

Всемирная организация здравоохранения

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ВИЧ/СПИД



ИЗДАТЕЛЬСТВО
Фера
КИЕВ 2007

УДК 616.89+616.98:578.828СНІД
ББК 56.14+55.1
П86

«Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД» представляет собой руководство для специалистов первичного и вторичного звена медицинской помощи, которое поможет им диагностировать и лечить психические расстройства, а также поддерживать людей, живущих с ВИЧ/СПИД, посредством консультирования, организации групп поддержки и психотерапевтических вмешательств. Кроме того, подчеркивается важность поддержки организаций и систем, которая будет гарантировать интеграцию службы психического здоровья как компонента программ антиретровирусной терапии.

Научный редактор В. Штенгелов

Издано Всемирной организацией здравоохранения в 2005 году под названием
«ORGANIZATION AND SYSTEMS SUPPORT FOR MENTAL HEALTH INTERVENTIONS
IN ANTIRETROVIRAL THERAPY PROGRAMMES»

*The World Health Organization (WHO),
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27,
Switzerland*

Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения предоставил права на перевод издания на русский язык «Глобальной инициативе в психиатрии», которая при этом несет ответственность исключительно за русскоязычное издание. С согласия авторов текст оригинала адаптирован для использования в русскоязычных странах.

*Global Initiative on Psychiatry,
c/o 8 Avenell mansions, Avenell Road,
London N5 1BN,
England*

- © Organization and Systems Support for Mental Health Interventions in Anti-retroviral (ARV) Therapy Programmes, 2005
- © Basic Counselling Guidelines for Anti-retroviral (ARV) Therapy Programmes, 2005
- © Psychiatric Care in Anti-retroviral (ARV) Therapy Programmes (for second level care), 2005
- © Psychosocial Support Groups in Anti-retroviral (ARV) Therapy Programmes, 2005
- © Psychotherapeutic Interventions in Anti-retroviral (ARV) Therapy Programmes (for second level care), 2005

The rights granted to the Publisher may not be transferred or assigned without the prior written agreement of WHO

ISBN 966-8782-36-4

© World Health Organization, 2005
© Global Initiative on Psychiatry, translation in russian, 2006
© Издательство «Сфера», макет, 2007

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	v
Выпуск 1. ОРГАНИЗАЦИЯ И СИСТЕМНАЯ ПОДДЕРЖКА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПРОГРАММАХ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ	1
Выпуск 2. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОСНОВАМ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ПРОГРАММАХ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ	13
Выпуск 3. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПРОГРАММАХ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (для вторичного звена медицинской помощи)	39
Выпуск 4. ГРУППЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПРОГРАММАХ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ	75
Выпуск 5. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОГРАММАХ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (для системы медицинской помощи вторичного уровня)	125

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Эпидемия СПИДа — одна из самых серьезных проблем здравоохранения и социальной сферы, с которыми когда-либо сталкивался мир. Она уничтожает не только отдельных людей, но и семьи, сообщества, все общественное устройство. Тяжелее всего поражены сообщества, наименее способные принять адекватные меры для сдерживания эпидемии и контроля над ней. Это, по-видимому, является самым большим препятствием к достижению целей развития тысячелетия.

Поэтому лечение психических расстройств у людей, живущих с ВИЧ/СПИД, имеет огромные социальные, медицинские и экономические последствия; то же самое относится и к обеспечению таких людей соответствующей психосоциальной помощью. Это не простая задача ввиду недостаточности человеческих, технических и финансовых ресурсов.

Данный материал предоставляется не как конечный продукт, а скорее как инструмент и должен быть переведен на местные языки, адаптирован с учетом потребностей и улучшен в процессе его применения.

Доктор Бенедетто Сарачено,
Директор Департамента психического здоровья
и проблем злоупотребления психоактивными веществами ВОЗ

Доктор Джим Ким,
Директор Департамента ВИЧ/СПИД ВОЗ

**ОРГАНИЗАЦИЯ И СИСТЕМНАЯ ПОДДЕРЖКА
ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
В ПРОГРАММАХ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

Всемирная организация здравоохранения, 2005

**ORGANIZATION AND SYSTEMS SUPPORT
FOR MENTAL HEALTH INTERVENTIONS IN
ANTIRETROVIRAL THERAPY PROGRAMMES**

Booklet 1, Mental Health and HIV/AIDS Therapy Series

World Health Organization 2005

Written by:

Dr Kevin Kelly (Centre for AIDS Development, Research and Evaluation, South Africa)
Prof Melvyn Freeman (Consultant to WHO, South Africa)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
ВИЧ/СПИД и психическое расстройство	3
Реакции на диагноз	3
Сложная задача жизни с ВИЧ/СПИД	4
Начало лечения и удержание в программах антиретровирусной терапии	4
Приверженность и лекарственная устойчивость	4
Охрана психического здоровья — часть комплексной антиретровирусной терапии	4
Психиатрическая и психосоциальная помощь	4
Стратегии охраны психического здоровья, которые необходимо включить в программы лечения ВИЧ/СПИД	5
Способствовать признанию потребности людей с ВИЧ/СПИД в психиатрической помощи	5
Адаптировать и использовать вспомогательные материалы, руководства и инструменты адвокации и развивать ресурсы, необходимые для конкретной страны	7
Содействие интеграции службы охраны психического здоровья в системы первичного звена медицинской и социальной помощи	9
Мониторинг и оценка	11
Заключение	12

ВВЕДЕНИЕ

С момента появления совместной инициативы Всемирной организации здравоохранения, Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, нацеленной на то, чтобы организовать «лечение 3 миллионов к 2005 году», предпринимались неоднократные попытки внедрить антиретровирусную терапию (АРТ) в развивающихся странах. Однако стало очевидным, что для широкомасштабной и жизнеспособной антиретровирусной терапии необходимы взаимосвязанные вмешательства. Важно учитывать факторы, касающиеся структуры (например, хорошо функционирующая система здравоохранения, адекватные человеческие ресурсы, постоянное снабжение доступными по ценам медикаментами и соответствующее питание), а также факторы, связанные с пациентом. Среди важных «переменных пациента» — мобильность, понимание необходимости непрерывного лечения, реакции на лекарства и их побочное действие, а также общее душевное состояние пациента и его психическое здоровье.

Психиатрическим вмешательствам в рамках программ АРТ уделялось мало внимания. Далее мы даем рекомендации относительно стратегий и систем обеспечения необходимой психиатрической помощью в рамках внедряемых программ АРТ. Более того, чтобы содействовать процессу интегрирования вопросов психического здоровья в программы лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа, была разработана серия вспомогательных материалов и руководств. Эти выпуски дополняют нормативы по психическому здоровью, приведенные в Интегрированном руководстве ВОЗ и применяемые при лечении болезней во взрослом и в подростковом возрасте (ИМАИ).

Известно несколько причин, по которым психиатрические вмешательства должны быть включены в программы АРТ.

ВИЧ/СПИД и психическое расстройство

Психические расстройства чаще встречаются у тех, кто уже поражен ВИЧ/СПИД, чем у неинфицированных людей. В некоторых случаях это связано с психическими нарушениями, наблюдавшимися до заражения ВИЧ (что увеличивает риск инфицирования), в других случаях психиатрические проблемы являются прямым или косвенным последствием самого заболевания.

Вот некоторые связанные со СПИДом психические расстройства:

- ❖ когнитивное расстройство, слабоумие и психоз как результат вирусного поражения головного мозга;
- ❖ депрессия и тревога, вызванные воздействием инфекции на жизнь человека;
- ❖ употребление алкоголя и наркотиков;
- ❖ психиатрические побочные эффекты препаратов АРВ (особенно эфавиренца);
- ❖ социальные трудности как результат стигмы и дискриминации.

Реакции на диагноз

Факт обнаружения ВИЧ вызывает эмоциональное потрясение. У многих людей возникают вопросы, связанные с их возможной смертью, появляется тревога в отношении разоблачения и стигмы, беспокойство по поводу взаимоотношений и карьеры, неуверенность в том, что будет с детьми, и т. д. Сила этого потрясения варьируется от человека к человеку: от незначительной подавленности до суицидных мыслей.

Сложная задача жизни с ВИЧ/СПИД

У большинства людей жизнь с ВИЧ/СПИД вызывает психологические проблемы. Недостаточная социальная поддержка и случаи дискриминации и неприятия отрицательно влияют на способность человека преодолевать стресс и повышают восприимчивость к стрессу. Некоторые люди учатся эффективно справляться с проблемой и даже находят смысл жизни, хотя до инфицирования им это не удавалось. Однако у других развиваются психические расстройства, требующие лечения.

Начало лечения и удержание в программах антиретровирусной терапии

Начало лечения и удержание в программах АРТ требуют желания, воли и эмоциональной устойчивости со стороны инфицированного человека. К сожалению, вследствие ВИЧ-инфекции, так же как и реакции многих людей на факт инфицирования, некоторые из них без соответствующего вмешательства не способны участвовать в долгосрочных программах антиретровирусной терапии, как следствие, их лечение оказывается малоэффективным.

Приверженность и лекарственная устойчивость

Установлено, что у людей, страдающих психическими расстройствами или злоупотребляющих наркотическими веществами, при отсутствии поддержки реже возникает приверженность к любому лечению, включая АРТ, чем у людей без подобных нарушений. Эту ситуацию необходимо очень тщательно контролировать. Недопущение к АРТ людей с симптомами психического расстройства исключительно на основании их недуга было бы дискриминацией. Более того, подобные действия в некоторых случаях приводят к ограничению доступа людей к лечению ВИЧ/СПИД вследствие симптомов (поддающихся излечению) или прямых коррелятов самой болезни. Однако для терапии и последующего врачебного наблюдения в условиях, когда потребность огромная, а ресурсы ограниченные, очевидно, нецелесообразно включать «рискованных» пациентов (особенно когда менее чем 95-процентная приверженность может привести к развитию лекарственной устойчивости и существует эпидемиологический риск низкого уровня приверженности, ведущего к мутациям ВИЧ). Следовательно, необходима тщательная индивидуальная оценка потенциальной приверженности для каждого больного (включая страдающих психическими расстройствами), с учетом наличия доступных систем поддержки. Кроме того, оценка симптомов психического расстройства у пациентов, участвующих в программах АРТ, и их лечение могут повысить их приверженность до приемлемого уровня.

Охрана психического здоровья — часть комплексной антиретровирусной терапии

Подобно другим медицинским коррелятам ВИЧ-инфекции, таким как туберкулез, лечение психического расстройства должно быть неотъемлемой частью программ АРТ, кроме того, следует предоставить необходимые средства для реализации программ. При лечении психических расстройств уровни приверженности в программах АРТ могут быть значительно повышены.

Психиатрическая и психосоциальная помощь

Установлено, что психотропные препараты, а также немедицинские вмешательства, например группы поддержки и консультирование, значительно улучшают психическое и физическое здоровье людей, страдающих инфекционными заболеваниями. Поскольку показатели психического и физического здоровья тесно взаимосвязаны, есть основания предполагать, что прогрессирование ВИЧ-инфекции можно замедлить, улучшив психическое здоровье.

В нормативах Интегрированного руководства ВОЗ, применяемых при лечении болезней во взрослом и в подростковом возрасте, содержатся рекомендации относительно вмешательств, включая нормативы по психиатрической помощи, для пациентов, получающих АРТ. Однако эти реко-

мендации должны быть адаптированы для конкретной страны с учетом культуральной приемлемости, доступности ресурсов и существующих проблем. Во-вторых, для поддержки основных медицинских вмешательств требуются программы по психическому здоровью как на первичном, так и на вторичном уровне. Наконец, включение компонента психического здоровья в систему оказания помощи при ВИЧ/СПИД требует стимулирования, поддержки и усовершенствования системы, чтобы это стало реальностью.

В большинстве стран, где распространена эпидемия СПИДа, программы охраны психического здоровья не интегрированы в систему первичной медицинской помощи. Включение компонента психического здоровья в систему борьбы с ВИЧ/СПИД будет сложной задачей. Более того, учитывая масштаб заражения ВИЧ в некоторых странах, направление к специалистам психиатрической помощи приведет к перегрузке психиатрических служб, в которых уже и сегодня ощущается нехватка психиатров, психологов, социальных работников и психиатрических медсестер. Таким образом, оказание психиатрической помощи должно стать неотъемлемой частью работы служб первичной медицинской помощи и фрагментом первичной помощи при лечении СПИДа. Учреждения здравоохранения (правительственные и неправительственные) должны разработать стратегии, мобилизовать ресурсы (человеческие и финансовые) и всячески содействовать достижению этой цели. Ниже приводятся различные системные и структурные рекомендации по развитию комплексной и всеобъемлющей первичной медицинской помощи, включающей в себя психиатрическую помощь.

СТРАТЕГИИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ В ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ/СПИД

Способствовать признанию потребности людей с ВИЧ/СПИД в психиатрической помощи

Проблемы психического здоровья, с которыми сталкиваются люди с ВИЧ/СПИД, а также потребность в поддерживающих, обслуживающих и лечебных программах в области психического здоровья должны быть восприняты на различных уровнях. Ниже приведены некоторые шаги на пути к этому.

Рабочая группа

Для координации усилий по развитию психиатрической помощи в качестве составной части поддерживающих, обслуживающих и лечебных программ для пациентов с ВИЧ/СПИД, необходимо сформировать на уровне страны рабочую группу из специалистов сферы охраны психического здоровья. Эта рабочая группа будет выполнять функцию адвокации на самых высоких уровнях разработки стратегии обслуживающих и лечебных программ для пациентов с ВИЧ/СПИД и будет активно привлекать государственные координационные советы по вопросам СПИДа (там, где они существуют) и соответствующие министерства с целью включения вопросов психического здоровья в повестку дня. В идеале рабочая группа должна состоять из представителей различных направлений сферы охраны психического здоровья, включая психиатрию, психологию, социальную работу, медсестринское дело и фармацию, а также из руководителей и практикующих врачей государственного сектора охраны психического здоровья. К работе группы должны быть привлечены другие организации соответствующего профиля, например организации помощи при депрессии и злоупотреблении алкоголем, а также ассоциации людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Желательно, чтобы члены рабочей группы имели опыт работы на стыке проблем ВИЧ/СПИД и психического здоровья.

Подобная рабочая группа может принести пользу, разработав набор инструментов для содействия интеграции вопросов психического здоровья в поддерживающие, обслуживающие и лечеб-

ные программы. Например, презентация в PowerPoint, приводящая доводы для включения аспектов психического здоровья в программы АРТ, может быть использована в различных контекстах для защиты аргументов в пользу психиатрических вмешательств.

Поддержка со стороны государственного сектора

Важной является правительственная поддержка включения аспектов психического здоровья в программы АРТ. Охрана психического здоровья должна быть включена в стратегические планы по борьбе со СПИДом, необходимо выделить средства из бюджета на медикаменты, оснащение, персонал и обучение. Принимая во внимание количество людей, которым со временем потребуется АРТ, а также огромную потребность в психиатрической помощи, аспекты психического здоровья должны быть представлены в контексте первичной медицинской помощи при СПИДе. Однако чтобы мобилизовать усилия в сфере политики, в вопросах стратегии, планирования и ресурсов, правительства, в частности министерства здравоохранения и социального обеспечения, должны быть всецело уверены в необходимости включения аспектов психического здоровья в АРТ. Это требует согласованной деятельности по адвокации.

Специалисты сферы охраны психического здоровья

Психиатры, психиатрические медсестры, психологи и социальные работники должны быть вовлечены в процесс оказания помощи при СПИДе в своей профессиональной работе и через соответствующие профессиональные ассоциации.

Это предусматривает:

- ❖ презентацию тенденций в сфере ВИЧ/СПИД на конференциях;
- ❖ специальные выпуски о ВИЧ/СПИД в профессиональных журналах;
- ❖ введение модулей по ВИЧ/СПИД в профессиональные курсы обучения;
- ❖ разработку и распространение руководств по распределению ресурсов для охраны психического здоровья для организаций, имеющих дело с ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом.

Организации, финансирующие исследования (местные и международные)

Интеграция психиатрической помощи в программы АРТ нуждается в поддержке научными исследованиями. Необходимо лоббировать местные и международные финансирующие организации, чтобы они признали, что охрана психического здоровья — это обделенная вниманием сфера, и включили проблемы психического здоровья в приоритетное финансирование исследований.

Некоторые области, требующие научных исследований, особенно в развивающихся странах:

- ❖ распространение нарушений психического здоровья среди людей, живущих с ВИЧ/СПИД;
- ❖ взаимодействие психотропных препаратов с антиретровирусными препаратами;
- ❖ психологические особенности, связанные с жизнью с ВИЧ/СПИД;
- ❖ приверженность к АРТ;
- ❖ исследование дизайна и эффективности вмешательств в сфере медицинской и психосоциальной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД;
- ❖ специфические проявления проблем психического здоровья, связанных с ВИЧ/СПИД, в разных культурах;
- ❖ исследование по усовершенствованию системы здравоохранения для интегрирования психиатрических вмешательств в оказание помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД.

Неправительственные организации по оказанию помощи при ВИЧ/СПИД

Зачастую такие организации, включающие адвокационные группы, представляющие интересы людей, которые живут с ВИЧ/СПИД, не соприкасаются напрямую со службами охраны психического здоровья и не считают это необходимым. Для многих стран было бы полезно разработать

соответствующие их культуре информационные материалы, например брошюру, описывающую связанные с ВИЧ/СПИД потребности в психиатрической помощи, возможности лечения, и активно содействовать включению вопросов психического здоровья в повестку дня. Международные неправительственные организации и финансирующие организации должны быть также осведомлены о потребностях в этой области и должны приветствовать финансирование таких пилотных проектов.

Информирование населения

Для достижения понимания, толерантности и поддержки общество должно признать проблемы психического здоровья, с которыми сталкиваются люди с ВИЧ/СПИД. Для многих людей самую эффективную «психологическую помощь» оказывают не специалисты сферы охраны психического здоровья и других сфер здравоохранения, а заботливая семья и ближайшее окружение, поддерживающие инфицированного человека в психологически сложных ситуациях. Наряду с развитием услуг здравоохранения необходимо информировать общественность о характере услуг и о том, как получить к ним доступ.

Поддержка со стороны средств массовой информации

Во многих странах работают информационные агентства, репортеры и учебные заведения по профилю СМИ, накопившие определенный опыт в вопросах освещения проблемы ВИЧ/СПИД. Эти организации и специалисты должны быть проинструктированы о необходимости давать материал об аспектах психического здоровья, связанных с эпидемией СПИДа. Наряду с освещением последствий эпидемии следует содействовать пониманию проблем психического здоровья, таких как депрессия, в их связи со СПИДом через образовательные программы СМИ в области ВИЧ/СПИД. Речь идет о телевизионных и радиодрамах, радиопрограммах с прямой телефонной связью со слушателями и об образовательных программах для населения. Необходимо лоббировать руководителей программ и исполнительных продюсеров, чтобы добиться их согласия на создание таких программ, и обеспечивать инструктивными материалами лиц, ответственных за разработку программ. Регулярные пресс-релизы, разъясняющие аспекты психического здоровья при ВИЧ/СПИД, позволят удерживать проблемы в фокусе внимания СМИ.

Адаптировать и использовать вспомогательные материалы, руководства и инструменты адвокации и развивать ресурсы, необходимые для конкретной страны

Учебные ресурсы

Всемирная организация здравоохранения и другие организации разработали образовательные материалы, инструменты и руководства для обучения и первичных вмешательств, направленных на сферу психического здоровья, в программах АРТ.

Все руководства следует адаптировать в соответствии с культуральным контекстом, уделяя особое внимание терминам психического здоровья. Предлагаются следующие рекомендации:

- ❖ разработчики должны составить словарь терминов, с тем чтобы пользователям было ясно, что означают различные понятия, включая определения симптомов (например, либидо, бред, галлюцинация). Следует провести консультации с группами местных работников и специалистов сферы охраны психического здоровья, чтобы выработать эквивалентные термины исходя из местных наречий;
- ❖ материалы необходимо перевести на местные языки с использованием стандартных процедур перевода и протестировать на целевых пользователях, уделяя особое внимание языковому стилю, уровню, доступности и привлекательности.

Выявление проблем психического здоровья и рекомендации обратиться к специалистам

Психиатрические проблемы могут остаться незамеченными и нелечеными; чтобы распознать их, сотрудники первичного звена медицинской помощи часто нуждаются в содействии. Кроме того, важно понимать, какие виды помощи и лечения подходят и когда требуется направление к специалисту. Необходимо принимать во внимание местные типичные случаи, также должны быть разработаны на местах способы подготовки людей, ухаживающих за больными.

Учебно-методические материалы для пациентов

Во многих странах были разработаны информационные буклеты для людей с диагнозом ВИЧ. Их необходимо обновить и дополнить информацией, имеющей отношение к психическому здоровью и АРТ. Информационный материал по стадиям СПИДа, стандартам и процедурам лечения, местным ресурсам, а также другая важная информация должны быть тщательно подобраны и апробированы до их распространения. Также необходимо представить учебно-методические материалы на местных языках в доступном, поучительном и полезном для пользователей виде.

Консультирование

Помещение клиники во многих отношениях далеко от идеала для проведения консультирования. Здесь часто трудно создать доверительную атмосферу, и помещения не отвечают требованиям; у сотрудников может нехватать времени для проведения сеансов консультирования наиболее оптимальным образом. Консультант в подобных условиях, приняв более обучающий характер общения, может недостаточно выслушивать клиента. Группа тренеров или специалистов-консультантов, пройдя обучение, впоследствии также может периодически участвовать в тренингах.

Разработаны различные модели консультирования для поддержки программ АРТ на вторичном уровне помощи. Практикующие врачи могут использовать эти методические рекомендации для совершенствования своих навыков при проведении АРТ или могут пройти дополнительное обучение по этим вопросам.

Методические рекомендации для групп поддержки

Разработаны методические рекомендации для групп поддержки людей, принимающих АРТ. Возможно, потребуется адаптировать эти методические рекомендации к местным условиям и рабочим процедурам. Например, смешение клиентов различного возраста и использование местных языков в группах, несомненно, потребуют приспособления к местным условиям. Группы поддержки особенно важны в первые месяцы проведения АРТ, когда пациенты нуждаются в наибольшей информационной и эмоциональной поддержке и наиболее вероятны побочные эффекты. Необходимо решить, кто будет координаторами в группах поддержки, где будут проводиться собрания групп, как группы будут развиваться и как будут удовлетворены потребности в ресурсах, таких как помещения и транспорт. Координаторы групп поддержки нуждаются в контроле и наставничестве, что, в свою очередь, требует услуг персонала, работающего в области охраны психического здоровья.

