцев дает каждому наркозависимому возможность использовать чистые иглолки и шприцы, что позволяет предупредить риск инфицирования крови или передачи инфекции.

2.2. Программа обмена шприцев позволяет обменять старые иглы и шприцы на новые, а также дает возможность безопасно избавиться от использованных. Она наиболее эффективна тогда, когда работает в комплексе с другими социальными проектами по оказанию помощи наркопотребителям (например, консультации специалистов-ровесников, обеспечение презервативами, лечение заболеваний, передаваемых половым путем).

Исследования показали, что программа обмена шприцев имеет положительные результаты (снижается уровень пользования общими приспособлениями, не растет число людей, потребляющих инъекционные наркотики, прежней остается частота потребления инъекционных наркотиков)⁶⁹.

2.3. Следует отметить, что программа обмена шприцев нацелена в основном на самоопределившихся наркозависимых и часто выпускает из вида тех, кто

⁶⁹ Согласно данным «Практического руководства по предоставлению социальной помощи, направленной на предотвращение ВИЧ-инфицирования людей, потребляющих инъекционные наркотики», разработанного под эгидой Всемирной организации здравоохранения.

употребляет инъекционные наркотики время от времени или ради развлечения. Поэтому приспособления для инъекций должны распространяться среди молодых наркозависимых и через другие каналы (медицинские центры, фармацевтические программы, сетевое распространение самими потребителями наркотиков).

Хотя специалисты, предоставляющие услуги, могут не обладать достаточными полномочиями для создания местной программы обмена шприцев, однако их вклад может быть не менее ценен, если они направят свои усилия на проведение информационной работы в плане убедительного аргументирования полезности для общества подобных программ. Также они должны оказывать поддержку уже существующим программам или желающим их создать.

3. Реализация социально ориентированных программ

3.1. Очень часто потребители инъекционных наркотиков изолируются от общества и могут не обращаться в клиники. Поэтому программы по оказанию помощи должны предлагать свои услуги в местах, где обычно собирается проблемная молодежь. Факты свидетельствуют о том, что общественные программы помощи широко распространены во многих странах и являются довольно эффективной мерой противодействия наркотической зависимости.

3.2. Программы помощи включают образовательную составляющую, консультирование (советы по уменьшению риска), проведение медицинских обследований, а также предоставление услуг, нацеленных на изменение рискованного поведения, связанного с употреблением инъекционных наркотиков и сексом (например, обеспечение иглами, шприцами, дезинфицирующим раствором, презервативами, а также лечение ИППП).

3.3. Найти места, где собираются наркозависимые, и общаться с ними зачастую довольно затруднительно. Исследования показали, что эффективность общения с потребителями инъекционных наркотиков в большей степени зависит от того, кто пытается найти с ними общий язык и от места, где происходит общение.

В работнике программы помощи сообщество наркозависимых должно видеть либо равного себе, либо кого-то знакомого, кому можно доверять. Молодой потребитель инъекционных наркотиков охотнее пойдет на контакт со своим сверстником, чей возраст и жизненный опыт находится примерно на том же уровне.

Программы помощи – это самая экономная мера и часто наименее сложное испытание, которое можно предложить пройти потребителям инъекционных наркотиков (по сравнению со специальным обучением, участием в программах обмена шприцев или в программах замены). Поставщик услуг может начать свою работу с простого изучения общей ситуации, существующей в компании наркозависимых.

4. Реализация программ по замене наркотиков

4.1. Программы замены (чаще встречается название «программы по заместительной терапии») дают потребителям инъекционных наркотиков возможность снизить риск, связанный с ПИН (помогая перейти, к примеру, на оральный способ употребления) и уменьшить количество потребляемого наркотика или отказаться от него вообще (путем постепенного уменьшения дозы предложенного взамен препарата).

Лечение заменой – это применение под наблюдением врача прописанного лекарственного препарата с действием, аналогичным наркотическому веществу.

4.2. Такие программы лечения доказали свою эффективность в оказании помощи наркопотребителям, которые готовы освободиться от своей наркотической зависимости или уменьшить количество потребляемого инъекционного наркотика. Программы замены в основном рассчитаны на людей, зависимых от опиатов (замена их на метадон или бупренорфин).

Участвуя в программе, потребитель инъекционных наркотиков может также получить и психологическую помощь, направленную на нейтрализацию сопутствующих эмоциональных и социальных проблем, с которыми он может столкнуться.

Кроме того, целью программ замены является снижение уровня преступности, связанной с добыванием денег на наркотики.

4.3. Программы замены предлагаются только зависимым наркопотребителям. Многие подростки и молодые люди, потребляющих инъекционные наркотики, еще не находятся на этой стадии, поэтому сначала нужно внимательно изучить другие варианты возможных решений, перед тем как останавливаться на программе замены.

5. Политика поддержки, законодательство и целенаправленная защита прав

5.1. Поддерживающая политика и урегулированное законодательство могут повлиять на предоставление качественной медицинской, социальной и психологической помощи подросткам и молодым людям группы риска. Реализация этих двух элементов на государственном уровне может в значительной мере способствовать увеличению уровня безопасности в среде людей, потребляющих инъекционные наркотики. Политика уменьшения вреда ориентирована на тех потребителей инъекционных наркотиков, для которых здоровье остается первоочередным стимулирующим фактором и которые хотят жить.

5.2. Как и все люди, потребители инъекционных наркотиков нуждаются в поддержке социальных структур и в доступе к медицинскому обслуживанию, поэтому им должны быть доступны основные медицинские услуги. Система здравоохранения в целом и медицинские работники в частности (как, впрочем, и все поставщики услуг в целом) не должны подвергать людей, употребляющих инъекционные наркотики, дискриминации.

5.3. Молодые потребители инъекционных наркотиков особенно нуждаются в помощи. Поддержка семьи и социума может предупредить увлечение наркотиками или помочь остановиться тем, кто уже стал их употреблять. Некоторые подростки / молодые люди страдают от травм, оскорблений, оторванности от дома, друзей и общества, что вызывает чувство бессмысленности и обреченности. Для них помощь социальных структур может быть особенно важной.

Дополнительные документы, говорящие об эффективности работы в направлении уменьшения вреда здоровью молодых наркопотребителей, доступны на сайте Всемирной организации здравоохранения (www.who.int/hiv/ru).

Рекомендации подросткам и молодым людям по уменьшению вреда от инъекционных наркотиков и предупреждению инфицирования ВИЧ

Ниже приведены рекомендации, которые могут помочь подросткам / молодым людям, активно употребляющим инъекционные наркотики, снизить вред от них непосредственно во время введения, а также предотвратить инфицирование ВИЧ, другими инфекциями, развитие абсцессов и другие проблемы со здоровьем.

Этот материал может быть полезен при подготовке листовок и буклетов для данной целевой группы.

Рекомендации для подростков и молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые следует выполнить **перед введением наркотика**:

1. Выберите надежное место для проведения инъекции, желательно с проточной водой.
2. Защитите себя от инфекции, всегда пользуясь новыми стерильными иглами и шприцами. Осуществить это вы можете, участвуя в программе обмена шприцев.
3. Не делитесь своими приспособлениями для инъекций. Общими не должны быть не только иглы и шприцы, но и вода, чашки или стаканы, ложки или кастрюльки, фильтры, тампоны или салфетки, смоченные спиртом, и жгуты. Переливание наркотика из одного шприца в другой тоже опасно.
4. До и после каждой инъекции мойте руки теплой водой с мылом. Готовьте инъекцию чистыми руками на чистой поверхности. Подготовьте чистый материал для остановки кровотечения после инъекции. Обработайте место будущего введения иглы водой с мылом или спиртом. Тщательная подготовка снизит риск инфицирования.

Рекомендации для подростков и молодых людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые следует выполнять **во время введения наркотика**:

1. Для инъекции используйте только безопасные части тела (например, руки и ноги). Никогда не вводите инъекцию в вены на шее или голове. Не вводите инъекцию в поврежденные места и раны, особенно если там наблюдается заражение.
2. Меняйте место введения инъекций, чтобы не повредить вену. Это будет способствовать заживлению ран и поможет избежать кровоподтеков, которые могут стать причиной развития заражения, а также позволит уменьшить шрамы на стенках вены, которые утолщают ее, и поэтому инфекционные болезни протекают более тяжело и наносят больший ущерб организму.
3. Втяните немного крови в шприц перед впрыскиванием и затем медленно выдавите все содержимое в вену. Это очень важно, ибо помогает определить, действительно ли вы попали в вену. Если вы поняли, что попали в артерию (кровь ярко-красного цвета и пенится), немедленно вытяните шприц, надавите на место прокола и подержите 5–10 минут, подняв руку. Если кровотечение не останавливается, срочно обратитесь за медицинской помощью.
4. Вводите вещество медленно по ходу течения крови, в направлении сердца. Это поможет вам убедиться, что наркотик попадает в вену.
5. После инъекции прижмите место укола на 1–2 минуты. Это уменьшит кровоподтек, предотвратит ненужное кровотечение и будет способствовать быстрому заживлению. При надавливании не пользуйтесь тампонами, смоченными спиртом, это может помешать свертыванию крови. Используйте чистый материал.

6. Выбросьте использованные принадлежности, особенно иглы и шприцы, в безопасное место, так, чтобы они не могли никому навредить.

Помните, что надежного способа обработки игл и шприцев не существует. Единственный способ, гарантирующий безопасность, – это постоянное использование стерильных приспособлений. Если же все-таки приходится идти на крайние меры, убедитесь, чтобы шприц и иголка были обработаны сразу же после первого использования, а затем еще раз – перед вторым.

Мытье и повторное использование приспособлений возможно лишь в самом крайнем случае, когда у вас нет возможности купить их или получить по программе обмена шприцев.

Наиболее **эффективными методами обработки игл и шприцев**, позволяющими снизить риск заражения гепатитом или ВИЧ, считаются следующие:

1. Метод 2x2x2

1.1. Наберите в шприц **холодной** воды (лучше стерилизованной или кипяченой), а затем выпрысните ее в таз или чашку. Прodelайте это дважды.

1.2. Затем медленно наберите в шприц дезинфицирующий раствор и как можно дольше потрясите (в идеале – 3–5 минут, 30 секунд – минимум). Выплесните потом все в таз или чашку. Прodelайте это дважды.

1.3. Затем снова наберите в шприц холодной воды (точно так, как это делалось в пункте 1.1) и опять выплесните ее в таз или чашку. Прodelайте это дважды.

2. Вымачивание иглы и шприца в неразбавленном дезинфицирующем растворе или в моющем средстве, разведенном водой. Держать их там нужно как можно дольше (как минимум несколько минут), затем тщательно промыть водой.

3. Кипячение игл и шприцев в течение 15–20 минут (хотя при кипячении пластмассовые шприцы могут деформироваться и дать течь).

4. Тщательная промывка игл и шприцев несколько раз (раз десять) сразу же после использования. Это не позволит крови или остаткам препарата засохнуть и почти наверняка удалит все вредоносные инфекции. Даже простое ополаскивание водой, водкой, вином или даже пивом поможет снизить риск инфицирования.

От государственной политики и законодательства зависит система профилактического вмешательства, работы с наркозависимыми подростками и теми, кто пребывает на стадии наркотизации, а также существование и доступность стратегий уменьшения вреда от употребления наркотиков.

Существование таких программ и эффективность их работы различны в зависимости от региона Украины и часто инициируются общественными организациями. Однако часто люди, употребляющие инъекционные наркотики, не могут пройти через все предлагаемые стадии из-за нехватки приспособлений, времени, неполноты знаний и других причин.

Об особенностях доступа к лечению от наркозависимости и получению ЗПТ для несовершеннолетних (лиц до 18 лет) сказано на с. 53–54 настоящего пособия.

10.1. Понятие стигмы и дискриминации

Стигма (дословно «ярлык», «клеймо») – это негативная ассоциация человека с чем-либо позорным, непрестижным, отталкивающим; предвзятые, неблагоприятные суждения и отношение.

Стигматизация – *клеймение, нанесение стигмы*. В отличие от слова *клеймение, стигматизация* обозначает навешивание социальных ярлыков. В этом смысле стигматизация – ассоциирование какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана. Стигматизация является составной частью многих стереотипов.

Существует **личная (или внутренняя) стигматизация, самостигматизация** – предубеждение против себя самого, основанное на причастности к чему-либо.

Стигматизация может вести к **дискриминации**, то есть к реальным действиям, ограничивающим права какой-либо группы.

Если стигма – это *отношение* к человеку, к его определенным качествам, то дискриминация – это *действие*, в основе которого лежит отношение.

Дискриминация (*лат. discriminatio* – различение) – ограничение прав личности из-за ряда стигм и стереотипов.

Хотя в цивилизованных странах явная стигматизация и связанная с ней дискриминация либо запрещены законом, либо осуждаются культурой, практически каждое общество насыщено стигмами.

Стигма, связанная с подростками / молодыми людьми групп риска, включает в себя все недоброжелательные отношения, убеждения, направленные против подростков как людей, «опасных для общества», «изгоев общества». Стигматизация неизменно приводит к нарушению, неуважению прав человека, прав ребенка, то есть к дискриминации. Спектр стигм в отношении ПГР достаточно широк.

Стигматизация и дискриминация в отношении ПГР распространена среди разных слоев общества, как среди обычных граждан, так и, к сожалению, в среде специалистов, которые обязаны защищать интересы ПГР, оказывая спектр услуг в соответствии с потребностями этих подростков. Чаще всего носителями стигмы в отношении ПГР и субъектами дискриминации являются медицинские работники, сотрудники правоохранительных органов и представители системы образования.

В связи со стигматизацией среди ПГР достаточно распространена самостигматизация. Часто подростки данной категории относятся к себе как к «пропащим» людям, которым «никто и никогда не поможет», что лишает подростка возможности выбора, направленного на изменение рискованного поведения на безопасное.

10.2. Предупреждение стигматизации и дискриминации по отношению к ПГР

Последствия стигматизации и дискриминации для подростков и молодежи групп риска

Последствия для подростков / молодежи групп риска:

- социальная изоляция и маргинализация;
- формирование самостигматизации, заниженной самооценки, чувства безысходности;
 - нарушение прав ПГР, в том числе, отсутствие адекватного доступа к необходимым услугам: медицинским, социально-педагогическим, юридическим и т. д.;
 - увеличение темпов инфицирования ИППП, в том числе ВИЧ, и другими заболеваниями;
 - ухудшение репродуктивного и сексуального здоровья ПГР

Последствия для общества в целом:

- низкий уровень толерантности в обществе;
- рост числа маргинализированных групп и количества их представителей;
- отсутствие адекватных и эффективных мер профилактики в среде ПГР;
- быстрое распространение ВИЧ и других ИППП как в среде ПГР, так и в обществе в целом;
- ухудшение репродуктивного и сексуального здоровья населения;
- негативные социально-экономические последствия (в связи с тратами на лечение, высокой смертностью, низкой рождаемостью, и т. д.);
- прочее

Последствия для специалистов – субъектов стигматизации и дискриминации:

- нарушение должностных инструкций и этических кодексов, принятых в сферах компетенции тех или иных специалистов;
- снижение общего уровня толерантности;
- повышение конфликтности;
- сложности в оказании социально-педагогических, психологических, коррекционных, профилактических, медицинских и других услуг в среде ПГР; неэффективность воздействий и услуг;
 - профессиональная деформация;
 - профессиональное «выгорание» (в силу неудовлетворенности качеством работы и самим процессом);
- прочее

Обратите внимание, что, начиная с первого блока последствий, каждое из них влечет за собой следующее. Таким образом, усугубляется ситуация и увеличиваются общие негативные последствия стигматизации и дискриминации для ПГР и специалистов, которые с ними работают, а также общества в целом.

На представленной ниже схеме можно наблюдать, что все группы последствий тесно взаимосвязаны и оказывают друг на друга большое влияние, а также часто обуславливают друг друга, представляя собой, по сути, «замкнутый круг». Например:

1. Формирование самостигматизации, заниженной самооценки, чувства безысходности у ПРГ ведет к отсутствию веры в помощь профессионалов и влияет, например, на обращение за медицинской помощью в случае подозрения на заболевание.

2. Это, в свою очередь, ведет к прогрессированию заболевания (например, ИППП), а также распространению его в среде ПГР.

3. Поскольку ПРГ активно взаимодействуют с уязвимыми подростками и обществом в целом, ИППП (в том числе ВИЧ) легко переходят в другие группы населения, влияя на состояние репродуктивного и сексуального здоровья подростков и молодежи, а также здоровье и благополучие нации в целом.

4. Кроме того, социальная изоляция и маргинализация ПГР значительно затрудняет оказание им эффективных услуг (сложности в установлении контакта, взаимодействии и т. д.).

5. Отсутствие эффективности услуг влияет на качество работы конкретного специалиста или группы специалистов и т. д.

Схема «Взаимосвязь последствий стигматизации и дискриминации»



От осознания каждым отдельным специалистом *своей личной роли* в предупреждении стигмы и дискриминации ПГР, *понимания особенностей взаимодействия с подростками и молодежью групп риска, предупреждения* личных проявлений стигматизации и дискриминации ПГР зависят изменение ситуации и формирование толерантного отношения на основе законности и морали.

Важным компонентом предупреждения стигмы и дискриминации является понимание поставщиками услуг **характерологических и поведенческих особенностей отдельных категорий ПГР**, а также **специфики подросткового и молодого возраста в целом**.

Также важную роль в предупреждении обсуждаемых явлений играет распространение информации и формирование понимания (благодаря специальной политике и программам) концепции прав человека и прав ребенка, а также необходимости их защиты и обеспечения поставщиками услуг как представителями государства. Ряд международных документов, ратифицированных Украиной, указывают на обязанность государства **не допускать прямой или косвенной дискриминации любых категорий населения с точки зрения закона, политики или практики**. Общий запрет дискриминации закреплён также в Конституции Украины (ч. 2 ст. 24).

Кроме того, необходима **четкая система контроля за качеством предоставления услуг всем целевым группам, которые в них нуждаются**, в том числе оказание услуг ПГР, на основе принципов равенства и соблюдения интересов клиента оптимальным образом (что зафиксировано во всех функциональных обязанностях, этических кодексах и других документах, регламентирующих действия специалистов, предоставляющих услуги ПГР). Во многих странах соответствующие механизмы уведомления об актах дискриминации – от оказания юридической помощи до организации «горячих линий» – оказались на практике мощным оперативным средством, позволяющим смягчить наихудшие последствия стигматизации и дискриминации подростков и молодых людей уязвимых групп и групп риска.

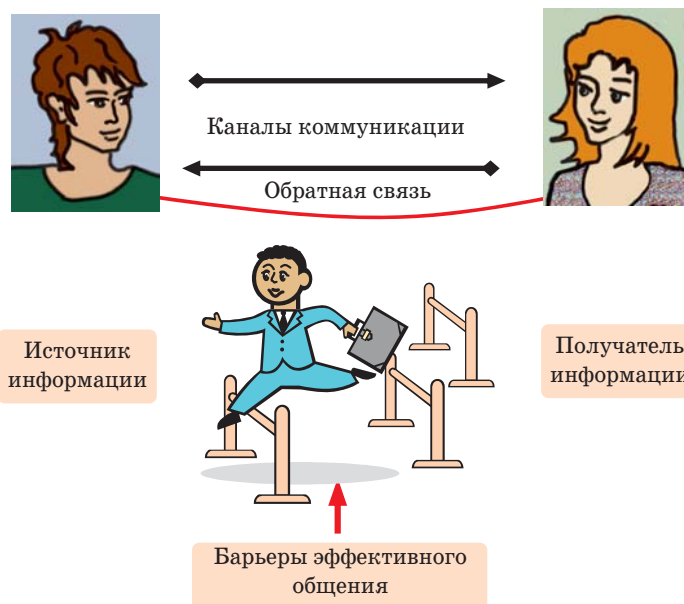
Несмотря на распространённое неодобрительное отношение к санкциям, которые, возможно, и не очень эффективно влияют на изменение личной позиции специалиста, они содействуют пресечению дискриминирующих действий и, соответственно, повышению эффективности оказания услуг ПГР.

Часть 11

Навыки эффективного консультирования. Мотивационное консультирование с целью изменения поведения. Принципы и технологии предоставления услуг ДКТ подросткам групп риска

11.1. Понятие консультирования. Навыки консультанта. Основы эффективного общения

Особенности восприятия информации



Барьеры эффективного общения:

- двусмысленные выражения;
- непонимание (смысловое, языковое);
- потеря информации;
- «помехи» или «шумы».

При передаче информация искажается, утрачивается, нарушаются логические связи; при пересказе недостаток информации восполняется «додумыванием» и собственными интерпретациями. Поэтому при консультировании необходимо обращать внимание на то, чтобы сообщение было простым, логически выстроенным, не содержало ненужных медицинских или иных терминов. Консультанту важно уметь получать обратную связь от клиента / пациента, чтобы убедиться в том, что информация была понята правильно. Для этого консультант должен

предоставлять клиенту возможность уточнить, переспросить, задать вопросы. Кроме того, ключевые сообщения при необходимости следует повторять и уметь объяснять одно и то же несколько раз, не раздражаясь при этом.

Вопросы «открытого» и «закрытого» типа

Открытые вопросы – это вопросы, на которые нельзя ответить «да» или «нет» или ограничиться коротким ответом. Они:

- подходят для изучения мнения и чувств клиента;
- эффективны в определении потребностей;
- часто начинаются со слов: «Что?», «Могли бы Вы?», «Вам не трудно?», «Как?».

Закрытые вопросы предполагают краткий, зачастую односложный ответ, в том числе «да» или «нет». Они:

- не дают человеку возможности выговориться;
- обычно ставятся в самом начале разговора для получения информации о клиенте, чтобы выяснить его состояние.

Закрытые вопросы используются для сбора анамнеза, быстрого получения большого массива информации по стандартной схеме (анкетирование), уточнения какой-то информации и т. п. В процессе консультирования соотношение между открытыми и закрытыми вопросами должно быть оптимальным.

Понятие консультирования. Навыки консультанта

Консультирование как эффективный метод работы с пациентом / клиентом используется ныне во всем мире. Особое значение консультирование приобрело в условиях эпидемии ВИЧ/СПИД, так как информированность является лучшим способом защиты человека от ВИЧ. Знание путей передачи, выработка более безопасного поведения и осознание человеком личной ответственности за собственное здоровье значительно уменьшают риск инфицирования.

Фундаментом успешного консультирования является доверие, повышающее вероятность того, что люди прислушаются к полученным советам. Разговоры на любые темы должны быть абсолютно конфиденциальны. Клиент должен быть уверен, что все сказанное им во время такого разговора останется в тайне.

Консультант должен иметь навыки общения, позволяющие ему говорить с любым пациентом открыто и доверительно на самые сложные темы, предоставлять необходимую каждому конкретному человеку информацию, помогать в принятии решений, способствующих сохранению здоровья, оказывать своевременную психологическую помощь и поддержку.

Эффективное консультирование начинается с признания консультантом права человека на собственное мнение, неосуждающего отношения к пациенту, умения наблюдать и сочувствовать.

Эффективному консультированию можно научиться. Для этого необходимо овладеть следующими навыками⁷⁰.

Активное слушание

Активное слушание – это внимательное и уважительное выслушивание и принятие того, что говорит собеседник. С его помощью можно выяснить смысл высказывания и точку зрения собеседника, не вынося при этом оценочных и критических суждений. Для того чтобы дать человеку понять, что его внимательно слушают, консультант может сопровождать речь собеседника киванием головы, произнесением слов «да», «понимаю вас...», периодически уточнять сказанное.

Консультанту необходимо научиться слушать внимательно, не перебивая пациента. Активное слушание позволяет консультируемому высказать то, что его беспокоит и задать интересующие его вопросы. Если в процессе рассказа консультант проявит признаки нетерпения, перебьет пациента или с помощью отрицающих жестов продемонстрирует несогласие, может быть потеряна важная для понимания ситуации пациента информация. Поскольку речь часто идет об интимных вопросах, которые «не принято» обсуждать, консультируемому может быть сложно говорить. Задача консультанта – помочь ему высказаться.

Сопереживание (эмпатия)

Сопереживание – это больше, чем сочувствие, оно означает попытку поставить себя в ситуацию собеседника и почувствовать его состояние. Фразы «Я понимаю Ваше состояние...»; «Я понимаю, что Вам нелегко говорить об этом», и т. п. показывают собеседнику, что его состояние понимают, ему сопереживают. При этом акцент делается не на содержании сообщения, как при перефразировании, а на отражении чувств, выраженных говорящим, его эмоционального состояния. Кроме того, консультант должен уметь контролировать свои собственные эмоции.

Эффективное задавание вопросов

Консультант использует вопросы, чтобы помочь пациентам высказать свои чувства и проблемы. Необходимо сочетать как открытые, так и закрытые вопросы.

Задавая открытые вопросы, можно получить более развернутые ответы и, соответственно, более подробную информацию для ведения диалога. Для эффективного консультирования большинство задаваемых вопросов должны быть открытыми. Это дает возможность получить значительно больше информации. При правильном использовании вопросов консультант направляет беседу в нужное русло. Он не только задает вопросы сам, но и по мере необходимости предоставляет информацию, поэтому нет нужды жестко разделять «время вопросов» и «время ответов». Получив необходимые сведения и осознав потребности пациента, необходимо предоставлять информацию по данному вопросу сразу.

⁷⁰ Изложенный материал основан на работах А. Марш и А. Дейл (*Marsh A., Dale A. Addiction counselling: An integrated cognitive behavioural and interpersonal approach.* – Melbourne: IP Communications, 2005 // *Dale A., Marsh A. A guide for counsellors working with problem drug users. – Levels 1–3. Produced for WA Drug Abuse Strategy Office.* – 1999. Также см.: Комплексный подход в системе профилактической работы среди КСР. – РОО «СПИД инфо-связь»), однако использованный материал претерпел существенные изменения и, таким образом, не всегда полностью отражает мнение авторов указанных работ.

Например, на вопрос консультанта: «Что Вы знаете о путях передачи ВИЧ?» пациент отвечает: «Я слышал, что ВИЧ передается через сексуальные контакты, через кровь, через укусы насекомых...». В этом случае целесообразно поблагодарить за ответ и предложить точную и правильную информацию о путях передачи ВИЧ, а затем с помощью вопроса: «Что Вы теперь думаете о путях передачи ВИЧ?» получить обратную связь и убедиться, что пациент понял все правильно, после чего подвести итог: «Итак, мы с Вами выяснили, что ВИЧ передается тремя путями...» и т. д.

Распознавание и признание

Для консультанта важно уметь распознавать различные эмоции пациента и признавать такие чувства, как озлобленность, грусть и страх: «Ваши чувства очень сильны и я признаю (понимаю) их».

Консультанту важно понимать, что эмоциональная реакция пациента не направлена на него лично. Пациент негодует и злится, возможно, кричит и плачет, иногда использует личные выпады и ругательства. Умение консультанта сохранять спокойствие и не реагировать обидой или эмоциональным неприятием ситуации позволяет оценить состояние пациента и помочь ему справиться с кризисом. Нет необходимости также говорить пациенту: «Успокойтесь, все будет хорошо», так как для него в данный момент все может быть очень плохо. Выдержка, понимание и сдержанное сочувствие в таком случае действуют гораздо лучше.

Если самостоятельно справиться с психоэмоциональной реакцией клиента не удастся или консультанту не хватает знаний и навыков для решения каких-то вопросов, необходимо привлечь более опытного коллегу. В этом случае следует спокойно признаться, что необходимо вмешательство еще одного консультанта и объяснить целесообразность такого шага. Затем спросить, согласен ли пациент поговорить с более опытным коллегой, и только с его согласия пригласить коллегу. После этого необходимо уточнить, хочет ли пациент, чтобы консультант присутствовал при разговоре с приглашенным специалистом, или предпочитает продолжать разговор наедине. Умение пренебречь собственными амбициями или интересами ради консультируемого человека является необходимым и важным умением консультанта.

Поощрение

Консультант поощряет выражение чувств клиента. Только работая с чувствами, можно достичь конструктивных перемен в поведении человека.

Уважение

Консультант должен уважать взгляды и убеждения пациентов и опираться на них во время консультирования. Консультанту приходится сталкиваться с разными пациентами/клиентами. Если их способ жизни или действий вызывает у него осуждение или неприятие, конструктивного диалога не будет. Наиболее эффективным является общение, во время которого консультант дает понять консультируемому, что его образ жизни является его личным делом и речь идет лишь о возможностях профилактики инфицирования ВИЧ и изменения поведения на более безопасное. Важно подчеркнуть, что все решения относительно собственной жизни пациент будет принимать сам, на основании полученной информации, а консультант, в свою очередь, готов предоставить необходимую клиенту помощь.

Создание обстановки, обеспечивающей комфортное общение

Знание особенностей невербального общения очень важно для создания комфортной и доброжелательной атмосферы.

Важную роль в общении играют три основных фактора (по А. Мерабьяну):

- что мы говорим – 7%;
- как мы говорим – 38%;
- язык нашего тела – 55%.

93% беседы никак не связаны со словами. Когда человеку неприятен разговор, и он не хочет его продолжать, это проявляется в его позе и жестах, например, скованности движений, нервном покашливании, румянце, облизывании губ, прерывистом дыхании, притопывании, легкой суетливости, избегании прямого взгляда, невыразительном голосе. Все это важные сообщения о необходимости изменить ход разговора.

Имеет значение и расположение мебели в кабинете. Лучше, чтобы консультант и пациент сидели в пол-оборота друг к другу и между ними не было стола или другого символического «барьера». Прежде чем начинать консультирование, необходимо позаботиться о том, чтобы в кабинет никто не заходил и не звонил телефон. Все, что отвлекает от беседы, может нарушить установившиеся доверительные отношения.

Обратная связь

Получение обратной связи с помощью открытых вопросов дает консультанту возможность уточнить, правильно ли понял клиент информацию, предоставляемую в ходе консультирования. Возможно, некоторые термины ему непонятны или он стесняется переспросить то, что плохо услышал. Важно уметь спокойно объяснить более доступно, не проявляя нетерпения или возмущения по поводу непонимания пациентом каких-то очевидных для консультанта моментов.

Умение предоставлять информацию

Консультант должен уметь излагать информацию четко и последовательно, подбирая понятные для пациента слова. Сообщения должны быть краткими и содержательными. Слова полезно подкреплять с помощью рисунков или картинок. Важно также уметь четко отвечать на поставленный пациентом вопрос, не переключаясь на другие темы и не загромождая речь междометиями. Нужно уметь подбирать темп и ритм речи, делать паузы после каждого предложения, чтобы дать возможность пациенту осмыслить сказанное. Для консультанта большое значение имеет также дикция и отсутствие дефектов речи, которые затрудняют понимание его пациентом.

Важно также проверить, насколько клиент понял то, о чем говорил консультант. Проверка понимания проводится с помощью открытых вопросов, чтобы дать пациенту возможность самостоятельно рассказать, что он понял и запомнил. При проверке понимания недопустимо задавать наводящие вопросы, предполагающие определенный ответ. В этом случае консультант услышит то, что хочет услышать, а не то, что пациент на самом деле думает. Например, вопрос «Вы же понимаете, как важно...» предполагает ответ «Да, я понимаю» и не позволяет узнать, понимает ли пациент на самом деле важность сказанного.

Вербальные и невербальные сигналы могут указывать на чувство неловкости у консультанта по поводу обсуждения той или иной темы. Его смущение может «зажать» клиента и не позволить ему быть искренним.

| Вызывает неловкость: | Успокаивает, расслабляет: |
|---|--|
| Вербальные сигналы: | |
| Начинаете с фразы: «Извините, но я должен спросить Вас...» | Начинайте с фразы: «Нам нужно обсудить...» |
| Фраза: «Я знаю, что это для Вас неприятно, но...» | Признайте возможное неудобство для пациента и объясняйте причину Вашего вопроса: «Некоторые люди испытывают неловкость при обсуждении таких вопросов, и это понятно, но нам необходимо это сделать, чтобы предоставить Вам помощь» |
| Надтреснутый или неуверенный голос; разговор пониженным голосом, как будто обсуждается что-то неприличное | Делайте утверждения и задаете вопросы ровно и размеренно, обычным тоном, как если бы вы обсуждали совершенно нормальную, нейтральную тему |
| Невербальные сигналы: | |
| Бегающие глаза или отсутствие зрительного контакта с клиентом; пристальный, немигающий взгляд | Смотрите пациенту не только в глаза, но и в целом на лицо; время от времени отрывайте взгляд от глаз пациента |
| Напряженная поза, руки прижаты к туловищу | Плечи опущены, руки / локти расслаблены вдоль туловища |
| Суетливые движения рук; постукивание карандашом | Руки на документах, на коленях или на столе; жестикуляция умеренная и соответствующая обстоятельствам |

Навыки, необходимые консультанту при клиент-центрированном подходе

- Умение задавать открытые и закрытые вопросы.
- Умение слушать и перефразировать.
- Использование языка, понятного клиенту.
- Использование визуальных средств для объяснения понятий.
- Поддержка клиента в принятии собственного решения.
- Помощь клиенту в развитии навыков проводить в жизнь принятое решение.

Более подробно обязанности консультанта и требования к нему изложены в разделах 5.3.4 и 5.3.5 Национального протокола по ДКТ (приказ № 415 Министерства здравоохранения Украины).

11.2. Основы мотивационного консультирования представителей ПГР

Цели мотивационного консультирования:

- психологическая поддержка;
- принятие осознанного решения об изменении поведения на более безопасное;
- оказание помощи в изменении поведения на более безопасное.

Мотивационное консультирование как способ консультирования используется для изменения поведения клиента и оказания ему помощи в разрешении противоречий между жизненными потребностями и проблемным поведением и основывается на выявлении и мобилизации внутренних ценностей и целей клиента для оказания поддержки в изменении поведения. Данный вид консультирования базируется на безоговорочном принятии, то есть позитивном отношении к пациенту, предоставлении поддержки, признании и уважении его выбора. Консультант задает вопросы, слушает, систематизирует и резюмирует, направляя пациента или предоставляя ему информацию, выделяет в первую очередь те моменты из беседы, которые являются самомотивирующими для изменения его установок.

При проведении мотивационного консультирования обсуждают не то, что кто-то должен сделать, а, скорее, то, что кто-то хочет сделать и делает. Соответственно, консультирование касается осознания наличия проблемы, признания потребности в изменениях и готовности меняться, поиска пути изменений, а потом выработки шагов по соблюдению этой стратегии изменений. Одним из методов достижения этого является побуждение клиента к оценке своего отношения к проблемному поведению, его влияния на жизнь клиента; поиск фактов, которые бы свидетельствовали, что такое поведение – это проблема. Консультант пытается помочь клиенту реалистично оценить собственную ситуацию.

Мотивационное консультирование не является техникой или путем обмана для принуждения людей делать то, чего от них хочет консультант, а направлено на пробуждение собственной внутренней мотивации клиента к изменениям.

Основой современной мотивационной терапии служит модель «поэтапных изменений» поведения, разработанная Джеймсом Прочаской и Карлом ДиКлементе⁷¹ (J. O. Prochaska, C. C. DiClemente). Подробная информация об этой модели приведена в п. 9.1.

Содержание мотивационного консультирования

Основы мотивационного консультирования были разработаны W. R. Miller, C. J. Gribskov, Mortell R.L. (1992). Оно базируется на безоговорочном принятии, то есть позитивном отношении к клиенту, предоставлении вселяющей надежду поддержки, признании и уважении его выбора. Консультант задает вопросы, слушает, систематизирует и резюмирует, направляя клиента или предоставляя ему информацию, выделяет в первую очередь те моменты из беседы, которые являются самомотивирующими для изменения его установок.

⁷¹ Prochaska J. O., DiClemente C. C. Towards a comprehensive model of change // Millir W. R., Heather N. (eds.), Treating Addictive Behaviours – Processes of Change. – 1986; Social-learning theory of identificatory processes // Handbook of Socialization Theory and Research. – Chicago, 1969. – P. 213–262.

Процесс мотивирования клиента состоит из трех важных составляющих:

- 1) определение уровня мотивации к изменению/коррекции;
- 2) работа по принятию решения о необходимости изменений в отношении проблемного поведения (например, употребления алкоголя или наркотиков);
- 3) определение типа мотивации клиента, что нередко недооценивают при построении реабилитационного процесса.

Мотивация ориентирована на то, что клиент может делать, создавать. Она включает признание проблем, поиск путей к изменениям и работу по достижению этих изменений. В результате анализа соотношения эффективности работы с проблемным поведением и различными видами мотивации, было обнаружено (Л. Ю. Юрченко, 1999), что статистически достоверное различие наблюдалось только при одном типе мотивации – желании изменить образ жизни, а остальные исследованные типы мотивации (семейные проблемы, здоровье, работа, административное воздействие) не оказали никакого влияния на эффективность работы.

Не следует путать мотивацию с уговорами и убеждениями. В силу особенностей психики люди могут не воспринимать так называемые доводы разума, рациональные аргументы.

Ведущим принципом мотивационного консультирования является создание заметного противоречия между нынешним поведением и важными личностными целями и ценностями человека.

Консультант пытается показать клиенту, что какие-либо решения, которые принимает клиент, являются прежде всего его собственными решениями. Примером принятия решения потребителя наркотиков являются следующие: продолжать употреблять, попытаться употреблять контролированно либо вовсе не употреблять.

Еще в 80-е годы была разработана так называемая FRAMES-модель⁷² (Про-часка и ДиКлементе, В. Миллер⁷³), структурирующая взаимодействие с зависимым клиентом. Ее основополагающие принципы, используемые при мотивационном консультировании, следующие:

- давать обратную связь по поводу проблем клиента, связанных с рискованным поведением, сравнивая с его собственными оценками этих же обстоятельств; полное и объективное информирование обо всех последствиях такого поведения;
- делать акцент на личной ответственности клиента (ответственность за принятое решение лежит на клиенте, и он имеет возможность осознанного выбора между рискованным поведением и более безопасным);
- предлагать прямые рекомендации о возможных изменениях, но обязательно с предоставлением выбора;
- предложение альтернатив (вариантов) и свободы выбора в организации стратегии и методов осуществления изменений;

⁷² Prochaska J. O., DiClemente C. C. Towards a comprehensive model of change // Miller W. R., Heather N. (eds.), *Treating Addictive Behaviours – Processes of Change*. – 1986.

⁷³ Miller W., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*, 1991.

- проявлять в ходе консультирования эмпатическое отношение, то есть теплоту и уважение к клиенту; следует поддерживать в нем уверенность, что консультант его понимает, и выражать это через рефлексивное слушание, то есть реагируя на его эмоциональные сообщения и давая ему почувствовать, что консультант безразличен к его проблемам и принимает клиента со всеми достоинствами и недостатками;
- верить в собственную способность клиента к изменениям и поддерживать его внутренние резервы.

При проведении мотивационного консультирования следует также анализировать сопротивление клиента, избегать споров и прямой конфронтации, ведущих к усилению сопротивления; более уместно приспособляться, а не оппонировать клиенту. Сопротивление изменениям – нормальное состояние для человека, и любой, кто сталкивается с изменением привычного образа жизни без понимания появляющихся преимуществ, начинает испытывать чувство сопротивления, которое может быть открытым и скрытым.

Открытое сопротивление может проявляться в виде отрицания проблемы, агрессивного поведения по отношению к лицу, говорящему о необходимости изменений, начала дискуссий о предполагаемых изменениях. Скрытое же сопротивление может выражаться в опозданиях на встречи с последующими извинениями, пропусках, беспечном отношении к встречам, сомнениях в компетентности консультанта, поиске альтернативного мнения или другого консультанта или, наоборот, в возражении против вмешательства посторонних лиц, а также в нежелании предоставлять информацию о себе и своем состоянии или предоставлении неполной информации.

Знания и навыки мотивационного консультирования помогают консультанту эффективно содействовать изменению поведения клиента с учетом стадии изменения его поведения и уровня мотивации.

11.3. Консультирование в связи с ВИЧ. ДКТ на ВИЧ как начальный пункт профилактики ВИЧ-инфекции: цель, задачи, принципы

Что такое добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ⁷⁴?

Согласно законодательству Украины⁷⁵, тестирование на ВИЧ должно быть доступно во всех медицинских учреждениях для всех пациентов, желающих получить помощь, касающуюся профилактики передачи или заражения ВИЧ. В законодательстве также предусмотрено обязательное тестирование на ВИЧ донорских крови, клеток, тканей и органов человека.

⁷⁴ Материал представлен на основании пособия: Консультирование и тестирование на ВИЧ. В помощь консультанту. – К. : РАТН. – 2008.

⁷⁵ Закон Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ».

Консультирование при сдаче анализа на ВИЧ – конфиденциальный диалог между клиентом и консультантом, помогающий человеку справиться со стрессом и принять решение, связанное с тестированием на ВИЧ/СПИД. Процесс консультирования также включает помощь клиенту в осознании и оценке собственного риска инфицирования ВИЧ и необходимости изменения поведения на более безопасное.

Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) на ВИЧ – это не просто передача информации от консультанта клиенту/пациенту, это не только обучение, а двустороннее общение, в процессе которого консультант помогает пациенту/клиенту принять информированное и осознанное решение относительно как прохождения теста на ВИЧ, так и изменения своего поведения на более безопасное.

В интересах пациента добровольное консультирование и тестирование может быть предложено при наличии медицинских показаний, выявленных при лечении пациента/клиента, а также для своевременной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. ДКТ должно быть доступно каждому человеку, однако не является обязательным. Более того, для проведения тестирования необходимо получить осознанное информированное согласие. Это означает, что человек осознает, что для него лично означает знание своего ВИЧ-статуса, понимает цель и процедуру тестирования и значение полученных результатов, проинформирован о возможностях профилактики, а также лечения, социальной и психологической поддержки в случае, если анализ окажется положительным.

Консультирование в связи с тестированием на ВИЧ проводится для того, чтобы поддержать человека, помочь ему осознать личную ответственность за изменение образа жизни относительно этого заболевания, и является как методом профилактики ВИЧ-инфекции, так и оказания эмоциональной и психологической поддержки тем, кого затронула эта проблема.

Пациент – лицо, которое получает услуги по ДКТ на ВИЧ в медицинских учреждениях.

Клиент – лицо, которое получает услуги по ДКТ на ВИЧ в немедицинских учреждениях, например, в ВИЧ-сервисных организациях.

Консультируемый – пациент или клиент.

Консультант – работник государственного или коммунального учреждения здравоохранения, других государственных или коммунальных учреждений или организаций, представитель объединения граждан, который после соответствующей подготовки может проводить консультирование до и после тестирования на ВИЧ.

Добровольное консультирование и тестирование: цели, задачи и принципы

Целями ДКТ являются предоставление добровольной консультативной помощи населению относительно путей распространения ВИЧ-инфекции и профилактики инфицирования, содействие принятию добровольного информированного решения о прохождении теста на ВИЧ, определение ВИЧ-статуса человека, поддержка дальнейшего безопасного относительно инфицирования ВИЧ поведения, оказание своевременной медицинской помощи: обследование на туберкулез, ИППП, оппортунистические инфекции и их лечение, своевременное начало АРТ,

профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ, предоставление консультативных услуг по планированию семьи и всесторонней поддержки (в том числе по принципу «равный – равному»).

Задачи ДКТ

1. Снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции среди населения путем:

а) информирования о путях распространения ВИЧ-инфекции и соответствующих рисках инфицирования, связанных с каждым из них;

б) ознакомления с мерами и средствами уменьшения риска инфицирования ВИЧ;

в) оценки индивидуального риска инфицирования ВИЧ, содействия формированию у пациента собственной оценки степени личного риска инфицирования ВИЧ;

г) информирования о процедуре тестирования и практическом значении результатов;

д) тестирования на ВИЧ-инфекцию;

е) предоставления психологической и социальной поддержки;

ж) информирования о существующих государственных и неправительственных медицинских, психологических, юридических и социальных службах, учреждениях, организациях, предоставляющих соответствующую помощь лицам, которые в ней нуждаются;

з) содействия принятию добровольного информированного решения о прохождении тестирования на ВИЧ-инфекцию.

2. Информирование по правовым вопросам, связанным с проблемами ВИЧ-инфекции / СПИДа.

3. Содействие повышению уровня здоровья населения, в том числе продлению и улучшению качества жизни людей, живущих с ВИЧ.

Принципы предоставления ДКТ в Украине

Для достижения своей цели консультирование, связанное с тестированием на ВИЧ, должно проводиться на основе следующих принципов.

Только добровольно

«Тестирование лиц в возрасте от 14 лет и старше проводится добровольно...» (ст. 6, п. 2. Закона Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ»).

Тестирование на ВИЧ может быть проведено только после получения осознанного и добровольного согласия человека. Пациент/клиент должен получить информацию о ВИЧ-инфекции, достаточную для принятия решения о тестировании, и осознать положительные и отрицательные последствия определения своего ВИЧ-статуса. Человек принимает собственное решение, в процессе которого любое давление и принуждение недопустимы, дает письменное согласие на прохождение тестирования или отказывается от него.

Анонимно (по желанию)

«По желанию лица, обратившегося для проведения тестирования с целью выявления ВИЧ, такое тестирование может быть проведено анонимно» (ст. 6, п. 7. Закона Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ»).

По желанию пациента/клиента консультирование и тестирование могут быть проведены анонимно. В таком случае используется код – уникальный набор букв и цифр, необходимый для прохождения теста и получения его результата.

Конфиденциально

«Сведения о результатах тестирования лица с целью выявления ВИЧ о наличии или отсутствии у лица ВИЧ-инфекции являются конфиденциальными и составляют врачебную тайну» (ст. 13, п. 3. Закона Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ»).

Информация, полученная в ходе консультирования, в том числе факт обращения человека, содержание полученных услуг, данные о личной жизни, контактная информация, результаты теста и т. п., является конфиденциальной. Это означает, что она не может быть передана без письменного согласия пациента / клиента.

Согласно законодательству Украины, конфиденциальная информация может быть также передана только законным представителям несовершеннолетнего или недееспособного пациента, учреждениям здравоохранения в том случае, если это важно для сохранения жизни или здоровья пациента, а также в отдельных случаях иным третьим лицам только по решению суда в установленном порядке. Эти случаи предусмотрены уголовным законодательством, и информация должна запрашиваться письменно с указанием статьи, согласно которой возможно ее разглашение в каждом конкретном случае. Информация о ВИЧ-статусе пациента может быть доступна только тем медицинским работникам, которые имеют непосредственное отношение к его лечению.

Разглашение служебным лицом или медицинским работником лечебного учреждения, а также другим лицом, которое самостоятельно добыло информацию, сведений о проведении медицинского осмотра человека на предмет выявления инфицирования ВИЧ и его результатов, которые стали им известны в связи с выполнением служебных обязанностей, может привести к уголовной ответственности.

Бесплатно, доступно, достоверно, безопасно

«Бесплатное тестирование с целью выявления ВИЧ, соответствующее дотестовое и послетестовое консультирование, подготовка и выдача вывода о результатах такого тестирования могут осуществляться медицинскими учреждениями независимо от форм собственности и подчиненности, службами социальной поддержки и другими организациями, работающими в сфере противодействия распространению болезней, обусловленных ВИЧ, имеющими соответствующую лицензию...» (ст. 6, п. 4. Закона Украины «О противодействии

распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ»).

«Лицо, прошедшее тестирование с целью выявления ВИЧ, имеет право на повторное проведение бесплатного тестирования...» (ст. 6, п. 5. Закона Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ»).

«Государство гарантирует обеспечение ... доступности и надлежащего качества тестирования с целью выявления ВИЧ-инфекции, в том числе анонимного, с предоставлением предварительной и последующей консультативной помощи, а также обеспечения безопасности тестирования для обследуемого лица и персонала, который его проводит» (ст. 4, п. 3 Закона Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ»).

Понятие доступности включает в себя **физическую** (наличие пунктов ДКТ, информированность населения о возможностях получить эту услугу с указанием конкретных координат учреждений – адреса, номеров телефонов и режима работы) и **экономическую доступность** (законодательно определено, что тестирование на ВИЧ для всех пациентов должно быть бесплатным).

Для расширения доступа к ДКТ необходимо привлекать дополнительные государственные и коммунальные организации (например, центры социальных служб для семей с детьми и молодежи), медицинские учреждения других форм собственности, а также неправительственные организации, работающие с разными группами населения.

Консультантам по ДКТ необходимо пройти соответствующую подготовку, которая производится в соответствии с требованиями Национального протокола «Порядок добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию».

Помещение для проведения консультирования должно быть уединенным и обеспечивать конфиденциальность.

Для тестирования на ВИЧ могут быть использованы только тест-системы, зарегистрированные в Украине, имеющие соответствующий сертификат качества и хранящиеся в соответствии с требованиями изготовителя, указанными в инструкции. Тест должен быть произведен в полном соответствии с этой инструкцией во избежание ложных результатов. Проводить тестирование может только лабораторный специалист медицинского учреждения, получивший соответствующую подготовку.

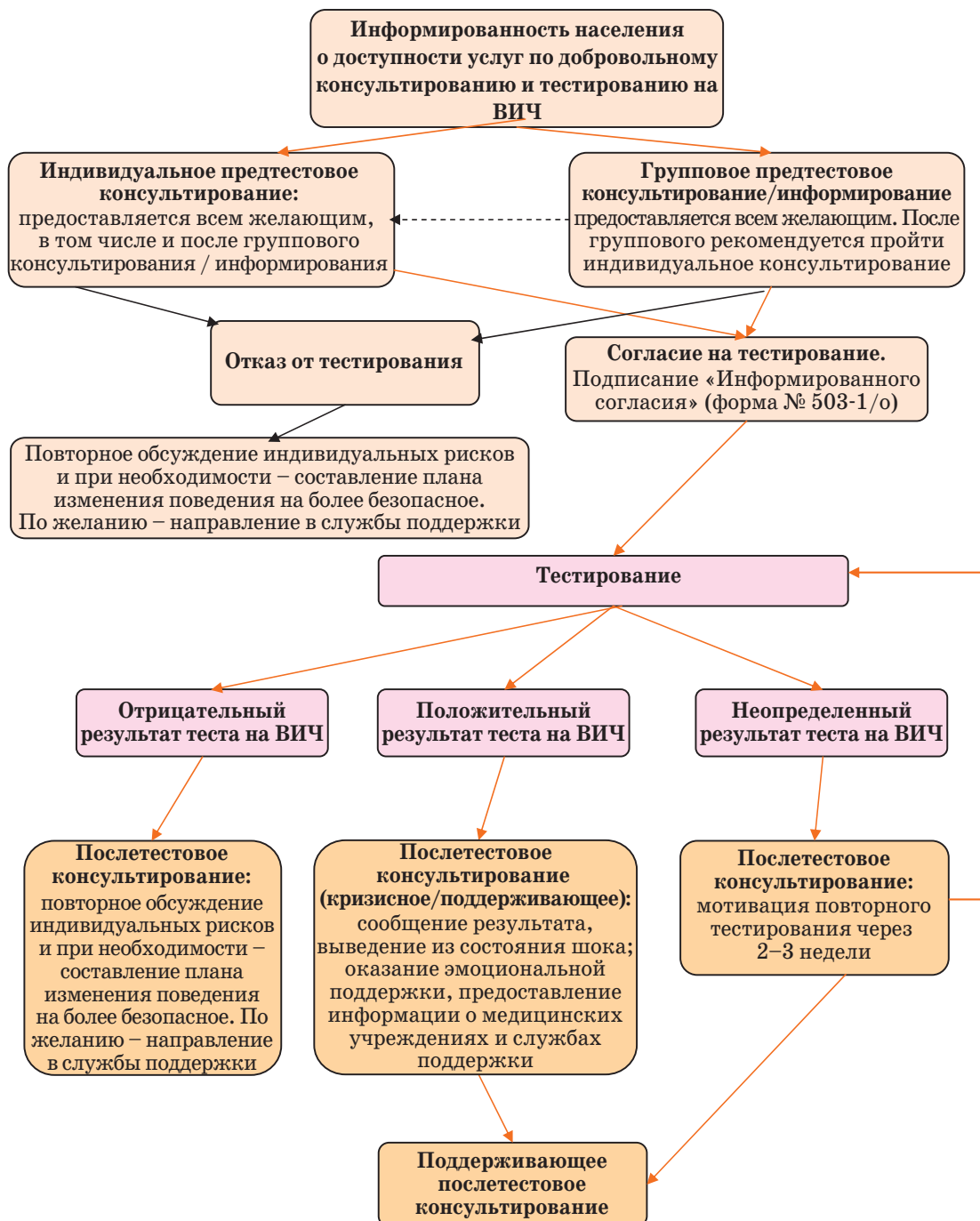
Пациентам/клиентам как с положительным, так и с отрицательным результатом теста во время сообщения результата и послетестового консультирования необходимо предоставить информацию о спектре и наличии возможных дополнительных услуг медицинской, психологической, социальной и юридической помощи и, в случае необходимости, направить их в эти службы. Для этого учреждения, предоставляющие услуги по ДКТ, должны наладить и поддерживать сотрудничество с организациями, предоставляющими такую помощь, в том числе государственными социальными службами, общественными организациями и группами людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ).

Алгоритм добровольного консультирования и тестирования

Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ включает в себя несколько этапов:

- **предтестовое** или **дотестовое консультирование**, то есть консультирование перед прохождением теста на ВИЧ;
- **тестирование на ВИЧ**;
- **послетестовое консультирование** при сообщении любого результата теста на ВИЧ (отрицательного, положительного или неопределенного).

Данный алгоритм позволяет представить последовательность и взаимосвязанность предоставления услуг по ДКТ:



11.4. Дотестовое (предтестовое) консультирование для ПГР⁷⁶

Дотестовое консультирование – это собеседование (с соблюдением принципов ДКТ) консультанта и пациента/клиента с целью предоставления информации о профилактике передачи ВИЧ, эмоциональной и психологической поддержки тех, кто сомневается в необходимости прохождения теста на ВИЧ, помощи в принятии осознанного решения о прохождении тестирования. Также задачей этого консультирования является оценка индивидуального риска инфицирования, разработка индивидуального плана снижения риска и определение последствий установления ВИЧ-статуса для пациента/клиента.