Во многих странах принимающие АРТ люди тесно связаны с поддерживающим лицом — часто это член семьи или близкий друг. Именно они должны поддерживать пациента на пути достижения высоких уровней приверженности к терапии и осознавать трудности, связанные с этим процессом. Руководства для тренинга по достижению приверженности к лечению должны быть адаптированы для поддерживающих лиц в виде короткого тренинга в случае, когда они являются элементом системы АРТ.

Методические рекомендации для персонала первичного звена медицинской помощи

Во многих системах здравоохранения персонал первичного звена медицинской помощи имеет лишь рудиментарные представления о том, как распознать психические расстройства и оказывать помощь при них. Необходимо внедрить программы поддержки, например групповое или индивидуальное консультирование. Распознавание и лечение основных психических расстройств должно быть интегрировано в существующие обучающие программы по ВИЧ/СПИД, например тренинги ДКТ (добровольное консультирование и тестирование) и ППМР (профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку). Многие учреждения первичной медицинской помощи зависят от поддержки местных работников сферы здравоохранения, которых самих следует научить распознавать проблемы психического здоровья и принимать адекватные меры в таких случаях.

Во многих программах АРТ лечение начинается в больничных условиях. Когда пациенты реагируют хорошо, их направляют в поликлиники для продолжения лечения с возможностью контроля в стационаре один раз в шесть месяцев. Это означает, что основная часть текущего контроля за лечением происходит на уровне поликлиники, где будут оказывать помощь пациентам с проблемами психического здоровья.

Методические рекомендации для практикующих специалистов стационарных служб системы здравоохранения

Методические рекомендации для охраны психического здоровья на уровне вторичной медицинской помощи уже разработаны, но их необходимо приспособить к местным условиям. Системы здравоохранения различаются по используемым системам диагностики и по доступным методам медицинского и психосоциального лечения (включая доступные психотропные препараты). Практикующие специалисты, применяющие психиатрические вмешательства у пациентов, участвующих в программах АРТ, должны быть осведомлены о лекарственном взаимодействии и наиболее подходящих для местных условий методах лечения психических расстройств и программах АРТ.

В дополнение к адаптации методических рекомендаций должны быть проведены тренинги для практикующих специалистов — работников стационаров — по аспектам психического здоровья в АРТ, по вопросам лекарственного взаимодействия и т. д.

СОДЕЙСТВИЕ ИНТЕГРАЦИИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Психиатрическая помощь относительно слабо развита во многих странах, где распространен СПИД, а поэтому маловероятно, что методы, опирающиеся исключительно на профессиональные знания и навыки психиатров и психологов, будут продуктивны. Необходимо разработать программы охраны психического здоровья, которые в значительной степени могут осуществляться в рамках неспециализированной помощи, например, медицинскими сестрами и другими специалистами первичного звена медицинской помощи. Кроме того, нужно разработать систему направления пациентов для решения проблем, которые не удастся преодолеть на уровне первичного звена медицинской помощи. Соответствующие специалисты и организации (например, организации, оказывающие помощь лицам, злоупотребляющим веществами, которые вызывают зависимость) должны изучить специфические потребности людей, готовящихся к участию в программах АРТ.

Можно использовать следующие подходы:

Политика, стратегия, планирование и ресурсы

Способы включения службы охраны психического здоровья в систему поддерживающих, обслуживающих и лечебных программ, скорее всего будут различаться в разных странах и условиях — например, в зависимости от существующих взаимоотношений между министерствами, от уровня интеграции психиатрической помощи в общее здравоохранение, от процедур и структур для предоставления программ АРТ на местном уровне.

Прежде всего, психиатрическая помощь должна стать элементом национальной политики в сфере программ АРТ как обязательная форма вмешательства. Методические рекомендации ВОЗ по развитию стратегии, планирования и программ в сфере охраны психического здоровья позволят разработать конкретные направления политики, планы и программы.

Обеспечение лекарственными препаратами и их поставки

Гарантирование бесперебойных поставок лекарственных препаратов и включение важнейших психотропных препаратов в перечни основных жизненно необходимых лекарственных препаратов являются насущной проблемой. Во многих странах рекомендуемые психиатрические препараты не включены в перечень основных жизненно необходимых лекарственных препаратов первичного уровня медицинской помощи. Следует содействовать включению в эти перечни важнейших психотропных средств для лечения в рамках программ АРТ часто встречающихся психических расстройств, связанных с ВИЧ/СПИД.

Процедуры направления к специалистам

Не все проблемы психического здоровья можно решать на уровне служб первичной медицинской помощи, поэтому необходимо разработать систему процедур направления пациентов к специалистам для получения специализированной помощи при таких расстройствах, как депрессия, психозы, деменция, злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Поддержка сотрудников служб охраны психического здоровья

Чтобы гарантировать минимальный уровень профессионального «выгорания» и высокое качество работы специалистов, оказывающих психиатрическую помощь, необходимо организовать поддержку, предусматривающую контроль, наставничество и обучение практическим навыкам. Должен применяться творческий подход, который позволит обеспечить обсуждение конкретных случаев работниками сферы охраны психического здоровья друг с другом или с более опытными специалистами; эти подходы должны применяться в работе служб (например, группы взаимного контроля и разбор производственных ситуаций на совещаниях).

Финансирование

Включение компонентов психиатрической помощи при внедрении АРТ должно обеспечиваться соответствующим финансированием, с учетом стоимости лекарственных препаратов, людских ресурсов, помещений, обучения и контроля персонала, печати материалов, руководств и т. д.

Стратегия организационной работы с персоналом

При внедрении предлагаемых на первичном уровне новых программ часто сталкиваются с непредвиденными проблемами реализации, связанными с процедурами аккредитации и гарантии качества, обучением и контролем персонала, нехваткой специалистов по информационному управлению и администрированию, с конфликтами по поводу сфер ответственности. Поэтому важно обеспечить стандарты стратегии развития людских ресурсов для совместной работы в сфере охраны психического здоровья и АРТ.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

Развитие систем оказания психиатрической помощи в программах АРТ можно ускорить с помощью конструктивного оценивания и направляемого этим оцениванием поэтапного подхода к развитию программы. Необходимо объединить знания, полученные из опыта оказания психиатрической помощи в программах АРТ. При правильном и согласованном выполнении этой задачи могут быть достигнуты значительные преимущества. Учреждения, имеющие опыт в области конструктивного оценивания, должны быть привлечены для оказания помощи в развитии программ в таком направлении.

Материалы должны быть проанализированы и изменены на основании формальных и неформальных отзывов и оценок. Например, необходимо проинтервьюировать использующих эти материалы тренеров и лиц, проходящих обучение, или предложить им подготовить письменные отзывы по различным аспектам материалов после обучения, а также после проведения ими вмешательств. Кроме того, можно провести среди пациентов опрос, чтобы узнать их мнения о вмешательствах. Усовершенствование материалов и используемых методов обучения возможно также с привлечением экспертов в области «передачи научного знания», которые могут обеспечить оптимальные результаты тренинга для обучаемых.

Вопросы психического здоровья содержат существенный культуральный компонент, а это требует тщательной адаптации материалов и подходов к различным условиям. Следует оценить степень адаптации материалов и процедур, и здесь понадобится предварительное планирование и обеспечение с привлечением к сотрудничеству соответствующих научно-исследовательских учреждений.

Качество психиатрической помощи широко варьируется. Должны быть приняты критерии оценки и разработаны протоколы для обеспечения качества. Однако некоторые аспекты качества нелегко контролировать, например качество отношений при консультировании или процессы в группах поддержки. Важный способ обеспечения качества в таких сферах — непрерывающееся наставничество и развитие. Качество отношений между поставщиком услуг и клиентом сильно варьируется, даже если поставщик один. В этом случае обеспечение качества означает установление соответствующей культуры или традиций в сфере психиатрической помощи через наставничество и контроль.

Кроме того, чтобы определить эффективность программ в сфере охраны психического здоровья, следует провести исследования с оценками формальных исходов — например, изменение поведения в сторону здорового образа жизни, улучшение состояния здоровья (физического и психического), усиление приверженности к лечению.

Из-за нехватки ресурсов на местном уровне развитие психиатрической помощи рассматривается как несущественная цель, которой можно легко пренебречь в пользу кажущихся более неотложными приоритетов. Следует проконтролировать внедрение аспектов психиатрической помощи в программы АРТ и разработать простой метод для этого. Необходимо ввести в существующую систему информационного управления здравоохранением регулярную отчетность об этой работе, наряду с отчетностью по другим данным об оказании услуг.

Необходимо разработать и включить в основной набор показателей на уровне страны, области или района показатели мониторинга и оценки внедрения служб охраны психического здоровья в программы АРТ. Также важно иметь набор показателей, непосредственно касающихся интеграции службы охраны психического здоровья и АРТ. Это потребует также определенного уровня развития основных форм и процедур, имеющих отношение к информационному управлению в сфере психиатрической помощи. Следует интегрировать эти элементы в существующие протоколы типа «контрольных перечней», которые уже являются компонентами программ АРТ во многих странах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Служба охраны психического здоровья всегда является наиболее обделенной вниманием сферой здравоохранения. Если убедительно не отстаивать ее важность в программах АРТ и не учреждать соответствующие структуры и организации, то вряд ли психиатрическая помощь в будущем займет достойное место в лечебных и поддерживающих программах при ВИЧ/СПИД. Это будет несправедливо не только по отношению к психическому благополучию многих людей, но и, по всей вероятности, к их физическому здоровью, на которое подобная ситуация будет влиять как непосредственно, так и через недостаточную приверженность к антиретровирусной терапии.

**РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОСНОВАМ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
В ПРОГРАММАХ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

Всемирная организация здравоохранения, 2005

**BASIC COUNSELLING GUIDELINES
FOR ANTIRETROVIRAL THERAPY PROGRAMMES**

Booklet 2, Mental Health and HIV/AIDS Therapy Series

World Health Organization 2005

Written by:

Ray Lazarus (Perinatal HIV Research Unit, South Africa)
Kerry Saloner (HIV/AIDS consultant, South Africa)

СОДЕРЖАНИЕ

Определения терминов	16
Что понимают под основами консультирования	18
Каким должен быть эффективный консультант	19
Основные аспекты консультирования	19
Взаимоотношения между специалистом и клиентом	19
Конфиденциальность	20
Персональные ценности, убеждения и отношения	20
Культура	21
Религия	21
Пол	21
Жизненный цикл	21
Обстановка для проведения консультирования	22
Техника консультирования	22
Установление контакта	22
Активное выслушивание	23
Умение задавать вопросы	23
Эмпатия	23
Опора на сильные стороны клиента	24
Подведение итогов	24
Упражнения, в которых разыгрывается возможный вариант развития событий, помогают некоторым клиентам	24
Решение проблем	24
Процесс консультирования	25
Подготовка к сеансу консультирования	25
Начало сеанса консультирования	25
Проведение сеанса консультирования	25
Завершение сеанса консультирования	26
Виды консультирования, связанного с ВИЧ/СПИД	26
Поддерживающее консультирование	26

Консультирование в отношении раскрытия ВИЧ-положительного статуса	27
Консультирование и человеческие отношения	30
<i>Случай из жизни: работа с семейными парами</i>	31
Кризисное консультирование	32
<i>Случай из жизни: кризисное консультирование</i>	33
Как рассматривать вопрос самоубийства	34
Горе и тяжелая утрата: работа с умирающими и их семьями	35
Куда направить клиента	36
Ведение документации	37
Источники поддержки для консультантов	38

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНОВ

Антитела — вещества, образующиеся в организме для борьбы с инфекцией. ВИЧ-инфекция приводит к образованию антител. Хотя они и не эффективны в борьбе против инфекции, их наличие может быть определено при проведении лабораторного анализа.

Антиретровирусная терапия — использование ряда лекарственных препаратов, снижающих скорость репродукции ВИЧ в организме. Они помогают иммунной системе нормально функционировать, но не излечивают от ВИЧ.

Безопасный секс — половой акт со сниженным риском передачи ВИЧ-инфекции. Предусматривает использование презерватива и секс без пенетрации (например, взаимная мастурбация).

ВИЧ-инфицированный — человек, имеющий в организме вирус иммунодефицита человека. Этот факт устанавливается положительным результатом анализа на ВИЧ, поэтому таких людей также называют «ВИЧ-положительными». Это понятие равнозначно понятию «жизнь с ВИЧ».

Клиент — человек, посещающий сеансы консультирования.

Консультант — человек, проводящий консультирование. Им может быть дипломированный специалист или человек, обладающий опытом и знаниями, необходимыми для поддержки людей в сложные моменты жизни.

Контрацепция — предохранение от нежелательной беременности во время полового акта путем использования таких методов контрацепции, как презерватив, спираль, контрацептивные таблетки или инъекции гормонов.

Конфиденциальность — означает, что полученная информация не может быть передана третьим лицам, кроме как с согласия клиента. Конфиденциальность — это основа отношений между клиентом и консультантом.

Паллиативная помощь — помощь человеку с неизлечимой болезнью. Включает в себя обезболивание, а также психологическую, социальную и духовную поддержку.

Пострадавший от СПИДа — человек, испытывающий психологические, социальные или финансовые проблемы из-за того, что партнер, член семьи или близкий друг заражен СПИДом или умер от СПИДа.

Раскрытие статуса ВИЧ — сообщение или разглашение информации о том, что человек заражен ВИЧ. Существуют различные его виды:

- ❖ **добровольное раскрытие** — клиент готов поделиться информацией о своей болезни с окружающими. Консультант должен помочь ему определить возможные последствия его решения;
- ❖ **непрямое раскрытие** — клиент не рассказывает о своей болезни напрямую, а раскрывает ее наличие через свои поступки, полагая, что окружающие смогут понять его намерения (например, начинает принимать лекарства в открытую, меняет диету). В случаях непрямого раскрытия окружающие оставляют за собой право обсудить или не обсудить данный вопрос с ВИЧ-инфицированным. Поэтому оно может привести к полному раскрытию;
- ❖ **полное раскрытие** — клиент публично заявляет о своем заражении ВИЧ и рассказывает об этом, например, членам своей семьи, друзьям, группе поддержки или представителям СМИ. Прежде чем клиент сделает это, консультант может помочь ему определиться с тем, кому, как и когда открыть правду. Таким образом, клиент контролирует то, что он рассказывает и как он это рассказывает;
- ❖ **частичное раскрытие** — сообщение о заражении ВИЧ только определенным людям, например супругу, родственнику, консультанту или другу. Консультанты должны подготовить клиента к

возможным реакциям этих людей. Раскрытие правды может привести к тому, что ситуация выйдет из под контроля клиента. В большинстве случаев невольное раскрытие вытекает из ситуаций, когда клиент частично раскрывает информацию, но она без его ведома распространяется другим человеком или организацией;

- ❖ **отказ от раскрытия** — отказ клиента разглашать факт своего заражения ВИЧ-инфекцией;
- ❖ **невольное раскрытие** — кто-либо рассказывает о факте заражения клиента ВИЧ без его согласия на это или даже без его ведома.

Реинфекция — может произойти, когда ВИЧ-инфицированный не использует приемы безопасного секса при контактах с другим ВИЧ-инфицированным. Это может привести к дальнейшему ослаблению защитных сил организма и ускорить развитие СПИДа.

ЧТО ПОНИМАЮТ ПОД ОСНОВАМИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Консультирование по вопросам СПИДа для разных людей означает различные вещи. Поэтому необходимо определиться с тем, что это такое и какие задачи ставятся перед таким консультированием. Прежде всего, нужно установить, что мы понимаем под консультированием.

Консультирование включает в себя:

- ❖ установление таких отношений с клиентом, при которых Вы сможете оказывать ему поддержку;
- ❖ целенаправленные беседы;
- ❖ возможность внимательно выслушать клиента;
- ❖ помощь клиенту в его рассказе;
- ❖ предоставление правильной и необходимой информации клиенту;
- ❖ помощь в принятии информированного решения;
- ❖ помощь клиенту в определении и развитии его сильных сторон;
- ❖ помощь в развитии позитивного отношения к жизни.

Консультирование не включает в себя:

- ❖ советы;
- ❖ принятие решений за клиента;
- ❖ критику поступков клиента;
- ❖ допрос клиента;
- ❖ осуждение клиента;
- ❖ нотации и наставления;
- ❖ обещания невозможного;
- ❖ навязывание клиенту собственных убеждений;
- ❖ споры с клиентом.

Цель консультирования по вопросам СПИДа — помочь клиенту:

- ❖ справиться с эмоциями и трудностями, возникающими:
 - при обеспокоенности, что клиент мог заразиться ВИЧ;
 - обнаружении у него ВИЧ-инфекции;
 - наличии в семье или среди друзей случаев СПИДа;
- ❖ предотвратить инфицирование или реинфицирование ВИЧ;
- ❖ справиться с кризисом.

Кроме того, клиентам, живущим с ВИЧ, консультирование помогает сделать выбор в пользу продления жизни и улучшения ее качества.

КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ

Чтобы стать эффективным специалистом, Вам необходимо:

- ❖ проявлять уважение к людям;
- ❖ уметь слушать;
- ❖ проявлять сострадание;
- ❖ быть честным и заслужить доверия;
- ❖ обладать необходимыми знаниями;
- ❖ быть терпеливым;
- ❖ знать границы;
- ❖ знать когда и куда обращаться;
- ❖ четко осознавать свои чувства, ценности и взгляды;
- ❖ оставаться беспристрастным и объективным;
- ❖ быть уверенным в себе.

Чтобы эффективно проводить консультирование, Вы также должны осознавать свою роль, которая может требовать от Вас следующего:

- ❖ помочь клиенту определить проблемы и установить степень их важности;
- ❖ оказать клиенту эмоциональную поддержку;
- ❖ помочь клиенту разобраться в жизненных альтернативах и поддержать его в принятии решения;
- ❖ развивать у клиента навыки решения проблем и копинга;
- ❖ предоставить необходимую достоверную информацию, чтобы клиенту было легче принимать решения;
- ❖ помочь клиенту определить другие доступные источники поддержки и ресурсы;
- ❖ работать в команде, в которой не забывают о понятии конфиденциальности;
- ❖ быть ответственным за составление и соответствующее хранение необходимой документации.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Существует много факторов, которые влияют на формирование доверительных отношений во время консультирования. Рассмотрим некоторые из них.

Взаимоотношения между специалистом и клиентом

- ❖ Проявляйте уважение к клиентам. Если Вы не уважаете клиента, то вряд ли сможете помочь ему.
- ❖ Сразу определитесь с Вашей ролью консультанта. Это поможет Вам избежать неловких ситуаций по поводу того, чем Вы можете и чем не можете помочь.
- ❖ Сохраняйте нейтралитет и не принимайте ничью сторону в случае конфликта.
- ❖ Будьте честными. Не говорите того, что не хотели бы говорить, и не обещайте того, что не сможете выполнить.
- ❖ Помните о разнице в правах и социальном положении, которая может существовать между Вами и Вашим клиентом. Ваши взаимоотношения должны строиться на равенстве. Если Вы или Ваш клиент чувствуете себя неловко при взаимодействии, подумайте над тем, чтобы передать его другому специалисту.
- ❖ Не работайте с близкими родственниками.
- ❖ Установите временные рамки сеанса консультирования. Таким образом клиент будет знать, сколько времени в Вашем распоряжении.
- ❖ Не позволяйте клиенту развить чувство зависимости от Вас. Ваша задача — помочь ему самостоятельно справиться с ситуацией, а не полагаться на Вас.

Конфиденциальность

Конфиденциальность — это то, на чем строится доверие клиента к Вам, то, что является центральным вопросом взаимоотношений при консультировании.

- ❖ Всегда обсуждайте вопрос конфиденциальности с новым клиентом. Объясните ему, что полученная информация не будет предоставлена третьим лицам, за исключением особых обстоятельств.

- ❖ *Разделенная конфиденциальность*

Объясните клиенту, что иногда необходимо поделиться полученной информацией с членами семьи или с другими людьми, входящими в группу поддержки клиента. Но в любом случае это происходит только тогда, когда это может помочь клиенту, и только с его полного согласия.

- ❖ *Границы конфиденциальности*

Объясните клиенту, что с целью предоставления более качественной помощи Вам необходимо будет обсудить полученную от него информацию с другим специалистом или с членом команды. При каждом возможном случае это будет происходить без раскрытия личности клиента. И в любом случае, если требуется помощь команды, информация о клиенте не будет выходить за ее пределы.

Иногда возникают ситуации, когда специалист считает, что решения и поступки клиента могут угрожать его жизни или жизни других. В этом случае специалист вместе с клиентом постараются прийти к соглашению по поводу того, что предпринять дальше. Специалист, однако, может принять решение нарушить конфиденциальность, если на карту поставлены жизни людей.

Границы конфиденциальности

Если Вы сомневаетесь, что предпринять в той или иной ситуации, обратитесь за помощью к руководителю или к другому специалисту.

Персональные ценности, убеждения и отношения

Ваши взгляды и убеждения могут влиять на способность устанавливать доверительные отношения с клиентом. Вы можете придерживаться определенной позиции по поводу:

- ❖ религии;
- ❖ стиля жизни, например употребление наркотиков или секс за деньги;
- ❖ сексуальной ориентации;
- ❖ таких вопросов, как аборт, раскрытие факта заражения ВИЧ, беременность, грудное вскармливание.

Вы, конечно же, имеете право на собственные взгляды, но, как специалист, Вы не должны подвергать дискриминации своих клиентов потому, что их ценности, убеждения и отношения отличаются от Ваших. Вы не должны позволять своим убеждениям мешать процессу консультирования. Если Вы чувствуете, что возникает неразрешимая конфликтная ситуация, переведите клиента к другому специалисту.

Ваш жизненный опыт может влиять на Вашу работу в качестве консультанта. Если Вам неприятно работать с клиентом, передайте его другому специалисту.

Ваши ценности и убеждения могут не совпадать с политикой, принятой в организации, в которой Вы работаете. Вы должны это понимать и в случае необходимости обсудить эту проблему с руководством и коллегами. Если Вам не удастся разрешить этот конфликт внутри организации, Вы не сможете помочь клиентам справиться с их личными конфликтами.