Целью индивидуального предтестового консультирования является предоставление информации относительно:

- путей заражения ВИЧ, риска инфицирования;
- методов и средств защиты от инфицирования;
- профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку (при консультировании беременных);
- добровольности и конфиденциальности тестирования;
- порядка прохождения тестирования и получения его результатов;
- мотивирования к индивидуальной консультации и прохождению тестирования;
- последствий выяснения ВИЧ-статуса и правовых аспектов;
- возможности получения психологической и социальной поддержки и медицинской помощи;
- оценка индивидуального риска инфицирования;
- разработка индивидуального плана уменьшения риска инфицирования и определение последствий выяснения ВИЧ-статуса для пациента/клиента.

Консультант должен подчеркнуть факт сохранения конфиденциальности информации, полученной им во время консультирования. По желанию пациента/клиента, консультирование и само тестирование могут быть проведены анонимно.

На проведение тестирования медицинский работник государственного или коммунального учреждения здравоохранения должен получить информированное согласие пациента или его родителей / опекунов (форма первичной учетной документации № 503-1/у «Информированное согласие на прохождение теста на ВИЧ»).

⁷⁶ Раздел составлен на основе Национального протокола по ДКТ; более подробную информацию по данному виду консультирования можно найти в разделе 4.2 Протокола.

Содержание индивидуального предтестового консультирования

| | |
|---|---|
| <p>Введение в содержание консультации</p> | <p>Объяснить:</p> <ul style="list-style-type: none"> • добровольность и конфиденциальность консультирования и тестирования, а также бесплатность тестирования для пациента; • процедуру ДКТ; • цели и задачи консультирования перед тестом на ВИЧ; • возможные результаты теста, их оценку; • пути передачи ВИЧ; • поведенческие риски инфицирования; • мероприятия по профилактике инфицирования ВИЧ |
| <p>Оценка индивидуального риска</p> | <p>Оценить индивидуальный риск инфицирования (поведение, связанное с высоким риском инфицирования ВИЧ)</p> |
| <p>Разработка путей снижения риска инфицирования</p> | <p>Составить индивидуальный план снижения рисков инфицирования и профилактики передачи ВИЧ.</p> <p>Предоставить информацию о соответствующих медицинских, психологических, социальных, юридических и прочих службах.</p> <p>Сообщить источники более подробной информации и возможности получения дополнительных консультаций</p> |
| <p>Содействие принятию решения о прохождении теста</p> | <p>Оценить готовность пациента / клиента пройти тестирование.</p> <p>Обсудить с ним преимущества знания своего ВИЧ-статуса. Оценить последствия выяснения ВИЧ-статуса для дальнейшей жизни пациента.</p> <p>Предоставить пациенту время для обдумывания обсужденных вопросов.</p> <p>Убедиться, что пациент понял предоставленную информацию. При необходимости дать дополнительные объяснения.</p> <p>Выяснить желание пациента относительно прохождения теста на ВИЧ</p> |
| <p>Предложение пройти тестирование в государственном или коммунальном учреждении здравоохранения</p> | <p>Пациенту / клиенту, принявшему решение о прохождении тестирования: при проведении консультирования в государственном или коммунальном УЗО медицинский работник должен предложить ему (родителям, опекунам) заполнить форму № 503-1/у, направить в манипуляционный кабинет для взятия крови для тестирования и назначить следующую встречу.</p> <p>При анонимном обследовании форма № 503-1/у не заполняется.</p> <p>Если консультирование проводится в немедицинских государственных или неправительственных организациях, то необходимо направить клиента в государственные / коммунальные учреждения здравоохранения для прохождения тестирования.</p> <p>Договориться о времени следующей встречи</p> |

Особенности консультирования подростков

Права ребенка в связи с тестированием на ВИЧ-инфекцию могут быть четко определены на основе двух главных принципов Конвенции ООН о правах ребенка от 20 ноября 1989 г., ратифицированной 27 декабря 1991 г.:

- 1) соблюдения интересов ребенка;
- 2) право ребенка принимать участие в принятии решений, влияющих на его жизнь.

Консультирование подростков проводится с учетом их возрастных особенностей, поскольку они не являются гомогенной группой.

Потребности подростка при консультировании могут различаться в зависимости как от возраста, уровня его психофизического развития, так и от социального статуса. Лица этой возрастной группы могут быть среди всех групп и категорий, которые обращаются для получения услуг ДКТ, поэтому при их консультировании необходимо учитывать рекомендации Национального протокола по ДКТ.

Спецификой консультирования подростков является то, что, в соответствии с Законом Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ», медицинский осмотр несовершеннолетних в возрасте до 14 лет проводится по просьбе или по согласию их законных представителей (родителей или опекунов), которые имеют право присутствовать при его проведении. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетнего в возрасте до 14 лет, работник учреждения здравоохранения, в котором проведен медицинский осмотр, сообщает об этом родителям или другим его законным представителям.

Для успешного консультирования подростков необходима атмосфера доверия, которая окажется невозможной в случае избрания консультантом авторитарного или назидательного тона при ведении беседы. Консультация может проводиться с глазу на глаз с подростком, за исключением тех случаев, когда он хочет, чтобы присутствовали его родители / опекуны.

Важными условиями при консультировании детей подросткового возраста являются вежливость, конфиденциальность, доброжелательность, непредубежденное отношение к возможным особенностям их поведения, тактичность и понимание, что беседа на тему сексуального поведения может быть трудной для подростка.

Во время предтестового консультирования необходимо:

- выяснить, что именно беспокоит подростка, предоставить ему основные знания о ВИЧ/СПИД и мерах профилактики;
- установить отношение подростка к прохождению тестирования на ВИЧ, а также определить, проходил ли он подобное тестирование раньше; если да, то с каким результатом;
- учитывая, что в случае получения положительного результата перед подростком остро встанет проблема, кому сообщить о своем ВИЧ-статусе и как это сделать, необходимо предоставить ему помощь в решении этих вопросов, предложить прийти на послетестовое консультирование вместе с матерью или отцом.

Консультирование проводится в такой последовательности:

| Этапы | Описание действий |
|---|---|
| Информирование о путях распространения ВИЧ-инфекции | Выяснить понимание подростком путей распространения ВИЧ-инфекции, определить вопросы, которые он не понимает, и устранить недостаточность его знаний |
| Выяснение причины обращения подростка за консультированием и оценка его рисков | Спросить: <ul style="list-style-type: none"> • о причинах беспокойства подростка по поводу возможности инфицирования и обращения за консультированием и тестированием; • о наличии в прошлом угрозы сексуального насилия или изнасилования; • есть ли ВИЧ-инфицированные среди его близких и знакомых |
| Выяснение наличия рискованного полового поведения | Выяснить: <ul style="list-style-type: none"> • наличие и количество сексуальных партнеров подростка, их возраст, а также наличие партнеров, относящихся к группе риска; • частоту использования презервативов и причины, по которым они не используются; • наличие гомосексуальных контактов. Продемонстрировать мужские, женские презервативы и презервативы, которые используются при оральном сексе. Предложить подростку попрактиковаться на муляже. Повторно рассмотреть возможность снижения риска инфицирования с партнером по сексу. Оценить сексуальное поведение подростка, не акцентируя внимания на его сексуальной ориентации. Обсудить возможность воздержания от половых контактов, обсудить возможность сексуальных отношений, происходящих без контакта с внутренними средами организма. С сексуально неактивными подростками обсудить возможность воздержания от раннего начала половой жизни |
| Определение наличия других видов рискованного поведения | Выяснить наличие употребления наркотиков и/или алкоголя, причины их употребления, частоту и обстоятельства, при которых они употребляются. Обдумать стратегию снижения риска для подростка, который употребляет наркотики/алкоголь, оценить необходимость и возможность проведения лечения наркотической зависимости |
| Определение ресурсов помощи | Помочь подростку определить взрослого, который сможет оказывать ему поддержку в случае получения положительного результата и, при необходимости, изменения поведения на менее рискованное. Определить необходимость помощи со стороны его родителей / других законных представителей, учителей, медицинских учреждений, а также учреждений, предоставляющих правовую или социальную помощь |

| Этапы | Описание действий |
|--|--|
| Разъяснение процедуры ДКТ | <p>Определить готовность подростка пройти тестирование.</p> <p>Объяснить процедуру тестирования: конфиденциальность, при его желании – анонимность прохождения теста.</p> <p>Объяснить значение положительного и отрицательного результатов теста, сообщить, что, в соответствии с действующим законодательством, при получении положительного результата теста работник учреждения здравоохранения, в котором проведен забор крови для тестирования, должен сообщить об этом родителям или опекунам.</p> <p>Если консультирование проводится в государственном или коммунальном УЗО, предложить заполнить форму № 503-1/у</p> |
| Подготовка к процедуре тестирования | <p>Успокоить подростка и, с учетом уровня его культуры, помочь ему справиться со стрессом, беспокойством во время процедуры тестирования и ожидания результатов анализа.</p> <p>Договориться с ним о следующей встрече</p> |

11.5. Послетестовое консультирование

Послетестовое консультирование в зависимости от результата тестирования подразделяется на консультирование при отрицательном, неопределенном и положительном результатах и включает обсуждение результатов теста на ВИЧ, предоставление необходимой информации и психологической поддержки. Послетестовое консультирование должно предоставляться независимо от результата теста с целью формирования более безопасного поведения в дальнейшем. **Разрыв во времени между сообщением результата теста и проведением послетестового консультирования не допускается.**

Учитывая подростковый возраст консультируемого, следует, прежде всего, объяснить важность привлечения родителей / опекунов к послетестовому консультированию.

Послетестовое консультирование, проводящиеся одновременно с сообщением результата теста, может предоставляться только в государственных и коммунальных учреждениях здравоохранения. Желательно, чтобы послетестовое консультирование пациента проводил тот же консультант, который проводил дотестовое консультирование. Если дотестовое консультирование проводилось в другом учреждении или другим специалистом, консультанту необходимо выяснить у пациента, когда и в каком объеме оно проводилось, какой информацией относительно ВИЧ/СПИД пациент уже владеет.

Учитывая, что сведения о результате теста на ВИЧ, наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции у человека, прошедшего медицинское обследование, являются конфиденциальными и составляют врачебную тайну, сообщать о них разрешается только человеку, которого они касаются, а в случаях, предусмотренных законами Украины, также его законным представителям, учреждениям здравоохранения, органам прокуратуры, следствия, дознания и суда. Эти сведения не могут быть сообщены в государственные немедицинские или негосударственные (как

медицинские, так и немедицинские) учреждения и организации, даже если дотестовое консультирование было проведено в этих учреждениях и организациях. Соответственно, послетестовое консультирование может проводиться там только при условии самостоятельного обращения пациента в эту организацию и сообщения о результате теста на ВИЧ ним самим.

Сообщение положительного результата теста на ВИЧ является наиболее сложным и эмоционально насыщенным этапом консультирования. Как правило, после сообщения положительного результата теста, человек пребывает в состоянии психологического шока и может не воспринимать информацию. Именно поэтому после сообщения результата нейтрально (без фраз сожаления и горечи) консультанту рекомендуют сделать паузу, невербально выразить сочувствие и подождать реакции клиента на это сообщение.

Если пациент после сообщения о результате анализа на ВИЧ не в состоянии воспринимать никакую другую информацию, прежде чем пациент уйдет, консультант должен:

- 1) вывести его из состояния шока;
- 2) предоставить информационные материалы о службах психологической и социальной поддержки;
- 3) предоставить контактную информацию о себе: график работы и контактный телефон, а также назначить время следующей встречи.

В дальнейшем, в зависимости от потребностей консультируемого, возможно проведение одного или нескольких поддерживающих консультирований, которые могут проходить в том числе и в неправительственных или государственных немедицинских организациях.

Консультирование проводится в следующей последовательности⁷⁷:

| Этапы | Описание действий |
|--|--|
| Установление контакта | Приветствовать. Уточнить, готов ли клиент/пациент получить результат тестирования. Напомнить о конфиденциальности при консультировании |
| Сообщение результата теста | Просто и эмоционально нейтрально сообщить результат теста. Дождаться осознания полученной информации. Убедиться, что пациент правильно понял значение полученного результата. Обсудить чувства пациента |
| Обсуждение плана снижения риска инфицирования | Обсудить важность поддержания безопасного поведения; при наличии рискованного поведения – предоставить помощь в составлении плана действий по изменению поведения и повышению качества жизни, включая мероприятия стратегии снижения вреда |

⁷⁷ Более подробно алгоритм послетестового консультирования приведен в Разделе 4.3 Национального Протокола по ДКТ – Приказа № 415 Министерства здравоохранения Украины.

| Этапы | Описание действий |
|--|---|
| Уведомление партнера | <p>Узнать о намерениях консультируемого относительно сообщения своего ВИЧ статуса партнеру (партнерам). Обсудить возможности направления партнера (партнеров), которые не знают своего ВИЧ статуса, для прохождения теста.</p> <p>Проговорить, каким образом пациент может сообщить о своем статусе и предложить партнеру (партнерам) пройти тестирование</p> |
| Определение источников поддержки | <p>Определить человека, который пользуется доверием пациента и сможет оказать ему эмоциональную поддержку. Предоставить информацию об услугах и координаты организаций, оказывающих психосоциальную, юридическую и другую помощь (в том числе телефон «горячей» линии по ВИЧ/СПИД – 0(800)500-451).</p> <p>В случае положительного результата, проинформировать о преимуществах и необходимости диспансерного наблюдения, предоставить информацию о соответствующих медицинских учреждениях.</p> <p>Предоставить информационные материалы (при наличии)</p> |
| Ознакомление с правовыми аспектами | <p>В случае положительного результата, ознакомить пациента / клиента с положениями Закона Украины «О противодействии распространению болезней, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и правовой и социальной защите людей, которые живут с ВИЧ», и сообщить о необходимости придерживаться профилактических мероприятий, направленных на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции, криминальной ответственности за сознательное инфицирование ВИЧ другого человека.</p> <p>Получить письменное свидетельство получения пациентом / клиентом упомянутой информации, заполнить необходимые формы.</p> <p>По желанию пациента / клиента, выдать ему письменную справку о результате тестирования</p> |
| Установление дальнейших взаимоотношений | <p>При необходимости (отрицательном или неопределенном результате) назначить дату следующее встречи для передачи анализа.</p> <p>Предложить клиенту при необходимости обращаться для получения консультирования в дальнейшем</p> |

При проведении послетестового консультирования подростку:

- при отрицательном результате теста следует сделать акцент на необходимости соблюдения мероприятий профилактики ВИЧ-инфекции;
- при положительном результате теста консультант, сообщающий подростку результат, должен:
 - поддержать в нем надежду;
 - учитывая лабильность нервной системы у подростка, предоставить ему необходимую психологическую помощь для предупреждения отрицательных последствий выяснения положительного ВИЧ-статуса, в том числе суицида;
 - объяснить необходимость соблюдения подростком мер профилактики для недопущения распространения ВИЧ, рассказать о его правах и обязанностях в соответствии с действующим законодательством.

Если подросток относится к определенной группе риска (ПИН, ЖКС, МСМ), то при проведении как пред-, так и послетестового консультирования необходимо использовать рекомендации по особенностям консультирования этих уязвимых групп – см. Приложение 11.4 к этому пособию (выдержки из Национального протокола по ДКТ).

12.1. Организация услуг, дружественных к ПГР

В последние 10–15 лет во всем мире растет понимание необходимости переориентации служб здоровья для подростков в соответствии с их потребностями. Создаются службы, дружественные к подросткам, в том числе к ПГР, где врач может не только поставить правильный диагноз и назначить лечение, а и выслушать, проконсультировать, определить проблемы подростка, в том числе потенциальные, постараться предупредить их, а также помочь подростку в получении консультаций у других специалистов (профильных медиков, психолога, социального работника, юриста и т. д.).

Развитие дружественных к молодежи услуг рекомендуется Европейской стратегией «Здоровье и развитие детей и подростков», принятой 55-й сессией Регионального Комитета ВОЗ 12–15 в 2005 г. (УГК.КС55.6).

Международные критерии и характеристики услуг, дружественных к молодежи, были рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения в 2002 г.⁷⁸ Среди них, в частности, следующие положения:

- комплекс основных медико-социальных услуг должен разрабатываться в соответствии с **потребностями подростков**, способствовать развитию навыков понимания и взаимодействия с окружающим миром;
- услуги должны быть **равноправными** – оказываться всем, кто в них нуждается, без определенных предпочтений по полу, социальному положению, вероисповеданию или этнической принадлежности;
- **доступными** – должен быть обеспечен легкий доступ к услугам в удобное время и в доступном месте;
- **приемлемыми** – ориентированными на подростков и оправдывающими их ожидания по форме как пользователей услуг;
- **соответствующими** – помощь должна предоставляться в необходимом объеме и в соответствии с запросом или потребностью;
- **эффективными** – оказываемые услуги должны способствовать позитивным переменам в состоянии здоровья и улучшать качество жизни клиента.

Принципы дружественного подхода, рекомендованные Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и ВОЗ в 2002 г. и используемые в Украине:

Доступность

Молодежь имеет реальную возможность получить услуги благодаря созданию условий для самостоятельного осознанного обращения молодежи за услугами,

⁷⁸ Пособие ВОЗ «Развитие дружественных к подросткам служб здравоохранения» (Adolescent Friendly Health Services Making it Happen. – Geneva, 2002).

упрощению процедуры обращения, максимального приближения поставщиков услуг к потребностям молодежи за счет оптимизации расписания работы, оказания бесплатных, комплексных услуг и пр.

Добровольность

Созданы условия для самостоятельного осознанного обращения молодежи за услугами путем информирования, привлечения и изменения мотивации.

Доброжелательность

Оказание услуг молодежи построено на понимании и принятии возрастных особенностей целевой группы, терпимости, уважении, конфиденциальности, поддержке в высказывании собственных мыслей и неосуждающем отношении к пользователям услуг.

Профессиональная компетентность

Докторам и среднему медицинскому персоналу необходимо обладать глубокими знаниями о нормальном развитии подростков и навыками для диагностики и лечения обычных заболеваний.

Нужно видеть человека, а не проблему

Для того чтобы помочь подростку открыться и рассказать о проблемах, которые могли не быть основной причиной визита, медицинский работник должен гармонично сочетать профессиональную компетентность с чувством уважения и деликатности. Персоналу следует научиться распознать состояние смущенности или страха у подростка. Очень часто подросткам не хватает уверенности, поэтому перед тем, как прийти за необходимой помощью, они могут сначала протестировать учреждение.

Обучение и поддержка персонала

Профессиональный и симпатизирующий персонал нуждается в системе постоянной поддержки. Медицинские и социальные службы, дружественные к подросткам, должны постоянно проводить курсы для повышения квалификации их сотрудников и занятия по обучению нового персонала. В занятиях по экспертной оценке программы и семинарах должны участвовать все, начиная с докторов (многие из которых считают, что им больше не нужно повышать квалификацию) до регистраторов и уборщиц, которые могут быть удивлены, узнав, что они являются частью команды. Возможно, это первые люди, с которыми встречаются подростки, приходя в клинику. Если поведение персонала недружелюбно или не деликатно, то подростки могут больше никогда не вернуться сюда.

Руководящий и контролирующий состав должен стараться создать ободряющую атмосферу в клинике и разрабатывать системы для поддержания и повышения качества обслуживания.

Формирование физически доступных служб

Чтобы сделать медицинские службы доброжелательными к подросткам, обязательно организовывать специально выделенные службы, можно просто изменить стиль работы существующих учреждений.

Конфиденциальность и приватность

Чтобы помочь подростку раскрыться, необходимо обеспечить доверие на основе уважения к приватности и придерживаться принципа конфиденциальности.

Услуги, приемлемые для местного сообщества

Следует учитывать особенности местных сообществ, культурных, этнических и гендерных характеристик молодых людей.

Вовлечение подростков

Для точного определения элементов предоставляемых услуг, обеспечивающих дружественный подход, важно привлекать к планированию и мониторингу самих подростков.

Временные стандарты оказания медико-социальных услуг, доброжелательных к подросткам:

1. Соответствие внутренней политики учреждения принципам оказания услуг на основе дружественного подхода.
2. Обеспечение кадрами и систематическая подготовка персонала на основе дружественного подхода.
3. Обеспечение дружественного подхода.
4. Соблюдение конфиденциальности и анонимности.
5. Проведение профилактической работы.
6. Оказание лечебно-диагностической помощи.
7. Обеспечение социального сопровождения и социальных услуг.
8. Обеспечение комплексности услуг.
9. Участие молодежи.
10. Мониторинг и оценка.

Факторы, затрудняющие получение ПГР медико-социальных услуг

Личные факторы. Например, 12-летняя девочка, вовлеченная в коммерческий секс, которую беспокоит вопрос возможной беременности, стыдится обращаться к врачу (или не знает, куда ей обратиться).

Межличностные факторы. Например, работник регистратуры, который очень невежливо ведет себя с подростками, или медицинский работник, занимающий осуждающую позицию.

Системные факторы. Например, чрезмерно высокие цены, слишком громоздкие и длительные процедуры в медицинских учреждениях, законодательные барьеры.

Понимание специалистами факторов, препятствующих подросткам в получении медицинских услуг, поможет в организации доступных медико-социальных услуг для ПГР.

В организации услуг для ПГР необходимо дополнительно уделять внимание дружественности подходов в оказании услуг, учитывая специфику целевой группы и искореняя стереотипы и препятствия, мешающие свободному доступу к качественным и комплексным медико-социальным услугам. Важно развивать сотрудничество разных организаций и учреждений в стремлении создать комплекс услуг, дружественных к подросткам.

13.1. Основы технологии ведения случая. Роль мультидисциплинарной команды

Междисциплинарное ведение случая – это комплекс мероприятий, проводимых в тесном взаимодействии единой командой специалистов различных дисциплин для достижения общих целей по улучшению качества жизни клиента, защиты его прав и интересов⁷⁹.

На сегодня междисциплинарное ведение случая (*case management*) является одной из центральных технологий современной социальной работы с детьми и семьями, оказавшимися в сложных жизненных обстоятельствах. Именно технология ведения случая в том виде, в котором она будет представлена ниже, является наиболее эффективным инструментом, по мнению практиков, в работе с детьми и молодежью групп риска.

В украинской практике для описания деятельности по оказанию помощи детям в выходе из сложной жизненной ситуации используют разные термины, но чаще всего – «устройство ребенка», «организация защиты прав и интересов ребенка», «социальное сопровождение» (чаще применим к работе с семьями). При этом все эти термины не являются синонимами ведения случая, а описывают разные его этапы.

В России, Казахстане и ряде других стран часто термин «социальное сопровождение» используется как синоним «технологии ведения случая», но все же с указанием на инновационность подходов, лежащих в его основе. Ведь традиционная для наших стран модель социального сопровождения рассчитана на более-менее социально адаптированных клиентов, способных самостоятельно обратиться за помощью. Применение же технологии междисциплинарного ведения случая позволяет не только оказать первичную кризисную помощь самым дезадаптированным клиентам, в особенности – несовершеннолетним, но и разработать и внедрить планомерные меры, направленные на их долгосрочную реабилитацию и адаптацию.

Этапы технологии ведения случая:

1. Установление контакта с клиентом.
2. Привлечение и прием клиента в программу.
3. Оценка потребностей клиента:
 - первичная оценка;
 - углубленная психосоциальная оценка.

⁷⁹ Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. – СПб. : Врачи детям, 2008. – 146 с.

4. Разработка индивидуального плана.
5. Оказание междисциплинарной помощи и ее координация (реализация плана, или собственно – социальное сопровождение).
6. Мониторинг и оценка эффективности вмешательства, контроль качества оказания услуг.
7. Закрытие случая (выход клиента из программы).

Формы оказания услуг ПГР в рамках технологии ведения случая

В настоящее время в мире, в том числе и в Украине, активно развиваются различные формы оказания помощи разным категориям подростков групп риска. В рамках технологии ведения случая принято разделять все существующие формы оказания услуг ПГР на «низкопороговые» и «высокопороговые». Высота «порога доступности» каждой конкретной формы оказания услуг определяется количеством и серьезностью требований, которые предъявляются к клиенту.

«Низкопороговые»:

1. Уличная социальная работа (аутрич).
2. Мобильный консультативный пункт (МКП).
3. Центр дневного пребывания (ЦДП).

«Высокопороговые»:

4. Центр социально-психологической реабилитации (ЦСПР).
5. Социальное общежитие и социальная квартира.

Уличная социальная работа (аутрич-работа, от англ. *outreach* – достижение извне) – низкопороговая форма помощи подросткам и молодым людям групп риска, осуществляемая непосредственно в местах пребывания целевой группы, и представляющая собой способ установления и поддержки контакта между специалистами социальных служб и целевой группой, потенциально заинтересованной в предоставляемых услугах.

Технология аутрич-работы предусматривает поиск специалистами соответствующих мест пребывания своих потенциальных клиентов, а также перенесение предоставления некоторых услуг (консультирования, информирования, профилактики, снижения вреда) из учреждений непосредственно «на улицу», ближе к представителям целевой группы.

Поскольку аутрич-работа является наиболее «низкопороговой» формой предоставления помощи, клиенты должны отвечать единственному требованию – быть неагрессивными по отношению к специалистам и не создавать угрозы их жизни, здоровью и безопасности.

Мобильный консультативный пункт (МКП) – это разновидность аутрич-работы, при которой уличная служба оснащена автомобильным транспортом (автобусом или микроавтобусом), что позволяет расширить спектр оказываемых услуг.

Данная форма расширяет возможности аутрич-работы: в автотранспорте можно проводить индивидуальное консультирование, оказывать первую доврачебную помощь, а при наличии соответствующего персонала и оборудования – проводить экспресс-тестирование на ВИЧ, гепатит и другие инфекции.

Кроме того, мобильный консультативный пункт позволяет увеличить географический охват, установить контакт с большим количеством клиентов и оказать им более эффективную помощь.

Основные задачи аутрич-работы и работы МКП:

- выявление ПГР;
- установление контакта с ПГР непосредственно в местах их пребывания;
- консультирование в условиях улицы;
- внедрение программ снижения вреда для здоровья ПГР;
- мотивирование к добровольному и осознанному изменению образа жизни;
- направление или сопровождение для получения помощи в различных службах и организациях.

В контексте нашей темы особенно важно рассмотреть роль программ уменьшения вреда, где отдельное внимание уделяется вопросам потребления наркотиков, частоты и способа их потребления, частоты оказываемых сексуальных услуг и сексуальных контактов вообще, используемых методов защиты, а именно доступа к презервативам, частоты их использования, навыков их правильного использования.

Программы уменьшения вреда в условиях уличной социальной работы реализуются путем:

- предоставления клиентам специальной информации, касающейся, в первую очередь, профилактики инфицирования ВИЧ и другими ИППП, а также предупреждения инфицирования гепатитом, передозировки и т. п., для тех, кто употребляет наркотики инъекционным путем;
- обучение эффективным навыкам преодоления рискованных ситуаций, связанных с наркотическими веществами и сексуальной практикой;
- поддержка поведения, способствующего оздоровлению и уменьшению риска.