Культура

Будьте чуткими к культуре и традициям Ваших клиентов. Некоторые обычаи могут повысить риск заражения ВИЧ. Помните, что культура — это понятие динамичное и подверженное постоянным изменениям. То, что сегодня кажется небезопасным, когда-то, вполне возможно, обеспечивало социальную стабильность и благополучие.

Ваша задача состоит не в том, чтобы ставить под сомнение правильность тех или иных традиций, а в том, чтобы заставить клиентов смотреть на них с критической точки зрения.

Религия

Не допускайте того, чтобы Ваши религиозные убеждения влияли на Вашу работу. Различные религии проповедуют различное отношение к таким вопросам:

- ❖ контрацепция;
- ❖ использование презерватива;
- ❖ медицинская помощь;
- ❖ обязательный анализ на ВИЧ;
- ❖ прерывание беременности;
- ❖ обрезание.

Уважайте религиозные убеждения Ваших клиентов. Если различия в Ваших религиозных убеждениях настолько велики, что Вы не в состоянии оказывать качественную помощь определенному клиенту, переведите его к другому специалисту.

Пол

Учитывайте значение ролей мужчины и женщины для их положения внутри семьи и для их способности общаться с родителями или супругом. Некоторым мужчинам и женщинам крайне трудно обсуждать определенные вопросы со своим партнером. Например:

- ❖ использование презерватива;
- ❖ верность;
- ❖ разоблачение;
- ❖ беременность;
- ❖ экономическая зависимость;
- ❖ работа по дому;
- ❖ забота о детях;
- ❖ разделение труда;
- ❖ жестокое обращение в семье.

Иногда, чтобы улучшить взаимодействие, имеет смысл проводить совместное консультирование обоих партнеров или родителей и детей.

Жизненный цикл

Возраст человека влияет на его потребности, деловые отношения и способность преодолевать трудности. Например, Вы должны проявить особую чуткость по отношению к потребностям ВИЧ-инфицированной девочки-подростка. Ее приоритеты будут отличаться от приоритетов ВИЧ-инфицированной вдовы с четырьмя детьми.

Как специалист, Вы должны осознавать, в какой жизненной фазе находится клиент, и предлагать ему помощь, отвечающую его специфическим потребностям.

Например, если Вы направляете клиента в группу поддержки «равный—равному», убедитесь, что она состоит из людей той же возрастной категории.

Обстановка для проведения консультирования

Обратите внимание на обстановку, в которой будет проходить консультирование.

Если Вы располагаете кабинетом в одном из медицинских центров или в другом учреждении, подготовьте его следующим образом:

- ❖ убедитесь, что Вас ничто не будет отвлекать. Выключите телефон, радиоприемник и компьютер;
- ❖ расположите стулья так, чтобы создавалось ощущение неформальной и релаксирующей обстановки. Должно быть удобно и Вам, и Вашему клиенту. Садитесь так, чтобы рабочий стол не находился между Вами и клиентом. Лучше расставьте стулья под углом на удобном расстоянии друг от друга;
- ❖ повесьте на дверь табличку с просьбой о том, чтобы Вас не беспокоили (например: «Идет консультирование» или «Не беспокоить»);
- ❖ приготовьте ручку и бумагу для записей;
- ❖ подготовьте другие необходимые предметы: литературу, питьевую воду, салфетки, презервативы.

Консультирование можно проводить и в другом месте, например в больничной палате. Самое главное, о чем не стоит забывать, это:

- ❖ найти удобное место, где Вы и Ваш клиент смогли бы присесть и видеть друг друга без помех;
- ❖ обеспечить конфиденциальность беседы. Никто не должен подслушивать вашу беседу или подглядывать за вами.

Не всегда удается создать идеальные условия для проведения консультирования (дом, наполненный домочадцами, больничная койка, переполненная больница). Сделайте все возможное, чтобы исправить ситуацию. В конце концов, всегда можно найти тихий уголок или отделить больничную койку занавеской:

- ❖ обеспечьте безопасность — свою и клиента. Некоторые клиенты идут на риск, рассказывая о личных проблемах (например, о случаях семейного насилия). Вы ответственны за то, чтобы ни Вы, ни Ваш клиент в результате не пострадали.

ТЕХНИКА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Техника консультирования включает в себя основные приемы, необходимые для эффективной работы консультанта. Они также помогут избежать некоторых неприятных моментов во время сеансов консультирования.

Приведем некоторые из них.

Установление контакта

Вы и Ваш клиент должны узнать друг друга прежде, чем Вам удастся перейти к открытой и свободной беседе. Процесс установления контакта с клиентом иногда называют «присоединением». Перечислим некоторые его стадии:

- ❖ тепло поприветствуйте клиента и предложите ему присесть;
- ❖ представьтесь и попросите клиента сделать то же самое;
- ❖ начните разговор с общих тем: поинтересуйтесь состоянием дел клиента, поговорите о погоде, семье и т. д.;

*Умейте приспособиться к ситуации.
Например, если к Вам приходит клиент в кризисной ситуации, то, возможно, необходимо сразу попытаться определить проблему и отложить «присоединение» на потом.
Развитие отношений — это постоянный процесс, который невозможно уместить в рамки первой встречи.
Начиная работать с новым клиентом, всегда разъясняйте ему понятие конфиденциальности.*

- ❖ объясняете цель сеанса консультирования;
- ❖ расскажите о своей роли и принципах работы;
- ❖ разъясните клиенту принцип конфиденциальности.

Активное выслушивание

Внимательно выслушивайте клиента, показывая Вашу заинтересованность в его рассказе. Вам не удастся эффективное консультирование, если у клиента создается впечатление, что Вы его не слушаете. Приведем некоторые важные моменты внимательного выслушивания.

- ❖ Держите себя максимально расслабленно. Отгоните посторонние мысли и личные заботы.
- ❖ На *этот* раз, полностью сконцентрируйтесь на выслушивании того, что говорит клиент.
- ❖ Установите глазной контакт с клиентом — таким образом Вы проявите заинтересованность в его рассказе. Необходимо, однако, помнить, что в некоторых ситуациях прямой и длительный глазной контакт может быть неуместен с точки зрения другой культуры и может восприниматься клиентом как угрожающий.
- ❖ Проявляйте свою заинтересованность в беседе как словами, так и невербально — например, кивая головой или произнося междометия «Хмм» или «Ага».
- ❖ Понаблюдайте за невербальными проявлениями состояния клиента («языком тела»). Присмотритесь к его позе, движениям рук и выражению лица. Говорят ли они о том, что клиент в состоянии напряжения, возбуждения, депрессии? Соответствует ли язык тела словам клиента?
- ❖ Не спешите с вопросами или комментариями, даже если наступает пауза в разговоре. Паузы и молчание дают клиенту время для размышлений.

Не бойтесь молчания. Возможно, клиент в этот момент размышляет или собирается с духом рассказать что-то важное.

Умение задавать вопросы

Ваше умение задавать вопросы — важный критерий определения качества информации, полученной от клиента. Вы сможете лучше помочь клиенту, если будете обладать более обширной информацией о его стиле жизни и о прочих обстоятельствах.

- ❖ Задавайте простые и недвусмысленные вопросы.
- ❖ Не задавайте несколько вопросов одновременно.
- ❖ При необходимости повторите вопрос.
- ❖ Дайте клиенту время задуматься над вопросом и обдумать ответ.

Открытый вопрос позволяет клиенту разговариваться, завершённый вопрос может ограничить беседу. Задавайте вопросы типа: «Расскажите мне о Вашей семье», а не: «Есть ли у Вас дети?»

Эмпатия

Проявляя эмпатию, Вы даете возможность клиенту ощутить Вашу поддержку.

- ❖ Покажите, что Вы понимаете, через что клиенту приходится проходить. Например, можно сказать: «Наверняка это было очень трудно пережить».
- ❖ Не позволяйте Вашей обеспокоенности о судьбе клиента зайти слишком далеко.
- ❖ Не переводите разговор на Ваши личные проблемы: «Меня, например, вчера тоже избили» или «Я переживаю то же самое».

Эмпатия отличается от сочувствия. Эмпатия — это попытка понять ситуацию с точки зрения клиента, это выражение Вашей заботы. Сочувствие — это выражение чувства жалости по отношению к клиенту. Проявляя эмпатию, Вы придаете сил клиенту. Проявляя сочувствие, Вы рискуете усилить в клиенте чувство беспомощности и отчаяния.

Опора на сильные стороны клиента

Ваши клиенты могут обладать способностями, о которых они и не подозревают или не замечают в силу сложных обстоятельств, в которых они оказались. Одной из целей консультирования является выявление и развитие этих сильных сторон. Для этого помогите клиенту:

- ❖ определить, что ему уже удалось сделать, чтобы преодолеть проблемы или трудности;
- ❖ вспомнить, как он преодолевал неприятности в прошлом: что получалось и что не удавалось, почему тот или иной прием срабатывал или не срабатывал;
- ❖ определить цель и разработать план действий по ее достижению.

Приведем некоторые вопросы, которые можно задать, чтобы определить сильные стороны и способности клиента:

- *Как Вы поступили с этой проблемой?*
- *С кем Вы поделились этой проблемой?*
- *Если бы Вы могли изменить что-то сейчас, что бы Вы изменили?*

Подведение итогов

Иногда бывает полезно вкратце повторить сказанное клиентом, подвести своеобразный итог того, что он рассказал. Например, в следующих ситуациях:

- ❖ в начале нового сеанса консультирования клиента, которого Вы уже знаете, чтобы воспроизвести в памяти прогресс, достигнутый на предыдущем сеансе;
- ❖ для привлечения внимания к тому, что Вам кажется особенно важным, или для того, чтобы лучше понять точку зрения собеседника;
- ❖ перед тем как сделать перерыв;
- ❖ при переходе на новую тему в ходе консультирования;
- ❖ если Вы не уверены, как поступать дальше;
- ❖ в конце сеанса консультирования.

Упражнения, в которых разыгрывается возможный вариант развития событий, помогают некоторым клиентам

Например, если Ваш клиент решил пригласить своего партнера на сеанс консультирования или попросить его сдать анализ на ВИЧ, то, разыграв с клиентом данную ситуацию заранее, Вы сможете облегчить ему эту задачу.

Решение проблем

Это структурированный подход к решению проблем, который может применяться в ряде сложных ситуаций.

- ❖ Позвольте клиентам полностью высказаться по поводу того, как они видят данную проблему, какие чувства при этом испытывают и как намереваются выйти из сложившейся ситуации.
- ❖ Помогите клиентам «разбить» проблему на выполнимые компоненты.
- ❖ Определите, что заслуживает незамедлительного внимания или неотложных мер, что можно отложить на более поздний срок и что невозможно разрешить совсем.
- ❖ Помогите клиентам определиться, на какие проблемы они должны обратить внимание прежде всего.
- ❖ Разберитесь возможные варианты решения проблемы и обсудите, как справиться с возникающими препятствиями.
- ❖ Обратите внимание клиентов на их сильные стороны и на те качества, которые позволили им выйти из сложной ситуации в прошлом.

- ❖ Помогите клиентам определить и улучшить новые навыки, которые позволят справиться со сложной ситуацией.
- ❖ Вместе с клиентами приглядитесь к возможным источникам поддержки (семье, друзьям, церкви и т. п.) и постарайтесь установить связь с ними.
- ❖ Вместе с клиентами разработайте реалистичный план действий.
- ❖ Постарайтесь, чтобы клиенты дали обещание выполнить первые шаги плана действий в течение установленного периода времени.

Всегда помните о том, что Ваши клиенты знают больше о собственной жизни, чем Вы, и что Вы всегда можете научиться чему-либо у них.

ПРОЦЕСС КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Консультирование может проходить при различных обстоятельствах и в различных местах. Ниже приводятся основные черты, свойственные консультированию как процессу. Их не следует принимать как рецепты из поваренной книги. Отнеситесь к ним как к инструменту запоминания основных принципов консультирования, которые должны быть адаптированы к каждой конкретной ситуации.

Подготовка к сеансу консультирования

- ❖ Вы должны точно знать, сколько времени имеется в Вашем распоряжении.
- ❖ Сверьтесь со своим расписанием, чтобы назначить следующий сеанс консультирования.
- ❖ Убедитесь, что Ваше душевное состояние не повлияет на качество консультирования. Оставьте личные вопросы и проблемы за дверью.
- ❖ Вы должны выглядеть респектабельно.
- ❖ Если это повторный сеанс консультирования, проверьте свои предыдущие записи.
- ❖ Подготовьте материалы, которые могут оказаться полезными для клиента.

Начало сеанса консультирования

- ❖ поприветствуйте клиента и установите контакт с ним.
- ❖ Соберите всю возможную информацию о новом клиенте (как с ним можно связаться, кто его направил к Вам, каково его семейное положение).
- ❖ Условьтесь о продолжительности сеанса консультирования.
- ❖ Обсудите язык, на котором Вы будете общаться во время сеанса консультирования.
- ❖ Объясните клиенту и обсудите с ним понятие конфиденциальности, разделенной конфиденциальности и границ конфиденциальности.
- ❖ Расскажите о Вашей роли и методах работы.
- ❖ Объясните клиенту, что Вы хотели бы делать записи во время беседы, и попросите его разрешения на это.
- ❖ Придите к взаимопониманию относительно того, чего Вы ожидаете друг от друга — базисный контракт (устный).

Проведение сеанса консультирования

- ❖ Обсудите причину визита.
- ❖ Помогите клиенту определить его проблемы и решить, какие из них требуют незамедлительного вмешательства.

- ❖ Предоставьте клиенту необходимую информацию, чтобы помочь ему сформулировать обоснованное решение.
- ❖ Проанализируйте методы, выбранные клиентом для разрешения сложной ситуации в прошлом, результаты их применения и наметьте новый план действий.
- ❖ Помогите клиенту найти другие возможные варианты выхода из затруднительной ситуации.
- ❖ Поддерживайте клиента в его выборе и в принятии решений. Обсудите с ним последствия каждого решения.
- ❖ Помогите клиенту найти способы справиться с создавшейся ситуацией.

Завершение сеанса консультирования

- ❖ Подведите итог тому, что Вы обсудили, и пройдитесь еще раз по разработанному плану действий.
- ❖ Спросите клиента, каковы его впечатления от сеанса консультирования, и нет ли у него замечаний/предложений.
- ❖ Спросите клиента, есть ли у него вопросы.
- ❖ Поблагодарите клиента за его сотрудничество.
- ❖ Договоритесь о том, каким будет следующий шаг, и о том, как Вы будете сотрудничать в будущем.
- ❖ Назначьте дату следующего сеанса консультирования.
- ❖ Направьте клиента к другим специалистам, если об этом была достигнута договоренность во время сеанса.
- ❖ Проводите клиента до двери.

ВИДЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, СВЯЗАННОГО С ВИЧ/СПИД

Поддерживающее консультирование

Цель этого вида консультирования — оказание эмоциональной и психологической поддержки людям, зараженным ВИЧ, и их семьям, в жизнь которых вошел ВИЧ. Консультирование помогает лучше справиться с ситуацией, вселяет уверенность и надежду. Это важная задача, стоящая перед любым видом консультирования, но в некоторых случаях она становится первоочередной.

Вот некоторые аспекты поддерживающего консультирования:

- ❖ расположить человека по отношению к Вам сделать так, чтобы он чувствовал себя комфортно;
- ❖ лучше узнать клиента, особенно об его отношении к ВИЧ и СПИДу;
- ❖ оказать поддержку и подбодрить клиента, чтобы он принимал себя таким, как он есть, и более позитивно смотрел на вещи;
- ❖ оценить способность человека к преодолению трудностей и помочь ему определиться с дополнительными источниками поддержки, чтобы удовлетворить свои духовные, социальные, медицинские и материальные потребности. Примером могут служить различные организации, предлагающие такого рода помощь (программы по уходу на дому, религиозные объединения, группы самопомощи людей, живущих с ВИЧ);
- ❖ обеспечить клиента направлением в некоторые из вышеперечисленных организаций, которые показаны в данном случае;
- ❖ включить обсуждение вопросов «выживания», позитивного мышления, преодоления дискриминации, а также паллиативной помощи и утраты близкого человека, подготовки завещания;
- ❖ содействовать клиенту в его стремлении решить другие проблемы, возникшие из-за его ВИЧ-положительного статуса или наличия больных СПИДом в его семье.

У некоторых клиентов потребность в поддерживающем консультировании может сохраняться в течение длительного периода, иногда годы. Решение о продолжительности курса консультирования должен принимать скорее клиент, а не консультант.

Способы копинга

Для клиентов крайне важно найти допустимые способы справиться со стрессом и злостью. Существуют разнообразные способы, в частности пение, молитва, медитация, длительные прогулки, времяпрепровождение с семьей или друзьями, участие в группе поддержки. Помогите клиенту выбрать наиболее подходящий для него способ.

Консультирование в отношении раскрытия ВИЧ-положительного статуса

С одной стороны, раскрытие ВИЧ-положительного статуса может вызвать негативную реакцию со стороны окружающих; с другой стороны, рекомендуется рассказать близким людям об этом факте, чтобы уменьшить стигму и защитить незараженного партнера. Для отдельных клиентов, которые только собираются начать антиретровирусное лечение, раскрытие статуса избавит их от необходимости принимать медикаменты тайком, а также обеспечит их дополнительными источниками поддержки, которые помогут им усилить приверженность к лечению.

Однако несмотря на нехватку поддержки многие не в состоянии рассказать родственникам о своем ВИЧ-положительном статусе из-за боязни стигмы или отвержения. Даже в тех случаях, когда клиенты раскрывают свой ВИЧ-положительный статус, они не всегда получают ту эмоциональную поддержку и ту информацию, на которые они рассчитывали. Клиенты испытывают сильный страх за будущее, за последствия для себя и окружающих; они чувствуют себя виноватыми, озлобленными, потрясенными и отчаявшимися. Возможно, им необходима поддержка, чтобы рассказать семье о своем ВИЧ-положительном статусе, а семье, в свою очередь, не обойтись без помощи, чтобы справиться с чувствами, связанными с этой информацией.

Другими словами, раскрытие ВИЧ-положительного статуса — это сложный процесс, состоящий из разнообразных аспектов, каждый из которых должен быть рассмотрен заранее. Именно поэтому консультирование настолько важно.

Решение клиента

Если клиент решил рассказать о своем ВИЧ-положительном статусе, ему, возможно, потребуется Ваша поддержка. Необходимо определиться с тем, кому, когда и как сообщить об этом. Это желание следует поощрять, одновременно дав человеку возможность тщательно все взвесить. Выбор клиента может привести к серьезным последствиям. Поэтому решение остается *за ним*.

*Вы должны решить для себя, рассказывать или не рассказывать о своей ситуации.
Есть смысл быть открытым, но, с другой стороны, не судите тех, кто не хочет этого делать.*

Однако мнение консультанта может сильно повлиять на выбор клиента. Например, если специалист считает, что откровенность в данном вопросе играет ключевую роль в борьбе с дискриминацией и эпидемией ВИЧ/СПИД, это может привести к определенному давлению на клиента и заставить его признаться в своем ВИЧ-положительном статусе раньше, чем он готов бы был это сделать самостоятельно. С другой стороны, обеспокоенность за безопасность клиента может привести к тому, что при каждом последующем упоминании этой проблемы консультант будет менять тему разговора. Это будет означать, что он не в состоянии помочь клиенту оценить его страхи и сделать начальные шаги на пути к последующему раскрытию своего ВИЧ-положительного статуса.

Процесс раскрытия ВИЧ-положительного статуса и консультирование

Раскрытие ВИЧ-положительного статуса — это процесс, а не событие. Это важное решение, которое может повлиять на жизнь человека, живущего с ВИЧ, и людей, живущих рядом с ним. Необходимо, чтобы клиент не торопился с раскрытием, а хорошо подготовился к нему и спланировал его заранее. Во время консультирования, предлагая возможные варианты развития событий, специалист поможет клиенту спланировать раскрытие его ВИЧ-положительного статуса и контролировать ситуацию.

С клиентом можно рассмотреть следующие шаги:

- ❖ в полном объеме оцените последствия такого раскрытия, для того чтобы клиент смог предвидеть возможные реакции членов семьи, друзей, коллег и др. Помогите клиенту определиться, какое решение принять, анализируя вместе с ним доводы за и против, а также последствия положительного и отрицательного решения;
- ❖ обсудите с клиентом, какую реакцию можно ожидать от людей, которые окажутся менее чуткими или менее открытыми по отношению к этой ситуации;
- ❖ поговорите с клиентом о том, как можно предотвратить заражение настоящих и будущих сексуальных партнеров его, а также о том, как сообщить им об его ВИЧ-положительном статусе;
- ❖ посоветуйте клиенту тщательно все обдумать. Убедитесь, что он действительно намеревается сделать это;
- ❖ помогите клиенту разработать план раскрытия его ВИЧ-положительного статуса. Он должен включать в себя все этапы подготовки, людей, с которыми клиент в первую очередь собирается поделится проблемой, и степень его откровенности;
- ❖ обсудите с клиентом шаги, которые он может предпринять до того, как расскажет о ситуации в полном объеме. Например, заводите разговор о ВИЧ, но не проектируйте его на себя, а проследите за реакцией определенных людей, чтобы предугадать их возможное поведение в случае будущего откровенного разговора. Часто в таких случаях прибегают к непрямому раскрытию (см. словарь);
- ❖ ролевые сценки и разговор с «пустым стулом», который выполняет роль будущего собеседника клиента, позволяют лучше подготовиться к ситуации самого разговора;
- ❖ помогите клиенту осознать, что в случае принятия решения о раскрытии своего ВИЧ-положительного статуса легче всего начать с близких ему людей: родственников, членов семьи, друзей и тех, кому он доверяет;
- ❖ если клиент решил раскрыть свой ВИЧ-положительный статус, помогите ему представить реакцию людей, с которыми он хочет поделиться. Клиент должен предположить, насколько хорошо его будущий собеседник осведомлен о ВИЧ и СПИДе. Так клиенту будет легче определить, в какой форме преподнести информацию, чтобы она нанесла наименьший ущерб им обоим;
- ❖ клиент должен быть готов к выражению чувств и озабоченности со стороны его собеседника после разговора. Вы, как специалист, с течением времени сможете помочь клиенту в этом;
- ❖ подготовьте клиента к потрясению и, возможно, к враждебной реакции со стороны его будущих собеседников после раскрытия его ВИЧ-положительного статуса. Это иногда случается, но Вы должны убедить клиента, что, скорее всего, со временем его близкие должны будут принять его ВИЧ-положительный статус;
- ❖ договоритесь о повторной встрече в удобное для обоих вас время, чтобы поговорить о достигнутом прогрессе;
- ❖ постарайтесь уберечь клиента от неуместного чувства давления, которое он может испытывать в связи с необходимостью раскрытия его ВИЧ-положительного статуса.