Кроме предоставления информации и формирования социально полезных навыков, уличные социальные работники могут распространять среди клиентов средства индивидуальной защиты (презервативы), а также сотрудничать с программами уменьшения вреда, действующими в регионе, в частности с пунктами обмена шприцев, куда могут направлять клиентов – потребителей инъекционных наркотиков.

Основные виды услуг в рамках аутрич-работы и МКП:

- распространение информации о профилактике ВИЧ и других ИППП;
- распространение интимно-гигиенических средств, презервативов;
- базовые услуги по оказанию доврачебной помощи;
- консультирование по снижению риска, уменьшению вреда и профилактике рискованного поведения;
- экспресс-тестирование на ВИЧ и другие инфекции;
- кризисное консультирование, мотивационное консультирование;
- консультации психолога, юриста, нарколога, социального работника, медика и других специалистов;
- направление и сопровождение для получения помощи в другие службы, учреждения и организации.

Центр дневного пребывания (социальный центр, комьюнити-центр) является аналогом западной концепции «дроп-ин»-центра (от англ. *drop-in* – зайти, заскочить без предупреждения). Клиенты в такой центр попадают без предварительной записи, не предъявляя документов, с гарантиями конфиденциальности и анонимности (если это не противоречит действующему законодательству).

Цель ЦДП – оказание социально-психологической, доврачебной, а также первой медицинской помощи, и мотивация к осознанному и добровольному изменению рискованного поведения.

Для получения помощи в ЦДП клиенты, помимо неагрессивного поведения в отношении специалистов, должны быть неагрессивными и по отношению друг к другу, а также не находиться в помещении центра в состоянии наркотической или алкогольной интоксикации.

Основные виды услуг в рамках ЦДП

В ЦДП можно получить те же виды услуг, что и в условиях аутрич и МКП, а также ряд других услуг нового уровня, более действенных для изменения способа жизни подростком и его ресоциализации и адаптации:

- санитарно-гигиенические услуги (душ, стрижка, стирка и т. д.);
- организация системы самопомощи и взаимопомощи;
- разработка и реализация индивидуального плана реабилитации на основании оценки ситуации;
 - помощь в восстановление семейных связей;
 - в случае, если это возможно, работа с родителями или опекунами совместно с соответствующими службами;
 - повышение уровня знаний, расширение кругозора, формирование социальных навыков;
 - организация полезного досуга;
 - помощь в восстановлении утраченных документов;
 - помощь в возобновлении обучения и профориентация.

Первой из высокопороговых форм предоставления услуг является центр социально-психологической реабилитации (ЦСПР) или приют для детей.

Центр социально-психологической реабилитации (или приют для детей) – это форма организации помощи ПГР, которые в силу разных обстоятельств не имеют места проживания, остались без попечения родителей или лиц, их заменяющих, и нуждаются в социально-психологической реабилитации, а также те, чью проблему не удалось решить на предыдущих этапах работы с подростком.

Основные цели ЦСПР (или приюта) – обеспечение временного проживания для подростков и осуществление совместно с государственными органами дальнейшего жизнеустройства ребенка, а также оказание комплексной и квалифицированной социальной, правовой, психолого-педагогической, медицинской помощи на основе индивидуальной программы социальной реабилитации.

Эта форма оказания услуг является «высокопороговой», так как клиент, получающий помощь в ее рамках, должен соответствовать ряду четких требований:

- соблюдать все правила и нормы проживания в ЦСПР (или приюте);
- иметь четкую мотивацию к изменению рискованного поведения и способа жизни;
- придерживаться разработанного индивидуального плана социально-психологической реабилитации.

По существующему украинскому законодательству, в приюте для детей ребенок не может находиться более трех месяцев, в ЦСПР – не более двенадцати месяцев. Соответственно, в условиях ЦСПР возможна более комплексная и эффективная реабилитация клиентов, наиболее в этом нуждающихся.

Подробнее ознакомиться с этими формами можно, рассмотрев Положение о работе приюта для детей и Положение о деятельности центра социально-психологической реабилитации.

Важно также заметить, что в этих учреждениях могут пребывать только лица в возрасте до 18 лет включительно. К сожалению, вопрос реабилитации совершеннолетних молодых людей из числа групп риска инфицирования ВИЧ остается на сегодняшний день достаточно сложным. Такая реабилитация возможно только в центрах реабилитации для наркозависимых (в случае наркозависимости) или в приютах временного проживания для взрослых, где спектр реабилитационных услуг существенно ограничен, да и само количество таких учреждений в Украине незначительно.

Основные виды услуг в рамках ЦСПР и приюта:

- психологические;
- медицинские;
- юридические (защита прав и интересов ребенка, в том числе имущественных и жилищных, установление его правового статуса и т. д.);
- образовательные;
- социально-педагогические;
- культурные;
- санитарно-гигиенические и бытовые.

По сравнению с низкопороговыми формами, в ЦСПР и приютах клиенты дополнительно получают услугу круглосуточного проживания, питания, в общем – обеспечения всех базовых потребностей ребенка, а также потребностей его развития. Как правило, ребенок не может покинуть государственный приют и ЦСПР по своему желанию (просто уйти), но в негосударственных центрах и приютах такая возможность допускается.

Реабилитация в этих учреждениях проводится на постоянной основе (ежедневные мероприятия) в индивидуальных и групповых формах, должна иметь четкую систему и, конечно же, большую эффективность, по сравнению с низкопороговыми формами. Одной из задач ЦСПР и приютов является подготовка ребенка к дальнейшей самостоятельной жизни, возвращение его в семью или устройство в одну из семейных форм опеки, а также предупреждение возможности рецидива – возврата к старому способу жизни и рискованному поведению. Это осуществляется через формирование у ребенка соответствующего мировоззрения, принципов, умений и навыков, что, соответственно, требует определенного времени. Кроме того, важное место в этих учреждениях занимает работа с родителями несовершеннолетнего или лицами, которые их заменяют, оказание совместно с соответствующими государственными структурами помощи семье в преодолении сложных жизненных обстоятельств, вызвавших проблемы рискованного поведения ребенка (возможно, выход его из семьи), налаживание внутрисемейных связей, повышение родительской компетенции и т. д.

Социальное общежитие (социальная квартира). В рамках данной формы оказания услуг детям и молодым людям в возрасте 15–23 лет (детям-сиротам и детям, лишенным родительской опеки, а также совершеннолетним лицам из числа детей этих категорий), не имеющим места проживания, предоставляется временное жилье (не больше, чем на 3 года) в условиях, максимально

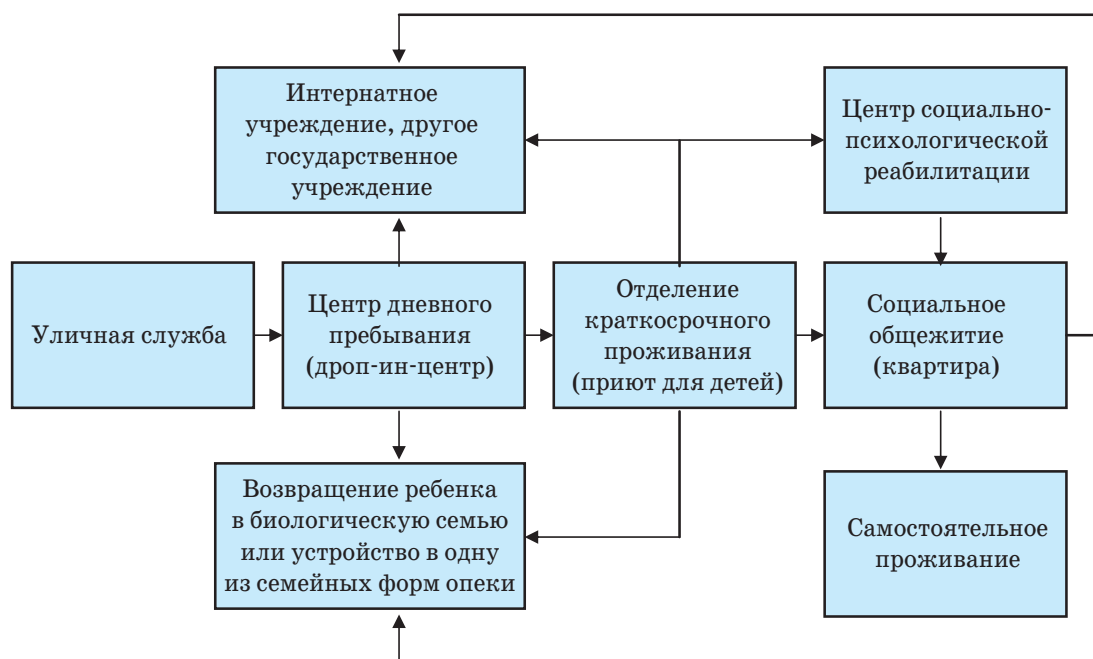
приближенных к домашним. Одновременно осуществляются индивидуальные социально-реабилитационные программы и оказывается правовая, психологическая и педагогическая помощь.

Основной целью социального общежития (социальной квартиры) является создание условий для социальной адаптации клиентов, проживающих в нем, и их подготовка к самостоятельной жизни.

В социальном общежитии (социальной квартире) подросткам и молодым людям предоставляется некоторая свобода действий, но одновременно предъявляются четкие требования к самоорганизации, самодисциплине, обязательному продолжению учебы или трудоустройству, участию в социальной жизни общежития (квартиры).

Основные виды услуг в рамках социального общежития (социальной квартиры) направлены на создание социально-бытовых условий для проживания, защиту прав и интересов подростков / молодых людей, которые в нем проживают, содействие в обустройстве самостоятельной жизни, а именно: обучение / трудоустройство, получение собственного жилья, развитие соответствующих умений и навыков. Кроме того, правовая, психологическая, педагогическая помощь таким детям и молодым людям также предоставляется на основе разработанной индивидуальной социально-реабилитационной программы.

Система оказания помощи подросткам групп риска на основе преемственности⁸⁰



Оказание эффективных услуг ПГР с целью их социальной реабилитации – процесс ступенчатый, требующий времени. Такие подростки в процессе реабилитации и изменения своего рискованного поведения проходят несколько этапов,

⁸⁰ Междисциплинарное ведение случая в работе с безнадзорными несовершеннолетними / под ред. Ю. В. Батлук, Р. В. Йорика, С. В. Суворовой. – СПб. : Врачи детям, 2009. – 77 с.

постепенно повышая уровень социализации и адаптации, изменяя свой образ жизни, манеру общения, приобретая новые социальные навыки и т. д. По мере прохождения этих этапов реабилитации у подростка изменяются потребности, мотивы и возможности. Это важно учитывать при организации работы, поскольку совмещение, например, в одной группе несовершеннолетних с разным уровнем социализации неизбежно приводит к возникновению проблем. Так, если в одной группе в ЦСПР (или приюте для детей) находятся подростки на разных стадиях реабилитации – те, кто не собирается пока менять своего рискованного поведения и пропагандирует его, и те, кто находится на этапе работы над собой в стадии ремиссии, – то это может привести к рецидиву последних и возврату к прежнему образу жизни.

Таким образом, каждому этапу социальной реабилитации ПГР должна соответствовать определенная форма организации социальной помощи, оптимально отвечающей потребностям и возможностям ребенка на данном этапе.

Система оказания комплексной помощи должна основываться на принципе преемственности, что предполагает гибкое сочетание низкопороговых и высокопороговых служб, эффективно взаимодействующих друг с другом и работающих в едином информационном пространстве. Это позволит подростку получить весь комплекс услуг по решению его жизненных проблем, приведших к практике рискованного поведения, двигаясь по цепочке от низкопороговых служб к организациям с более высоким порогом доступности, в соответствии с изменяющимся уровнем потребностей и личных ресурсов⁸¹.

13.2. Привлечение в программу. Установление контакта с подростками

Способы привлечения клиентов в программу:

- аутрич-программы;
- переадресация / направление клиентов из других учреждений / организаций;
- службы телефона доверия;
- печатная / внешняя реклама;
- «сарафанное радио» – распространение информации самими клиентами.

Аутрич-программы

Важным этапом в организации работы уличной службы (аутрич) является **картирование территории и разработка маршрутов.**

Картирование – это метод уличной социальной работы, который представляет собой определение и сбор характеристик мест жительства или пребывания представителей целевой аудитории.

Картирование состоит из нескольких этапов⁸².

⁸¹ Междисциплинарное ведение случая в работе с безнадзорными несовершеннолетними / под ред. Ю. В. Батлук, Р. В. Йорика, С. В. Суворовой. – СПб. : Врачи детям, 2009. – 77 с.

⁸² Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. – СПб. : Врачи детям, 2008. – 146 с.

Первый этап. Составление исчерпывающего списка мест, где точно известно или потенциально возможно пребывание детей и подростков групп риска (так называемые уличные «сайты»). Такие места могут включать в себя большие транспортные узлы (железнодорожные и автовокзалы, станции метрополитена), торговые центры, рынки, парки отдыха. Дополнительную информацию о местах пребывания ПГР можно получить у сотрудников партнерских организаций, служб по делам детей, криминальной милиции по делам детей и т. п. В дальнейшем эта информация может дополняться собственными наблюдениями членов аутрич-команды и самими клиентами (пример *Формы картирования, или списка уличных «сайтов»* см. в *Приложении 13.2.1*).

Второй этап. Методичная проверка всех мест, определенных на первом этапе, и составление их характеристик. Информация об определенном месте пребывания включает:

- его точное местонахождение;
- количество потенциальных клиентов и их половые и возрастные характеристики;
- виды деятельности клиентов и их интересы;
- время функционирования уличного «сайта».

(Пример формы характеристики уличного «сайта» см. в *Приложении 13.2.2*).

В аутрич-программах часто приходится работать с клиентами, пребывающими на нулевой стадии заинтересованности и совершенно не мотивированными к изменению способа рискованного поведения, получению каких-либо услуг (кроме тех, которые удовлетворяют базовые потребности).

В процессе первого контакта, непринужденного общения важно упомянуть о службах и организациях, центрах дневного пребывания, центрах социально-психологической реабилитации, где можно получить разного рода помощь и просто провести время. Для подобного рода информации важно иметь при себе буклеты и визитки с адресами и номерами телефонов. Важно, чтоб информация в буклетах была изложена простым и доступным языком.

Повторный контакт, как правило, более легкий, и, возможно, специалисту даже удастся договориться с клиентом о конкретных действиях. При этом необходимо помнить, что подобные договоренности и обещания могут быть легко нарушены клиентом.

Итак, в процессе аутрич важно предоставить клиенту информацию о том, какие выгоды он получит, взаимодействуя со специалистом (либо же придя в программу), и оценить, насколько в рамках программы возможно оказать помощь клиенту или же необходимо привлечение других служб (переадресация клиента).

Именно с аутрич-программ начинается ведение случая – установление контакта с клиентами, первичная оценка их нужд и проблем, предоставление им помощи в условиях улицы и направление в ЦДП, приюты для детей, ЦСПР и другие учреждения.

Переадресация / направление клиентов из других учреждений / организаций

В программы могут обращаться коллеги из других организаций за разовой помощью: организовать медицинский осмотр группы подростков или оказать помощь в установлении контакта с ребенком или его семьей, если территориально они находятся ближе к этой программе, оказать ребенку материальную поддержку в виде предоставления набора сезонной одежды и прочее. Однако бывают ситуации, когда организация, в которую изначально обратился несовершеннолетний, не располагает необходимыми ресурсами для решения его проблем вообще, в этом случае уместным также будет перенаправление такого клиента в другую организацию за получением комплексной помощи.

Бывают также ситуации, когда клиенты попадают в программу посредством обращения кого-либо из родственников подростка (родителя, брата или сестры, бабушки), социального педагога школы или сотрудника службы по делам детей с просьбой о содействии в решении тех или иных вопросов социально-психологической или медицинской реабилитации несовершеннолетнего. Данный сценарий более правомерен в отношении ПГР, не утративших окончательно основных социальных связей (с семьей, учебным заведением)⁸³.

Службы телефона доверия

В некоторых программах работает так называемый «телефон доверия» (или же «социальный телефон» или телефонная служба первичного приема). В Украине, особенно в программах по работе с ПГР, такая форма недостаточно распространена, но опыт зарубежных коллег показывает, что это достаточно удобная форма привлечения клиентов, которые мотивированы на получение услуг в программе. Благодаря телефонному звонку клиент получает первичную консультацию по поводу своей проблемы (ситуации), кроме того, консультант может уже на этом этапе определить, в каких именно основных услугах нуждается клиент и может ли он получить эти услуги в данной программе или же необходима переадресация в программы партнерских организаций.

Печатная/внешняя реклама

Благодаря такому способу распространения информации клиенты могут узнать о возможности получения тех или иных услуг, а также адреса и телефоны организаций, программы которых направлены на оказание помощи. Буклеты и листовки с информацией о таких организациях клиенты могут получать и через аутрич-программы или же передавать друг другу. Следует отметить, что внешняя реклама о возможности получения тех или иных услуг в определенных организациях в Украине распространена недостаточно.

Привлечение клиентов методом «сарафанного радио»

Распространение информации по «сарафанному радио», то есть от клиента к клиенту, – один из самых эффективных методов информирования несовершеннолетних о программах помощи и привлечения их в ЦДП, ЦСПР, медицинские

⁸³ Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. – СПб. : Врачи детям, 2008. – 146 с.

центры и в программы по оказанию других видов услуг. Дети и подростки склонны больше доверять информации, полученной от сверстников, чем от взрослых. Именно на этом основаны программы просвещения по принципу «равный – равному». Единственный отрицательный момент такого способа распространения информации – возможные ее искажения в процессе передачи. Поэтому важно либо предоставлять уличным подросткам напечатанную информацию в виде листовок для дальнейшего распространения в «тусовках», либо специально готовить «равных консультантов», обладающих необходимым уровнем знаний об организации, ее службах и предоставляемой помощи.

Самообращение клиента в программу как результат предыдущих способов

Опыт многих организаций, работающих с ПГР, показывает, что в подавляющем большинстве случаев ПГР, которых можно условно отнести к категории «бездомных», приходят в ЦДП или, например, в пункты обмена шприцев за ситуативной помощью (в первом случае – санитарно-гигиеническими процедурами: душем, стиркой одежды; первой медицинской помощью и направлением на лечение; питанием и проведением досуга; во втором случае – для непосредственного участия в программе снижения вреда, получения шприцев и презервативов, других гигиенических средств). Решение же долгосрочных задач, которое предполагается при междисциплинарном ведении случая, является инициативой специалистов и предметом мотивации клиента.

«Домашние» дети, проживающие с родителями, но часть времени проводящие в уличных «тусовках» и ведущие рискованный образ жизни, обращаются в программы с более конкретными запросами, касающимися получения психологической помощи в разрешении конфликтов с родными, медицинской специфической помощи, оформления документов и пр.

В основном, как они сами говорят, подростки впервые приходят в программу (например, ЦДП) «за компанию», услышав о ней от своих друзей («сарафанное радио»). Это, безусловно, можно использовать для начала общения: *«Кто из твоих друзей уже посещает наш центр?»*, *«Что говорят о центре твои друзья?»*, *«В чем сотрудники центра помогли твоим друзьям?»*. Эти вопросы помогут инициировать беседу, которая будет нацелена на формулирование клиентом своих проблем и потребностей. Очень важно, чтобы клиент попытался сделать это сам, так как именно таким способом можно помочь ему осознать свои реально существующие проблемы. Более того, предоставляя клиенту активную роль при первом же контакте, специалист помогает ему сделать начальный шаг на пути к решению этих проблем. Стоит заметить, что первый контакт с подростком может произойти уже в прихожей. Заранее инициируя беседу в непринужденной обстановке, специалист может значительно облегчить дальнейшую работу по первичной оценке проблем и потребностей клиента. Чтобы создать и поддерживать атмосферу психологического комфорта во время первого контакта с клиентом, необходимо, чтобы все сотрудники программы обладали развитым чувством психологического такта⁸⁴.

⁸⁴ По материалам «Руководства по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним» (СПб. : Врачи детям, 2008. – 146 с.).

В случае направления клиента другой организацией или его самообращения в программу можно говорить об уже присутствующей мотивации к участию в программе (конечно, в зависимости от ситуации, уровень мотивации может быть различным: от начального до высокого с возможностью сформулировать конкретный запрос). При помощи же аутрич-программ часто приходится работать с клиентами, совершенно не мотивированными к получению каких-либо услуг, а тем более – к изменению своего способа жизни, рискованного поведения.

В любом случае, для дальнейшего эффективного взаимодействия с клиентом необходимым условием является налаживание позитивного контакта, создание атмосферы доверия, открытости, а одной из задач – информирование о возможностях программы для клиента, первичное мотивирование к активному участию в программе.

Рекомендации для специалистов с целью установления контакта с ПГР

1. Представьтесь и будьте при этом как можно более приветливыми, спокойными, уверенными в себе.
2. Используйте юмор, шутки.
3. В беседе с подростком непринужденно интересуйтесь его повседневной жизнью, чаще всего наиболее охотно подростки отвечают на вопросы, которые касаются их здоровья, способов зарабатывания денег, проведение времени, мест «тусовки».
4. Учитывайте при общении возраст ребенка, уровень его развития, говорите доступным для него языком, который не вызовет у ребенка чувства неприятия, трудностей в понимании сказанного вами. Кроме того, дети 5–14 лет быстрее идут на контакт; чем младше ребенок, тем больше он нуждается в заботе и надеется на помощь взрослых.
5. Во время общения с детьми, особенно при первом контакте, уважайте индивидуальное пространство ребенка, будьте внимательны к реакции ребенка на ваше желание взять его за руку и пр., поскольку это может вызвать настороженность с его стороны, неприятие внедрения в личное пространство, а также спровоцировать разрыв контакта.
6. Объясните причину визита (в случае визита на уличный «сайт») и акцентируйте внимание подростков на том, что они могут получить от общения с вами.
7. Подчеркивайте уважение к личности подростка и принимайте его таким, какой он есть, не осуждая и не порицая, не морализируя.
8. Желательно не сразу же сосредоточивать внимание на проблемах ПГР, особенно если в данный момент подросток не готов об этом говорить или воспринимает это враждебно, агрессивно. Помните, если подросток не готов к общению, напуган, не доверяет, он будет защищаться.
9. В любом случае ведите себя мирно, избегайте конфликтов. Если же конфликт возник, нельзя обижаться на подростка, ссориться. Следует вести себя спокойно, рассмотреть ситуацию вместе с ним. Если он настроен агрессивно и не желает общаться, лучше прекратить общение, сообщив при этом, что встреча состоится позднее, когда подросток будет готов к общению.

10. Во время общения с детьми необходимо делать акцент на положительных жизненных перспективах, актуализировать внутренние личностные ресурсы ребенка.

11. Физическое влияние должно быть абсолютно исключено в любой ситуации.

12. Не оценивайте ситуацию и подростка раньше, чем узнаете его мнение по этому поводу.

13. Спросите подростка, в какой помощи, по мнению его самого, он нуждается, мотивируйте его на согласие сотрудничать с вами. Помните, что отказ от сотрудничества с вами не является окончательным, ведь боязнь вмешательства – это естественная реакция.

14. Узнайте, как подросток видит ваше сотрудничество.

15. Обязательно проверьте, как подросток понял вас и как воспринял общение с вами.

16. Оцените качество контакта с подростком и подумайте, что еще необходимо осуществить для улучшения эффективности общения.

Правила взаимодействия с подростками на основе принципов ведения случая⁸⁵

Установление контакта с ПГР как в условиях улицы, так и на других этапах работы с ним следует производить с использованием простых правил, тесно связанных с принципами ведения случая.

Объективность и непредубежденное отношение к клиенту. Следует воспринимать жизненную ситуацию, в которой находится клиент, его образ жизни, привычки, интересы и нужды как факт. Во взаимоотношениях «специалист – клиент» важно не выяснять, кто виноват в сложившейся ситуации, а что необходимо сделать, чтобы помочь клиенту преодолеть сложные жизненные обстоятельства.

Добровольность получения помощи и приоритет интересов клиента. Любые действия по отношению к клиенту – сопровождение в учреждения, медицинское обследование, контакты с родными, получение и передача информации о клиенте – должны происходить лишь с согласия ребенка. Этот подход не исключает мотивирования клиента на исполнение тех или иных действий, которые, с точки зрения специалиста, отвечают интересам ребенка. Однако любые насильственные действия исключены, поскольку они подрывают доверие этого и других клиентов к команде социальных работников и организации в целом. Специалист имеет право вмешиваться в ситуацию вопреки воле ребенка лишь в том случае, когда существует явная угроза жизни и здоровью детей.

Принятие клиента. Признание права клиента на те чувства, эмоции, нужды, которые он ощущает. Это означает не оправдания клиента или чувство жалости к нему, а признание его как человека и личности.

Анонимность. Помощь в условиях улицы предоставляется вне зависимости от правдивости информации, которую ребенок предоставляет о себе. Уличные

⁸⁵ Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. – СПб. : Врачи детям, 2008. – 146 с.

социальные работники не требуют ни одного документа в подтверждение имени, возраста, адреса проживания, контактной информации клиента и его семьи. Необходимо достаточно продолжительное время, чтобы установить доверительные отношения с ребенком и выяснить достоверную информацию, нужную для оказания более эффективной помощи.

Конфиденциальность. Для успешного установления контакта с ребенком в условиях улицы необходимо гарантировать ему конфиденциальность информации, полученной от него, и возможность передачи ее кому-либо лишь при условии получения разрешения от ребенка.

Уважение к личности клиента. В общении с детьми необходимо подчеркивать свое уважение и интерес к ним – это сразу выделит вас из числа взрослых, окружающих ребенка, и вызовет доверие.

Неосуждающая позиция. Во время установления контакта с клиентом нельзя высказывать осуждение его поступков – это оттолкнет ребенка и помешает налаживанию контакта. Необходимо помнить, что все действия ребенка обусловлены жизненной ситуацией, в которой он пребывает. Лишь после установления достаточно доверительных отношений с клиентом можно начать высказывать свои мысли о его поступках с целью мотивирования или изменения рискованного поведения клиента, но при этом учитывая уровень его восприятия.

Правдивость. Специалист не вправе обещать детям то, чего выполнить не может, но свои обещания он должен всегда выполнять. Необходимо придерживаться времени назначенных встреч, невзирая на то, что клиенты не всегда выполняют это правило.

13.3. Оценка потребностей. Разработка индивидуального плана

Потребности ПГР как основа ведения случая

Потребность – внутреннее состояние физической или психологической нужды или недостатка чего-либо для поддержания жизнедеятельности. Потребности, являясь внутренними возбудителями активности, проявляются по-разному в зависимости от ситуации.

Если у индивида отсутствуют реальные возможности для удовлетворения потребности, может произойти ее замещение или подавление. В случае неудовлетворения жизненных потребностей организм ожидает смерть.

До сих пор нет единой, всеми принятой классификации потребностей. Однако большинство психологов соглашается, что потребности в принципе можно разделить на первичные и вторичные.

Первичные потребности являются по своей природе физиологическими и, как правило, врожденными. Их примерами могут служить потребности в пище, воде, дыхании, сне и сексуальные потребности.

Вторичные потребности по природе своей психологические. Это, например, потребности в успехе, уважении, привязанности, власти, а также в принадлежности кому- или чему-либо. Первичные потребности заложены генетически,

а вторичные обычно осознаются с опытом. Поскольку люди имеют различный приобретенный опыт, их вторичные потребности различаются в большей степени, чем первичные.

Совокупность реализуемых в рамках технологии ведения случая действий, направленных на улучшение жизненной ситуации подростка, имеет целью реализацию основных потребностей ребенка.

Поступательная реализация потребностей создает условия для проведения других видов профилактических вмешательств и реабилитации в целом, поскольку человек, испытывающий нужду в реализации таких базовых потребностей, как, например, еда, безопасность, медицинская помощь, или других срочных психофизических потребностей, попросту не способен думать ни о своем поведении, ни о связанных с ним рисках. И только после того, как решены «горящие» вопросы, можно вернуться к разговору об изменении рискованного поведения.

Такая трактовка полностью укладывается в рамки известной теории человеческой мотивации Абрахама Маслоу. В своей модели А. Маслоу представляет всю совокупность потребностей человека в виде пирамиды с иерархической структурой:

- 1) физиологические потребности (пища, вода, сон, физическое здоровье в его субъективном восприятии и т. п.);
- 2) потребность в безопасности (стабильность, порядок);
- 3) потребность в любви и принадлежности (семья, дружба);
- 4) потребность в уважении (самоуважение, признание);
- 5) потребность в самоактуализации, самовыражении (развитие способностей).



Основные положения теории мотивации А. Маслоу

1. Потребности иерархичны, и это их свойство определяет главный принцип, лежащий в основе организации мотивации человека.
2. Потребности возникают постепенно.
3. Доминирующие (или первичные) потребности, расположенные внизу иерархической пирамиды, должны быть более или менее удовлетворены до того, как человек может осознать наличие и быть мотивированным потребностями, расположенными вверху (вторичными потребностями). Следовательно, потребности одного типа должны быть удовлетворены прежде, чем другие, расположенные выше, проявятся и станут актуальными. Более того, только удовлетворение потребностей, расположенных внизу иерархии, делает возможным осознание

потребностей, расположенных выше, и их участие в мотивации. Таким образом, физиологические потребности должны быть в достаточной степени удовлетворены прежде, чем возникнут потребности безопасности. Физиологические потребности и потребности безопасности и защиты должны быть удовлетворены прежде, чем возникнут и начнут требовать удовлетворения потребности принадлежности и любви.

4. Чем выше человек может подняться в этой иерархии, тем большие индивидуальность, человеческие качества и психическое здоровье он демонстрирует. А. Маслоу рассматривает психологический рост как последовательное удовлетворение все более «высоких» потребностей. Движение к самоактуализации не может начаться, пока индивид не освободится от доминирования низших потребностей – безопасности или уважения. По А. Маслоу, ранняя фрустрация потребности может зафиксировать индивида на определенном уровне функционирования. Например, ребенок, не пользовавшийся достаточной популярностью, может продолжать быть глубоко озабоченным потребностью в уважении и почете всю свою жизнь. Стремление к более высоким целям само по себе указывает на психологическое здоровье.

5. Иерархия потребностей распространяется на всех людей.

6. А. Маслоу допускает, что могут быть исключения из этого иерархического расположения мотивов. Он признает, что какие-то творческие люди могут развивать и выражать свой талант, несмотря на серьезные трудности и социальные проблемы. Также есть люди, чьи ценности и идеалы настолько сильны, что они готовы скорее переносить голод и жажду или даже умереть, чем отказаться от них. Наконец, некоторые могут создавать собственную иерархию потребностей, обусловленную особенностями биографии. Например, они могут отдавать приоритет потребности уважения, а не любви и принадлежности. Таких людей больше интересует престиж и продвижение по службе, а не интимные отношения или семья. Но в целом правило сохраняется: чем ниже расположена потребность в иерархии, тем она сильнее.

7. Ключевым моментом в концепции иерархии потребностей А. Маслоу является то, что потребности никогда не бывают удовлетворены по принципу «все или ничего». Потребности частично совпадают, и человек одновременно может быть мотивирован на двух и более уровнях.

8. Люди не просто удовлетворяют одну потребность за другой, но одновременно частично удовлетворяют и не удовлетворяют их все.

9. Не имеет значения, насколько высоко продвинулся человек в иерархии потребностей: если потребности более низкого уровня перестанут удовлетворяться, человек вернется на данный уровень и останется там, пока эти потребности не будут в достаточной мере удовлетворены⁸⁶.

⁸⁶ При подготовке материала использованы: Организация и поддержка служб по социальному сопровождению для уязвимых групп: руководство для тренера: базовый курс. – М. : СПИД Фонд Восток-Запад, 2008. – 97 с.

Оценка потребностей клиента

Оценка потребностей – обязательная составляющая ведения случая; это – совокупность действий по сбору, обработке, систематизации, анализу, обобщению и сравнению данных о клиенте и его ситуации с целью определения оптимальной стратегии оказания ему помощи, предоставления ему наиболее адекватных услуг для предотвращения рисков и преодоления сложной жизненной ситуации.

Цели оценки потребностей

Качественная оценка потребностей дает основания для постановки задач относительно:

- стратегии ведения случая и предоставления клиенту качественных услуг;
- способов изменения рискованного поведения клиента;
- анализа результатов влияния программы на клиента.

Выделяют два основных этапа оценки потребностей:

- 1) первичная оценка состояния и потребностей клиента;
- 2) углубленная психосоциальная оценка.

Первичная оценка состояния и потребностей клиента – исследование актуальных и приоритетных потребностей клиента для предоставления ему наиболее эффективной первичной помощи и направления для прохождения дальнейшей реабилитации в соответствующие учреждения / программы.

Углубленная психосоциальная оценка предусматривает уточнение информации, полученной во время первичной оценки, детальное изучение жизненной ситуации клиента и выяснение его ресурсов и ресурсов его ближайшего окружения, которые будут содействовать процессу изменения поведения и реабилитации.

Этапы оценки потребностей клиента⁸⁷

Первичная оценка состояния и потребностей клиента и ее основные задачи

Проведение первичной оценки – это ключ к составлению эффективного индивидуального плана. Результатом оценки является понимание и клиентом, и специалистом последующих действий.

Результатом первичной оценки должно быть:

- выяснение основных потребностей клиента, требующих срочного удовлетворения;
- информация о ресурсах подростка (внутренние ресурсы) и его ближайшего окружения (внешние ресурсы);

⁸⁷ При подготовке материала использованы: Комплексная помощь беспризорным и безнадзорным детям: метод. пособ. / авт.: Безпалько О. В., Гурковская Л. П., Журавель Т. В. и др. / под ред. Зверевой И. Д., Петровичко Ж. В. – К.: Калита, 2010. – 376 с.; Междисциплинарное ведение случая в работе с безнадзорными несовершеннолетними / под ред. Ю. В. Батлук, Р. В. Йорика, С. В. Суворовой. – СПб.: Врачи детям, 2009. – 77 с.; Организация и поддержка служб по социальному сопровождению для уязвимых групп: руководство для тренера: базовый курс. – М.: СПИД Фонд Восток-Запад, 2008. – 97 с.; Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп. Практическое пособие для социальных работников. – Алматы: СПИД Фонд Восток-Запад, 2007. – 157 с.

- выяснение основных поведенческих рисков (в первую очередь относительно инфицирования ВИЧ, а также инфицирования ИППП, гепатитами и т. д.);
- определение необходимости проведения углубленной психосоциальной оценки, то есть решение об открытии случая;
- определение дальнейших шагов в отношении клиента и одобрение им этих шагов, например: консультирование, мотивация на изменение рискованного поведения, тестирование на ВИЧ, направление в отделения дневного пребывания, реабилитационные центры, медицинская помощь.

Основные условия эффективности проведения первичной оценки

Первичная оценка клиента начинается уже при знакомстве с ним на улице или во время первого его посещения организации.

При осуществлении оценки потребностей важно помнить о существовании иерархии потребностей и о том, что информация, которая прежде всего интересна специалисту, может занимать в иерархии клиента далеко не первостепенное место. Ни в коем случае нельзя давить на подростка, пытаясь любыми средствами «выжать» из него всю необходимую информацию.

При первом контакте с клиентом всегда необходимо учитывать его наиболее актуальные потребности. Если подросток страдает педикулезом, чувствует сильный голод, испытывает какие-либо болезненные ощущения или острое эмоциональное расстройство, ему необходимо предоставить помощь и уже потом продолжать сбор информации.

Завершение оценки возможно лишь после нескольких встреч с ребенком из-за неустойчивого внимания таких детей и подростков, недостоверности информации, которую они предоставляют и т. п.

Принципы проведения оценки совпадают с принципами ведения случая в целом:

- объективность и непредубежденное отношение;
- доброжелательность;
- конфиденциальность;
- принятие подростка;
- уважение к личности подростка;
- отсутствие морализаторства, осуждающего отношения.

Первичная оценка должна происходить в диалоговой форме, когда с новым клиентом беседует только один сотрудник при отсутствии в помещении третьих лиц.

Основные инструменты сбора информации

Важно запомнить, что при работе с подростками групп риска проведение первичной оценки – это не опрос или анкетирование, это беседа, в ходе которой специалист получает необходимую для работы информацию, и, конечно же, наблюдение.

Чаще всего для первичной оценки нужд ребенка используются стандартизированные опросники (формы первичной оценки), где есть варианты ответов, но заполняются такие опросники исключительно специалистами. При использовании такой формы не следует доставать ее и заполнять при ребенке, это приведет к напряжению в диалоге, ребенок замкнется. Заполнять опросник лучше самому

после проведения беседы. Когда установлены доверительные отношения с клиентом, можно будет заполнять различные формы в его присутствии (и с его согласия).

Форму первичной оценки чаще всего заполняет специалист по социальной работе; иногда, помимо него, в этом участвуют по очереди несколько специалистов (медицинский работник, психолог).

Для специалиста самым главным должна быть не форма оценки, а человек, находящийся перед ним, поэтому заполнение формы – это не цель, а результат общения специалиста и клиента.

Структура и основные вопросы, входящие в первичную оценку

Первичная оценка предполагает сбор деликатной информации, такой как употребление наркотиков, сексуальный опыт, ВИЧ-статус и пр. Клиент должен быть полностью уверен в конфиденциальности предоставляемых сведений, и что они могут быть переданы другим лицам, в том числе сотрудникам организации, только с его разрешения.

Основные вопросы, подлежащие выяснению

I. Блок социально-демографической информации

1. Имя, возраст.
2. Наличие документов.
3. Наличие жилья.
4. Сведения о семье, родителях, близких родственниках.
5. Сколько времени клиент живет на улице (в случае работы с бездомными); какие проблемы мешают клиенту жить дома (в интернате и т. д.)?
6. Бывал ли ранее в учреждениях для детей или центрах реабилитации: приюте, ЦСПР, интернате, центре реабилитации для наркозависимых и т. д.?
7. Посещает ли / посещал ранее ЦДП / пункт обмена шприцев / другие программы (если такие есть в наличии в регионе)?
8. Источник средств к существованию.
9. Образование клиента (посещал ли школу, сколько классов окончил, есть ли среднее или высшее образование).

II. Блок поведенческой информации

10. Наличие опыта сексуальных отношений.
11. Наличие опыта употребления психоактивных веществ.
12. Какие факторы риска в поведении клиента связаны с возможностью инфицирования ВИЧ:
 - употребление наркотиков инъекционным путем; какие виды ПАВ употребляются?
 - использование общего или нестерильного инструментария для инъекций;
 - множественные и незащищенные сексуальные связи;
 - вовлечение в секс-бизнес;
 - незащищенные сексуальные контакты с потребителями наркотических веществ.
13. Как давно клиент практикует то или иное рискованное поведение?
14. Использует ли клиент средства профилактики инфицирования ВИЧ, ИППП и т. д. (презервативы, одноразовые шприцы)?
15. Подвергался ли клиент когда-либо сексуальному насилию?

16. На какой стадии изменения поведения находится подросток, заинтересован ли он в получении услуг, мотивирован ли на дальнейшее взаимодействие?

III. Блок медицинской информации

17. Существуют ли на сегодняшний день у клиента проблемы со здоровьем? Как давно подросток проходил какое-либо медицинское обследование?

18. Проходил ли ранее клиент исследование на наличие ВИЧ-инфекции? Получал ли информацию о том, где можно такое исследование пройти? В случае наличия информации о ВИЧ-позитивном статусе клиента – зарегистрирован ли он в центре СПИДа, получает ли терапию?

По окончании первичной оценки, специалист обязательно делает вывод и определяет самые важные проблемы клиента:

- пережитое насилие в семье или интернатном учреждении;
- отсутствие заботы со стороны родителей или опекунов (в случае несовершеннолетнего клиента);
- отсутствие жилья;
- наличие форм рискованного поведения (употребление ПАВ, рискованное сексуальное поведение, в том числе вовлечение в секс-бизнес и т. д.);
- ВИЧ-инфекция или другие проблемы со здоровьем и т. п.

Кроме выявленных проблем, важно также определить ресурсы самого клиента: внутренние (например, навыки, увлечения, образование и т. д.) и внешние (семья, родственники, организации, ресурсы службы, предоставляющей услуги). Кроме того, важно проанализировать, насколько они соответствуют потребностям клиента. В зависимости от этих выводов будет строиться дальнейшая работа по ведению случая.

Таким образом, все, на кого была заполнена форма первичной оценки, являются так называемыми «посетителями» программы. Однако это не означает, что на всех посетителей автоматически будет открыт случай.

Открытие случая предполагает начало серьезной социальной работы, разработку для подростка индивидуального плана реабилитации с учетом жизненной ситуации клиента и его личностных особенностей, а главное, предполагает активное участие клиента.

Критерии для открытия случая следующие:

- установлен хороший контакт с клиентом;
- собрана необходимая информация о клиенте (заполнена форма первичной оценки);
 - клиент находится в трудной жизненной ситуации (подвержен ряду факторов риска инфицирования ВИЧ) и нуждается в помощи специалиста;
 - потребности клиента соответствуют целям, задачам и ресурсам программы (службы);
 - клиент хочет изменить свою жизненную ситуацию.

Клиенты, не отвечающие данным критериям, но посещающие низкопороговые программы (уличную службу и отделение дневного пребывания), остаются в статусе «посетителей» до тех пор, пока не будут готовы к сотрудничеству со специалистом.

Если в дальнейшем случай передается из одного подразделения системы преемственной помощи в другое (например, из уличной службы в отделение дневного пребывания), новый специалист имеет доступ ко всей информации, собранной на более ранних этапах ведения случая. Следует иметь в виду, что форма первичной оценки содержит информацию, собранную в момент первичного контакта с ПГР. Эта информация в дальнейшем может корректироваться и меняться. Для уточнения первичной информации, собранной при первом обращении клиента, а также для накопления дальнейшей информации о клиенте, используется форма психосоциальной оценки.

Углубленная психосоциальная оценка

Основные задачи углубленной психосоциальной оценки

После завершения первичной оценки проблем и потребностей клиента, социальный случай считается открытым, и клиент, в случае необходимости, получает кризисную помощь.

Но для составления действенного сервисного плана необходимо получить дополнительную информацию, прежде всего о родителях и ближайших родственниках, ситуации на последнем месте учебы или работы, взаимоотношениях с правоохранительными органами и т. д. Этим целям служит углубленная психосоциальная оценка.

Результатом углубленной психосоциальной оценки должно быть:

- получение информации об основных проблемных зонах клиента;
- выяснение основных потребностей клиента и его запросов;
- уточнение и корректировка информации о ресурсах и факторах риска для подростка и его ближайшего окружения;
- наличие всех необходимых компонентов для разработки полного и адекватного ситуации клиента сервисного плана.

Основные условия эффективности проведения углубленной психосоциальной оценки

Углубленная оценка возможна после установления достаточно доверительных отношений между ребенком и специалистом (чаще – психологом), осуществляющим эту оценку. На это может понадобиться от нескольких дней до нескольких недель.

Углубленная оценка базируется на тех же принципах, что и первичная оценка.

Основные инструменты сбора информации

Углубленная психосоциальная оценка проходит в виде полуструктурированного интервью, то есть беседы, основанной на перечне ориентировочных вопросов (или тем), к которым, в отличие от первичной оценки, нет ответов. Предпочтительнее, если специалист ведет беседу с клиентом в свободной манере, задавая направление разговору и внося записи после его окончания, а не читает вопросы с листа. Форму психосоциальной оценки заполняют совместно психолог и специалист по социальной работе, что требует нескольких встреч с клиентом, а также, с его согласия, визитов в семью, школу или училище.

Структура и основные вопросы, входящие в углубленную психосоциальную оценку

Психосоциальная оценка имеет гораздо более гибкую структуру, чем форма первичной оценки, позволяя в свободной форме добавлять и постепенно накапливать информацию о клиенте.

Информация в психосоциальной оценке скомпонована по следующим разделам:

1. Текущая ситуация / описание проблемы. В данном разделе специалист описывает ту проблему, в решении которой клиент хотел бы получить помощь от социальной службы, то есть проясняется запрос клиента.

2. Жилищная ситуация. Специалист проясняет жилищные условия подростка, исследует историю возникновения жилищной проблемы, а также, например, готовность подростка к проживанию в приюте, интернате или социальном общежитии. Информация данного раздела помогает понять, существует ли необходимость визита в семью и составления акта жилищно-бытовых условий.

3. История семьи. Здесь содержится информация о членах семьи, ближайших родственниках или опекунах, об отношениях подростка с семейным окружением. Данная информация помогает определить родственников, наиболее значимых для подростка, могущих в дальнейшем оказать специалисту поддержку в работе.

4. История раннего детства. Информация этого раздела помогает определить, когда возникла проблема и каковы были предпосылки ее возникновения. Также специалист может выявить основания для психологической работы, например, ранний травматический опыт или пережитое насилие.

5. Образование и занятость. Эти сведения помогают выявить уровень образования, педагогические проблемы, причины их возникновения, а также цели и планы подростка относительно дальнейшей учебы и работы.

6. Психологические особенности, в том числе самооценка. Информация об уровне развития познавательных процессов, эмоционально-волевой, мотивационной и поведенческой сфер. Это помогает найти индивидуальный подход к клиенту, определить эффективную систему поощрений или наказаний, а при необходимости – разработать программу психологической коррекции.

7. История болезни. Здесь содержится информация о перенесенных или текущих заболеваниях, в частности о наличии ВИЧ-положительного статуса или СПИДа, а также о необходимости принятия лекарств, соблюдения диеты, проведения обследований и т. д., которую необходимо учитывать при составлении индивидуального плана реабилитации.

8. Опыт употребления ПАВ. В данном разделе содержится информация о стаже употребления, попытках отказа и лечения, а также об отношении подростка к ПАВ и его мотивации к отказу.

9. История отношений, сексуальный опыт и опыт социального общения. Информация данного раздела позволяет определить необходимость проведения мероприятий, направленных на профилактику нежелательной беременности или заражения ИППП, в том числе ВИЧ, предупреждение втягивания подростка в коммерческий секс. Кроме того, информация раздела помогает выявить прошлые и настоящие интересы подростка, хобби, увлечения и пр., что может служить ресурсом для работы с ним.

10. Взаимоотношения с правосудием. Эти данные позволяют определить степень криминализации подростка, его склонность к правонарушениям и отношение к нормам и правилам, принятым в обществе. Эти факторы также должны учитываться при составлении индивидуальной программы реабилитации.

11. Навыки самостоятельности. В данном разделе содержится информация о бытовых навыках подростка, навыках личной гигиены, а также о социальных навыках, например, планировании бюджета, закупки продуктов, обращения в поликлинику и пр. Она особенно важна в программах временного проживания подростков, где развитие навыков самостоятельности является отдельным направлением работы.

12. Опыт получения услуг. Информация о предшествующем опыте обращения за помощью и его результатах помогает составить адекватный прогноз ведения данного случая, а также определить потенциальных партнеров в этом процессе.

Вышеизложенная структура информации позволяет глубже проанализировать различные стороны жизни клиента, получить информацию о его семейном окружении и социальных связях, а также наметить «мишени» для социальной, психологической и педагогической работы с ним.

Если есть возможность привлечь к работе семью подростка, ответственный специалист знакомится с семейным окружением клиента. В ситуациях, когда семья не может являться ресурсом в ведении случая подростка, специалист сразу переходит к анализу и планированию работы со случаем.

Алгоритм разработки индивидуального плана⁸⁸

Планирование – один из основных этапов процесса реабилитации клиента, состоящий в разработке и практическом внедрении индивидуального плана, определяющего шаги к достижению реабилитационных целей, включая пути, инструменты и способы их реализации.

Индивидуальный план работы – это документ, отображающий логику, содержание и процедуру предоставления услуг с целью преодоления сложных жизненных обстоятельств, в которых оказался клиент.

Алгоритм составления плана

1. Определить спектр проблем, которые необходимо решить, или потребностей, которые следует удовлетворить (выявление проблемы).

2. Собрать и проанализировать всю имеющуюся информацию с целью выяснения характера и причин возникновения проблемы или потребности и установить ресурсы и сильные стороны ребенка и его семьи (при условии ее наличия), которые могут быть использованы для решения проблемы (оценка).

3. Уточнить, чего следует достичь, и конкретно определить желаемые результаты, на достижение которых будут направлены все усилия (формирование цели и задач).

⁸⁸ Комплексная помощь беспризорным и безнадзорным детям: метод. пособ. / авт.: Безпалько О. В., Гурковская Л. П., Журавель Т. В. и др. / под ред. Зверевой И. Д., Петрочко Ж. В. – К. : Калита, 2010. – 376 с.

4. Определить все возможные действия, осуществление которых может привести к достижению желаемых результатов, сравнить разные подходы и выбрать наиболее эффективные действия.

5. Решить кто, как, где и когда будет осуществлять каждое действие.

6. Установить, привели ли эти действия к достижению желаемых результатов (оценка эффективности).

Прогнозирование работы с ребенком и составление индивидуального плана на основе углубленной психосоциальной оценки потребностей является важнейшим условием для эффективной ресоциализации и адаптации ребенка.

Индивидуальный план – своеобразная «дорожная карта», по которой движется клиент в рамках программы. Это – последовательность шагов, которые клиент и специалист выполняют вместе.

Важнейшим условием составления плана является активное участие клиента в каждом из этапов разработки документа. Кроме того, если есть возможность контакта с родителями (или лицами, которые их заменяют), они тоже должны быть привлечены к разработке плана.

Механизм и условия взаимодействия с клиентом должны быть определены своеобразным контрактом (или же так называемым документом «информированного согласия»). Для большинства программ такой контракт является полноценным и обязательным элементом индивидуального плана, независимо от того, производится ли работа с подростком или со взрослым клиентом.

Бланк информированного согласия на социальное сопровождение (то есть вход в программу), разработанный Санкт-Петербургской общественной организацией «Врачи детям», размещен в приложении к данному пособию (см. Приложение 13.3.5(1)).

Образец формы индивидуального плана работы с клиентом из числа подростков и молодежи групп риска, разработанной на основе формы индивидуального плана работы с ребенком, который оказался в сложных жизненных обстоятельствах, Киевской городской службы по делам детей Киевской городской государственной администрации, опубликован в приложении к данному пособию (см. Приложение 13.3.5(2)).

Одна из важнейших задач ведения случая с подростками и молодыми людьми групп риска – это нейтрализация факторов риска, профилактика инфицирования ВИЧ, поэтому консультирование по снижению риска должно быть обязательной составляющей индивидуального плана. Кроме того, в зависимости от информации, полученной специалистом в ходе оценки, клиенту может быть предложено участие в тренингах по формированию безопасного, ответственного поведения, тренингах по отработке навыков принятия решений, ассертивного поведения и т. д.

Сложности, с которыми могут сталкиваться специалисты на этапе реализации плана:

- невозможность оказания тех или иных услуг для удовлетворения потребностей клиента (услуги отсутствуют на вашей территории; клиент не может получить услуги по другим субъективным и объективным причинам);
- неэффективность запланированных действий;
- партнерские организации не выполняют свои функции;
- недисциплинированность клиента;
- клиент уклоняется от реализации сообща намеченных действий;
- клиент долгое время не выходит на контакт («исчез»).

Все сложности в реализации плана могут быть внутренними (исходить от клиента) и внешними (зависеть от специалистов, служб и других обстоятельств).

Нейтрализация внешних факторов зависит от уровня профессионализма специалиста, а также уровня междисциплинарного (межведомственного) взаимодействия с партнерами, тогда как внутренние сложности позволяет решить эффективная мотивационная работа с клиентом: консультирование, разработка разноуровневой системы мотивации клиентов программ и т. д.

Вопрос поддержания мотивации для участия в программе – один из ключевых в работе с клиентом, поэтому мотивационное консультирование является важной составляющей ведения случая. Возможности мотивационного консультирования рассматривались в предыдущих частях семинара.

13.4. Оценка эффективности ведения случая. Закрытие случая

Роль мониторинга и оценки в технологии ведения случая



Важной составляющей процесса ведения случая является постоянный его мониторинг и оценка эффективности помощи, которая предоставляется клиенту.

Мониторинг – процесс наблюдения за планированием и выполнением запланированных действий и мероприятий с целью корректирования плана и эффективного использования средств для достижения намеченной цели и минимизации отрицательных последствий⁸⁹.

Мониторинг – непрерывный процесс отслеживания эффективности помощи и динамики положительных изменений с целью постоянного повышения качества психолого-социально-педагогической помощи и оптимизации усилий всех членов междисциплинарной команды специалистов, привлеченных к процессу ведения случая⁹⁰.

Оценка – систематизированное периодическое исследование ситуации с целью определения эффективности реализации проекта или плана, а также выработки рекомендаций относительно улучшения деятельности, определения ее результативности⁹¹.

Основная задача мониторинга и оценки – собирать необходимую информацию для принятия соответствующих решений в процессе ведения случая. Сущность мониторинга и оценки одна и та же – отслеживание процесса и результатов реализации запланированной деятельности. Отличия между мониторингом и оценкой состоят в 1) глубине анализа информации: оценка имеет целью более глубокий, по сравнению с мониторингом, анализ; 2) мониторинг является постоянным процессом, тогда как оценка – периодическое действие (выделяют базовую, или начальную оценку, промежуточную и итоговую).

Упрощенно отличие между мониторингом и оценкой можно сформулировать следующим образом: мониторинг отвечает на вопрос «*Как идут дела?*» (повседневное отслеживание ситуации, сравнение того, что происходит, с тем, чего предполагали достичь). Оценка отвечает на вопросы: «*К чему это привело?*» и «*Почему?*», «*Насколько?*».

Задачи мониторинга и оценки:

- выявление проблемных мест с целью корректирования всего процесса;
- выделение новых направлений в процессе социального сопровождения клиента;
- своевременное реагирование на определенные отклонения от плана;
- обоснование правильности решений возникающих проблемных ситуаций;
- соблюдение намеченного плана;
- измерение результатов выполнения намеченных задач и переформулирование / пересмотр целей;

⁸⁹ Балакирева О. Н. Мониторинг социальных проектов и программ // Социальная работа в Украине в начале XXI столетия: проблемы теории и практики: Материалы докладов Международной научно-практической конференции. 29–31 октября 2002 г. – Ч. 2. – К. : ДЦССМ, 2002. – С. 241.