Возможные положительные стороны раскрытия ВИЧ-положительного статуса

Клиенты, склонные раскрыть свой ВИЧ-статус, должны четко осознавать разницу между частичным и полным раскрытием. Готовность к раскрытию статуса позволит им получить следующие преимущества:

- ❖ принятие своего статуса и облегчение стресса. «Проблема, с которой ты поделился, становится в два раза легче»;
- ❖ доступ к медицинской помощи, уходу и поддержке, которые необходимы клиенту;
- ❖ защите самого себя и других людей. В особенности женщины могут использовать раскрытие своего ВИЧ-положительного статуса, чтобы добиться безопасного секса;
- ❖ возможность повлиять на окружающих и уберечь их от заражения ВИЧ;
- ❖ чем больше людей будут раскрывать свой ВИЧ-положительный статус, тем меньше стигмы, дискриминации и отвержения будет ассоциироваться с ВИЧ и СПИДом;
- ❖ люди могут догадаться о ВИЧ-положительном статусе клиента, особенно по признакам СПИДа. Изначальная откровенность поможет предотвратить слухи и подозрения, а также снизить напряженность, связанную с необходимостью «хранить секрет»;
- ❖ развитие чувства ответственности — близкие клиента смогут строить реальные планы на будущее.

Возможные отрицательные стороны раскрытия ВИЧ-положительного статуса

Стигма, связанная с ВИЧ или СПИДом, означает, что иногда возможны и негативные последствия раскрытия ВИЧ-положительного статуса клиента, особенно вначале. К негативным последствиям относятся, в частности:

- ❖ проблемы в личностных взаимоотношениях, будь то с сексуальными партнерами, членами семьи, друзьями, соседями, работодателем или коллегами;
- ❖ ощущение отвержения. Клиенты, раскрывшие свой ВИЧ-положительный статус, могут чувствовать постоянное осуждение со стороны других людей. Поэтому клиенты должны быть хорошо подготовлены к такому развитию событий и пользоваться доступными средствами поддержки;
- ❖ давление, оказываемое на людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, со стороны лиц, желающих использовать их в качестве ролевых моделей или помощников в борьбе со СПИДом.

Возможные отрицательные стороны отказа от раскрытия

Иногда кажется, что слишком многое поставлено на карту, чтобы просто так раскрыть свой ВИЧ-положительный статус. Но отказ от раскрытия также может привести к серьезным негативным последствиям. Рекомендуется обсудить с клиентом следующие возможные отрицательные моменты отказа от раскрытия своего ВИЧ-положительного статуса:

- ❖ *отсутствие поддержки* — члены семьи и друзья не смогут поддерживать клиента, ему со всем придется справляться в одиночку;
- ❖ *риск* — близкие клиента, особенно его сексуальные партнеры, могут заразиться ВИЧ, как следствие, возрастает вероятность реинфекции для клиента;
- ❖ *отсутствие помощи* — клиенту будет сложно получать адекватную медицинскую помощь, участвовать в сеансах консультирования и группах поддержки, если он не будет откровенен касательно своего статуса;
- ❖ *подозрение* — у людей, неосведомленных о болезни клиента, некоторые его поступки могут вызвать недоумение.

*Я считаю, что откровенность — это ключ к уменьшению стигмы.
Чем чаще мы будем об этом рассказывать, тем труднее людям будет жить
стереотипами о людях, живущих с ВИЧ или СПИДом.*

Консультирование и человеческие взаимоотношения

Работа с клиентами по налаживанию взаимоотношений с окружающими

Клиенты могут рассказывать об их взаимоотношениях с другими людьми, или иногда, чтобы разрешить трудности, они просят провести консультирование в присутствии их партнера или другого члена семьи. Скорее всего, Вы столкнетесь с рядом трудностей, среди которых конфликт с партнером, разногласия с лицами, оказывающими помощь, вмешательство других членов семьи в ситуацию и т. д. Приведем некоторые рекомендации по проведению беседы с клиентом (или с клиентом и его сопровождающим):

- ❖ будьте готовы выслушать обе стороны и займите нейтральную позицию;
- ❖ попросите их рассказать собственные версии, описывая обстоятельства, при которых происходили события (о чем шла речь, кто участвовал, когда все началось и с чего, происходило ли подобное раньше, что каждый из присутствующих сказал/сделал, что они чувствовали тогда и что они чувствуют сейчас, понимают ли они точку зрения собеседника, что произошло с тех пор; какова ситуация сейчас);
- ❖ рассмотрите возможные варианты разрешения ситуации, включая помощь со стороны;
- ❖ разработайте конкретный план (в отсутствие партнера / члена семьи узнайте, когда, где и как с ним можно связаться).

*Иногда консультирование происходит в присутствии третьих лиц.
Иногда Вам придется работать с группами, семейными парами и целыми семьями.*

Консультирование семейных пар

Иногда консультанту приходится работать и с клиентом, и с его партнером. Перечислим некоторые моменты, о которых надо помнить во время работы с семейными парами.

- ❖ Всегда помните о том, что **семейные отношения необходимо сохранить и улучшить**. Например, точка зрения «откровенность — это главное» может в реальной жизни расстроить семейные отношения и таким образом лишить клиента единственного источника поддержки.
- ❖ **Принимайте только информированное согласие**. Иногда бывает трудно добиться искреннего согласия одной из сторон, особенно когда в комнате присутствует другая сторона, склонная манипулировать первой. Убедитесь в согласии обеих сторон, проведя несколько минут с каждой из них наедине.
- ❖ **Создайте оптимальные возможности для максимальной свободы высказываний**. Это может быть полезно в одной ситуации и быть губительным в другой. Хотя Ваша цель — установление доверия, иногда возникает необходимость проводить отдельные сеансы консультирования с каждым из партнеров.
- ❖ **Старайтесь не ставить себя на первый план**. Ваша задача — содействовать коммуникации между партнерами. Если они в состоянии общаться друг с другом, то Вашей целью становится оказание поддержки и предоставление фактической информации. Старайтесь увеличить, но не подорвать сильные стороны их отношений.
- ❖ **Откройте все каналы коммуникации для партнеров**: «слышат» ли они вербальные и невербальные сигналы друг друга? Иногда Вам придется усилить или разъяснить такие сигналы.
- ❖ **Придерживайтесь нейтралитета**. В Вашу задачу не входит принимать чью-либо сторону. Более того, оказывая поддержку одному из партнеров, Вы можете потерять доверие и участие другого. Не забывайте о подсознательном желании встать на сторону представителя того же пола, что и Вы.
- ❖ **Сделайте так, чтобы пара осознала сильные стороны своих взаимоотношений**. Постарайтесь найти хотя бы одну из них или сфокусируйтесь на сильных сторонах партнеров по отдельнос-

ти. Семейная пара не пришла бы к Вам, если бы им абсолютно была безразлична судьба друг друга и судьба их отношений.

- ❖ **Разъясните свою роль консультанта.** Ваша задача — поддерживать ОБЕ стороны; сохранять нейтралитет; НЕ выступать в качестве передатчика сигналов от одного к другому; разъяснять недоразумения; приводить фактическую информацию.

СЛУЧАЙ ИЗ ЖИЗНИ: РАБОТА С СЕМЕЙНЫМИ ПАРАМИ

Последние шесть месяцев Елена посещала клинику, где она проходила дотестовое и послетестовое консультирование по ВИЧ-инфекции, а также консультирование в рамках подготовки к антиретровирусной терапии и в настоящее время консультирование по приверженности. После того как месяц назад она раскрыла мужу свой ВИЧ-положительный статус, он никак не отреагировал на эти новости и с тех пор не поднимал эту тему.

Елену волновал тот факт, что отсутствие поддержки со стороны мужа негативно сказывается на ее приверженности к АРТ. Еще больше она была обеспокоена тем, что ее муж сердился на нее и что раскрывшиеся факты разрушали их отношения. Заметив, какой стресс у клиентки вызывают отношения в семье, консультант осторожно спросил ее, не хочет ли она поговорить об этом подробнее. Оказалось, что Елена боялась снова обсуждать эту тему дома, опасаясь гнева мужа. Ее самооценка значительно снизилась, поскольку муж не желал иметь никаких физических контактов с ней. Она чувствовала себя ненужной и недостойной мужа.

Елена попросила консультанта объяснить мужу, что она жаждет его «прощения», так как все еще сильно любит его. Консультант уточнил, что в его задачи не входит выступать в качестве посылного, но он готов предоставить необходимую информацию и поддержку. Он хотел, чтобы Елена самостоятельно добилась того, что ей вполне под силу, и был готов оказать ей конкретную помощь. Ей было предложено пригласить мужа на очередной сеанс консультирования.

В присутствии мужа на сеансе консультирования консультант поддержал Елену в ее намерении рассказать мужу то, что она хотела. Женищина описала свои чувства и озабоченность и спросила мужа, за что он на нее сердится. В конце-концов он объяснил, что совершенно не сердится на жену. Напротив, он испытывал чувство вины и страха после того, как она сообщила ему, что у нее обнаружен ВИЧ. Елена могла заразиться от него, так как он изменял ей и знал, что она была ему верна. В его глазах новость, что у жены СПИД, означала, что у него, скорее всего, тоже СПИД. Его охватывал страх, что они оба скоро умрут.

Елену успокоило то, что ее муж не сердится на нее. Она попыталась объяснить ему разницу между ВИЧ и СПИДом и то, что у них вполне может получиться быть здоровыми длительное время. Доктор рассказал мужу Елены про ВИЧ и СПИД, про АРТ и важность приверженности к терапии. Муж Елены принял решение сдать анализ на ВИЧ и начать курс АРТ. Он осознал, что может взять здоровье под контроль и что и он, и его жена находятся в одинаковом положении. Они будут напоминать друг другу о необходимости принимать лекарства и найдут способ заниматься безопасным сексом.

Кризисное консультирование

Клиенты, находящиеся в состоянии стресса, потрясения или в крайне затруднительной ситуации, нуждаются в кризисном консультировании. Не все одинаково реагируют на события, однако большинство людей воспринимают как кризис следующее:

- ❖ получение положительных результатов анализов на ВИЧ (особенно, если они не прошли соответствующее дотестовое консультирование);
- ❖ ожидаемое или фактическое отсутствие поддержки или отвержение со стороны партнера / членов семьи / друзей / работодателя;
- ❖ изменения в стиле жизни, вызванные болезнью. Например, потеря работы, вынужденный уход из дома, финансовые трудности;
- ❖ необходимость сменить лекарство из-за побочных эффектов или резистентности;
- ❖ начальное проявление признаков СПИДа или значительное ухудшение здоровья;
- ❖ смерть от СПИДа близкого человека;

Важные элементы кризисного консультирования:

- ❖ оценить ситуацию и обратить внимание на первостепенные потребности клиента;
- ❖ обеспечить Вашу безопасность и безопасность клиента;
- ❖ позволить клиенту выразить свои эмоции;
- ❖ определить самые острые проблемы клиента;
- ❖ помочь клиенту разработать план действий по разрешению самых острых проблем (см. раздел, посвященный решению проблем);
- ❖ помочь клиенту определить, откуда он смог бы получить поддержку, чтобы ему легче было справиться с его сложной ситуацией. Например, от друзей, членов семьи, приюта, агентства по защите детей, других организаций;
- ❖ помочь клиенту определиться, с чего начать решение проблемы сразу после сеанса консультирования;
- ❖ назначить следующий сеанс консультирования.

Выполняя вышеперечисленное, не забывайте о следующем:

- ❖ оставайтесь спокойным и непоколебимым, излучайте уверенность;
- ❖ постарайтесь снизить напряжение, но в то же время не принижайте степень важности проблемы в глазах клиента (словами «ладно тебе, не все так плохо»...);
- ❖ повторяйтесь и суммируйте информацию, если видите, что клиент слишком расстроен, чтобы ее легко воспринимать;
- ❖ то, что Вы говорите и делаете, должно соответствовать состоянию клиента, его ощущениям безвыходности и беспомощности, а также его способностям принимать решения и действовать в соответствии с ними в данный момент;
- ❖ не соглашайтесь делать ничего такого для клиента, что он в состоянии сделать сам;
- ❖ старайтесь сделать так, чтобы клиент максимально вернул контроль над ситуацией: объясните ему, что даже незначительный поступок поможет ему чувствовать себя лучше и возвратит надежду.

Иногда в состоянии отчаяния клиенты высказывают желание причинить себе вред. Это не всегда означает активную попытку самоубийства, но заслуживает серьезного внимания.

СЛУЧАЙ ИЗ ЖИЗНИ: КРИЗИСНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Тамара получает АРТ на протяжении 18 месяцев. Первоначальные побочные эффекты были краткосрочными, лекарства до недавнего времени действовали положительно. Но у нее неожиданно развилась диарея и симптомы, напоминающие гриппозные. Медсестра, ответственная за ведение этого случая, дала ей препараты, помогающие справиться с этой оппортунистической инфекцией. Сегодня, как и обычно, после визита к врачу Тамара пришла к консультанту.

Она вошла в кабинет в слезах и в таком возбужденном состоянии, что сначала не хотела садиться. Когда она немного успокоилась, консультант спросил, в чем дело. По словам врача, АРТ, кажется, более не помогает ей. Назначив анализ крови, он попросил Тамару вернуться за результатами через неделю, чтобы посмотреть, не надо ли ей поменять лекарства.

По словам Тамары, ей стало очевидно, что у нее СПИД и что она скоро умрет. Даже если она перейдет на новые лекарства, они, скорее всего, не помогут ей продержаться длительное время. «Зачем тогда продолжать лечение?» — спросила она. — «По крайней мере, если я умру, то все это закончится. Я так устала постоянно бороться».

Консультант попросил Тамару подробнее рассказать о ее желании умереть. Она ответила, что не совсем это имела в виду. «Что тогда станет с моими детьми?» — спросила она. Тем не менее это было тяжелым переживанием.

Консультант обсудил с женщиной ее чувства страха и отчаяния. Он напомнил, что она чувствовала то же самое, когда узнала о своей болезни и когда поступала на АРТ. «Что тогда придавало сил тебе?» — спросил консультант. Тамара заговорила о детях, о том, как важно оставаться в живых до тех пор, пока они не смогут позаботиться о себе сами, о поддержке ее сестры и близкого друга. Консультант выразил мнение, что эти причины важны и сейчас. Вдохнув, она признала, что это так, в особенности важны для нее дети.

Когда Тамара была в состоянии обсуждать следующие шаги, консультант подытожил рассказ ее о том, что сообщил ей врач. «Если я понял тебя правильно, врач еще не принял окончательное решение об изменении терапии. Но если это все же потребуется, то предыдущий опыт лечения поможет тебе приспособиться к новым медикаментам». Консультант и Тамара вместе проанализировали предыдущий опыт, стараясь определить, что помогало справляться с ситуацией в прошлые разы.

Через некоторое время Тамара успокоилась. Она решила рассказать сестре и близкому другу о том, что произошло, а также заговорила о том, что ей необходимо сделать, чтобы подготовить себя и свою семью к возможной смене терапии. Она согласилась, что присутствие ее сестры при следующем визите к врачу — это хорошая идея. Консультант попросил Тамару позвонить ему на следующий день, чтобы рассказать о том, как она себя чувствует. Он также предложил назначить дополнительный сеанс консультирования. В конце сеанса Тамара казалась спокойнее и сдержаннее. Она пообещала держать консультанта в курсе событий.

Как рассматривать вопрос самоубийства

У людей, больных ВИЧ/СПИД, иногда появляются мысли о самоубийстве, они говорят об этом вслух, предпринимают попытки покончить жизнь самоубийством и в некоторых случаях им это удается. Рассказывая о своем желании расстаться с жизнью, клиент, возможно, пытается справиться с кризисом (см. выше). Это также может быть следствием затянувшегося стрессового состояния (например, реакция на длительную болезнь или на боль).

Обсуждение темы самоубийства: некоторые факты

- ❖ Суицидальные высказывания могут быть способом выражения тревоги, печали и отчаяния, испытываемых клиентом. Это не обязательно указывает на окончательное решение покончить жизнь самоубийством. Но суицидальные высказывания всегда должны серьезно восприниматься и глубоко анализироваться. Не отмахивайтесь от них как от «несерьезных» или «манипулятивных».
- ❖ Вопросы, связанные с желанием клиента покончить жизнь самоубийством, не означают подталкивание к нему.
- ❖ Если консультант первым поднимет этот вопрос, то клиент может почувствовать облегчение, так как его кто-то понимает, что, в свою очередь, может уменьшить риск самоубийства.
- ❖ В случаях тяжелой депрессии / шокового состояния, особенно если клиент не имеет полноценной системы поддержки, Вы должны поинтересоваться, не задумывался ли он о самоубийстве. (Вы когда-нибудь думали о том, чтобы причинить себе вред?»))

Опыт и личные убеждения консультанта

Многие консультанты в своей работе могут не столкнуться с клиентами, склонными к самоубийству.

Но если это произойдет, им придется оставить в стороне свои личные взгляды и чувства, чтобы эффективно разобраться в ситуации.

Если есть возможность получить консультацию специалиста, то лучше всего направить к нему клиента.

Если такой возможности нет, специалист должен сделать все, что в его силах, чтобы обеспечить безопасность клиента.

Оценка риска самоубийства

- ❖ Оцените, насколько велик риск самоубийства, чтобы определить дальнейшие действия. Посоветуйтесь с коллегой и, если есть сомнения, по возможности передайте ему клиента.
- ❖ Запишите все, что Вы услышали и увидели, что Вы предприняли для разрешения ситуации, укажите причины, подтолкнувшие Вас сделать именно этот выбор.
- ❖ Постарайтесь вникнуть в ситуацию клиента, подумайте:
 - что спровоцировало его суицидальные мысли или намерения;
 - переживает ли он кризис в какой-либо их сфер своей жизни (финансовый кризис, кризис в семейных отношениях, особенно в связи с ВИЧ-положительным статусом или длительной болезнью);
 - куда пойдет клиент после сеанса консультирования, в какой обстановке он окажется (и есть ли возможность ее поменять);
 - доступна ли клиенту надежная поддержка (например, со стороны его семьи).
 - какие факторы могут изменить намерение клиента (религиозные убеждения, страх смерти, чувство стыда за самоубийство, забота о семье)?
- ❖ Учитывайте и задавайте вопросы о факторах, которые обычно означают высокий риск самоубийства (особенно если Вы подозреваете у клиента суицидальные мысли, даже если он не выражает их словами):
 - мысли о самоубийстве в данный момент и попытки к самоубийству в прошлом;

- психическое расстройство в анамнезе или недавняя госпитализация в психиатрический стационар;
 - злоупотребление алкоголем и наркотиками в прошлом и в настоящем;
 - случаи импульсивного поведения;
 - социальные проблемы (например, тяжелая утрата, распад брака, потеря работы);
 - социальная изоляция, отвержение и отсутствие поддержки.
- ❖ Оцените психический статус клиента на наличие следующих характеристик:
 - глубокой депрессии, мыслей о самоубийстве или об убийстве других людей, дереализации, нерациональных суждений о себе или о других (например, «все против меня, я не заслуживаю жить») в то время, как нет никаких оснований полагать, что это действительно так, значительно выраженных симптомов тревоги или паники, психомоторного возбуждения, бреда.
 - ❖ Оцените, насколько определенными и решительными являются намерения клиента:
 - наличие абстрактных идей и неопределенных планов (что больше указывает на проявление чувств клиента, чем на окончательное решение покончить жизнь самоубийством); или
 - определенный реальный план, реализация которого действительно может привести к смерти и который предусматривает способы его осуществления (например, составление завещания, написанная прощальная записка, наличие запаса лекарств или пистолета, намеченный срок осуществления плана).

Ваши действия в такой ситуации

- ❖ Следуйте рекомендациям, которых следует придерживаться в случае кризисного консультирования, особенно что касается проблем, требующих незамедлительного вмешательства.
- ❖ Если у клиента разработан конкретный план самоубийства и ему доступны средства для его осуществления, постарайтесь задержать клиента в безопасном месте до тех пор, пока Вы не примите меры по обеспечению его долгосрочной безопасности.
- ❖ Если у клиента нет определенного плана действий, постарайтесь вместе с ним найти другие альтернативы (найти кого-нибудь, кто за ним присмотрел бы) и обсудить краткосрочные меры (на 24 часа вперед).
- ❖ Если Вы считаете, что у Вас хорошие взаимоотношения с клиентом, попытайтесь заключить с ним договор о том, что в случае повторных мыслей о самоубийстве он, прежде чем нанести себе вред, свяжется с Вами. Но не полагайтесь только на такой договор — у Вас должны быть и другие основания полагать, что клиент будет в безопасности.
- ❖ Договоритесь, как минимум, связаться с клиентом в течение следующих 24 часов и как можно скорее назначьте повторную встречу.
- ❖ Если Вы не уверены в ситуации, обратитесь по возможности за помощью к соответствующему специалисту.
- ❖ Если у клиента отмечаются симптомы депрессии (см. Руководство по неотложной помощи IMAI), направьте его в службы специализированной медицинской помощи.

Горе и тяжелая утрата: работа с умирающими и их семьями

- ❖ Не позволяйте Вашим собственным утратам и эмоциям влиять на Вашу работу.
- ❖ Помните, что люди могут горевать и из-за того, «что может произойти», как бы в предвидении потерь, и не только в случае смерти как таковой.
- ❖ Не бойтесь употреблять слова «смерть» и «умереть». Расспросите о страхах и тревогах, связанных со смертью.
- ❖ Признайте, что такая ситуация сложна. Спросите, были ли другие сложные моменты в жизни клиентов раньше и что помогло им их пережить.
- ❖ Сделайте так, чтобы близкие умирающего могли поделиться своими чувствами друг с другом (чувствами вины, облегчения, боли или гнева).

- ❖ Слушайте больше, чем говорите. Предоставьте собеседнику время на размышление и молчание.
- ❖ Поощряйте ритуалы, которые могли бы облегчить печаль. Например, приведение в порядок воспоминаний и памятных вещей.
- ❖ Старайтесь переубедить людей, переживших тяжелую утрату, принимать серьезные решения, как, например, о смене работы и местожительства. Их эмоциональное состояние не позволяет им принимать взвешенные решения.
- ❖ Попросите клиентов, чтобы они Вам побольше рассказали о том, кто ушел из жизни.

КУДА НАПРАВИТЬ КЛИЕНТА

Вы не всегда будете в состоянии обеспечить все потребности своих клиентов. Одна из задач, стоящих перед Вами, — определение источников информации и поддержки для Ваших клиентов. Опишем некоторые из них.

Группы поддержки

Люди, которые переживают или пережили те же проблемы, что и Ваши клиенты, могут стать одним из самых полезных источников эмоциональной и психологической поддержки. Во многих сообществах существуют группы самопомощи для людей, живущих с ВИЧ, подвергшихся домашнему насилию, переживших тяжелую утрату или страдающих от СПИДа, детей, подвергшихся сексуальному насилию. Эти группы предлагают поддержку и содействие, помогая людям поделиться своей проблемой, обменяться опытом и научиться друг у друга. Часто такие люди чувствуют себя одинокими, брошенными и непонятыми. Общение с другими людьми, находящимися в похожей ситуации, поможет побороть чувство одиночества.

Держитесь в курсе происходящего в Вашем сообществе, чтобы помочь клиенту получить доступ к необходимым услугам.

Справочники

Некоторые организации публикуют справочники социальных служб. В них могут быть указаны адреса, телефоны, время работы, контактные лица и виды социальных служб. Узнайте, существуют ли подобные справочники по Вашему региону, и раздобудьте их, чтобы знать, куда направлять нуждающихся клиентов. Если такого справочника нет, создайте свой собственный, собирая информацию о вариантах, доступных в Вашем регионе.

Медицинские учреждения

Многим из Ваших клиентов требуется медицинская помощь. Узнайте, какие клиники предлагают бесплатное консультирование и тестирование на ВИЧ, а также где можно пройти обследование на выявление туберкулеза и получить лечение. Узнайте, существует ли больница, предлагающая услуги по предохранению от передачи ВИЧ от матери ребенку. Убедитесь, что, если Вы направляете клиента в медицинское учреждение, Вы точно знаете, где и когда он сможет получить необходимую помощь.

Религиозные организации

Церкви, мечети, группы традиционных культов и другие религиозные организации могут предоставить духовную поддержку Вашим клиентам.

Хосписы

В некоторых регионах существуют хосписы. Они предлагают паллиативную помощь клиентам, умирающим от СПИДа, и членам их семей. Узнайте, как можно получить доступ к их услугам.

Помощь на дому

Программы помощи на дому предлагают широкий спектр услуг. Они могут предоставлять простую социальную поддержку, например посещение клиента волонтером, чтобы помочь с работой по дому или просто пообщаться; визит медсестры для оказания медицинской помощи и ухода; обеспечение продуктами и предметами быта. Узнайте, какие услуги предоставляются программами помощи на дому в Вашем регионе и как Вы можете подключить к ним Вашего клиента.

Другие услуги

Вашему клиенту могут потребоваться и другие услуги, как, например, социальные пособия от местных властей, услуги народной медицины, правовая помощь, охрана со стороны служб правопорядка. Вы должны знать, как и где можно получить эти услуги.

ВЕДЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ

Ведение документации может быть полезным по следующим причинам:

- ❖ это напоминание о том, что обсуждалось на предыдущих сеансах консультирования;
- ❖ это напоминание о том, что Вы договорились сделать или выяснить;
- ❖ для выписки направления к другому специалисту;
- ❖ для определения источников поддержки;
- ❖ для планирования и организации;
- ❖ для составления отчетов;
- ❖ для сравнения данных о состоянии клиента и оценки достигнутого.

Ваши записи отражают конфиденциальную информацию и поэтому должны храниться в месте с ограниченным доступом. Никто, кроме Вас, Вашего руководителя или членов команды, работающих непосредственно с этим клиентом, не должны иметь доступа к Вашим бумагам. Если Вы храните документацию в картотеке, убедитесь, что она заперта и ключ находится в надежном месте. Если Вы берете бумаги с собой для работы у себя или у клиента на дому, разделите содержимое папки. Возьмите с собой только необходимое для работы, оставьте конфиденциальную информацию в надежном месте. Если Вы не можете гарантировать сохранность документов, подумайте о том, что, может быть, не следует хранить расширенную информацию о клиенте и свести ее к абсолютному минимуму.

Ваша документация должна содержать следующую информацию:

Дата:

Имя:

Номер карты клиента:

Адрес:

Возраст:

Пол:

Семейное положение:

Вид брака:

Данные о семье (родовое дерево)

Род деятельности:

Вероисповедание:

Предпочитаемый язык общения:

Проблемы:

Предоставляемые услуги:

Необходимость предоставления других услуг, например направление к другому специалисту:

Дата следующего сеанса консультирования:

Большинство консультантов предпочитают хранить имя и адрес клиента отдельно от другой информации. Таким образом, если бумаги были украдены, потеряны или попадут в чужие руки, никто не сможет понять, о каком клиенте идет речь.

ИСТОЧНИКИ ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТОВ

Вам приходится сталкиваться со сложными ситуациями, поэтому Вы сами нуждаетесь в поддержке.

- ❖ Поделитесь Вашими заботами и опытом с другими, но всегда сохраняйте конфиденциальность данных клиента.
- ❖ По возможности участвуйте в совещаниях с другими консультантами. Станьте членом профессиональной ассоциации консультантов, которая может предоставлять Вам информацию и поддержку.
- ❖ Присоединитесь к другим группам или сотрудничайте с другими организациями в Вашем регионе, чтобы поддерживать социальные контакты за пределами рабочего места.
- ❖ Если Вы работаете в организации, попросите помощи и совета у Вашего руководителя (например, во время регулярных совещаний или совместных сеансов консультирования).

Управление стрессом

Работа консультантом может привести к физическому и эмоциональному стрессу. Чтобы справиться со стрессом, помните о следующем:

- ❖ отдохните, если чувствуете, что слишком много работали;
- ❖ регулярно берите отпуск;
- ❖ чередуйте виды деятельности: почитайте книгу, поработайте в саду;
- ❖ общайтесь;
- ❖ рассказывайте о своих чувствах;
- ❖ занимайтесь спортом;
- ❖ медитируйте или молитесь;
- ❖ правильно питайтесь;
- ❖ соблюдайте режим сна.

*Забота о себе важна так же,
как и забота о других людях.*

Постоянное повышение квалификации

- ❖ Обсуждайте с руководством возможности дальнейшего обучения.
- ❖ Посещайте профессиональные семинары и лекции.
- ❖ Читайте профессиональную литературу: газеты, журналы, другие публикации.

**ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
В ПРОГРАММАХ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ
(ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)**

Всемирная организация здравоохранения 2005

**PSYCHIATRIC CARE IN ANTIRETROVIRAL THERAPY
(for second level care)**

Booklet 3, Mental Health and HIV/AIDS Therapy Series

World Health Organization 2005

Written by:

Dr Francine Cournos (New York State Psychiatric Institute/Columbia University, USA)

Dr Milton Wainberg (New York State Psychiatric Institute/Columbia University, USA)

Dr Ewald Horwath (New York State Psychiatric Institute/Columbia University, USA)

СОДЕРЖАНИЕ

Схемы оказания медицинской помощи для стационаров / врачей первичного звена: делирий, деменция, и другие психические расстройства	41
Использование данных схем	41
Делирий	42
Деменция	44
Риск суицида	48
Тяжелая депрессия	50
Психоз	52
Тревожное расстройство	54
Синдром отмены алкоголя	56
Психотропные препараты	57
Использование данной таблицы	57
Антипсихотики	60
Антидепрессанты	63
Анксиолитики	67
Тимостабилизаторы	70

СХЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ СТАЦИОНАРОВ / ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА: ДЕЛИРИЙ, ДЕМЕНЦИЯ И ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Использование данных схем

Последовательность

Данные схемы используются в том порядке, в котором появляются диагнозы.

Признаки

В первой колонке приведены признаки для каждого расстройства. Если признак отсутствует, переходите к описанию следующего расстройства.

Диагнозы

Описанные диагнозы: делирий, деменция альцгеймеровского типа, ВИЧ-ассоциированная деменция, риск самоубийства, тяжелая депрессия, психоз и/или мания, тревожное расстройство, синдром отмены алкоголя. Мания и психоз отнесены к одной категории. Все тревожные расстройства отнесены к одной категории.

Лечение, последующий мониторинг и наблюдение

Данная таблица отражает основные виды лечения.

ВИЧ-инфицированные пациенты

Важно помнить, что у ВИЧ-инфицированных пациентов отмечается повышенная частота делирия, деменции и других психических расстройств. Это может быть обусловлено ранее существовавшими психическими заболеваниями (особенно расстройствами, вызванными употреблением алкоголя и других психоактивных веществ), прямым воздействием ВИЧ на головной мозг, оппортунистической инфекцией, злокачественной опухолью у пациента с 3-й или 4-й клинической стадией ВИЧ-инфекции, побочными эффектами антиретровирусных и других препаратов, применяемых для лечения людей со связанными с ВИЧ-заболеваниями. Работа с такими пациентами требует очень тщательной дифференциальной диагностики, при которой всегда ищут излечимые соматические расстройства, лежащие в основе изменений психического состояния.

ПРИЗНАК	ЕСЛИ ПРИЗНАК ОБНАРУЖЕН, ПРОДОЛЖАЙТЕ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	КЛАССИФИЦИРУЙТЕ КАК	ВЕДЕНИЕ
<p>ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЕН В СВЯЗИ С:</p> <ul style="list-style-type: none"> • внезапной спутанностью сознания / изменением поведения. <p>СПРОСИТЕ У РОДСТВЕННИКОВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • когда это началось. <p>ОЦЕНИТЕ У ПАЦИЕНТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ориентирован ли он в месте, собственной личности и во времени. 	<p>ОЦЕНИТЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ КРИТЕРИЯМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нарушение уровня сознания (например, сонливость, летаргия, чередующиеся бодрствование и сонливость); • неспособность концентрировать внимание; • нарушение памяти; • подозрительность, иллюзии, бред, галлюцинации; • бессвязная речь; • нарушенный сон или изменение формулы сна. 	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушение сознания с пониженной способностью концентрировать, удерживать или переключать внимание. • Изменение когнитивной деятельности или развитие нарушений восприятия. • Расстройство развивалось в течение периода от нескольких часов до нескольких дней, глубина его меняется в течение дня. • Расстройство вызвано соматическими причинами (включая интоксикацию алкоголем / наркотиками, лекарственными препаратами, острую черепно-мозговую травму) 	<p>ДЕЛИРИЙ</p> <p>DSM-IV 293</p> <p>ICD-10 F05</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Делирий требует ведения как неотложное состояние. • Примите меры с целью предупредить нанесение ущерба себе или другим (последствие спутанности сознания и психомоторного возбуждения). • Введите глюкозу, тиамин и жидкости. • Выполните стандартный медицинский осмотр и анализы крови, включая тестирование на ВИЧ. • Госпитализируйте, если возможно. • Если у пациента лихорадка, тщательно рассмотрите возможность инфекционных заболеваний (включая туберкулез мозга), обезвоживания или синдрома отмены алкоголя. • Следуйте протоколу ВОЗ по диагностике малярии.

<p>ОБСЛЕДУЙТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • находится ли пациент в состоянии спутанности, психомоторного возбуждения или апатии; • отмечается ли у пациента лихорадка 	<p>РАССМОТРИТЕ ВОЗМОЖНОСТЬ: соматических причин:</p> <ul style="list-style-type: none"> • различные соматические заболевания; • интоксикация алкоголем и/или уличными наркотиками или синдром отмены; • отравление лекарственными препаратами или синдром отмены; • острая черепно-мозговая травма 	<ul style="list-style-type: none"> • В случае острой черепно-мозговой травмы обследуйте на предмет перелома черепа или внутричерепного кровоотечения (см. протокол ВОЗ). • Воздействуйте на соматическую причину (системное заболевание), интоксикацию алкоголем или наркотиками / лекарственными препаратами или синдром отмены. • Если расстройство имеет отношение к ВИЧ, стабилизируйте состояние больного и начинайте АРВ-терапию при поддержке приверженности. • При выраженном психомоторном возбуждении назначьте малые дозы галоперидола или, если больной ВИЧ-инфицирован, используйте рисперидон или другой атипичный антипсихотик, если это возможно. • Избегайте назначения диазепам или других производных бензодиазепина: они могут ухудшить состояние спутанности сознания и психомоторного возбуждения. • Обеспечьте общий уход, дайте советы семье, организуйте последующее наблюдение. См. для информации сайт: www.mentalneurologicalprimarycare.org
--	---	---

ПРИЗНАК	ЕСЛИ ПРИЗНАК ОБНАРУЖЕН, ПРОДОЛЖАЙТЕ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	КЛАССИФИЦИРУЙТЕ КАК	ВЕДЕНИЕ
<p>ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЕН В СВЯЗИ С:</p> <ul style="list-style-type: none"> забывчивостью и постепенным снижением психического функционирования. <p>СПРОСИТЕ У РОДСТВЕННИКОВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> имели ли место изменения личности или поведения; в течение какого -срока. <p>ОЦЕНИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> возраст пациента. Хотя это может случиться и раньше, обычно болезнь Альцгеймера встречается у людей старше 60 лет; 	<p>ОЦЕНИТЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ КРИТЕРИЯМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ориентация: способность назвать свои имя и адрес, а также имена сопровождающих родственников; способность назвать три предмета и затем назвать их заново через три минуты; способность выполнять свои повседневные дела; апатия или эмоциональная лабильность; низкий уровень личной гигиены; расстройства речи (афазия); трудность выполнения простых двигательных актов несмотря на неповрежденную двигательную функцию (апраксия); 	<ul style="list-style-type: none"> Нарушение памяти. Одно или более из следующих когнитивных расстройств: <ul style="list-style-type: none"> - афазия; - апраксия; - агнозия; - нарушение исполнительных функций. Эти когнитивные дефекты нарушают функционирование. Постепенное начало и нарастающее снижение. Диагностика методом исключения 	<p>ДЕМЕНЦИЯ АЛЬЦГЕЙМЕРОВОГО ТИПА</p> <p>DSM-IV 290</p> <p>МКБ-10 F03</p>	<ul style="list-style-type: none"> Проведите полное медицинское и лабораторное обследование, чтобы исключить подпадающую лечению причину (например, нарушения обмена веществ, эндокринную патологию, опухоль, ВИЧ), и лечите в соответствии с результатами обследования. Обеспечьте общий уход, дайте советы семье, организуйте последующее наблюдение. См. для информации сайт: www.mentalneurologicalprimarycare.org При психомоторном возбуждении или наличии бреда назначьте малые дозы галоперидола или другого антипсихотика. При наличии бессонницы рассмотрите возможность применения низких доз амитриптилина или антипсихотика. Если поставлен диагноз болезни Альцгеймера, рассмотрите возможность применения ингибиторов холинэстеразы, если это возможно

<ul style="list-style-type: none"> • пациент может выглядеть нормальным, апатичным или неряшливым на первый взгляд 	<ul style="list-style-type: none"> • неспособность назвать знакомые предметы (агнозия); • недостаточность исполнительных функций (например, абстрактного мышления и организационного поведения).
<p>РАССМОТРИТЕ ВОЗМОЖНОСТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • делирия — см. с. 4; • всех других соматических причин деменции, которые включают цереброваскулярную патологию, болезнь Паркинсона и болезнь Гентингтона; • деменции при заболевании, обусловленном ВИЧ; • депрессии с временными нарушениями когнитивного функционирования (особенно у пожилых) 	

ПРИЗНАК	ЕСЛИ ПРИЗНАК ОБНАРУЖЕН, ПРОДОЛЖАЙТЕ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	КЛАССИФИЦИРУЙТЕ КАК	ВЕДЕНИЕ
<p>ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЕН В СВЯЗИ С:</p> <ul style="list-style-type: none"> • постепенным началом психических изменений, ухудшающих функционирование. <p>СПРОСИТЕ У ПАЦИЕНТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> • прошел ли он тестирование на ВИЧ; • каков был результат. <p>ОЦЕНИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • не слишком ли молод пациент, чтобы страдать деменцией альцгеймеровского типа 	<p>ОЦЕНИТЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ КРИТЕРИЯМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • когнитивные проблемы: <ul style="list-style-type: none"> - замедленное мышление; - трудности с концентрацией внимания; - нарушение вербальной памяти; - изменения личности; - трудности с решением проблем; - нарушение исполнительных функций; • двигательные расстройства: <ul style="list-style-type: none"> - замедленные движения; - нарушение равновесия; - аномальная походка; - слабость; 	<ul style="list-style-type: none"> • Приобретенные когнитивные нарушения в двух или более сферах: <ul style="list-style-type: none"> - нарушения объема внимания; - концентрации внимания; - памяти; - психическая и психомоторная заторможенность; - изменения личности, вызывающие выраженное нарушение функционирования. • Приобретенные нарушения в двигательной сфере или поведении, изменение походки. • Отсутствие помрачения сознания или других возможных причин. • Диагностика методом исключения 	<p>ДЕМЕНЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ВИЧ</p> <p>DSM-IV 294.9</p> <p>МКБ-10 F02.4 (022.0)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Полное медицинское обследование – см. деменция альцгеймеровского типа. • Проведите тестирование на ВИЧ для установления или подтверждения наличия ВИЧ-инфекции. • Исключите другие причины, обычные при заболеваниях, связанных с ВИЧ (например, оппортунистические инфекции ЦНС, расстройства обмена веществ), и ведите пациента в соответствии с диагнозом. • Стабилизируйте состояние больного и начинайте АРВ-терапию при поддержке приверженности. • При депрессии рассмотрите возможность применения антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Если они недоступны, используйте малые дозы амитриптилина.

<ul style="list-style-type: none"> • поведенческие проблемы: <ul style="list-style-type: none"> - апатия; - прекращение социальных контактов; - эмоциональная лабильность; • снижение функционирования, такое как трудности с работой или самообслуживанием. <p>Если возможно, рассмотрите возможность применения стандартных тестов, устанавливающих ВИЧ-ассоциированные нейropsихиатрические нарушения (например, тест Холкинса на ВИЧ, нейропсихологический тест перекладывания колышков для выявления леворукости).</p> <p>РАССМОТРИТЕ ВОЗМОЖНОСТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • всех других соматических причин слабоумия 		<ul style="list-style-type: none"> • Если у пациента психоз, маниакальное состояние или психомоторное возбуждение, используйте малые дозы антипсихотиков, предпочтительнее атипичные антипсихотики
--	--	---

ПРИЗНАК	ЕСЛИ ПРИЗНАК ОБНАРУЖЕН, ПРОДОЛЖАЙТЕ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	КЛАССИФИЦИРУЙТЕ КАК	ВЕДЕНИЕ
<p>ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЕН В СВЯЗИ С:</p> <ul style="list-style-type: none"> • намерениями, угрозой или попыткой самоубийства. <p>Если пациент поступил после суицидальной попытки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • определите характер попытки и возможность смертельного исхода. <p>Если суицидальные попытки были в прошлом:</p>	<p>ОЦЕНИТЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ КРИТЕРИЯМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • суицидальные мысли на момент осмотра; • решимость действовать в соответствии с суицидальными мыслями; • наличие конкретного плана, включающего временные рамки и возможный смертельный исход; • имеются ли у пациента средства для осуществления плана; • все предыдущие суицидальные попытки и их потенциальный смертельный исход; • факторы, связанные с суицидальным риском: 	<p>Если присутствуют суицидальные мысли, считайте вероятной суицида высокой, если у пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> • имеется план и средства для его реализации; • состояние после суицидальной попытки или в прошлом была попытка с потенциально смертельным исходом; • сильное психомоторное возбуждение; • отмечается угроза насильственных действий по отношению к другим; • имеется несколько факторов, связанных с суицидальным риском. 	<p>РИСК СУИЦИДА</p> <p>МКБ-10 X60-X89</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Если есть высокая степень риска, обеспечьте постоянное наблюдение и, если возможно, госпитализируйте. • Будьте внимательны к медицинским последствиям текущей попытки. • Обследуйте на наличие психического расстройства и ведите пациента в соответствии с диагнозом. • Обеспечьте общий уход, давайте советы семье, организуйте наблюдение. См. для информации сайт: www.mentalneurologicafterprimarycare.org
<p>Если суицидальные попытки были в прошлом:</p> <p>СПРОСИТЕ У ПАЦИЕНТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вы предпочли бы умереть или хотели преднамеренно нанести себе повреждения? 				