⁹⁰ Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. – СПб. : Врачи детям, 2008. – 146 с.

⁹¹ Мониторинг и оценка программ по формированию здорового образа жизни / О. Н. Балакирева, А. А. Яременко, Р. Я. Левин и др. – К. : Укр. ин-т соц. исслед., 2005. – С. 11.

- анализ результатов деятельности и их соотнесение с определенными запланированными показателями с целью определения уровня эффективности деятельности.

Необходимым условием для реализации и мониторинга, и оценки ведения случая является наличие показателей, или индикаторов.

Показатели – это *количественные* и *качественные* критерии успеха, дающие возможность измерить и оценить уровень достижения поставленных задач⁹².

На каждом этапе ведения случая необходимо иметь количественные и качественные показатели успешности, эффективности деятельности, для того чтобы соотносить имеющийся результат с запланированным и благодаря этому иметь основания судить об эффективности реализации поставленных задач.

Например, показателями эффективности аутрич-программы могут быть:

количественные показатели:

- количество охваченных клиентов;
- количество предоставленных услуг (например, количество индивидуальных консультаций по снижению риска);
- количество привлеченных специалистов;
- количество партнерских организаций, вовлеченных в аутрич;
- количество распространенных средств гигиены, презервативов, буклетов и т. д.;

качественные показатели:

- обращение клиентов в центр дневного пребывания;
- обращение клиентов в программу социального сопровождения;
- высказанное желание сдать тест на ВИЧ-инфекцию;
- запросы о помощи по налаживанию контакта с родителями (семьей) и т. д.

Для осуществления мониторинга и оценки необходим определенный **инструментарий**. Он должен быть конкретным и понятным; отвечать на главные вопросы, касающиеся достижения задач и целей деятельности; отвечать критериям, которые должны облегчить анализ результатов.

Наиболее эффективным инструментарием мониторинга и оценки могут быть наблюдение, интервью, анкетирование, фокус-группы, супервизии. Важной составляющей мониторинга и оценки является также периодический анализ документации, текущей и итоговой отчетности по соответствующим схемам⁹³.

Все специалисты, привлеченные к выполнению индивидуального плана работы с клиентом, оценивают свои коллективные усилия в этой деятельности в рамках совещаний, межведомственных встреч, по возможности – супервизий.

Важно понимать, что выполнение задач индивидуального плана ведения случая не всегда означает достижение конечной цели. Это связано с изменением реальной жизненной ситуации клиента, появлением новых проблем, потребностей и запросов. Поэтому мониторинг и оценка крайне важны на всех этапах ведения случая, чтобы вовремя сформулировать новые задачи, скорректировать план, оказать как можно более адекватную реальным потребностям помощь.

⁹² Шендеровский К. Мониторинг в социальной работе. – К. : Главник, 2006. – 149 с.

⁹³ Безпалько О. В. Социальное проектирование: Тексты лекций. – 2009.

Заккрытие случая⁹⁴

Критерием успешности ведения случая является достижение наилучшей из возможных жизненных ситуаций у клиента. В результате междисциплинарной помощи в жизни клиента должны быть созданы условия для его социализации, личностного роста и полноценной жизни в обществе. После профессионального вмешательства подростки / молодые люди групп риска должны приобрести навыки самостоятельного решения собственных проблем, узнать о рисках, с которыми они сталкиваются, о предупреждении этих рисков, проблемах своего возраста и пола, здоровья. Они также должны получить информацию о сети организаций, куда могут обратиться с конкретной проблемой.

Общим критерием для завершения работы над случаем является выполнение поставленной цели индивидуального плана. Поэтому формулировка цели важна не только для выбора правильного направления работы, но и для ее завершения.

При выполнении плана и достижения поставленной цели случай закрывается как успешный. Однако, если клиент систематически не выполняет намеченные мероприятия или отказывается от дальнейшего сотрудничества со службой, случай может быть закрыт преждевременно. Клиенты должны быть информированы о такой возможности и не ожидать, что помощь будет предоставляться бесконечно долго без каких-либо усилий с их стороны. Случай также может быть закрыт в связи со сменой места жительства клиента и его семьи, смертью клиента, заключения его в места лишения свободы и т. д.

Если клиент поменял место жительства и выехал за географические пределы деятельности службы, случай закрывается с пометкой «закрыт в связи с переменой места жительства». По возможности, следует заранее провести работу с клиентом и партнерскими организациями по передаче случая в ведение служб, обслуживающих территорию, куда убыл клиент.

Между активной фазой ведения случая и окончательным завершением работы могут использоваться промежуточные формы работы. Например, **дистантный мониторинг**, когда специалист отслеживает ситуацию опосредованно через других специалистов (например, школьный социальный педагог, классный руководитель, родственники, опекуны и прочие лица). Эта форма работы не подразумевает активной деятельности, но специалист в любой момент может оказать помощь в случае возникновения такой потребности.

Еще одна промежуточная форма работы – патронаж, когда специалисты, с согласия клиента и его законных представителей, посещают подростка / молодого человека на дому и/или в школе с определенной периодичностью, чтобы следить за изменениями его психосоциального состояния и предоставить поддержку в случае необходимости. При дистантном мониторинге и патронаже специалист по ведению случая фиксирует полученную информацию о состоянии клиента.

Необходимо отдельно остановиться на процедуре расставания специалиста с клиентом. Расставание является важным этапом работы. Отношения специалиста с клиентом не могут быть неопределенно продолжительными, так как это

⁹⁴ Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. – СПб. : Врачи детям, 2008. – 146 с.

никогда не идет на пользу клиенту. Если они являются таковыми, то это – повод для предоставления специалисту психологической супервизии.

Расставание является своеобразным водоразделом между прошлым и будущим клиента. Этот этап означает, что теперь клиент самостоятелен и не нуждается в помощи извне. Как правило, для процедуры расставания назначается отдельная встреча, о чем клиент информируется заранее. В самом начале проговаривается цель встречи («завершение работы, расставание»). Специалист обращается к первоначальному запросу, который зафиксирован в документах по оценке потребностей и плане. Ретроспективно рассматриваются все этапы сопровождения, начиная от первых контактов и до последней встречи. После этого подводятся итоги, где первое слово предоставляется клиенту, когда он может сравнить себя «до» и «после», высказать свои мысли по поводу проделанной работы, проанализировать свои успехи и промахи.

Очень важным аспектом расставания является представление клиентом своего будущего. Необходимо дать клиенту возможность высказать свои мысли о будущем и выразить свои чувства. Вполне возможно, что у клиента существуют сомнения, страхи, опасения. Если это так, то специалист не должен торопиться их развеять: нужно позволить клиенту самостоятельно справиться с трудностями, используя вопросы «как ты думаешь, как можно выйти из этой ситуации?» или «что может помочь тебе в этом?» и т. д.

Чтобы «поставить точку» в работе с клиентом, можно использовать такой прием, как написание отзыва в книге отзывов, «фотографию на память» и т. п.

В завершение оговариваются условия возвращения клиента в программу, то есть при каких обстоятельствах он может получить комплексную помощь. При этом следует различать экстренную помощь, совет или просто дружеский контакт с бывшим клиентом и комплексную помощь. Последняя отличается вовлечением нескольких специалистов, постановкой цели, составлением плана ведения случая. Но самое главное: для нового открытия случая должен быть запрос со стороны клиента и наличие трудной жизненной ситуации, с которой он не может справиться самостоятельно.

13.5. Мультидисциплинарное ведение случая. Межведомственное партнерство

Мультидисциплинарное ведение случая

Междисциплинарное (мультидисциплинарное⁹⁵) ведение случая – это комплекс мероприятий, проводимых в тесном взаимодействии единой командой специалистов различных дисциплин для достижения общих целей по улучшению качества жизни клиента, защиты его прав и интересов.

К сожалению, в Украине технологии мультидисциплинарного ведения случая в работе с подростками и молодыми людьми групп риска до сих пор остаются мало применяемыми и недостаточно описанными. Хотя применение ведения случая в мультидисциплинарной команде позволяет не только предоставить первичную кризисную помощь клиенту, находящемуся в сложных жизненных

⁹⁵ Термин, который чаще используется в украинских реалиях.

обстоятельствах, но и осуществить планомерные шаги в направлении его долгосрочной реабилитации и адаптации.

Принципы работы в мультидисциплинарной команде:

- 1) приоритетность интересов и потребностей клиента над интересами специалистов;
- 2) комплексный подход к случаю, когда все проблемы и потребности клиента рассматриваются, исходя из его текущего состояния и особенностей социального окружения;
- 3) эффективный обмен информацией в ходе ведения случая между членами команды;
- 4) индивидуальная ответственность каждого специалиста за случай;
- 5) постоянная оценка качества и эффективности мультидисциплинарной помощи;
- 6) оптимизация нагрузки на членов команды.

В Украине разработано *Примерное положение о работе мультидисциплинарной уличной команды социальной работы с детьми и подростками групп риска* (утвержденное Приказом Министерства Украины по делам семьи, молодежи и спорта № 4568 от 29 декабря 2009 г.). С выдержками из этого документа, касающимися перечня специалистов, которые должны входить в мультидисциплинарную команду, и их функциональных обязанностей можно ознакомиться в *Приложении 13.5.1*.

Хотя Положение касается деятельности мультидисциплинарной уличной команды (аутрич), описание функций специалистов может быть адаптировано к работе программы на других этапах ведения случая.

Межведомственное партнерство в ведении случая⁹⁶

Межведомственное партнерство – это эффективное взаимодействие структур, находящихся в подчинении разных ведомств и, исходя из своих функциональных обязанностей, могущих быть причастными к решению той или иной проблемы клиента, направленное на координацию и объединение ресурсов по ее разрешению и организации комплексной помощи клиенту на принципах дружественности и клиент-центрированного подхода.

Чтобы предоставить подросткам и молодежи групп риска доступ к различным видам помощи, необходимо активное привлечение потенциала партнерских учреждений и организаций, относящихся к различным ведомствам:

- службам по делам детей;
- отделам опеки и попечительства;
- управлениям семьи и молодежи;
- органам социальной защиты;
- органам образования;

⁹⁶ При подготовке материала использованы: Организация и поддержка служб по социальному сопровождению для уязвимых групп: руководство для тренера: базовый курс. – М.: СПИД Фонд Восток-Запад, 2008. – 97 с.; Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп: практическое пособие для социальных работников. – Алматы: СПИД Фонд Восток-Запад, 2007. – 157 с.

- органам здравоохранения;
- правоохранительным органам.

Для этого необходимо создать **партнерскую социальную сеть**, объединяющую государственные и общественные организации.

Цель такой партнерской сети – организовать для клиента программы доступа к широкому спектру качественных медико-социальных услуг.

Основные функции партнерской сети:

- предоставление доступа к широкому спектру услуг (желательно – на бесплатной основе);
- соблюдение принципов дружелюбности к клиенту и клиент-центрированного подхода на всех этапах реабилитации клиента;
- направление организациями-партнерами новых клиентов в программу.

Таким образом, партнерская сеть должна включать широкий круг различных организаций. Важно, чтобы в нее входили учреждения, которые могут оказать помощь клиентам, не имеющим документов (паспорта, регистрации по месту пребывания); в частности это касается медицинских услуг. При достаточном взаимопонимании и доверии между организациями-партнерами клиент может получать необходимую помощь, в том числе медицинскую, одновременно с деятельностью по получению или восстановлению документов, которые могут быть предоставлены после оказания помощи.

Помимо лечебных учреждений, социальная сеть должна включать организации, готовые оказать подросткам и молодым людям помощь в наркологической реабилитации, социальную помощь (в том числе кризисную), условия для временного или постоянного проживания и т. д.

При формировании партнерской сети следует в первую очередь провести оценку рынка услуг, при этом необходимо учитывать следующие параметры:

- наличие услуги, в которой нуждается клиент;
- специалисты, оказывающие данную услугу;
- требования, предъявляемые в организации к получателю данной услуги;
- возможности установления партнерских отношений с организацией, предоставляющей услуги, и условия их предоставления (на платной основе, бесплатно, анонимно, не анонимно, график и режим работы).

В результате поиска конкретной услуги можно найти одну или несколько организаций, представляющих ее, или убедиться, что эта услуга на территории действия программы никем не предоставляется.

В случае наличия таких организаций следующим шагом должно стать определение качества и доступности предоставляемой услуги. В ходе мониторинга качества услуг необходимо использовать следующую информацию:

- официальные отчеты организации об оказываемой услуге;
- отзывы клиентов, ранее получавших услугу от данной организации;
- информация от специалистов, предоставляющих услугу;
- собственный анализ полученной информации.

В случае отсутствия необходимой услуги на территории реализации проекта необходимо изучить возможность создания данной услуги в рамках программы или введения услуги на базе существующих медико-социальных учреждений и организаций.

При проведении оценки рынка услуг необходимо собрать наиболее полную и четкую информацию, что позволит создать базу данных услуг. Такая база должна строиться по перечню услуг и включать в себя следующую информацию:

- 1) название организации;
- 2) адрес;
- 3) телефон;
- 4) контактная информация руководителя и специалистов;
- 5) график приема каждой организации-партнера;
- 6) требования, предъявляемые к клиенту (пол, возраст, место жительства, состояние здоровья, наличие документов, справок, результатов анализов и т. п.);
- 7) описание услуги (продолжительность, содержание и т. п.);
- 8) информация, как добраться до учреждения.

Примерная форма сбора информации об учреждениях и организациях – партнерах программы профилактики ВИЧ среди ПГР, разработанная на основе опыта Киевской городской службы для семьи, детей и молодежи, приведена в приложении к данному пособию (см. Приложение 13.5.2).

Мотивация организаций для вступления в партнерскую сеть:

- выполнение своих функций («ничего нового»);
- взаимная выгода от сотрудничества – объединение сил и средств для решения общей проблемы, достижения общих целей;
 - повышение статуса организации среди клиентов, в обществе в целом;
 - более эффективные показатели работы структуры;
 - гуманистические аспекты;
 - альтруистические аспекты;
- социальная ответственность (для бизнес-структур, коммерческих организаций).

Взаимодействие внутри партнерской сети⁹⁷

Взаимодействие партнерских организаций может строиться на основе договоров о сотрудничестве или на неформальных связях организаций или их руководителей. В обоих случаях целесообразно проводить регулярные встречи представителей сотрудничающих организаций для обмена информацией, выявления общих проблем, связанных с сопровождением клиентов, и распределения функций. Оптимальной формой такого взаимодействия могут быть междисциплинарные межведомственные консилиумы с участием специалистов всех вовлеченных организаций и учреждений.

Официальные договоры или устные договоренности о сотрудничестве организаций в процессе сопровождения подростков и молодежи групп риска должны касаться следующих моментов:

⁹⁷ При подготовке материала использованы: Организация и поддержка служб по социальному сопровождению для уязвимых групп: руководство для тренера: базовый курс. – М. : СПИД Фонд Восток-Запад, 2008. – 97 с.; Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп: практическое пособие для социальных работников. – Алматы : СПИД Фонд Восток-Запад, 2007. – 157 с.

- определение целевой группы;
- обязанности взаимодействующих сторон;
- формы сотрудничества, алгоритм взаимодействия;
- условия доступа клиентов к помощи (минимальный набор документов, критерии);
 - сопровождающие формы для направления клиентов;
 - информация, необходимая для эффективного перенаправления.

Система эффективного взаимодействия партнерских организаций и учреждений при оказании помощи подросткам и молодежи групп риска предполагает следующие действия:

- предоставление клиенту информации о другой организации и оказываемой ею помощи;
- получение согласия клиента на направление его в эту организацию и на передачу, в случае необходимости, информации о нем;
- контроль за назначением клиенту времени приема в партнерской организации и соблюдением клиентом этого времени;
- передача необходимой информации о клиенте;
- сопровождение клиента, в случае необходимости, в партнерскую организацию;
- контроль за оказанием / получением клиентом помощи в партнерской организации.

Основные вопросы для обсуждения во время встреч партнерской сети:

- предоставление результатов работы партнерской сети за определенный период;
- обсуждение проблемных вопросов взаимодействия между партнерами (если такие имеются);
 - обсуждение работы с проблемными клиентами;
 - обсуждение проблемных ситуаций;
 - информация о предоставлении новых видов услуг членами сети;
 - обсуждение и утверждение информационных материалов для клиентов об услугах организаций – членов сети и пр.

Для формирования преемственности оказания услуг необходимо провести ряд встреч с организациями-партнерами, на которых выработать условия сотрудничества. Это потребует предварительного выяснения нужд партнерских организаций в области оказания того или иного вида услуг. Важной составляющей сотрудничества является также возможность согласовывать действия между членами и партнерской сетью, для чего необходимо заранее разработать порядок передачи клиента из одной службы в другую, установить соответствующую документацию.

Для улучшения взаимодействия специалистов партнерских организаций следует предусмотреть проведение совместных мероприятий (семинаров, рабочих встреч). Это поможет создать мультидисциплинарную команду специалистов, что позволит специалистам из партнерских организаций лучше понимать работу коллег и даст возможность каждому специалисту увидеть весь процесс сопровождения клиента и свою роль в этом процессе.

Сопровождение клиента на этапе переадресации в рамках партнерской сети

Сопровождение клиента в партнерскую организацию бывает необходимо тогда, когда ему не хватает социальных навыков или мотивации для самостоятельного обращения. Кроме того, сопровождение клиента специалистом необходимо в сложных неоднозначных случаях, чтобы специалист мог представить интересы клиента и предупредить возможный отказ или задержку в предоставлении помощи.

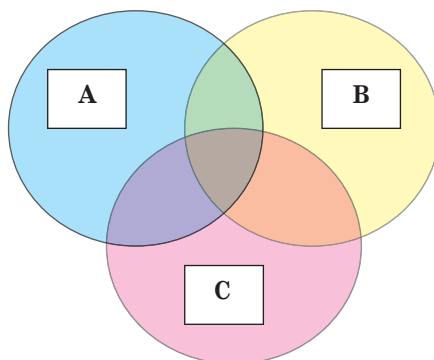
При направлении подростка / молодого человека в партнерские организации необходимо соблюдать принцип конфиденциальности информации. Он заключается в том, что любая информация о клиенте и его окружении, которая становится известна специалистам в процессе ведения случая, может быть передана специалистам из других учреждений только с разрешения клиента, желательно зафиксированного письменно в форме информированного согласия. Принцип конфиденциальности предполагает неразглашение информации о клиенте за пределами междисциплинарной команды специалистов, ведущих его случай. Однако это не ограничивает обмен информацией о клиенте внутри самой команды, что необходимо для эффективного сопровождения подростка.

Перед направлением клиента за помощью в партнерскую организацию, ему необходимо объяснить следующее:

- кому, для чего и какая именно информация о нем будет передана;
- насколько важно предоставить достоверную информацию о себе, своем здоровье, социальной ситуации и образовательном уровне, чтобы получить необходимую помощь в полном объеме;
- куда (точный адрес, схема проезда, телефоны) и к кому ему необходимо обратиться;
- какой положительный результат принесет клиенту обращение в эту организацию.

Такая беседа может способствовать изменению первоначального решения клиента не рассказывать о себе ничего и предоставлению добровольного согласия на обмен информацией с сотрудниками партнерских организаций, а также повысит его мотивацию к получению услуг в рамках другой программы (организации).

Система взаимодействия «Клиент – программа – партнерская организация»



А – клиент; В – программа; С – партнерская организация.

Данная схема подчеркивает важность взаимодействия организаций в вопросе переадресации клиента.

Переадресация клиента в рамках партнерской сети ни в коем случае не должна выполняться формально, без соответствующей подготовки клиента и без хорошо установленного контакта с организацией – членом партнерской сети, куда клиента направляют. Если переадресация будет выполнена некачественно, то существует большой риск не только того, что клиент не получит необходимую для него услугу, но и вообще уйдет из программы.

Таким образом, эффективная партнерская сеть позволяет поставщикам услуг наиболее качественно оказывать помощь клиенту в решении его сложных жизненных обстоятельств и проводить профилактику инфицирования ВИЧ. Именно работа в мультидисциплинарной межведомственной команде наиболее выгодна для всех партнеров, направляющих свои усилия на решение одинаковых или взаимосвязанных задач.

Понимание и соблюдение принципов партнерства, взаимной ответственности, поддержки являются важнейшим условием эффективного оказания услуг подросткам и молодым людям групп риска инфицирования ВИЧ.

**Часть
14**

**Профилактика синдрома
профессионального сгорания.
Планирование
позитивных изменений.
Подведение итогов тренинга**

**14.1. Профилактика синдрома
профессионального сгорания**

**Сущность синдрома профессионального сгорания у работников
медико-социальной сферы и его проявления⁹⁸**

Синдром профессионального сгорания (СПС) как психологический феномен начали изучать недавно. Впервые термин «синдром профессионального сгорания» (в некоторой литературе «эмоциональное сгорание») в отечественной литературе начал встречаться в начале 70-х гг. XX ст. Сегодня его применяют в профессиональных сферах, где основой работы является взаимодействие и непосредственное общение с людьми. К данной профессиональной сфере принадлежат и социально-педагогическая, медико-социальная работа, в частности работа с подростками и молодежью групп риска.

У отечественных и зарубежных ученых существует единая точка зрения относительно сгорания, согласно которой СПС включает в себя три основные составляющие:

- 1) эмоциональное истощение;
- 2) деперсонализацию (цинизм);
- 3) редукцию профессиональных достижений.

Эмоциональное истощение

Развитию СПС предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой в ущерб своим потребностям в других сферах жизни. Это приводит к развитию первого признака синдрома – эмоционального истощения. Эмоциональное истощение выражается в появлении эмоциональной опустошенности и ощущении усталости, вызванной работой. Ощущение усталости не проходит после ночного сна. После периода отдыха (выходные, отпуск) оно становится меньше, но по возвращении в привычную рабочую ситуацию возобновляется с прежней силой. Эмоциональные перегрузки и невозможность восполнения энергии приводят к попытке самосохранения через отстраненность и отчуждение.

⁹⁸ При подготовке материала использованы: Кэррол О. Социальная психология групп. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2004; Помощь помощникам: социально-психологическое сопровождение социальных работников: научно-методический сборник статей / под ред. Осуховой Н. Г. – М., 2006. – 123 с.; Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23. – № 3.

Заниматься своей работой с прежней энергией человек уже не в состоянии. Работа выполняется в основном формально.

Эмоциональное истощение является основным признаком профессионального сгорания.

Деперсонализация предусматривает негуманное, циничное отношение к клиентам.

Клиент воспринимается как некий обезличенный объект. У консультанта может появиться иллюзия, что все проблемы и беды клиента даны ему во благо. Негативное отношение сказывается в ожидании худшего, нежелании общаться, игнорировании клиента. В кругу своих коллег «сгорающий» специалист рассказывает о нем с неприязнью и пренебрежением. На первых порах он отчасти еще может сдерживать свои чувства, но постепенно ему становится все труднее это делать, и, в конце концов, они начинают буквально выплескиваться наружу. Жертвой негативного отношения становится ни в чем не повинный человек, который обратился к профессионалу за помощью и надеялся, в первую очередь, на гуманное отношение.

Редукция профессиональных достижений – возникновение у работников чувства некомпетентности в собственной профессиональной области, ощущение неуспеха в ней.

СПС включает в себя группы симптомов, проявляющихся вместе. Поскольку сгорание как процесс протекает у каждого индивидуально, то и симптомы у всех выражаются по-разному и в разной комбинации.

Можно выделить следующие **группы симптомов**:

1. Эмоциональные: чувство эмоционального опустошения, неопределенное чувство беспокойства и тревоги, особенно в тех ситуациях, где она раньше не возникала, разочарование, снижение уровня энтузиазма, раздраженность, обидчивость, неуверенность, понижение самооценки, бессилие и т. д.

2. Психосоматические: повышенная утомляемость, чувство истощения на протяжении всего дня, повышенная чувствительность к показателям внешней среды, головная боль, желудочно-кишечные расстройства, отсутствие аппетита или переедание, что приводит к избыточному весу или его недостаточности, нарушение сна, бессонница и т. д.

3. Нарушение познавательных процессов: трудности с концентрацией внимания, жесткость и ригидность в мышлении, сконцентрированность на деталях, неспособность принятия адекватных эффективных решений и т. д.

4. Неприятие профессиональной деятельности: формализм, стереотипность в работе, неприятие работы, чувство отсутствия эффективности в работе, полезности, внутреннее чувство сопротивления выходу на работу, мысли о смене работы, профессии и т. д.

5. Нарушение социальных связей: избегание контактов с людьми, дистанционная позиция с клиентами и коллегами, желание уединения, критическое и циничное отношение к клиентам и т. д.

Сгорание и неудовлетворение работой влияют и на семейные отношения – возрастает количество семейных конфликтов. После перенасыщенного рабочего дня профессионал ощущает желание уединиться, и это, в первую очередь, создает преграды на пути общения с членами собственной семьи.

Таким образом, можно прийти к выводу, что сгорание влияет на все сферы развития человека. Начавшись в профессиональной деятельности, сгорание «задевает» и личность человека, мешает ее развитию.

Симптомы профессионального сгорания указывают на характерные качества процесса и психической перегрузки, которые приводят или могут привести к полной дезинтеграции разнообразных психических процессов, и прежде всего – эмоциональных. Следует отметить, что синдром развивается определенными фазами, а также зависит от индивидуальных особенностей человека, его эмоционально-мотивационной сферы.

Как ни парадоксально, но СПС является защитным механизмом организма, поскольку заставляет человека дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время, данное утверждение оказывается справедливым лишь в случае, когда речь идет о самом начале формирования данного состояния. На более поздних стадиях «сгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональных обязанностей и отношениях с окружающими.

«Сгорающий» может не осознавать причин происходящих в нем процессов. Для защиты себя он перестает воспринимать собственные чувства, связанные с работой. Формализм, жесткие интонации и холодные взгляды, к которым мы уже почти привыкли в поликлиниках, школах, других административных организациях, в большинстве случаев являются проявлениями синдрома эмоционального сгорания.

Исследования в этой области позволяют говорить о существовании определенных факторов и условий, влияющих на развитие СПС.