<ul style="list-style-type: none"> • Пытались ли Вы когда-либо совершить самоубийство? <p>ОЦЕНИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • у пациента есть видимые признаки нанесенных себе повреждений; • у пациента есть признаки депрессии, страха или возбуждения. 	<ul style="list-style-type: none"> - недавнее неприятное событие; - злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами; - депрессия; - психоз; - панические атаки; - тяжелое психическое расстройство; - семейный анамнез (жестокое обращение в детском возрасте, сексуальное насилие); - предыдущая попытка самоубийства; - предыдущие акты насилия (например, домашнее насилие); - слабая социальная поддержка; - хроническая боль; - чувство отчаяния; • чем больше тяжесть вышеуказанных факторов, тем сильнее они повышают риск суицида 		
---	--	--	--

ПРИЗНАК	ЕСЛИ ПРИЗНАК ОБНАРУЖЕН, ПРОДОЛЖАЙТЕ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	КЛАССИФИЦИРУЙТЕ КАК	ВЕДЕНИЕ
<p>ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЕН В СВЯЗИ С:</p> <ul style="list-style-type: none"> • депрессией или пониженным настроением, потерей чувства удовольствия и интереса или упадком сил. <p>СПРОСИТЕ У ПАЦИЕНТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Испытываете ли Вы грусть, подавленность или отчаяние? • Утратили ли Вы интерес / чувство удовольствия / силы заниматься тем, что Вам обычно нравится? • Был ли у вас когда-либо в прошлом эпизод тяжелой депрессии? 	<p>СПРОСИТЕ У ПАЦИЕНТА:</p> <p>В течение последних двух недель беспокоило ли Вас следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проблемы с засыпанием, частые пробуждения или слишком длительный сон; • чувство усталости или упадка сил; • пониженный аппетит или переедание; • недовольство собой или ощущение себя неудачником, который подвел себя или свою семью; • трудности с концентрацией на таких вещах, как приготовление пищи, чтение или просмотр телепередач; • замедленность движений и речи до такой степени, что это могут заметить другие. Или наоборот, суеживость и беспокойство, 	<p>В течение того же двухнедельного периода у пациента отмечались:</p> <ul style="list-style-type: none"> • почти постоянно депрессивное настроение; • заметное снижение или отсутствие интереса либо чувства удовольствия заниматься обычной деятельностью. <p>Кроме того, у пациента отмечаются три (если наличествуют два вышеназванных) или четыре либо более из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • снижение или повышение массы тела; • постоянно спит слишком много или слишком мало; • может выглядеть как возбужденным, так и заторможенным; • существенное снижение энергичности; • чувство собственной бесполезности или вины; 	<p>ТЯЖЕЛАЯ ДЕПРЕССИЯ</p> <p>Единичный эпизод DSM-IV 296.2</p> <p>МКБ-10 F32</p> <p>Рекуррентные эпизоды DSM-IV 296.3</p> <p>МКБ-10 F33</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Если предполагается биполярное расстройство, см. табл. 6. • Убедитесь, что стандартное медицинское обследование включает обследование щитовидной железы. • Если симптомы развились после начала употребления эфавиренца (EFV), оцените, может ли пациент потерять, пока наступит спонтанное улучшение. Если нет, лечите депрессию или испытайте возможность изменения режима АРВ терапии. • При симптомах от легкой до средней степени тяжести взвесьте возможность нефармакологического вмешательства. • При симптомах от средней до тяжелой степени тяжести начинайте лечение трициклическими антидепрессантами или, если возможно, антидепрессантами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. См. таблицу психотропных лекарств.

<p>ОЦЕНИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пациент выглядит грустным, слезливым, заторможенным или беспокойным 	<ul style="list-style-type: none"> • постоянные проблемы с мышлением или концентрацией внимания или нерешительность; • повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, или попытка самоубийства, или его планирование. <p>Учитывайте возможность того, что депрессия является вторичной по отношению к соматическому заболеванию или компонентом реакции на утрату</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечьте общий уход, дайте советы семье, организуйте наблюдение. См. для информации сайт: www.mentalhealthprimarycare.org • Не пропустите повышенный суицидальный риск в течение ранних фаз медикаментозного лечения (может быть, у пациента исчезнет заторможенность или появятся побочные эффекты от препаратов, что повышает риск самоубийства). • При первом депрессивном эпизоде продолжайте назначать антидепрессанты в течение от шести месяцев до одного года. • При трех или более депрессивных эпизодах продолжайте назначать антидепрессанты в течение всей жизни пациента. • При субдепрессивном синдроме (симптомы не полностью соответствуют диагностическим критериям депрессии) взвесьте возможность консультирования либо лекарственной терапии, в зависимости от уровня дистресса или нарушения
<p>выраженные настолько, что приходится двигаться намного больше обычного;</p> <ul style="list-style-type: none"> • мысли о том, что Вам лучше было бы умереть или нанести себе каким-либо образом повреждение. <p>ОЦЕНИТЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ КРИТЕРИЯМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сопутствующие жалобы на: <ul style="list-style-type: none"> - головокружение; - сильное сердцебиение; - физические боли; - сексуальную дисфункцию; - чувство тревоги; • требующие лечения соматические расстройства, сопутствующие депрессии; • риск суицида (см. предыдущую таблицу) 	<p>• повторяющиеся проблемы с мышлением или концентрацией внимания или нерешительность;</p> <p>• повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, или попытка самоубийства, или его планирование.</p>	<p>• постоянные проблемы с мышлением или концентрацией внимания или нерешительность;</p> <p>• повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, или попытка самоубийства, или его планирование.</p>
<p>Оцените по следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сопутствующие жалобы на: <ul style="list-style-type: none"> - головокружение; - сильное сердцебиение; - физические боли; - сексуальную дисфункцию; - чувство тревоги; • требующие лечения соматические расстройства, сопутствующие депрессии; • риск суицида (см. предыдущую таблицу) 	<p>Учитывайте возможность того, что депрессия является вторичной по отношению к соматическому заболеванию или компонентом реакции на утрату</p>	<p>• При первом депрессивном эпизоде продолжайте назначать антидепрессанты в течение от шести месяцев до одного года.</p> <p>• При трех или более депрессивных эпизодах продолжайте назначать антидепрессанты в течение всей жизни пациента.</p> <p>• При субдепрессивном синдроме (симптомы не полностью соответствуют диагностическим критериям депрессии) взвесьте возможность консультирования либо лекарственной терапии, в зависимости от уровня дистресса или нарушения</p>

ПРИЗНАК	ЕСЛИ ПРИЗНАК ОБНАРУЖЕН, ПРОДОЛЖАЙТЕ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	КЛАССИФИЦИРУЙТЕ КАК	ВЕДЕНИЕ
<p>ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЕН В СВЯЗИ СО:</p> <ul style="list-style-type: none"> • странным, пугающим или необычно импульсивным поведением. <p>СПРОСИТЕ У ПАЦИЕНТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Слышите ли Вы голоса людей, которые не находятся в помещении? • Чувствуете ли Вы, что люди пытаются причинить Вам вред? • Были ли Вы когда-нибудь госпитализированы в связи с психическим заболеванием? <p>ОЦЕНИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ведет ли пациент себя странно или угрожающе. 	<p>ОЦЕНИТЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ КРИТЕРИЯМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • странные идеи или стойкие нереалистичные убеждения; • дезорганизованное мышление или речь; • необычная или неестественная манера держаться; • нарушения восприятия; • способность понимать окружающее и слутанность сознания; • расторможенное поведение; • аффективные колебания или неадекватность эмоций. 	<ul style="list-style-type: none"> • Критерии варьируются в зависимости от того, отмечается ли у пациента: <ul style="list-style-type: none"> - кратковременное психотическое расстройство; - бредовое расстройство; - пизофрения; - пизоаффективное расстройство; - другие психотические расстройства. • Депрессия может сопровождаться психозом. • Учтите вероятность мании, если у пациента отмечается: <ul style="list-style-type: none"> - повышенная энергичность и двигательная активность; - повышенное настроение или раздражительность; - ускоренная речь; - утрата способности самоограничения, в том числе в финансовой и сексуальной сфере; 	<p>ПСИХОЗ</p> <p>и/или</p> <p>МАНИЯ (БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО)</p> <p>Психоз</p> <p>DSM-IV 295</p> <p>МКБ-10 F20-F29</p> <p>Биполярное расстройство DSM-IV 296A</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Примите меры для предупреждения нанесения повреждений пациентом самому себе или другим. • Исследуйте на выявление соматических причин, включая интоксикацию, и лечите соответственно диагнозу. • Госпитализируйте, когда возможно. • Начинайте лечение галоперидолом. Если пациент ВИЧ-инфицирован, используйте рisperидон или другой атипичный антипсихотик, если возможно. • Если при психомоторном возбуждении у пациентов с 3-й или 4-й клинической стадией ВИЧ применяется галоперидол или хлорпромазин, рассмотрите возможность дополнительной терапии очень малыми дозами диазепема для уменьшения риска развития экстрапирамидных симптомов. См. таблицу психотропных препаратов.

Всегда исключайте
делрий; см. табл. 1

**РАССМОТРИТЕ
ВОЗМОЖНОСТЬ:**

- соматических причин,
включая интоксикацию
алкоголем, уличными
наркотиками,
травму головы
и ВИЧ-инфекцию

- пониженная потребность
во сне;
- переоценка собственной
личности.

Для дальнейшего уточнения
диагноза см. сайт:

www.mentalneurological-primacare.org

МКБ-10
F30-F31

- Если психоз затяжной
или у пациента мания, направьте
его в специализированное
учреждение.
- Если специализированная
помощь недоступна для случаев
мании и после стабилизации
состояния пациента
антипсихотиками,
рассмотрите возможность
применения лития,
карбамазепина, вальпроата натрия
для дальнейшего лечения и/или
профилактики мании.
См. таблицу психотропных
препаратов.
- Обеспечьте общий уход,
давайте советы семье,
организируйте наблюдение.
См. для информации сайт:

www.mentalneurologicalprimacare.org

ПРИЗНАК	ЕСЛИ ПРИЗНАК ОБНАРУЖЕН, ПРОДОЛЖАЙТЕ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	КЛАССИФИЦИРУЙТЕ КАК	ВЕДЕНИЕ
<p>ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЕН В СВЯЗИ С:</p> <ul style="list-style-type: none"> тревогой, страхом, избеганием ординарных ситуаций, ритуализированным поведением. <p>СПРОСИТЕ У ПАЦИЕНТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> Испытываете ли Вы тревогу, волнение или напряженность большую часть времени? Ощущаете ли Вы временами внезапное чувство страха без явной на то причины? Бывают ли у Вас часто повторяющиеся мысли или сны о чем-то ужасном, что случилось с Вами в прошлом? 	<p>СПРОСИТЕ У ПАЦИЕНТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> испытываете ли Вы: <ul style="list-style-type: none"> усиленное или учащенное сердцебиение; потливость; дрожание; затрудненное дыхание; чувство удушья; головокружение; страх смерти; тошноту и неприятные ощущения в животе; головные боли? Есть ли какие-то конкретные вещи, которых Вы боитесь? Стараются ли Вы изо всех сил избегать их? Бывают ли у Вас нежелательные мысли или представления, 	<p>Критерии варьируются в зависимости от того, имеется ли у пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> генерализованное тревожное расстройство (ГТР); острая реакция на стресс или посттравматическое стрессовое расстройство (ОРС/ПТСР); паническое расстройство; обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР); другие тревожные расстройства. <p>Тревожное расстройство может быть сопутствующим при депрессии.</p>	<p>ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО</p> <p>ГТР DSM-IV 300.02 МКБ-10 F41.1</p> <p>ОРС DSM-IV 308.3 МКБ-10 F43.0</p> <p>ПТСР DSM-IV 309.81 МКБ-10 F43.0</p> <p>Паническое расстройство DSM-IV 300.01 МКБ-10 F41.0</p>	<ul style="list-style-type: none"> Определите риск суицида, см. табл. 4. Исключите соматические причины. Проводите консультирование в отношении преодоления тревоги в соответствии с конкретной ситуацией, Рассмотрите вопрос о применении специфических методов терапии, если они доступны (например, когнитивно-поведенческая терапия). Обучайте пациентов медленному дыханию и глубокой релаксации. При значительно выраженной тревоге рассмотрите вопрос о краткосрочном применении диазепам (до двух недель) и долгосрочном применении антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Критерии для использования лекарственных средств включают: <ul style="list-style-type: none"> недостаточное улучшение при консультировании;

ОЦЕНИТЕ:

- выглядит ли пациент испуганным, тревожным или беспокойным

которые Вы не можете выбросить из головы?
Насколько это беспокоит Вас?
• Существуют ли какие либо ритуалы, выполняемые Вами, чтобы предотвратить нанесение вреда себе или другим или уменьшить Вашу тревогу (например, проверка, стирка, уборка)? Мешают ли они тому, что Вам нужно сделать?

**РАССМОТРИТЕ
ВОЗМОЖНОСТЬ:**

- соматических причин тревоги, включая кардиологические проблемы, астму, тиреотоксикоз, употребление стимуляторов

ОКР
DSM-IV
300.3
МКБ-10
F42

- устойчивость симптомов;
- сопутствующую депрессию;
- значительное нарушение функционирования;
- тяжелый субъективный дистресс

ПРИЗНАК	ЕСЛИ ПРИЗНАК ОБНАРУЖЕН, ПРОДОЛЖАЙТЕ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	КЛАССИФИЦИРУЙТЕ КАК	ВЕДЕНИЕ
<p>ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЕН В СВЯЗИ С:</p> <ul style="list-style-type: none"> • недомоганием после уменьшения или прекращения регулярного многократного употребления алкоголя в высоких дозах в течение последних нескольких часов или нескольких дней. <p>ПОПРОСИТЕ ПАЦИЕНТА ИЛИ РОДСТВЕННИКОВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • подтвердить анамнез регулярного многократного употребления алкоголя в высоких дозах до его уменьшения или прекращения 	<p>ОЦЕНИТЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ КРИТЕРИЯМ:</p> <p>симптомы от легкой до средней степени выраженности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нервозность / тревога / неустойчивость; • эмоциональная лабильность; • неприятные сновидения; • ускоренное сердцебиение; • тошнота и рвота; • потливость; • бледность; • вялость; • тремор рук; • бессонница; • затрудненная концентрация. <p>ТЯЖЕЛЫЕ СИМПТОМЫ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • спутанность; • галлюцинации; • ажитация; • лихорадочное состояние; • припадки; • нарушения памяти 	<ul style="list-style-type: none"> • Прекращение (или уменьшение) длительного многократного употребления алкоголя в высоких дозах. • Два или более из следующих признаков, отмечающихся в течение нескольких дней после этого: <ul style="list-style-type: none"> - непровольные движения; - усиление тремора рук; - бессонница; - тошнота или рвота; - преходящие зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии; - психомоторное возбуждение; - тревога; - большие судорожные припадки 	<p>СИНДРОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ</p> <p>DSM-IV 291.1</p> <p>МКБ-10 F10.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Синдром отмены алкоголя требует неотложной медицинской помощи — следуйте рекомендациям при делирии (табл. 1) и обследуйте на предмет других причин делирия и других (связанных с алкоголем) соматических заболеваний (например, печеночная недостаточность). • Назначьте 100 мг тиамина перорально, 1 мг фолата перорально и мультивитамины ежедневно в течение лечения синдрома отмены. • Начинайте заместительную терапию диазепамом, лоразепамом или карбамазепином. См. таблицу психотропных препаратов в отношении дозировок и их снижения

ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Использование данной таблицы

Препараты, внесенные в список

В данный список внесено большинство психотропных препаратов, включенных в Стандартный фармакологический справочник ВОЗ. Список содержит также некоторые дополнительные психотропные препараты, которые, если они доступны, легче применить у ВИЧ-инфицированных пациентов, особенно у тех, кто находится на 3-й и 4-й клинических стадиях, и у тех, кто принимает ингибиторы протеазы как часть схемы АРВ. Многие другие, более современные психотропные препараты также подходят для ВИЧ-инфицированных пациентов, если эти лекарства доступны.

В некоторых странах определенные лекарственные препараты из указанных в списке недоступны или доступны лишь на третичном уровне медицинской помощи, либо они могут быть применены только психиатрами, имеющими лицензию. Практикующие врачи вторичного уровня должны ознакомиться с законодательством и правилами в отношении использования психотропных препаратов в своей стране и прописывать их соответственно.

Побочные эффекты и предостережения

В данной таблице отражены не все возможные побочные эффекты и предостережения. В ней внимание сосредотачивается лишь на наиболее серьезных и распространенных. Очень редко встречающиеся симптомы не внесены в список. Более подробная информация доступна в Стандартном фармакологическом справочнике ВОЗ и/или в Интернет.

Расстройства

Данная таблица охватывает психотропные препараты, которые применяются при делирии, деменции и при часто встречающихся или тяжелых психических расстройствах. Однако в таблице не рассматривается лечение хронической шизофрении с применением инъекционных препаратов пролонгированного действия.

Дозировки

Дозы препаратов ориентировочные, и они должны быть установлены для каждого пациента в соответствии с терапевтической реакцией и переносимостью. Пациенты с хроническими соматическими заболеваниями, включая ВИЧ, могут принимать несколько препаратов, которые влияют на метаболизм применяемого психотропного препарата. Для таких пациентов основное правило таково: начинать с малых доз и повышать дозы медленно.

Взаимодействия между психотропными и антиретровирусными препаратами

Эта информация чаще теоретическая, чем клинически проверенная на пациентах. Большинство психотропных препаратов пациенты, принимающие АРТ, переносят хорошо, и здесь основное правило «начинать с малых доз и повышать дозы медленно».

Использование нескольких психотропных препаратов

Всегда будьте осторожны, прописывая более чем один препарат одновременно одной или разных групп. Многие комбинации сопряжены с потенциальной возможностью лекарственного взаимодействия и связанной с ним токсичности. Используйте в качестве стабилизирующей и поддерживающей терапии самые простые психотропные препараты. Если возможно, проверьте ресурсы Интернета для поиска информации на предмет лекарственных взаимодействий.

Комбинированные схемы медикаментозного лечения пациентов с 3-й и 4-й клиническими стадиями ВИЧ-инфекции

В дополнение к АРВ-препаратам многие пациенты будут принимать antimicrobные средства для предупреждения и/или лечения оппортунистических инфекций. Если возможно, добавляя психотропный препарат в комбинированный режим, проверьте ресурсы Интернета для поиска информации на предмет потенциального лекарственного взаимодействия и связанной с ним токсичности.

Термины, определения и описания

Термин	Сокращение	Определение и описание
Побочное действие на автономную нервную систему		Побочное действие на автономную нервную систему, вызванное блокадой мускариновых рецепторов (случается при применении антипсихотиков и трициклических антидепрессантов), включает в себя ортостатическую гипотензию, седативный эффект, сухость во рту, снижение зрения (нарушение аккомодации, повышенное внутриглазное давление), задержку мочи, запоры, сексуальную дисфункцию
Экстрапирамидные симптомы	ЭПС (EPS)	ЭПС, вызванные блокадой дофаминовых рецепторов (случаются при применении антипсихотиков), включают мышечные дистонии (опистотонус, окулогирные кризы, кривошея), паркинсонизм (маскообразное лицо, феномен зубчатого колеса, тремор, нарушение походки, акинезия) и акатизию (неусидчивость и тревога). В тяжелой форме ЭПС могут быть очень пугающими и вызывать чувство дискомфорта
Злокачественный нейролептический синдром	ЗНС (NMS)	Помрачение сознания, повышенный мышечный тонус, дисфункция автономной нервной системы, в том числе лихорадка, лабильная гипертензия, тахикардия, учащенное дыхание, усиленное потоотделение и слюнотечение. Некроз мышц может вызвать миоглобинурию и связанную с ней почечную недостаточность. ЗНС потенциально смертелен и требует неотложной медицинской помощи; он случается у примерно 1% пациентов, принимающих антипсихотики. Отмените антипсихотик и проведите вспомогательную терапию, включающую гидратацию и охлаждение
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы	НИОТ (NRTI)	НИОТ для лечения ВИЧ-инфекции включают абакавир, диданозин (ddi), эмтрицитабин, ламивудин (ЗТС), ставудин (d4T), тенофовир, зальцитабин (ddc), зидовудин (AZT, ZDV) и различные комбинации этих лекарств в одной таблетке
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы	ННИОТ (NNRTI)	ННИОТ для лечения ВИЧ включают делавирдин, эфавиренц, невирапин

Термин	Сокращение	Определение и описание
Ингибиторы протеазы	ИП (PI)	ИП для лечения ВИЧ включают ампренавир, атазанавир, фосампренавир, индинавир, нелфинавир, ритонавир, саквинавир и комбинации, в которых ритонавир используется для усиления действия других ИП
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	СИОЗС (SSRI)	Антидепрессанты СИОЗС включают флуоксетин, сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, флувоксамин
Серотониновый синдром		<p>Вызван гиперсеротонинергией. Симптомы включают: изменения психического статуса (эйфория, сонливость, психическая спутанность, потеря сознания), дисфункцию нервно-мышечной системы (устойчивый нистагм, гиперрефлексия, патологические стопные рефлекс, неточность движений, неусидчивость, тики, ригидность, спазмы челюстных мышц), головокружение, повышенное потоотделение, лихорадку, дрожь и диарею. Обычно случается у пациентов, принимающих более чем один препарат из повышающих уровень серотонина. Трудно отличить от ЗНС из-за сильной схожести симптомов. Может привести к летальному исходу.</p> <p>Отмените подозреваемые препараты и проведите вспомогательные мероприятия, включая гидратацию и охлаждение</p>
Трициклические антидепрессанты	ТАД (TCA)	Препараты группы ТАД включают амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, нортриптилин, дезипрамин, доксепин и протриптилин
Поздняя дискинезия	ПД (TD)	Вызываемая продолжительной блокадой дофаминовых рецепторов (случается при приеме антипсихотиков) поздняя дискинезия — это синдром аномальных произвольных движений, часто рта и языка, который, однако, может поразить любую часть тела, включая туловище и конечности. В редких случаях поздняя дискинезия может затронуть дыхательную мускулатуру и вызвать проблемы с дыханием. Отмените антипсихотики, если это возможно, что может привести к редукции ПД, а может и не повлиять на ход поздней дискинезии. Назначение 800 МЕ витамина Е ежедневно может дать благотворный результат

Класс: Антипсихотики

Показания. Антипсихотики могут быть использованы для лечения психических расстройств, мании и тяжелых поведенческих нарушений, таких как психомоторное возбуждение, связанное с деменцией.