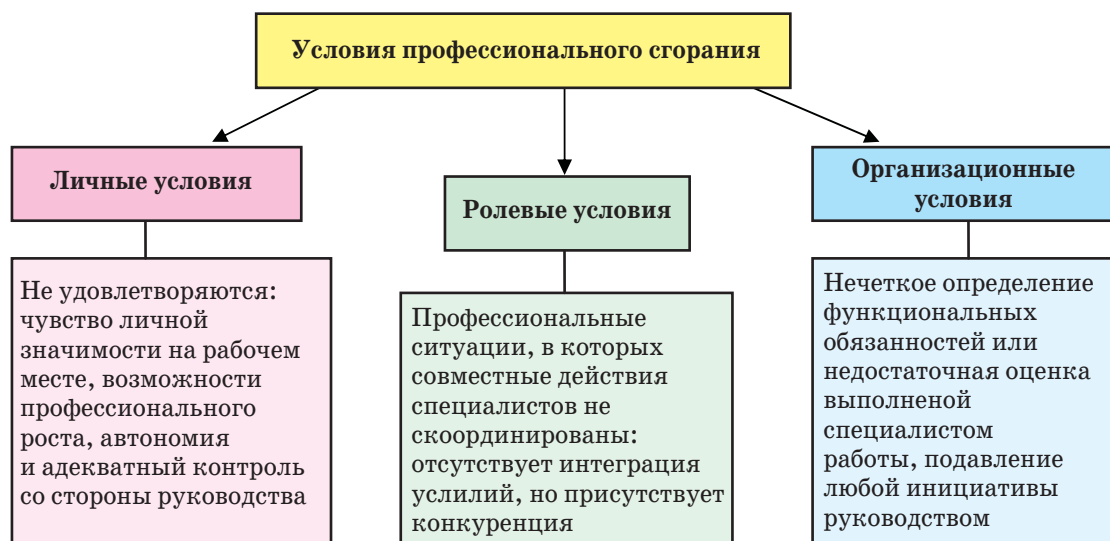
1. Индивидуальные характеристики профессионала:

- социально-демографические особенности: уровень образования, стаж работы, возраст, пол и т. п.;
- особенности, включающие тип поведения, самооценку, уровень тревожности и т. п.

2. Особенности профессиональной деятельности:

- «трудный» контингент;
- эмоционально напряженная деятельность;
- тяжелые условия труда;
- повышенная требовательность руководства, неблагоприятная психологическая атмосфера в коллективе.

Внешние и внутренние условия профессионального сгорания



Выделяют три уровня последствий профессионального сгорания.

| Последствия | Проявления |
|---|---|
| 1. Заниженная самооценка | «Сгорев», сотрудники, как следствие, ощущают беспомощность и апатию. Со временем чувства могут перейти в агрессию и отчаяние. |
| 2. Непрофессионализм | Специалисты, страдающие от эмоционального сгорания, не в силах установить нормальный контакт с клиентами. Преобладают объект-объектные отношения |
| 3. Эмоциональное истощение, соматизация | Усталость, апатия и депрессия, сопровождающие эмоциональное сгорание и приводящие к серьезным физическим заболеваниям – гастриту, мигрени, повышенному артериальному давлению, синдрому хронической усталости |

Тест на определение степени эмоционального опустошения специалиста находится в приложении к данному пособию (см. Приложение 14.1.1).

Предупреждение синдрома профессионального сгорания

Важным условием предупреждения синдрома сгорания является соблюдение правил психогигиены. Психическое здоровье предусматривает состояние полного душевного равновесия, умение владеть собой, способность быстро адаптироваться в сложных ситуациях и их преодолевать, умение за короткое время налаживать душевное равновесие. Существует много способов, используемых для психогигиены и предупреждения СПС, но акцент можно сделать на основных:

- 1) стремление к личностному росту;
- 2) расширение кругозора относительно разного рода проблем, информированность;
- 3) четкое разграничение личной жизни и профессиональной деятельности;
- 4) расширение собственных социальных контактов;

- 5) рационализация профессиональной деятельности на высоком профессиональном уровне;
- 6) система самоощущения.

Исследователь Г. Кочунас предложил следующие средства предупреждения синдрома сгорания:

В личной сфере:

- поддержка собственного здоровья;
- культивирование других интересов, не связанных с профессиональной деятельностью;
- чтение не только профессиональной литературы, но и другой, приносящей удовлетворение без ориентации на какую-либо пользу;
- духовное и культурное развитие (приобщение к искусству, посещение театров, концертов и т. п.);
- качественная социальная жизнь, наличие друзей (желательно других профессий), во взаимодействии с которыми достигается равновесие, согласие в семье;
- стремление к тому, чего хочется, без «фанатичной» надежды победить во всех случаях, а в случае поражения – умение его переживать без эмоционального «самоуничтожения» и агрессии;
- способность к адекватной самооценке;
- открытость новому опыту;
- отличные коммуникативные навыки;
- оптимизм и чувства юмора и т. п.

В организационной сфере:

- умение не спешить и давать себе достаточно времени для достижения положительного результата в работе и личной жизни;
- обдуманый и взвешенный подход к обязательствам (например, не следует брать на себя большую ответственность за клиента, чем он сам, или выполнять самостоятельно функции, возложенные на других сотрудников);
- высокая самоорганизация;
- владение привычками тайм-менеджмента (качественного использования времени).

В профессиональной сфере:

- внедрение нововведений в собственную работу, повышение квалификации;
- участие в семинарах, тренингах, конференциях, где предоставляется возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом;
- периодическая совместная деятельность / общение с коллегами, значительно отличающимися профессионально и личностно;
- участие в работе профессиональных групп, позволяющее обсудить пути предупреждения и преодоления сложных ситуаций, решения проблем и т. п.

Достаточно распространенным в профилактике профессионального сгорания является проведение специальных семинаров-тренингов для специалистов. Цель таких занятий – предоставить специалистам знания и сформировать

навыки саморегуляции, помочь в предупреждении и снятии психоэмоционального напряжения. Наиболее доступными и популярными среди методов, используемых во время таких занятий, являются психологические упражнения, игры. Часть из них можно выполнять даже самостоятельно, наедине или в семейном кругу, когда нет возможности посещения подобных занятий в группе коллег. Основной целью этих упражнений является достижение умения расслабляться. Это важно для получения быстрого результата в случае стресса, переживаний.

14.2. Планирование позитивных изменений на рабочем месте

Крайне важным является планирование позитивных изменений, которые будут внесены в работу специалистами после прохождения обучения и изучения материалов данного пособия.

Ознакомьтесь, пожалуйста, с образцом индивидуального плана, который находится в *Приложении 14.2.1* к данному пособию, и заполните свою форму индивидуального плана позитивных изменений «Мой индивидуальный план» (там же), что поможет Вам сделать свою работу эффективнее.

ЖЕЛАЕМ ВАМ УСПЕХОВ!

История для вдохновения

Старый седой дедушка ходил вдоль берега моря после огромной бури. Вокруг поблескивали на солнце и били хвостами маленькие рыбки, во время шторма вынесенные на берег волной и обреченные на гибель. Дедушка размышлял о смысле жизни и бродил вдоль побережья. Вдруг он заметил вдали маленькую красную точку, которая как-то хаотически двигалась вдоль береговой линии. Он решил подойти ближе и со временем смог рассмотреть маленькую девочку в красном платице, которая собирала рыбок из песка, относила их к воде и бросала в море.

Он подошел еще ближе, улыбнулся к девочке и сказал:

– Ребенок, что ты делаешь? Ты же не сможешь спасти всех, их здесь миллионы!

Девочка очередной раз бросила в воду рыбку, плескавшую хвостом в ее руках, также улыбнулась и сказала:

– Но вот эта рыбка, дедушка, будет жить!

Приложения

Приложение 11.4.

Порядок добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию – Национальный протокол по ДКТ (выдержки)

*Утвержден Приказом МОЗ Украины
19.08.2005*

1.5 Особенности консультирования потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)

Образ жизни потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) часто связан с правонарушениями, конфликтами с законом и вызывает осуждения со стороны общества.

Поэтому ПИН могут с осторожностью и недоверием относиться к услугам по консультированию и тестированию, которые предоставляются государственными службами или службами на базе учреждений здравоохранения. Услуги по ДКТ, являющиеся частью этой системы, могут столкнуться с трудностями в привлечении пациентов из числа ПИН. Примером успешного решения этой проблемы могут быть программы, в которых ДКТ организуется в сотрудничестве с общественными организациями, реализующими программы по профилактике ВИЧ/СПИДа «за пределами кабинетов» – с выходом или выездом к местам обычного пребывания потребителей наркотиков.

В такие программы консультанты часто привлекаются из числа бывших потребителей наркотиков, которые имеют представление о социальных нормах и ценностях наркокультуры. Кроме того, они пользуются доверием в среде потребителей наркотиков, поэтому профилактические мероприятия, которые они осуществляют, нередко воспринимаются целевой группой с большей степенью доверия. Если такой работник пройдет специальную подготовку в качестве консультанта по вопросам ВИЧ/СПИДа, он сможет в доступной и приемлемой для потребителей наркотиков форме дать объяснения относительно тестирования и необходимости быть проинформированным о своем ВИЧ-статусе.

Участие бывших потребителей наркотиков в привлечении ПИН к ДКТ и в процессе консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа позволяет повысить уровень доверия ПИН к государственным службам, предоставляющим услуги ДКТ, и другим видам медицинской и социальной помощи.

Консультирование проводится в такой последовательности:

| | |
|--|---|
| Оценка общего состояния пациента | <p>Субъективно оценить наличие у пациента состояния наркотического или алкогольного опьянения, состояния абстиненции.</p> <p>При невозможности пациента из-за его состояния воспринять информацию назначить повторную встречу.</p> <p>При адекватной реакции пациента продолжить консультирование соответственно мероприятиям раздела 4.2 этого Порядка</p> |
| Мотивирование пациента на полное прохождение процедуры консультирования и тестирования | <p>Сообщить, когда и где пациент сможет получить результат этого теста.</p> <p>Выяснить, будет ли у него возможность зайти за результатом в это время. Если нет, то объяснить, что он сможет его забрать и получить консультацию и чуть позже.</p> <p>Объяснить, что:</p> <ul style="list-style-type: none"> • очень важно, чтобы он вернулся за результатом; • после получения результата, он сможет обсудить с консультантом те вопросы, которые у него возникнут; • при потребности что-то обсудить, он может смело прийти на дополнительную консультацию |
| Обсуждение преимуществ знания своего ВИЧ-статуса. Проведение вместе с пациентом анализа возможных «за» и «против» знания его статуса | <p>Объяснить: что пациент уже сделал очень важный шаг, придя на эту консультацию, так как знания, которые он здесь получит, смогут ему помочь руководить своей жизнью.</p> <p>Обсудить преимущества знания его ВИЧ-статуса и трудности, которые могут при этом возникнуть.</p> <p>Вместе с ним составить списки «за» и «против» знания своего ВИЧ-статуса</p> |
| Информирование пациента о возможности получения психологической, социальной и других видов поддержки для ПИН | <p>Объяснить, что при возникновении потребности в психологической поддержке, можно обратиться за помощью в организацию, которая занимается предоставлением помощи ПИН. Предоставить контактную информацию.</p> <p>Указать время и условия приема этого консультанта</p> |
| Предоставление информации о группах взаимопомощи | <p>Предоставить информацию о группах взаимопомощи, которые объединяют людей с подобными проблемами, предоставить контактную информацию.</p> <p>При возможности помочь в осуществлении первого контакта с представителями этих групп</p> |
| Обсуждение возможности экстренной профилактики в случае сексуального насилия | <p>Объяснить, что сексуальное насилие связано с повышенным риском инфицирования ВИЧ вследствие травмирования слизистых оболочек.</p> <p>Рассказать о возможностях экстренной профилактики ВИЧ в случае сексуального насилия</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Проведение вместе с пациентом оценки индивидуальных рисков инфицирования ВИЧ и ИППП в случае предоставления платных сексуальных услуг. Обсуждение возможности уменьшения рисков</p> | <p>Выяснить:</p> <ul style="list-style-type: none"> • использование средств предотвращения инфицирования инфекциями, которые передаются половым путем; • наличие ситуаций, когда не используется презерватив и причину этого. <p>Вместе с пациентом обсудить пути уменьшения рисков инфицирования</p> |
| <p>Выяснение ошибочных представлений у пациента относительно безопасных / опасных сексуальных практик</p> | <p>Выяснить:</p> <ul style="list-style-type: none"> • каким образом он определяет лиц, с которыми половые контакты есть более рискованными относительно инфицирования ВИЧ и ИППП; • есть ли какие-то группы лиц, с которыми он не связывает риск инфицирования ВИЧ. Если так, то почему; • каким образом такие соображения влияют на его выбор поведения |
| <p>Обсуждение рисков инфицирования ВИЧ для РКС и ПИН</p> | <p>Выяснить информированность пациента о распространенности ВИЧ среди ПИН и РКС.</p> <p>Объяснить факторы повышенного риска инфицирования ВИЧ для РКС.</p> <p>Напомнить, что часть РКС есть потребителями инъекционных наркотиков, то есть имеют двойную угрозу инфицирования</p> |
| <p>Обсуждение путей и средств уменьшения риска инфицирования</p> | <p>Составить вместе с пациентом план защиты его и постоянного партнера от инфицирования ВИЧ.</p> <p>Объяснить:</p> <ul style="list-style-type: none"> • негативное влияние употребления наркотиков на состояние его здоровья; • что для уменьшения риска инфицирования ВИЧ, вирусами гепатитов В и С ему необходимо отказаться от инъекционного употребления наркотиков; • что при невозможности его отказа от инъекционного употребления наркотиков в данное время, он не должен пользоваться чужими использованными или общими шприцами, не давать другим свой использованный шприц, не промывать использованный шприц в общей емкости с водой, для каждой инъекции использовать стерильный шприц и т.п.; • необходимость использования качественного презерватива при каждом сексуальном контакте. <p>Выяснить его намерения относительно первого шага в реализации этого плана</p> |
| <p>Послетестовое консультирование при отрицательном или неопределенном (сомнительном) результате теста</p> | <p>Провести консультирование с учетом требований соответствующих мероприятий раздела 4.3 этого Порядка</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Послетестовое консультирование в случае положительного результата.</p> <p>Планирование будущего с детализацией относительно изменения поведения на менее рискованное для улучшения качества жизни</p> | <p>Выяснить состояние и возможность пациента воспринять информацию, при необходимости назначить повторную встречу.</p> <p>Дальнейшее консультирование провести в соответствии с мероприятиями раздела 4.3 этого Порядка.</p> <p>Выяснить, повлияет ли его положительный статус на решение относительно уменьшения употребления наркотиков.</p> <p>Если да, то:</p> <ul style="list-style-type: none"> • каким образом и каких результатов он ожидает от таких изменений; • кто может его поддержать на пути к положительным изменениям |
|--|--|

1.6. Особенности консультирования работников коммерческого секса (РКС)

Предоставление сексуальных услуг по обыкновению является основным источником доходов работника коммерческого секса (РКС). РКС понимают, что предупреждать клиентов о риске инфицирования ИППП или предлагать менее приятный для них способ сексуального контакта – не наилучшая возможность для заработка денег. Поэтому отказ от некоторых или от всех форм поведения, связанных с риском, может уменьшить способность РКС зарабатывать себе на жизнь. Обычно секс-работники вообще избегают разговора о презервативе, когда договариваются с клиентом о стоимости услуги, месте, где она будет предоставляться и т. п. Кроме того, РКС (особенно с низким уровнем оплаты услуг) могут испытывать значительное давление в виде финансовых стимулов, принуждения со стороны сутенера или клиента, который заставляет их решаться на особенно рискованное поведение (например, на проникающий секс без презерватива). Именно эти РКС, которые обычно предлагают свои услуги на улице, наименее образованные и имеющие низкий социально-экономический статус, наиболее подвержены агрессии и жестокому обращению со стороны клиентов, сутенеров, работников правозащитных органов. Инфицирование ВИЧ и другими возбудителями ИППП вследствие незащищенности перед насилием является серьезной проблемой для РКС.

Консультант должен помочь РКС находить пути преодоления препятствий, с которыми они сталкиваются во время попыток уменьшения риска инфицирования ВИЧ и ИППП. Если они уже инфицированные – предупредить о необходимости соблюдения профилактических мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, других ИППП и уголовной ответственности за инфицирование их партнеров.

Следует уделить надлежащее внимание созданию атмосферы доверия, обсудить все волнующие РКС вопросы и возможности получения необходимой помощи, проинформировать об организациях, учреждениях и объединениях граждан, в которых можно получить дополнительные медицинские, психологические, юридические услуги.

Во время консультирования необходимо осветить вопросы, предусмотренные в разделах 4.2 и 4.3 этого Порядка, с учетом особенностей лиц, которые консультируются.

Консультирование проводится в такой последовательности:

| | |
|---|---|
| <p>Информирование о мерах и средствах профилактики инфицирования ВИЧ половым путем</p> | <p>Выяснить, пользуется ли пациент средствами защиты от инфицирования ИППП, в том числе качественными презервативами для орального и анального секса и т. п. Обсудить дополнительные меры для предотвращения инфицирования.</p> <p>Рассмотреть правила применения презервативов (использовать при наличии демонстрационные материалы: схемы, рисунки, презервативы, муляжи). Обсудить действия в случае, когда презерватив разорвался.</p> <p>Спросить о наличии и причинах случаев секса без презерватива и собственную оценку риска инфицирования при таких обстоятельствах.</p> <p>Вместе с лицом, которое консультируется, определить пути недопущения таких ситуаций. Рассмотреть возможность альтернативного непроникающего секса</p> |
| <p>Оценка риска относительно сексуального насилия. Обсуждение правил поведения для уменьшения его риска</p> | <p>Выяснить:</p> <ul style="list-style-type: none"> • собственную оценку риска РКС относительно достоверности инфицирования; • распространенность сексуального насилия среди окружения РКС, с чем это может быть связано; • кто чаще всего оказывается насильником (клиенты или кто-то другой). <p>Обсудить вместе с лицом, которое консультируется, правила его/ ее поведения, которые помогут избежать или уменьшить риск насилия и предупредить возможные конфликты</p> |
| <p>Информирование относительно экстренной профилактики инфицирования в случае сексуального насилия</p> | <p>Разъяснить:</p> <ul style="list-style-type: none"> • причины повышенного риска инфицирования ВИЧ при сексуальном насилии (существенное травмирование слизистых оболочек и т.п.); • возможность экстренной профилактики ВИЧ в случае сексуального насилия |
| <p>Оценка риска, связанного с употреблением психоактивных веществ</p> | <p>Выяснить наличие случаев:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сексуальных контактов под влиянием наркотиков (каких?) или алкоголя; • обслуживания секс-клиентов, которые находятся в нетрезвом состоянии. <p>Разъяснить высокий риск инфицирования ВИЧ под влиянием наркотиков, особенно инъекционных.</p> <p>Разработать индивидуальный план уменьшения риска инфицирования ВИЧ и узнать о намерениях относительно личной защиты от инфицирования</p> |

| | |
|--|---|
| Определение рисков, связанных с половыми контактами, и путей профилактики | <p>Выяснить:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наличие постоянного полового партнера/партнеров (кроме клиентов); • использование партнером средств предотвращения инфицирования ИППП; • собственную оценку безопасности секса с постоянным партнером. Обсудить дополнительные меры предотвращения инфицирования |
| Определение факторов повышенного риска для РКС (ИППП, сексуальные практики, связанные со значительным травмированием слизистых оболочек) | <p>Объяснить:</p> <ul style="list-style-type: none"> • что при половых контактах, которые сопровождаются сильным травмированием слизистых оболочек, повышается риск инфицирования ВИЧ; • большую восприимчивость к инфицированию ВИЧ лиц с воспалительными заболеваниями половых путей; <p>Составить с РКС план уменьшения его / ее риска инфицирования</p> |
| Предоставление информации и определение оптимальных профилактических средств | <p>Выяснить приемлемость, условия, преимущества, недостатки и препятствия в применении профилактических средств</p> |

1.7. Особенности консультирования мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ)

Непринятие МСМ со стороны общества создает дополнительные барьеры при обсуждении индивидуальных рисков, связанных с половым поведением. МСМ бывает сложно сознаться в практике незащищенного секса с другими мужчинами. Нужно найти деликатный подход к пациенту, чтобы реалистически оценить его индивидуальные риски и оказать необходимую поддержку.

При консультировании необходимо осветить вопросы, предусмотренные в разделах 4.2 и 4.3 этого Порядка, с учетом особенностей лиц, которые консультируются.

Необходимо уделить достаточно внимания разоблачению определенных мифов, связанных с сексуальным поведением, которые существуют в данной социальной группе, предоставить достоверную информацию относительно безопасных и опасных моделей поведения. Важно, чтобы несколько отрицательных результатов теста не привели к потере надлежащего внимания МСМ к вопросам безопасного секса. Одной из задач консультирования является повышение мотивации пациента к практике безопасного сексуального поведения.

Консультирование проводится в такой последовательности:

| | |
|--|---|
| Выяснение характера сексуального поведения | <p>Выяснить стиль сексуального поведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • степень бисексуальности: наличие сексуальных контактов с противоположным или со своим полом; • наличие постоянного партнера, партнера со случайными половыми отношениями, случайных партнеров; |
|--|---|

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • наличие относительно безопасных сексуальных практик при отношениях с МСМ (взаимная мастурбация, межбедренный секс и т. п.) |
| Обсуждение мер и средств профилактики инфицирования половым путем | <p>Выяснить ситуацию относительно стереотипов поведения во всех случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • использование пациентом и его партнером / партнершей средств профилактики заражения ИППП, обсудить дополнительные меры профилактики; • использование пациентом качественных презервативов (в том числе специальных для анального секса), лубрикантов и рассмотреть правила их применения |
| Предоставление специальных рекомендаций об их использовании | <p>Разъяснить с использованием демонстрационных материалов преимущества и необходимость применения лубриканта.</p> <p>Объяснить, что обычные кремы не заменяют лубриканты, которые можно приобрести в аптечной сети</p> |
| Обсуждение рисков инфицирования для «активного» и «пассивного» партнеров | <p>Выяснить информированность относительно распределения риска инфицирования между «активным» и «пассивным» партнером и детально рассмотреть факторы, которые увеличивают риск инфицирования обоих партнеров</p> |
| Обсуждение риска инфицирования при незащищенном оральном сексе | <p>Объяснить возможность инфицирования как «активного», так и «пассивного» партнеров при незащищенном оральном сексе, необходимость использования качественных презервативов и т. п.</p> |
| Обсуждение рисков, связанных с частой сменой партнеров | <p>Выяснить понимание пациентом зависимости риска инфицирования от количества половых партнеров и их сексуальных контактов.</p> <p>Определить и рассмотреть возможность уменьшения риска, связанного с частой сменой половых партнеров</p> |
| Выяснение прохождения теста на ВИЧ в прошлом и причины повторных обследований | <p>Обсудить ситуации, которые вызывают обеспокоенность возможностью инфицирования ВИЧ</p> |
| Определение влияния отрицательного результата теста на дальнейшее поведение и оценку собственных рисков | <p>Выяснить относительно:</p> <ul style="list-style-type: none"> • практики безопасного секса и ее длительности после получения отрицательного результата теста; • причины возвращения к незащищенному сексу |
| Выяснение наличия других видов рискованного поведения | <p>Выяснить наличие опыта употребления наркотиков</p> |
| Обсуждение принципов уменьшения вреда, если пациент употребляет наркотики инъекционным путем | <p>Обсудить возможность уменьшения риска инфицирования ВИЧ при инъекционном употреблении наркотиков в соответствии с разделом 5 приложения 1 к Порядку</p> |

| | |
|--|---|
| Информирование о влиянии психоактивных средств на половое поведение | Выяснить наличие опыта сексуальных контактов у пациента и его партнера с партнером, который находился под влиянием наркотиков (каких) или алкоголя. Объяснить влияние наркотических веществ на сексуальное поведение, снижение критического отношения к возможности инфицирования ВИЧ |
| Оценка риска относительно сексуального насилия | Выяснить: <ul style="list-style-type: none"> • его собственную оценку относительно причин и риска подвергнуться сексуальному насилию; • распространенность сексуального насилия среди окружения пациента |
| Обсуждение с пациентом возможности экстренной профилактики в случае сексуального насилия | Объяснить причины риска инфицирования при сексуальном насилии. Предоставить информацию о возможности экстренной профилактики ВИЧ в случае сексуального насилия |
| Оценка индивидуальных рисков инфицирования ВИЧ и ИППП для лиц, представляющих сексуальные услуги | Выяснить: <ul style="list-style-type: none"> • пользуются ли пациент и его партнеры средствами профилактики ИППП (какими); • бывают ли ситуации, когда не используется презерватив, и почему. Обсудить пути уменьшения риска инфицирования в соответствии с разделом 6 приложения 1 к Порядку |
| Выяснение ошибочных представлений пациента относительно безопасных / опасных сексуальных практик | Определить критерии, по которым пациент определяет рискованные и безопасные контакты, и как это влияет на выбор его поведения |
| Обсуждение с пациентом рисков инфицирования ВИЧ для РКС и ПИН | Выяснить информированность пациента о распространенности ВИЧ среди ПИН и РКС. Рассказать о повышенном риске инфицирования ВИЧ для РКС, определенная часть которых является ПИН |
| Итоговое обсуждение путей и средств уменьшения риска инфицирования | Обсудить: <ul style="list-style-type: none"> • возможности защиты пациента и его постоянного партнера от инфицирования ВИЧ; • план снижения риска инфицирования и его первый шаг в этом направлении |

**Форма картирования,
или список уличных «сайтов»,
(мест пребывания ПГР в г. Киеве)⁹⁹**

| № | Место нахождения | Время наибольшего сосредоточения | Возраст | Приблизительное количество | Учреждения или организации, которые реализуют аутрич | Контакты социальных работников |
|----|--|----------------------------------|--|----------------------------|---|---|
| 1. | Ст. метро «Левобережная». 1. Возле «McDonald's» (100 м от выхода из метро). 2. Хлебзавод № 6 (100 м направо по улице Луначарского) | После 18.00 | Подростки, молодые люди 12–23 лет | 10–12 | КМЦСССДМ (мобильный консультативный пункт), ВКПЦ «Новая жизнь», МБФ «Варнава» | (093) 0000000 Женя (093) 0000000 Ирина |
| 2. | Проспект Маяковского, дома № ..., возле «ЭКО-маркета» | После 19.00 | Подростки, молодые люди от 15 лет и старше | 5 | КМЦСССДМ (мобильный консультативный пункт), БФ «Детская надежда» | (093) 0000000 Женя (093) 0000000 Юрий |
| 3. | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| 4. | ... | | | | | |

⁹⁹ По материалам проекта по работе с ПГР Киевского городского центра социальных служб для семьи, детей и молодежи, реализуемого при поддержке ЮНИСЕФ.

**Форма характеристики уличного «сайта» –
места сборов подростков и молодежи
(на примере программы, направленной на работу
с потребителями психоактивных веществ)¹⁰⁰**

Социальный работник (ФИО) _____

Дата _____ Время _____

Характеристика первичная/повторная (*нужное подчеркнуть*)

В случае повторного визита на сайт – даты предыдущих визитов: _____

Название и номер «сайта» (*в соответствии со списком уличных «сайтов»*):

| Тип | Характеристика | | |
|--|---|-------|-----------|
| Вид «сайта» (подвал, чердак, станция метро, ж/д станция, др.) | | | |
| Сколько лет существует / Место ночлега | | | |
| Количество подростков / Возрастной состав | Общее | До 18 | Старше 18 |
| Половой состав | Девушки | Юноши | |
| Вид употребляемого наркотика (<i>подчеркнуть</i>) | Ингаляционные, в/венные, другое: _____ | | |
| Употребление спиртных напитков | | | |
| Наличие других рискованных форм поведения | | | |
| Наличие лидеров из среды подростков | Да/Нет Возраст | | |
| Увлечения подростков | | | |
| Социальная занятость | | | |
| Потребности подростков | | | |
| Связь с домашними детьми | | | |
| Волонтеры, работающие на «сайте» | | | |
| Взаимодействие с другими службами и организациями (включая сотрудничество и конфликты) | Служба по делам детей: Милиция: НГО: Другие: | | |

Комментарии: _____

¹⁰⁰ По материалам проекта по работе с ППР Киевского городского центра социальных служб для семьи, детей и молодежи, реализуемого при поддержке ЮНИСЕФ.

Информированное согласие на социальное сопровождение¹⁰¹

Между _____
(ФИО, дата рождения)
и организацией _____

Сотрудники проекта проводят работу по социальному сопровождению уличных подростков и молодежи. Это означает, что они помогают подросткам и молодежи, проводящим большую часть своего времени на улице, получить медицинскую, социальную и психологическую помощь.

Мы предлагаем тебе свою помощь:

Если тебе от 14 до 24 лет.

Ты готов сотрудничать и получать полезную информацию.

Ты готов при нашей поддержке обратиться в организации, которые смогут тебе предоставить медицинскую, социальную или психологическую помощь.

Добровольность и конфиденциальность:

Твое участие в проекте добровольно. Вся информация о твоих заболеваниях (если таковые имеются) и употреблении наркотиков, полученная сотрудниками проекта в ходе работы, является конфиденциальной (не передается родителям или иным лицам без твоего предварительного согласия).

Наша совместная работа будет состоять из нескольких этапов:

Сотрудники проекта проведут с тобой собеседование, в ходе которого будет предоставлена полная информация о целях и задачах нашей совместной работы.

Ты сможешь задать уточняющие вопросы.

Тебе расскажут о возможностях проекта и условиях участия в нем.

Наши социальные работники готовы оказывать тебе необходимую помощь на протяжении всего времени сопровождения.

Мы предоставим тебе помощь и поддержку, даже если ты употребляешь наркотики и не можешь отказаться от этого сейчас.

Отсутствие документов и прописки не будет препятствием к нашему сотрудничеству.

Ты становишься полноправным участником работы нашего проекта, сможешь посещать праздничные мероприятия, пользоваться компьютером, получать материальную поддержку (продукты, одежда, средства по профилактике ИППП), высказывать свое мнение на консультациях и семинарах.

В тебе и твоём здоровье заинтересованы сотрудники проекта, специалисты разных профессий, общество в целом.

Ты получаешь психологическую поддержку, медицинское обследование и помощь.

¹⁰¹ Руководство по профилактике ВИЧ-инфекции и помощи ВИЧ-положительным уличным подросткам / под ред. Р. В. Йорика. – 2-е изд. – СПб. : Врачи детям, 2009. – 134 с.: ил.

Наши социальные работники готовы помочь в решении твоих проблем с документами, в решении жилищных вопросов.

Ты сможешь интересно проводить время среди новых друзей.

Условия расторжения соглашения:

Ты можешь отказаться от услуг специалистов проекта и предоставляемой помощи на любом этапе нашего взаимодействия.

Организация, в свою очередь, может отказаться от своих обязательств в отношении тебя, если ты:

В течение месяца не выходишь на связь с нашими сотрудниками.

Отказываешься следовать рекомендациям наших специалистов.

Совершаешь противоправные действия, могущие нанести вред окружающим и имуществу граждан.

Настоящий договор является документом, подтверждающим добровольное согласие подростка, молодого человека на помощь от сотрудников проекта. Договор юридической силы не имеет.

Подпись сотрудника проекта

Подпись участника

Дата:

Форма индивидуального плана¹⁰²
социальной защиты клиента, который оказался в сложных жизненных обстоятельствах
на период с _____ до _____

I. Общие данные о клиенте

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
 Дата рождения _____ Возраст _____ Место рождения: Область _____
 Район _____ Город / Населенный пункт _____
 Местожительство (пребывание на данный момент) _____

II. Общие задачи по работе с клиентом и ресурсы для их реализации

A. Основные проблемы клиента:

...
 ...
 ...

B. Основные ресурсы клиента:

...
 ...
 ...

C. Основные ресурсы существующих служб и организаций:

...
 ...
 ...

D. Основные задачи:

Социальный блок

Правовой блок

Медицинский блок

Психологический блок

Педагогический блок

¹⁰² Разработан на основе Формы индивидуального плана работы с ребенком, оказавшимся в сложных жизненных обстоятельствах, Киевской городской службы по делам детей КГГА.

| Компоненты социальной ситуации развития | Актуальные потребности на основе оценки (дата на момент заполнения) | Мероприятия относительно удовлетворения потребностей | Срок исполнения | Результат (или комментарий, если не удалось реализовать мероприятия плана) | Ответственный специалист |
|--|---|--|-----------------|--|--------------------------|
| 1. Социальный блок | | | | | |
| 1.1. Семья, родители (лица, их заменяющие), близкие родственники 1.1.1. Характер взаимоотношений с родителями (лицами их заменяющими), другими родственниками. 1.1.2 Причины проблемных взаимоотношений ребенка с семьей (родителями) | | | | | |
| 1.4. Жилищно-бытовые условия, условия проживания | | | | | |
| 1.5. Источник средств к существованию | | | | | |
| 2. Правовой блок | | | | | |
| 2.1. Правовой статус ребенка (если клиенту до 18 лет) | | | | | |
| 2.2. Наличие необходимых документов (свидетельство о рождении, паспорт и т. д.) | | | | | |
| 2.3. Обеспечение жилищных и имущественных прав (регистрация, наличие имущества, право на получение разных видов государственной помощи, алименты т.п.) | | | | | |

| Компоненты социальной ситуации развития | Актуальные потребности на основе оценки (дата на момент заполнения) | Мероприятия относительно удовлетворения потребностей | Срок исполнения | Результат (или комментарий, если не удалось реализовать мероприятия плана) | Ответственный специалист |
|---|---|--|-----------------|--|--------------------------|
| 3. Медицинский блок | | | | | |
| 3.1. Общее состояние здоровья <ul style="list-style-type: none"> • соответствие веса и роста определенным нормам развития человека определенного возраста; • проведенные прививки, их своевременность; • наличие инвалидности, дата установления; • наличие хронических заболеваний | | | | | |
| 3.2. Инфекционные заболевания | | | | | |
| 3.3. Наличие ВИЧ-положительного статуса и ряд мер, принятых в связи с этим (<i>блок конфиденциальной информации</i>): <ul style="list-style-type: none"> 3.3.1. Поведение диагностики. 3.3.2. Постановка на учет в связи с ВИЧ-положительным статусом. 3.3.3. Прием АРТ | | | | | |
| 3.4. Наличие зависимостей от ПАВ | | | | | |
| 4. Психологический блок | | | | | |
| 4.1. Познавательная сфера (<i>уровень развития познавательных процессов</i>) | | | | | |
| 4.2. Эмоционально-волевая сфера <ul style="list-style-type: none"> • эмоциональные реакции; • самоконтроль, саморегуляция; • адаптивные возможности | | | | | |

| Компоненты социальной ситуации развития | Актуальные потребности на основе оценки (дата на момент заполнения) | Мероприятия относительно удовлетворения потребностей | Срок исполнения | Результат (или комментарий, если не удалось реализовать мероприятия плана) | Ответственный специалист |
|--|---|--|-----------------|--|--------------------------|
| <p>4.3. Мотивационно-личностная сфера:</p> <ul style="list-style-type: none"> • мотивационная направленность; • самооценка; • характер (в том числе акцентуации характера); • способности | | | | | |
| 4.1. Социально-психологический блок | | | | | |
| <p>4.1.1. Поведенческая сфера:</p> <ul style="list-style-type: none"> • реакции на успех и неудачу, одобрение и критику; • характер межличностных отношений (с ровесниками, взрослыми); • формирование навыков самообслуживания; • практика рискованного к инфицированию ВИЧ поведения: <ul style="list-style-type: none"> а) употребление ПАВ; б) беспорядочная половая жизнь (частая смена партнеров); в) вовлечение в коммерческий секс; г) практики МСМ-контактов; д) другое. <p>Другие формы девиантного поведения (суициды и прочее)</p> | | | | | |

| Компоненты социальной ситуации развития | Актуальные потребности на основе оценки (дата на момент заполнения) | Мероприятия относительно удовлетворения потребностей | Срок исполнения | Результат (или комментарий, если не удалось реализовать мероприятия плана) | Ответственный специалист |
|---|---|--|-----------------|--|--------------------------|
| 5. Педагогический блок | | | | | |
| 5.1. Уровень образования (<i>соответствие возраста классу, который посещал, если есть несоответствия, то каковы их причины</i>) | | | | | |
| 5.2. Отношение к обучению | | | | | |
| 5.3. Успехи в обучении (<i>успехи в усвоении учебной программы вообще и конкретных учебных предметов в частности, соответствие учебных достижений возможностям ребенка</i>) | | | | | |
| 5.4. Увлечения (<i>посещение внешкольных учебных заведений, секций, кружков, детско-юношеских клубов и т.п.</i>) | | | | | |

Подпись специалиста

_____ /... (ФИО) /

Подпись клиента

_____ /... (ФИО) /

Дата:

План пересмотрен на заседании комиссии по вопросам ведения случая (дата, № протокола)

Внесенные изменения или дополнения (название блока и пункта, к которому внесены изменения и дополнения)

Выдержки
из Примерного положения
о мультидисциплинарной уличной команде социальной работы
с детьми и подростками из групп риска,
утвержденного Приказом Министерства Украины по делам семьи,
молодежи и спорта № 4568 от 29 декабря 2009 г.

Мультидисциплинарная уличная команда социальной работы с детьми и молодежью групп риска (далее – МДК) является формой осуществления социально-профилактической работы группой специалистов разных отраслей, обеспечивающих оказание социальных услуг детям и молодежи групп риска, уязвимых к ВИЧ (далее – получатели услуг) в условиях улицы.

5. Специалисты, входящие в состав МДК:

- социальный работник;
- социальный педагог;
- психолог;
- медицинский работник (врач, медицинская сестра).

Члены мультидисциплинарной команды должны соответствовать Типовым квалификационным характеристикам профессий, утвержденным Министерством труда и социальной политики Украины.

К работе МДК в случае необходимости могут привлекаться другие специалисты, а также представители негосударственных учреждений и организаций.

К работе в составе МДК могут привлекаться физические лица, добровольно осуществляющие благотворительную, неприбыльную и мотивированную деятельность, имеющую общественно полезный характер (далее – волонтеры).

9. Основные задачи социального педагога, сотрудника:

- осуществляет оценку потребностей получателя услуг;
- проводит квалифицированное консультирование;
- содействует в налаживании и восстановлении семейных связей;
- мотивирует к изменению модели поведения получателя услуг с дальнейшим его возвращением в семью или направлением в соответствующие учреждения;
- мотивирует и направляет на тестирование относительно выявления ВИЧ-инфекции, обследования на инфекции, передающиеся половым путем, проведение ДКТ;
- содействует привлечению других специалистов и необходимых ресурсов.

10. Основные задачи психолога МДК:

- проведение оценки потребностей получателя услуг;
- проведение квалифицированного консультирования;
- мотивирование к изменению модели поведения получателя услуг с дальнейшим возвращением в семью или направлением в соответствующие учреждения с целью институализации;
- мотивирование к прохождению ДКТ, обследованию на инфекции, передающиеся половым путем;

- содействие в налаживании и восстановлении семейных связей.

11. Основные задачи врача МДК:

- определение потребности в медицинской помощи в зависимости от состояния здоровья при первом осмотре получателя услуг;
- проведение квалифицированного медицинского консультирования;
- оказание первой медицинской помощи получателю услуг;
- формирование приверженности к АРТ;
- проведение добровольного до- и послетестового консультирования (далее – ДКТ) на ВИЧ-инфекцию;
- обеспечение перенаправления к другим медицинским специалистам (в случае необходимости).

Основные задачи медицинской сестры МДК:

- проводит оценку физического состояния получателя услуг;
- содействует формированию приверженности к получению социально-медицинских услуг;
- в случае необходимости оказывает первую неотложную медицинскую помощь получателю услуг;
- проводит обследование экспресс-тестами относительно выявления инфекций, передающихся половым путем.

Основные задачи волонтера МДК:

- поддерживает получателя услуг в достижении удовлетворения потребностей;
- содействует в налаживании и восстановлении семейных связей;
- мотивирует получателя услуг к изменению модели поведения;
- устанавливает контакты с родными и близкими получателя услуг;
- содействует привлечению необходимых ресурсов для удовлетворения потребностей получателя услуг, в том числе ресурсов местной общины и/или общественной организации.

**Информация об учреждениях и организациях –
партнерах программы профилактики ВИЧ
среди подростков групп риска¹⁰²**

| Полное название учреждения или организации | Опыт предоставления услуг подросткам и молодежи групп риска | Перечень услуг, которые могут оказать специалисты учреждения / организации для ПГР | Условия предоставления услуг (требования к клиенту) | Регламент работы (график приема) | Место предоставления услуг (точный адрес) | Контактные телефоны и ФИО специалистов |
|---|---|--|---|----------------------------------|---|--|
| Консультирование и тестирование на ВИЧ | | | | | | |
| | | | | | | |
| Медицинское обследование и лечение (гинеколог, уролог, инфекционист и т. д.) | | | | | | |
| | | | | | | |
| Консультации нарколога, специалиста по химической зависимости, реабилитационные программы для наркозависимых | | | | | | |
| | | | | | | |
| Психологическая помощь и поддержка | | | | | | |
| | | | | | | |
| Юридические консультации | | | | | | |
| | | | | | | |
| Приюты для детей, центры социально-психологической реабилитации | | | | | | |
| | | | | | | |
| Услуги временного проживания для совершеннолетних | | | | | | |
| | | | | | | |
| Помощь в трудоустройстве | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¹⁰² Разработана на основе опыта Киевской городской службы для семьи, детей и молодежи.

Тест на степень эмоционального опустошения

Нужно обвести необходимую цифру в каждой из представленных позиций, а полученные данные суммировать. В конце таблицы представлена шкала, которая помогает интерпретировать информацию согласно полученным данным.

| № п/п | Утверждение | Очень редко | Иногда | Всегда |
|-------|---|-------------|--------|--------|
| 1. | На работе я ощущаю враждебность или гнев | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Я считаю, что постоянно должен(на) достигать успехов | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Я отделяюсь от коллег | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Мне кажется, что меня принуждают делать только «штрафную» работу | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Я замечаю, что становлюсь все более жестким(ой) и равнодушным(ой) к клиентам, коллегам, приятелям | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Работа начала утомлять, постоянно скучная и монотонная | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Я ощущаю, что не развиваюсь профессионально | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Я замечаю, что ощущаю к работе отрицательные чувства и меня смущают ее плохие стороны | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Я замечаю, что делаю меньше, чем когда-то | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Мне сложно организовать свое время и работу | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Я стал(ла) более несдержанной | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Я ощущаю бессилие и неспособность изменить свою работу | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Я замечаю, что выливаю свое недовольство работой дома | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Я сознательно избегаю личных контактов чаще, чем раньше | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Я постоянно спрашиваю себя, подходит ли мне эта работа | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Меня не оставляют отягощающие мысли о работе, даже тогда, когда ложусь спать | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Каждое утро я просыпаюсь с чувством «не знаю, смогу ли выдержать еще один день» | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Как по мне, на работе никого не интересует, что я делаю | 1 | 2 | 3 |
| 19. | Я замечаю, что меньше занимаюсь работой, в основном стараюсь при случае избежать заданий | 1 | 2 | 3 |
| 20. | Я утомляюсь от работы даже тогда, когда хорошо высыпаюсь | 1 | 2 | 3 |

Результат:

20–34 баллов – опустошение отсутствует;

35–49 баллов – умеренное опустошение (необходимы предупредительные меры для улучшения ситуации);

50–60 баллов – полное опустошения (необходима помощь и руководство к действиям).

Образец индивидуального плана

| Колонка 1 | Колонка 2 | | Колонка 3 | | | Колонка 4 | | Колонка 5 | |
|---|--|--|---|---|---|---|--|---|--|
| Изменения, которые я лично планирую внести в свою ежедневную работу с подростками | Почему мне кажется, что эти изменения важны: кто или что испытает положительное влияние принятых изменений и почему? | | Как и когда я смогу судить об эффективности проводимой работы? | | | Трудности, которые я ожидаю встретить при внесении изменений: | | Какая помощь может мне понадобиться, и кто может оказать мне эту помощь? | |
| | Кто/что получит преимущество? | Почему? | Как? (индикаторы) | Когда? | С помощью каких методов? | Личные | Профессиональные | Необходимая помощь | Источник |
| ПРИМЕР | | | | | | | | | |
| <i>Свяжусь с местными профессионально-техническими училищами и проинформирую их о новых дружественных к подросткам услугах, оказываемых в нашей организации</i> | <i>Ученики в местных ПТУ, друзья учеников и члены семей персонала ПТУ</i> | <i>Они поймут, что стало легче получить услуги, будут знать, где их можно получить</i> | <i>Стабильное увеличение количества подростков, приходящих в организацию за помощью</i> | <i>6 месяцев после установления связи с ПТУ</i> | <i>Анализ документов, анкетирование подростков с уточнением источника получения информации о службе</i> | <i>Неумение правильно донести информацию, убеждать</i> | <i>Недостаток интереса со стороны администрации и ПТУ. Сопrotивление со стороны учителей</i> | <i>Поддержка со стороны региональных властей Министерства образования. Семинар / круглый стол для того, чтобы убедить их в важности подобной работы</i> | <i>Лидеры ассоциации учителей; организации, которые уже сотрудничают с ПТУ</i> |

Использованные и рекомендованные источники

1. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» № 1972-ХІІ від 12 грудня 1991 р.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» від 19 серпня 2005 р. та додаток «Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 71 «Про затвердження Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції» від 22 лютого 2002 р.
4. Аборты и контрацепция в Украине. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. – Министерство здравоохранения Украины, Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 88 с.
5. Активные методы просветительской деятельности в профилактике ВИЧ/СПИД и рискованного поведения: пособие для специалистов приемников-распределителей, приютов для детей и воспитательных колоний. – К. : ВГЦ «Волонтер», 2007. – 190 с.
6. *Аржаникова А., Бартенева З., Демченко Е., Хамидуллин Р.* Синдром эмоционального сгорания. Что делать? / СПИД Фонд Восток-Запад (AIDS Foundation East-West). – М., 2006.
7. *Балакирева О. М.* Мониторинг социальных проектов и программ // Социальная работа в Украине в начале XXI столетия: проблемы теории и практики: Материалы докладов Международной научно-практической конференции. 29–31 октября 2002 г. – Ч. 2. – К. : ДЦССМ, 2002. – С. 241–246.
8. *Безпалько О. В.* Социальная педагогика: схемы, таблицы, комментарии: учебн. пособие [для студ. высш. учебн. зав.] – К.: Центр учебной литературы, 2009. – 208 с.
9. ВІЛ-інфекція в Україні // Інформаційний бюлетень МОЗ України. – № 31. – К., 2008.
10. Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ). ЮНЭЙДС. Технический обзор. – 2000.
11. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ: В помощь консультанту. – К., Друкарня «Стиль SV», 2008. – 96 с.
12. *Егоров А. Ю.* Возрастная наркология. – СПб. : Дидактика Плюс, 2002. – 272 с.
13. *Егоров А. Ю., Игумнов С. А.* Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб. : Речь, 2005. – 346 с.
14. Звіт Місії «Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні». – К. : ВОЗ; ВМ ЛЖВ, 2009. – 43 с.
15. *Змановская Е. В.* Девиантология (психология отклоняющегося поведения). – М. : АСАДЕМІА, 2003.
16. Игровая методика «Что я знаю про наркотики?» / Под редакцией А. Виевского. – К. : ВОЦ «Волонтер»; ЮНИСЕФ. – 2008.

17. Интеграция добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ в службы репродуктивного здоровья : поэтапное руководство для разработчиков программ, руководителей и лечебно-профилактических учреждений. – Совместная публикация Регионального офиса ИППФ в Южной Азии и ЮНФПА. – 2004.

18. Исследование «Мониторинг поведения женщин, оказывающих сексуальные услуги за плату», 2007 год (Украинский институт социальных исследований им. А. Яременко при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»).

19. Каткова И. П. Медико-социальные проблемы юного материнства: программы социальной работы с юными матерями. – М. : ЦОЦ, 1992. – 53 с.

20. Кэрл О. Социальная психология групп. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004.

21. Кобища Ю. Обзор эпидемической ситуации ВИЧ-инфекции/СПИД в Украине. – К., 2010.

22. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения. – М., 2001.

23. Комплексная помощь беспризорным и безнадзорным детям: метод. пособ. / Безпалько О. В., Гурковская Л. П., Журавель Т. В. и др. / под ред. Зверевой И. Д., Петрочко Ж. В. – К.: Калита, 2010. – 376 с.

24. Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию : руководство / РОО СПИД инфосвязь. – М., 2000. – 155 с.

25. Консультирование, связанное с ВИЧ/СПИД : пособие для тренинга. – RATH / Save the Children. – Грузия, 2005.

26. Леонгард К. Акцентуированные личности / пер. с нем. – К., 1981.

27. Лечение ВИЧ-инфекции. 2005 / под ред. К. Хоффмана, Ю. Рокстро, Б. Камаса / Перевод компании EnRus. – Steinhauser Verlag, 2005. – 565 с.

28. Личко А. Е. Типы акцентуации характера и психопатий у подростков. – М. : Апрель-Пресс, 1999. – 416 с.

29. Люди и ВИЧ: Книга для неравнодушных. – 5-е изд. / под ред. Е. П. Пурик. – К. : МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2009. – 704 с.

30. Междисциплинарное ведение случая в работе с безнадзорными несовершеннолетними / под ред. Ю. В. Батлук, Р. В. Йорика, С. В. Суворовой. – СПб. : Врачи детям, 2009. – 77 с.

31. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения : учеб. пос. – СПб. : Речь, 2005. – 445 с.

32. Мониторинг и оценка программ по формированию здорового образа жизни / О. Н. Балакирева, А. А. Яременко, Р. Я. Левин и др. – К. : Укр. ин-т соц. исслед., 2005. – 152 с.

33. Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу : методичні рекомендації. – К., 2008. – 179 с.

34. Организация и поддержка служб по социальному сопровождению для уязвимых групп : Руководство для тренера : Базовый курс. – М.: СПИД Фонд Восток-Запад, 2008. – 97 с.

35. Петрушин С. В. Мастерская психологического консультирования. – М. : Речь, 1996.

36. Подмазин С. И., Сибиль О. И. Как помочь подростку с «трудным» характером. – К.: НПЦ «Перспектива», 1996. – 160 с.

37. Подростки групп риска: доказательная база для усиления ответа на эпидемию ВИЧ в Украине: аналит. отчет / ЮНИСЕФ, УИСИ им. А. Яременко. – К. : К.И.С., 2008. – 192 с.

38. Помощь помощникам: социально-психологическое сопровождение социальных работников : науч.-метод. сб. ст. / под ред. Осуховой Н. Г. – М., 2006. – 123 с.

39. Пособие для медицинских работников. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции. – М., 2005. – 109 с.

40. Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде: Учебное пособие / под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2006. – 208 с.

41. Профилактика наркотизма: теория и практика / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. – Самара, 2005. – 273 с.

42. Психология подростка : учебник / под ред. чл.-кор. РАО А. А. Реана. – СПб. : Евро-Знак, 2003. – 480 с.

43. Развитие дружественных к подросткам служб здравоохранения (Adolescent Friendly Health Services Making it Happen). – Женева : ВОЗ, 2002.

44. Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп. Практическое пособие для социальных работников. – Алматы: СПИД Фонд Восток-Запад, 2007. – 157 с.

45. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23. – № 3.

46. Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях. – Всемирная организация здравоохранения / ЮНЭЙДС, 2007.

47. Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним. – СПб. : Врачи детям, 2008. – 146 с.

48. Синдром эмоционального сгорания. Рекомендации для специалистов. – М. : СПИД Фонд Восток-Запад, 2006.

49. Социальная работа с людьми, практикующими однополые сексуальные отношения: Теория. Методики. Лучшие практики/ Сост. Л. Гейдар; под ред. М. Андрущенко – К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2009. – 196 с.

50. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналітичний огляд / М. В. Буроменський, В. М. Стешенко. – К. : Укр. ін-т соц. дослідж., 2008.

51. Хажиллина И. И. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. – М., 2002. – 228 с.

52. Шендеровский К. Мониторинг в социальной работе. – К.: Главник, 2006. – 149 с.

53. Dale A., Marsh A. A guide for counsellors working with problem drug users / Levels 1–3. Produced for WA Drug Abuse Strategy Office. – 1999.

54. HIV Counselling for Health Care Professional. – Washington State Department of Health, 2000.

55. Johnson C. Whose antibodies are they anyway? // Continuum. – 1996. – Vol. 4. – № 3. – P. 4.

56. *Lee D. A., Eby W. C., Molinaro G. A.* HIV false positivity after hepatitis B vaccination // *Lancet*. – 1992. – 339. – P. 1060.
57. *Lindback S., Thorstensson R., Karlsson A. C. et al.* Diagnosis of Primary HIV-1 Infection and Duration of Follow-up after HIV Exposure // *AIDS*. – 2000. – 14 (15). – P. 2333–2339.
58. *MacKenzie W. R., Davis J. P., Peterson D. E.* Multiple false-positive serologic tests for HIV, HTLV-1, and hepatitis C following influenza vaccination, 1991 // *JAMA*. – 1992. – 268. – P. 1015–1017.
59. *Marsh A., Dale A.* Addiction counselling: An integrated cognitive behavioural and interpersonal approach. – Melbourne : IP Communications, 2005.
60. *Metcalf J. A., Davey T. Jr., Clifford H. L.* Acquired immunodeficiency syndrome: serologic and virologic tests // *AIDS: Biology, Diagnosis, Treatment, and Prevention*, 4th edition. – Lippincott-Raven Publishers, 1997. – P. 177–193.
61. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for health Systems*. – Geneva: World Health Organization, 2003.
62. *Voluntary counselling and testing for HIV. A Strategic framework*. – Family Health International, 2001.
63. <http://ukraids.org.ua/> – сайт Украинского Центра профилактики и борьбы со СПИД.
64. <http://stop-aids.gov.ua> – сайт Комитета по вопросам противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу и другим социально опасным заболеваниям.
65. <http://www.aidsalliance.kiev.ua/> – сайт Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине.
66. www.cdc.gov – Centers for Disease Control and Prevention.
67. www.unicef.org/ukraine – сайт Представительства Детского Фонда ООН в Украине.

Навчально-методичне видання

**Анопрієнко Є. В., Журавель Т. В.,
Пархоменко Ж. В.**

**Підлітки груп ризику
до інфікування ВІЛ:
Книга для учасника**

Навчально-методичний посібник

(російською мовою)

За загальною редакцією Т. В. Журавель

Підп. до друку __. __. 2012 р. Формат 64x90/8.
Папір крейд. Друк офс. Гарнітура SchoolBook.
Ум. друк. арк. 28,5. Обл.-вид. арк. 26,1.
Наклад 1000 прим. Замовл. ____-12.

ТОВ «Поліграфічний центр «Фоліант».
04176, Київ-176, вул. Електриків, 26. Тел. (044) 229-80-45.
Свідоцтво Держкомінформу України № 149 від 16.08.2000 р.