Препарат: название (тип), содержание в одной таблетке	Дозировка: взрослые без соматических заболеваний	Дозировка: люди, страдающие соматическими заболеваниями, пожилые или пациенты с 3-й и 4-й клиническими стадиями ВИЧ-инфекции	Тяжелые и часто встречающиеся побочные эффекты	Предостережения	Основные лекарственные взаимодействия с антиретро- вирусными препаратами
ГАЛОПЕРИДОЛ (типичный антипсихотик первого поколения).	Начало: от 2 до 5 мг перорально один или два раза в день.	Начало: от 0,5 до 1 мг перорально один или два раза в день.	Тяжелые острые: • ЭПС; • ЗНС; • аритмии; • артериальная гипотония; • тепловой удар.	Применяйте с осторожностью, когда в анамнезе есть ЗНС, и у людей с соматическими заболеваниями.	ННИОТ: нет опубликованных данных. НИОТ: нет опубликованных данных.
Содержание в одной таблетке: Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: 2 мг. 5 мг.	Тяжелое психомоторное возбуждение: 5 мг внутримышечно, повторите через один час, если требуется.	Тяжелое психомоторное возбуждение: 2 мг внутримышечно, повторите через один час, если требуется. Если возбуждение продолжается, рассмотрите возможность добавления очень низких доз анксолитика.	Тяжелые продолжительные: • ЗНС; • поздняя дискинезия. Прочие часто встречающиеся: • тревога; • сонливость; • летаргия; • увеличение массы тела; • побочные эффекты со стороны автономной нервной системы;	Прочее: пациенты с 3-й или 4-й клинической стадией ВИЧ-инфекции очень чувствительны к ЭПС. Кроме того, ЗНС может начаться через несколько дней, а поздняя дискинезия может случиться через несколько недель. Если возможно, используйте рисперидон	Ингибиторы протеазы: ритонавир может повысить уровень галоперидола в крови: используйте низкие дозы галоперидола
Другие: 0,5 мг. 1 мг. 10 мг. 20 мг	Поддерживающая терапия: от 2 до 20 мг ежедневно	Поддерживающая терапия: от 1 до 5 мг ежедневно			

<p>ХЛОРПРОМАЗИН (типичный антипсихотик первого поколения).</p> <p>Содержание в одной таблетке:</p> <p>Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: 100 мг.</p> <p>Другие: 10 мг. 25 мг. 50 мг. 200 мг</p>	<p>Начало: 25 мг 3 раза в день или 75 мг во второй половине дня.</p> <p>Тяжелое психомоторное возбуждение: от 25 до 50 мг внутримышечно, повторяйте каждые 6–8 часов, если требуется.</p> <p>Поддерживающая терапия: от 100 до 300 мг ежедневно. Может быть и выше, если требуется</p>	<p>Начало: 10 мг 3 раза в день или 25 мг во второй половине дня.</p> <p>Тяжелое психомоторное возбуждение: от 12,5 до 25 мг внутримышечно, повторяйте каждые 6–8 часов, если требуется.</p> <p>Поддерживающая терапия: от 25 до 100 мг ежедневно</p>	<ul style="list-style-type: none"> • гинекомастия; • болезненность молочных желез; • галакторея; • нерегулярность менструаций <p>Тяжелые острые:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гипотония; • ЗНС; • ЭПС; • патологические изменения крови. <p>Тяжелые продолжительные:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЗНС; • поздняя дискинезия. <p>Прочие часто встречающиеся:</p> <ul style="list-style-type: none"> • побочные эффекты со стороны автономной нервной системы; • сонливость 	<p>Те же предостережения, что и при назначении галоперидола.</p> <p>Дополнительные предупреждения: избегайте одновременного применения с литием: повышенный риск ЭПС.</p> <p>Избегайте одновременного применения с флуоксетином или сертралином: риск удлинения интервала QT и аритмии сердца.</p> <p>ННИОТ: нет опубликованных данных</p>	<p>НИОТ: Нет опубликованных данных.</p> <p>Ингибиторы протазы: ритонавир может повысить уровень хлорпромазина в крови. Используйте низкие дозы хлорпромазина</p>
--	---	---	--	--	--

Класс: Антипсихотики (Окончание)

<p>Препарат: название (тип), содержание в одной таблетке</p>	<p>Дозировка: взрослые без соматических заболеваний</p>	<p>Дозировка: люди, страдающие соматическими заболеваниями, пожилые или пациенты с 3-й и 4-й клиническими стадиями ВИЧ-инфекции</p>	<p>Тяжелые и часто встречающиеся побочные эффекты</p>	<p>Предостережения</p>	<p>Основные лекарственные взаимодействия с антиретро- вирусными препаратами</p>
<p>РИСПЕРИДОН (атипичный антипсихотик).</p> <p>Содержание в одной таблетке:</p> <p>Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: не указано.</p> <p>Другие: 0,25 мг. 0,5 мг. 1 мг. 2 мг. 3 мг. 4 мг</p>	<p>Начало: от 1 до 2 мг перорально один раз в день.</p> <p>Повышение дозы: на 1 или 2 мг каждые три-семь дней.</p> <p>Тяжелое психомоторное возбуждение: лекарство доступно лишь в оральной форме. Дайте 2 мг перорально. Повторите, если требуется, через 3-4 часа.</p> <p>Поддерживающая терапия: от 4 до 16 мг ежедневно</p>	<p>Начало: от 0,25 до 0,5 мг перорально один раз в день.</p> <p>Повышение дозы: на 0,5 мг каждые 3-7 дней.</p> <p>Тяжелое психомоторное возбуждение: лекарство доступно лишь в оральной форме. Дайте 1 мг перорально. Повторите, если требуется, через 3-4 часа.</p> <p>Поддерживающая терапия: от 1 до 6 мг ежедневно</p>	<p>Тяжелые острые:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гипотония; • ЭПС (обычно не наблюдаются при низких дозах); • ЗНС. <p>Тяжелые продолжительные:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЗНС; • поздняя дискинезия; • сахарный диабет. <p>Прочие часто встречающиеся:</p> <ul style="list-style-type: none"> • побочные эффекты со стороны автономной нервной системы; • нерегулярность менструаций; • увеличение массы тела. <p>Примечание: исследования по лечению 3-й или 4-й клинических стадий ВИЧ-инфекции показывают, что пациенты хорошо переносят рisperидон</p>	<p>Прочее: применяйте с осторожностью, когда в анамнезе есть ЗНС, и у людей с соматическими заболеваниями</p>	<p>НИИОТ: нет опубликованных данных.</p> <p>НИОТ: нет опубликованных данных.</p> <p>Ингибиторы протеазы: нет опубликованных данных</p>

Класс: Антидепрессанты

Показания. Многие антидепрессанты (например, СИОЗС) могут применяться для лечения и депрессивных, и тревожных расстройств. Однако анксиолитические лекарственные средства, такие как бензодиазепины, не являются средством для лечения депрессии. Низкие дозы антидепрессантов с седативным действием могут использоваться для улучшения сна.

Препарат: название (тип), содержание в одной таблетке	Дозировка: взрослые без соматических заболеваний	Дозировка: люди, страдающие соматическими заболеваниями, пожилые или пациенты с 3-й и 4-й клиническими стадиями ВИЧ-инфекции	Тяжелые и часто встречающиеся побочные эффекты	Предостережения	Основные лекарственные взаимодействия с антиретро- вирусными препаратами
АМИТРИПТИЛИН (ТАД).	Начало: 50 мг во второй половине дня.	Начало: 25 мг во второй половине дня.	Тяжелые: • артериальная гипотония; • аритмии; • припадки; • мания. Прочие часто встречающиеся: • побочные эффекты со стороны автономной нервной системы; • сонливость; • увеличение массы тела	Противопоказания: • недавний инфаркт миокарда; • аритмии; • мания; • тяжелое заболевание печени. Прочее: применяйте с осторожностью, когда в анамнезе есть ЗНС, и у людей с соматическими заболеваниями. Выдавайте небольшой запас, если у пациента отмечается риск суицида. Риск тяжелой аритмии при передозировке	НИИОТ: нет опубликованных данных. НИОТ: нет опубликованных данных.
Содержание в одной таблетке: Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: 25 мг. Другие: 10 мг. 50 мг. 75 мг. 100 мг. 150 мг.	Через одну неделю увеличьте до: 75 мг во второй половине дня. Через три недели увеличьте до: 25 мг в первой половине дня; 75 мг во второй половине дня. Спустя две недели, если реакция недостаточна: 50 мг в первой половине дня;	Через одну неделю увеличьте до: 25 мг в первой половине дня; 25 мг во второй половине дня. Через три недели увеличьте до: 25 мг в первой половине дня; 50 мг во второй половине дня. Спустя две недели, если реакция недостаточна: 50 мг в первой половине дня;			Ингибиторы протеазы: ритонавир повышает уровень амитриптилина в крови. Используйте низкие дозы амитриптилина. Если назначаете ингибитор протеазы пациенту, уже принимавшему

Класс: Антидепрессанты (продолж.)

<p>Препарат: название (тип), содержание в одной таблетке</p>	<p>Дозировка: взрослые без соматических заболеваний</p>	<p>Дозировка: люди, страдающие соматическими заболеваниями, пожилые или пациенты с 3-й и 4-й клиническими стадиями ВИЧ-инфекции</p>	<p>Тяжелые и часто встречающиеся побочные эффекты</p>	<p>Предостережения</p>	<p>Основные лекарственные взаимодействия с антиретро- вирусными препаратами</p>
<p>ИМИПРАМИН (ТАД). Содержание в одной таблетке: Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: не указано. Другие: 10 мг. 25 мг. 50 мг.</p>	<p>100 мг во второй половине дня. Максимальная доза: 250 мг. При бессоннице: от 10 до 50 мг во второй половине дня</p>	<p>25 мг в первой половине дня; 75 мг во второй половине дня. Максимальная доза: 125 мг. При бессоннице: от 10 до 25 мг во второй половине дня</p>	<p>Те же побочные действия, что и при лечении амитриптилином.</p>	<p>Те же предостережения, что и при лечении амитриптилином.</p>	<p>амитриптилин, уменьшите дозу этого препарата вдвое, подождите две недели и медленно повышайте дозу настолько, насколько она переносится пациентом</p>
<p>ИМИПРАМИН (ТАД). Содержание в одной таблетке: Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: не указано. Другие: 10 мг. 25 мг. 50 мг.</p>	<p>Такая же дозировка, как и амитриптилина.</p>	<p>Такая же дозировка, как и амитриптилина.</p>	<p>Те же побочные действия, что и при лечении амитриптилином.</p>	<p>Те же предостережения, что и при лечении амитриптилином.</p>	<p>Те же взаимодействия с АРВ, что и у амитриптилина. Ритонавир повышает уровень имипрамина в крови; следуйте таким же инструкциям, как при лечении амитриптилином.</p>

<p>КЛОМИПРАМИН (ТАД)</p> <p>Содержание в одной таблетке:</p> <p>Модельный формуляр ВОЗ: 10 мг. 25 мг.</p> <p>Другие: 50 мг. 75 мг.</p>	<p>Начало: 25 мг перорально перед сном.</p> <p>Повышение дозы: медленное наращивание на 25 мг каждые четыре-семь дней, доводя до 100–150 мг.</p> <p>Максимальная доза: 250 мг</p>	<p>Начало: 10 мг перорально перед сном.</p> <p>Повышение дозы: медленное наращивание на 10 мг каждые четыре-семь дней, доводя до 50–75 мг.</p> <p>Максимальная доза: 100 мг</p>	<p>Те же побочные действия, что и при лечении амитриптилином</p>	<p>Те же предостережения, что и при лечении амитриптилином</p>	<p>Те же взаимодействия с АРВ, что и у амитриптилина.</p> <p>Ритонавир повышает уровень кломипрамина в крови; следуйте таким же инструкциям, как при лечении амитриптилином</p>
<p>ФЛУОКСЕТИН (СИОЗС)</p> <p>Содержание в одной таблетке:</p> <p>Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: не указано.</p> <p>Другие: 10 мг. 20 мг. 40 мг</p>	<p>Начало: от 10 до 20 мг в день, перорально.</p> <p>Повышение дозы: на 10 мг каждые три недели, пока не будет получена адекватная клиническая реакция.</p> <p>Максимальная доза: 60 мг</p>	<p>Начало: от 5 до 10 мг в день, перорально.</p> <p>Повышение дозы: на 10 мг каждые три недели, пока не будет получена адекватная клиническая реакция.</p> <p>Максимальная доза: 40 мг</p>	<p>Тяжелые:</p> <ul style="list-style-type: none"> • серотониновый синдром; • мания; • сильная сыпь. <p>Часто встречаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • побочные эффекты со стороны автономной нервной системы: <ul style="list-style-type: none"> - тошнота; - головная боль; - бессонница; - тревога; - астения; - диарея; - тремор; - сыпь 	<p>Прочие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • осторожностью вместе с другими препаратами, повышающими уровень серотонина (различные ТАД, ингибиторы моноаминоксидазы, литий, другие СИОЗС), и с электрошоковой терапией 	<p>НИИОТ: нет опубликованных данных.</p> <p>НИОТ: нет опубликованных данных.</p> <p>Ингибиторы протеазы: ритонавир может повысить уровень флуоксетина в крови; малая вероятность того, что это будет иметь клиническое значение</p>

Класс: Антидепрессанты (окончение)

<p>Препарат: название (тип), содержание в одной таблетке</p>	<p>Дозировка: взрослые без соматических заболеваний</p>	<p>Дозировка: люди, страдающие соматическими заболеваниями, пожилые или пациенты с 3-й и 4-й клиническими стадиями ВИЧ-инфекции</p>	<p>Тяжелые и часто встречающиеся побочные эффекты</p>	<p>Предостережения</p>	<p>Основные лекарственные взаимодействия с антивиро- вирусными препаратами</p>
<p>СЕРТРАЛИН (СИОЗС). Содержание в одной таблетке: Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: не указано. Другие: 25 мг. 50 мг. 100 мг</p>	<p>Начало: от 25 до 50 мг в день перорально. Повышение дозы: на 50 мг каждые три недели, пока не будет получена адекватная клиническая реакция. Максимальная доза: 200 мг</p>	<p>Начало: 25 мг в день перорально. Повышение дозы: на 25 мг каждые три недели, пока не будет получена адекватная клиническая реакция. Максимальная доза: 150 мг</p>	<p>Те же побочные явления, что и при лечении флуоксетином.</p>	<p>Те же предостережения, что и при лечении флуоксетином.</p>	<p>НИИОТ: нет опубликованных данных. НИИОТ: нет опубликованных данных. Ингибиторы протеазы: ритонавир может повысить уровень сертралина в крови. МалOVERоятно, что это будет иметь клиническое значение</p>

Класс: АНКСИОЛИТИКИ

Показания. Анксиолитики могут быть использованы для лечения тревожных расстройств, и при расстройствах сна короткими курсами.

Препарат: название (тип), содержание в одной таблетке	Дозировка: взрослые без соматических заболеваний	Дозировка: люди, страдающие соматическими заболеваниями, пожилые или пациенты с 3-й и 4-й клиническими стадиями ВИЧ-инфекции	Тяжелые и часто встречающиеся побочные эффекты	Предостережения	Основные лекарственные взаимодействия с антивиральными препаратами
<p>ДИАЗЕПАМ (бензодиазепин).</p> <p>Содержание в одной таблетке:</p> <p>Стандартный фармакологический сплавочник ВОЗ: 2 мг, 5 мг.</p> <p>Другие: 10 мг</p>	<p>Начало: 1-2 раза в день по 2 мг.</p> <p>Повышение дозы: если требуется, медленное наращивание каждые 7-14 дней до ежедневной дозы от 10 до 20 мг.</p> <p>Для лечения алкогольного абстинентного синдрома: <i>Первый день:</i> начните с доз от 4 до 20 мг перорально до четырех раз в день, пока пациент не станет спокойным.</p>	<p>Начало: от 1 до 2 мг один-два раза в день.</p> <p>Повышение дозы: если требуется, медленное наращивание каждые 7-14 дней до ежедневной дозы от 5 до 10 мг.</p> <p>Для лечения алкогольного абстинентного синдрома: используйте половинные дозировки от рекомендованных для взрослых без соматических заболеваний.</p>	<p>Тяжелые:</p> <ul style="list-style-type: none"> • угнетение дыхания; • синдром отмены; • артериальная гипотония; • брадикардия; • зависимость; • злоупотребление. <p>Часто встречающиеся:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сонливость; • утомляемость; • атаксия; • психическая спутанность; • диплопия; • дизартрия; • артериальная гипотония; • головокружение; • нарушения аккомодации 	<p>Меры предосторожности: если пациент принимает ингибиторы протеазы, используйте с осторожностью и, где возможно, замените лоразепамом или бупропином.</p> <p>Прочее: не применяйте у беременных женщин. Может вызвать врожденные аномалии, особенно когда используется в первый триместр. Избегайте применения у пациентов с когнитивными нарушениями</p>	<p>ННИОТ: нет опубликованных данных.</p> <p>НИОТ: нет опубликованных данных.</p> <p>Ингибиторы протеазы: может повысить уровень диазепам с проистекающей отсюда токсичностью, включающей чрезмерный седативный эффект и угнетение дыхания. Избегайте сочетания с диазепамом</p>

Класс: Анксиолитики (окончание)

<p>Препарат: название (тип), содержание в одной таблетке</p>	<p>Дозировка: взрослые без соматических заболеваний</p>	<p>Дозировка: люди, страдающие соматическими заболеваниями, пожилые или пациенты с 3-й и 4-й клиническими стадиями ВИЧ-инфекции</p>	<p>Тяжелые и часто встречающиеся побочные эффекты</p>	<p>Предостережения</p>	<p>Основные лекарственные взаимодействия с антиретро- вирусными препаратами</p>
<p><i>Второй день:</i> дайте две трети от дозы, полученной в первый день. <i>Третий день:</i> дайте половину дозы, полученной во второй день. <i>Четвертый и пятый дни:</i> продолжайте снижать дозу. <i>Шестой день:</i> отмените препарат</p>	<p>Будьте особенно осторожны, если пациент принимает ритонавир</p>				
<p>ЛОРАЗЕПАМ (бензодиазепин). Содержание в одной таблетке: Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: не указано. Другие: 0,5 мг.</p>	<p>Начало: 1 мг перорально от двух до трех раз в день. Повышение дозы: если требуется, в несколько приемов, до ежедневной дозы от 6 до 10 мг. Максимальная доза: 10 мг в день.</p>	<p>Начало: 0,5 мг перорально один-два раза в день. Повышение дозы: если требуется, в несколько приемов, до ежедневной дозы от 3 до 4 мг. Максимальная доза: 4 мг в день.</p>	<p>Те же побочные явления, что и при лечении диазепамом</p>	<p>Те же предостережения, что и при лечении диазепамом. Кроме того, лоразепам безопаснее в использовании в сочетании с ингибиторами протеазы</p>	<p>ННИОТ: нет опубликованных данных. НИОТ: нет опубликованных данных. Ингибиторы протеазы: нет опубликованных данных.</p>

<p>1 мг. 2 мг.</p>	<p>Для лечения алкогольного абстинентного синдрома: <i>Первый и второй дни:</i> начните с от 1 до 4 мг перорально, до четырех раз в день, пока пациент не станет спокойным. <i>Третий и четвертый дни:</i> давайте половину дозы, полученной в первый день. <i>Пятый день:</i> дайте 2 мг или менее. <i>Шестой день:</i> отмените препарат</p>	<p>Для лечения алкогольного абстинентного синдрома: используйте половинные дозировки от рекомендованных для взрослых без соматических заболеваний. Безопасно для использования у пациентов, принимающих ритонавир</p>	<p>Лоразепам предпочтительнее диазепама в связи с низким риском взаимодействия с ингибиторами протеазы</p>
<p>БУСПИРОН (не относится к бензодиазепинам).</p> <p>Содержание в одной таблетке: Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: не указано. Другие: 5 мг. 7,5 мг. 10 мг. 15 мг. 30 мг</p>	<p>Начало: 10 мг перорально от двух до трех раз в день. Повышение дозы: если требуется, на 5 мг каждые три дня. Максимальная доза: 60 мг в день.</p> <p>Примечание: может быть менее эффективным, чем бензодиазепины, при лечении тревоги, но не вызывает зависимости</p>	<p>Начало: 10 мг перорально два-три раза в день. Повышение дозы: если требуется, на 5 мг каждые три дня. Максимальная доза: 45 мг в день</p>	<p>Тяжелые: не отмечались. Прочие часто встречающиеся:</p> <ul style="list-style-type: none"> • головокружение; • сонливость; • тошнота и рвота; • головная боль; • нервозность
<p>Ингибиторы протеазы: ингибиторы протеазы могут повысить уровень бупирона. Рассмотрите возможность использования более низких дозировок</p>	<p>Применяйте с осторожностью вместе с другими препаратами, повышающими уровень серотонина (различные ТАД, СИОЗС, ингибиторы моноаминоксидазы, литий), и с электрошоковой терапией</p>	<p>Применяйте с осторожностью вместе с другими препаратами, повышающими уровень серотонина (различные ТАД, СИОЗС, ингибиторы моноаминоксидазы, литий), и с электрошоковой терапией</p>	<p>Ингибиторы протеазы: ингибиторы протеазы могут повысить уровень бупирона. Рассмотрите возможность использования более низких дозировок</p>

Класс: Тимостабилизаторы

Показания. Тимостабилизаторы используются как монотерапия и в комбинации с другими лекарствами для лечения острой мании и как поддерживающаяся терапия при биполярном расстройстве.

<p>Препарат: название (тип), содержание в одной таблетке</p>	<p>Дозировка: взрослые без соматических заболеваний</p>	<p>Дозировка: люди, страдающие соматическими заболеваниями, пожилые или пациенты с 3-й и 4-й клиническими стадиями ВИЧ-инфекции</p>	<p>Тяжелые и часто встречающиеся побочные эффекты</p>	<p>Предостережения</p>	<p>Основные лекарственные взаимодействия с антиретро- вирусными препаратами</p>
<p>ЛИТИЙ (соли). Содержание в одной таблетке: Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: 300 мг. Другие: 150 мг. 450 мг. 600 мг</p>	<p>Начало: 600 мг в день перорально в несколько приемов. Повышение дозы: на 300 мг каждую неделю, контролируйте уровень препарата в крови. Поддерживайте уровень лития в крови в пределах: 0,6–1,0 мэкв/л. Рассмотрите возможность немного более высокой концентрации лития – до 1,2 мэкв/л, если это требуется для эффективности и если уровень лития</p>	<p>Нежелательно. В случае необходимости начинайте: 150 мг перорально два раза в день. Повышение дозы: на 150 мг каждую неделю, контролируйте уровень препарата в крови. Поддерживайте уровень лития в крови в пределах: 0,6–1,0 мэкв/л</p>	<p>Тяжелые:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кома; • припадки; • желудочковая аритмия; • лейкоцитоз; • зоб; • брадикардия. <p>Часто встречающиеся:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тремор; • полиурия; • диарея; • рвота; • сонливость; • мышечная слабость; • аритмия; • анорексия; • тошнота; • нарушение аккомодации; • сухость во рту; • утомляемость; 	<p>Назначайте, только если есть возможность контроля концентрации лития в крови и у пациента ВИЧ-негативный статус или у него не обнаруживается симптомов ВИЧ-инфекции. Периодически контролируйте функцию почек и щитовидной железы. Противопоказания: почечная недостаточность. Прочее: не используйте для лечения беременных женщин, литий может вызвать врожденные аномалии</p>	<p>ННИОТ: нет опубликованных данных. НИОТ: нет опубликованных данных. Ингибиторы протеазы: нет опубликованных данных.</p>

	<p>может поддерживаться регулярно</p>	<p>Начало: 250 мг в первой половине дня; 500 мг во второй половине дня.</p> <p>Повышение дозы: на 200 мг каждые 7 дней до клинической реакции или терапевтического уровня препарата в крови.</p> <p>Назначайте в несколько приемов.</p> <p>Максимальная доза: 60 мг/кг/в день.</p> <p>Желательный уровень вальпроата в сыворотке крови: 50–125 мкг/мл</p>	<p>Начало: 200 мг в первой половине дня; 200 мг во второй половине дня.</p> <p>Повышение дозы: на 200 мг каждые 7 дней до клинической реакции или терапевтического уровня препарата в крови.</p> <p>Назначайте в несколько приемов.</p> <p>Максимальная доза: определяйте по переносимости и клинической реакции.</p> <p>Желательный уровень вальпроата в сыворотке крови: 50–125 мкг/мл</p>	<p>• акне; • сыпь</p> <p>Тяжелые:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гепатотоксичность (может быть смертельной); • панкреатит; • синдром неадекватной секреции <p>антидиуретического гормона (SIADH);</p> <ul style="list-style-type: none"> • гипонатриемия; • патологические изменения крови; • тяжелые аллергические реакции. <p>Часто встречающиеся:</p> <ul style="list-style-type: none"> • головная боль; • тошнота; • рвота; • сонливость; • диспепсия; • головокружение; • диарея; • боли в животе; • тремор; • выпадение волос; • повышение аппетита и массы тела; • сыпь; • атаксия; • снижение зрения; • нарушение аккомодации; • нистагм. 	<p>Прочее: не используйте при лечении беременных женщин – может вызвать врожденные аномалии.</p> <p>Используйте с осторожностью при заболеваниях печени, однако препарат при них не противопоказан.</p> <p>Если есть возможность, контролируйте уровень вальпроата в сыворотке крови, печеночные пробы и формулу крови</p>	<p>НИИОТ: нет опубликованных данных.</p> <p>НИИОТ: вальпроат натрия может повысить уровень азидотимидина (зидовудина) в крови.</p> <p>Ингибиторы протеазы: нет опубликованных данных</p>
<p>ВАЛЬПРОАТ НАТРИЯ, ВАЛЬПРОЕВАЯ КИСЛОТА И ДИВАЛПРОЕКС НАТРИЙ (противосудорожные препараты).</p> <p>Содержание в одной таблетке:</p> <p>Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: 200 мг. 500 мг.</p> <p>Другие: 125 мг</p>						

Класс: Иммостабилизаторы (окончание)

<p>Препарат: название (тип), содержание в одной таблетке</p>	<p>Дозировка: взрослые без соматических заболеваний</p>	<p>Дозировка: люди, страдающие соматическими заболеваниями, пожилые или пациенты с 3-й и 4-й клиническими стадиями ВИЧ-инфекции</p>	<p>Тяжелые и часто встречающиеся побочные эффекты</p>	<p>Предостережения</p>	<p>Основные лекарственные взаимодействия с антиретро- вирусными препаратами</p>
<p>КАРБАМАЗЕПИН: (противосудорожное средство). Содержание в одной таблетке: Стандартный фармакологический справочник ВОЗ: 100 мг. 200 мг</p>	<p>Используется для профилактики биполярного расстройства. Начало: 200 мг перорально во второй половине дня. Повышение дозы: на 200 мг каждые 3-4 дня. Давайте в несколько приемов до 400-800 мг в день. Максимальная доза: 1200 мг в день. Для лечения алкогольного абстинентного синдрома: <i>Первый и второй дни:</i> начните с 800 мг в несколько приемов.</p>	<p>Используется для профилактики биполярного расстройства. Начало: 100 мг перорально во второй половине дня. Повышение дозы: на 100 мг каждые 3-4 дня. Давайте в несколько приемов до 300-600 мг в день. Максимальная доза: 800 мг в день. Для лечения алкогольного абстинентного синдрома: используйте половинные дозировки</p>	<p>Тяжелые:</p> <ul style="list-style-type: none"> • реакция гиперчувствительности; • припадки; • аритмии; • обмороки; • патологические изменения крови; • гепатит; • желтуха; • гипонатриемия; • синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона (siadh); • водная интоксикация; • тяжелые аллергические реакции; • панкреатит. <p>Часто встречающиеся:</p> <ul style="list-style-type: none"> • головокружение; • сонливость; 	<p>Прочее: не используйте для лечения беременных женщин; может вызвать врожденные аномалии. Если есть возможность, контролируйте уровень карбамазепина в сыворотке крови, печеночные пробы и формулу крови. Желательный уровень карбамазепина в сыворотке: при поддерживающей терапии 6-10 мкг/мл</p>	<p>ННИОТ: карбамазепин может снизить уровень делавирдина в крови. Избегайте одновременного использования с эфавиренцем; может понизить уровень в крови и эффективность эфавиренца. НИОТ: нет опубликованных данных. Ингибиторы протазы: избегайте одновременного использования с ингибиторами протазы; может понизить</p>

	<p><i>Третий день:</i> уменьшите до 600 мг в несколько приемов.</p> <p><i>Четвертый день:</i> уменьшите до 400 мг в несколько приемов.</p> <p><i>Пятый день:</i> уменьшите до 200 мг в несколько приемов.</p> <p><i>Шестой день:</i> Отмените препарат</p>	<p>от рекомендованных для взрослых без соматических заболеваний</p>	<ul style="list-style-type: none"> • атаксия; • тошнота; • рвота; • боли в животе; • нарушение аккомодации; • нистагм; • психическая спутанность; • повышенный уровень печеночных трансаминаз; • утомляемость. 	<p>уровень в крови и эффективность ингибиторов протеазы. Уровень карбамазепина в крови при сочетании с ингибиторами протеазы может повыситься или понизиться</p>
--	--	---	---	--

**ГРУППЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ
В ПРОГРАММАХ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

Всемирная организация здравоохранения 2005

**PSYCHOSOCIAL SUPPORT GROUPS
IN ANTIRETROVIRAL THERAPY PROGRAMMES**

Booklet 4, Mental Health and HIV/AIDS Therapy Series

World Health Organization 2005

Written by:

Annika Sweetland (Partners in Health, USA/Peru)
Ray Lazarus (Perinatal HIV Research Unit, South Africa)
Melvyn Freeman (WHO consultant, South Africa)
Kerry Saloner (HIV/AIDS consultant, South Africa)

СОДЕРЖАНИЕ

Цели групп поддержки	77
Типы групп поддержки	78
Образовательные группы	79
Группа взаимопомощи по принципу «равный равному»	80
Терапевтические группы поддержки	80
Структура группы и ее состав	82
Открытые и закрытые группы	83
Временные и постоянные группы	84
Смешанные и целевые группы	85
Кто может руководить группами поддержки?	86
Кто может участвовать в группах поддержки?	87
Формирование групп поддержки: организационные и другие вопросы	88
Как развиваются группы с течением времени	90
Начало работы группы: первая встреча	90
Практическая / рабочая фаза	92
Завершение работы группы поддержки	93
Какие методы используются для фасилитации терапевтических групп поддержки?	94
Некоторые вопросы, обычно возникающие в группах поддержки	99
Социальное отвержение и дискриминация	100
Раскрытие ВИЧ-положительного статуса	103
Жизнь с антиретровирусной терапией	106
Взаимоотношения с партнерами	109
Умирание и смерть	112
Преодоление трудностей, возникающих в группах поддержки	115
Повышение эффективности работы фасилитатора	122
Заключение	124

ЦЕЛИ ГРУПП ПОДДЕРЖКИ

Люди, находящиеся в похожих жизненных ситуациях, особенно в тяжелых и неблагоприятных, часто находят утешение, поддержку и силы в обществе других людей, переживающих то же самое. Группы поддержки — это место, где люди, объединенные общими нуждами и проблемами, могут обмениваться опытом и помогать друг другу пройти через сложные периоды. Тем самым улучшается здоровье и благополучие всех участников. Группы поддержки иногда называют «группами исцеления», поскольку они в доверительной и заботливой обстановке позволяют людям удовлетворить свои нужды и поправить здоровье, одновременно помогая другим людям.

Группы поддержки помогают взять собственную жизнь под контроль и развить свою личность. Они могут работать на различных уровнях и в зависимости от стоящих перед ними целей помогают людям удовлетворить свои эмоциональные, духовные, психологические и образовательные потребности. Большинство групп сами формулируют свои цели и задачи и работают на их достижение, иногда при помощи специалиста.

Обычно члены таких групп обмениваются информацией, знаниями, идеями и опытом. Благодаря возможности выговориться и выслушать другого, а также благодаря поддержке, оказываемой друг другу, они часто находят в себе новые силы и желание двигаться вперед. Группы создаются, развиваются и выживают благодаря их основному принципу — принципу взаимной поддержки.

Существуют различные виды групп поддержки, и у каждой из них своя цель. Есть множество факторов, определяющих направление их работы и успех. Приведем основные два. Это ожидания участников, а также опыт и мастерство фасилитаторов.

Чрезвычайно важно, чтобы фасилитатор четко осознавал уровень своей компетентности, знаний и опыта, а также сдерживал групповые взаимодействия так, чтобы они были контролируемы. В противном случае взаимодействие внутри группы, скорее всего, принесет вред, а не пользу. Некоторые приемы, например более глубокий анализ чувств, изменение устоявшихся рамок поведения в обществе, требуют от фасилитатора высокого мастерства. Еще лучше, если эти приемы будут применяться опытным специалистом сферы охраны психического здоровья.

Группы поддержки для людей, живущих с ВИЧ/СПИД

Группы поддержки для людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), могут быть весьма полезными по различным причинам. Большинство ЛЖВС на определенной стадии испытывают эмоциональный стресс, хотя его степень может значительно варьироваться. У некоторых появляется простое чувство огорчения, когда они узнают о своем ВИЧ-положительном статусе, а другие сразу хотят покончить жизнь самоубийством. Отдельным людям удастся преодолеть эмоциональный стресс благодаря поддержке семьи и близких, а некоторые впадают в тяжелую депрессию. Для кого-то решение начать антиретровирусную терапию (АРТ) и продолжать ее не является трудным решением, для других — оно не под силу. Группы поддержки могут помочь всем этим людям, оказывая поддержку одним и принимая ее от других. Ведь предоставление поддержки часто так же важно, как и ее получение.

Группы поддержки особенно полезны для ЛЖВС в борьбе против стигмы, отражающей отвержение и дискриминацию со стороны общества. Такие люди могут страдать от ощущения одиночества, изоляции и депрессии, что, в свою очередь, может усугубить их состояние. Социальные контакты, установленные благодаря группам поддержки, помогут избавиться от этого ощущения и

обрести чувство солидарности с другими людьми, переживающими схожие проблемы в их жизни. Сам факт пребывания среди людей облегчает эмоциональный и психологический стресс.

Решение о начале антиретровирусной терапии большинству людей дается нелегко. Благодаря группам поддержки ЛЖВС могут получить ответы на вопросы и узнать больше об АРТ и, таким образом, принять собственное решение. Особенно если некоторые члены группы уже охвачены АРВ терапией. Обмен опытом и знаниями с другими позволяет ЛЖВС принимать более взвешенные решения по поводу образа жизни и терапии.

Участие в работе групп поддержки также полезно и тем, кто уже принимает АРТ. Многие ЛЖВС обнаруживают, что эмоциональные трудности, предшествующие началу АРТ, вытесняются новыми препятствиями, такими как необходимость приверженности, стигма, побочные действия лекарств и депрессия. Вполне вероятно, что и другие члены группы, принимающие АРТ, имеют схожие проблемы, поэтому взаимная поддержка и обсуждение оказываются необычайно полезными для всех.

Группы поддержки позволяют:

- ❖ обмениваться опытом, обсуждать проблемы и чувства;
- ❖ узнать больше о побочных действиях или негативных последствиях болезни / лечения, а также научиться разными способами справляться с ними;
- ❖ уменьшить чувство страха, тревоги, вины и другие негативные эмоции, связанные с болезнью или лечением;
- ❖ войти в контакт с людьми, живущими теми же проблемами и переживаниями;
- ❖ лучше узнать самого себя и разные проблемы, обсуждаемые в группе;
- ❖ развить способность участников группы более эффективно решать эти проблемы и выходить из других неприятных ситуаций;
- ❖ восстановить и наладить социальные связи и взаимоотношения внутри семьи;
- ❖ получить достоверную информацию;
- ❖ получить доступ к справочным службам;
- ❖ содействовать развитию чувства социальной ответственности по отношению к таким вопросам общественного здоровья, как профилактика распространения ВИЧ и реинфекции, преодоление стигмы и расширение знаний о ВИЧ/СПИД.

Группы поддержки, конечно, являются не единственной возможностью для ЛЖВС справляться с проблемами и развивать свои человеческие качества. Более того, не для всех они представляются оптимальным вариантом. Например, некоторым людям для борьбы со стрессом или с психическим расстройством требуется прием медикаментов, другим может понадобиться индивидуальное консультирование или психотерапия. Для отдельных людей участие в жизни сообщества и развитие позитивных сторон жизни для ЛЖВС будет самым конструктивным способом подойти к их проблеме. В любом случае, для многих группы поддержки означают оптимальный способ улучшить качество жизни.

ТИПЫ ГРУПП ПОДДЕРЖКИ

Люди, работающие с ЛЖВС при различных обстоятельствах (в клинике, где они получают АРВ терапию, на дому у пациента, в неправительственных организациях), не смогут не заметить то, что многие потребности пациентов остаются неудовлетворенными. Скорее всего, они также не смогут не заметить, что у большинства людей потребности почти одни и те же. Одним необходимы более продвинутые знания о ВИЧ/СПИД, другим — усиленная социальная поддержка, а некоторым — лечение от глубокой депрессии в такой мере, что им может потребоваться интенсивное психотерапевтическое вмешательство и, возможно, даже прием психотропных препаратов. Все это касается не только ВИЧ-инфицированных, но и их семей, которые могут нуждаться в дополнительной поддержке, чтобы продолжать ухаживать за больным. Создание группы и определение ее состава зависит от потребностей, наиболее актуальных в том или ином сообществе.

Существуют различные типы групп поддержки для людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Зачастую содержание их работы совпадает. Например, членам терапевтических групп иногда могут понадобиться образовательные или информационные элементы, в то время как участникам образовательной группы важно поделиться опытом с одним из ее членов, особенно нуждающимся в поддержке в данный момент.

Потребности людей, живущих с ВИЧ/СПИД или получающих АРТ, варьируются от места к месту, от человека к человеку, поэтому крайне важно выделить наиболее часто встречающиеся и насущные потребности и определить наиболее подходящий способ их удовлетворения.

Существуют три наиболее распространенных вида групп поддержки, которые можно создать для ЛЖВС или для пациентов программ АРТ:

- ❖ образовательные группы;
- ❖ группа по принципу «равный равному»;
- ❖ терапевтические группы (руководимые специалистами или специально подготовленными людьми).

В этой главе описывается каждый из этих типов групп, включая их преимущества и ограничения.

Образовательные группы

Основная цель образовательных групп — предоставление информации об определенном аспекте или общей проблеме, непосредственно влияющих на жизнь членов группы. Зачастую встречи таких групп проходят в формате «семинара», включающего для обсуждения ряд заданий на определенную тему. Иногда эти встречи напоминают лекции, которые заканчиваются раундом вопросов-ответов. Примерами образовательных групп могут служить группы, в которых обсуждаются:

- ❖ АРТ и ее побочные действия;
- ❖ ВИЧ и внутривенный прием наркотиков;
- ❖ приверженность к лечению;
- ❖ ВИЧ и семья;
- ❖ оппортунистические инфекции;
- ❖ передача ВИЧ/СПИД;
- ❖ другие относящиеся к теме вопросы.

Преимущества образовательных групп

- ❖ Вполне нормально, что у людей возникает много вопросов об их болезни и о ее лечении. Благодаря групповому формату не требуется больших сил. (Одного-двух фасилитаторов на группу достаточно). Такой формат позволяет донести информацию до большинства людей и сокращает количество тех, кому будет необходим дополнительно индивидуальный подход.
- ❖ Группа поддержки такого типа помогает рассмотреть определенные вопросы более полно, чем это было бы возможно во время индивидуальной беседы, из-за отсутствия достаточного времени и средств.
- ❖ Застенчивость не позволяет некоторым людям напрямую задавать вопросы врачу/медсестре, поэтому для них ситуация, в которой другие люди задают вопросы, более удобна. Более того, они могут бояться задать определенный вопрос, в то время как другой член группы не только сможет поставить его перед фасилитатором, но и получит ответ, важный для всей группы.
- ❖ Информация, которой обмениваются члены группы, основана на их личном опыте и поэтому представляет особую ценность для других, поскольку отражает «настоящую жизнь», а не «мнение эксперта».
- ❖ Члены группы встречаются с людьми, подобными себе, в эмоционально нейтральной обстановке. Они получают неформальную поддержку друг от друга.
- ❖ Участники группы должны уйти со встречи, овладев определенными навыками и информацией, которые должны улучшить их способность жить с ВИЧ.

Ограничения образовательных групп

- ❖ Поскольку такие группы ставят перед собой очень конкретные образовательные задачи, у них не всегда есть возможность обсудить другие темы, возникающие во время встречи, поскольку они выходят за ее рамки.
- ❖ Обычно этот формат не включает в себя терапевтический компонент, который позволил бы членам группы улучшить их способность реагировать на информацию, получаемую во время этих встреч.

Группа взаимопомощи по принципу «равный равному»

Второй тип групп, организуемых ЛЖВС, ставит перед собой цель оказывать взаимную поддержку. Эти группы не заменяют групповые вмешательства, проводимые специалистами, но могут служить полезным дополнением.

Преимущества групп взаимопомощи по принципу «равный равному»

- ❖ Люди, страдающие одинаковой болезнью и принимающие одинаковое лечение, благодаря личному опыту особенно эффективно могут поддержать друг друга.
- ❖ Возможность организовать подобную группу даже при незначительных ресурсах.
- ❖ Группы взаимопомощи по принципу «равный равному», как правило, требуют огромной инициативы со стороны людей, принимающих на себя роль «ведущего». Благодаря этому другие члены группы учатся перенимать более активное отношение к своему здоровью и к жизни.
- ❖ Группы взаимопомощи по принципу «равный равному» могут служить дополнением к услугам медицинских учреждений.
- ❖ Такие группы образуют своего рода форум, предоставляющий взаимную поддержку и средства для организации сообщества, и могут ставить и не ставить перед собой дополнительные задачи по мобилизации сил общества.

Ограничения групп взаимопомощи по принципу «равный равному»

- ❖ Лидер группы может не обладать достаточной компетентностью в решении крайне сложных вопросов, возникающих во время встречи членов таких групп.
- ❖ Члены группы не обязательно находятся на одном уровне осведомленности об их болезни и/или о лечении и поэтому ненамеренно могут способствовать распространению мифов и недоразумений, связанных с их болезнью.
- ❖ Поскольку группы взаимопомощи по принципу «равный равному» зачастую зависят от активности одного или двух ее лидеров, они имеют тенденцию быстро распадаться, особенно если лидер теряет мотивацию или более не может участвовать во встречах (по причине переезда, болезни и т. п.).

Терапевтические группы поддержки

Встреча членов терапевтической группы представляет собой общение людей, объединенных одной проблемой. Ее работу координирует фасилитатор (куратор); группа ставит перед собой терапевтические цели. Чтобы иметь право называться «терапевтической», необходимо, чтобы общение приводило к изменениям в мышлении, чувствах и поступках участвующих. Желательным результатом становятся уменьшение страдания участвующих и расширение их возможностей жить здоровой и счастливой жизнью.

ЛЖВС зачастую испытывают эмоциональное бремя болезни, в частности депрессию, печаль, фрустрацию и тревогу. Участие в терапевтической группе может стать наиболее подходящим в данном случае видом помощи. Спектр деятельности терапевтических групп широк. Существуют различные виды групп с различными задачами. Способы достижения результатов также могут разли-

чаться от группы к группе и зависят как от потребностей ее членов, так и от опыта и навыков фасилитатора. У всех терапевтических групп должен быть хотя бы один постоянный руководитель, которого часто называют *фасилитатором*.

Фасилитатором терапевтической группы может быть:

- ❖ специалист в области охраны психического здоровья (психиатр, психолог, социальный работник или медсестра);
- ❖ специалист из другой области медицины или люди, получившие специальную подготовку для этого, например опытный сотрудник службы общественного здоровья или ЛЖВС.

Специалисты в области охраны психического здоровья будут управлять группой иначе, чем другие люди. Например, они, скорее всего, обладают более продвинутыми знаниями и навыками, чем другие люди, не получившие столь обширной подготовки в отношении групповых занятий. С другой стороны, неспециалисты могут быть ближе членам группы с точки зрения происхождения, жизненных обстоятельств и иногда языка.

Выбор фасилитатора зависит от потребностей группы. Во многих странах существует специальный регулирующий орган, определяющий минимум квалификаций, необходимых для работы в области психиатрии. Рекомендуется согласовать с этим учреждением, кто имеет право проводить вмешательства, необходимые для работы с группой в вашей стране.

Терапевтические группы под руководством специалистов

Психиатр, психолог, социальный работник, медсестра, прошедшие специальную подготовку, помогут группе не только обменяться опытом и обговорить способы решения проблем, но и проработать эмоционально чувствительные вопросы более глубоко.

Преимущества терапевтических групп под руководством специалистов

- ❖ Руководство группой — это сложная задача, требующая определенного набора навыков. Поэтому специалисты подходят для этой роли лучше.
- ❖ Специалисты способны лучше справляться с эмоциональным кризисом, который может возникнуть во время работы группы.
- ❖ У специалистов сферы охраны психического здоровья быстрее получится определить людей, нуждающихся в дополнительном индивидуальном подходе.
- ❖ Специалисты сферы психического здоровья знают, как определить людей с более тяжелым психическим или эмоциональным состоянием и как работать с ними.

Перед всеми терапевтическими группами стоит задача — дать возможность участникам поделиться их чувствами о том, что происходит в их жизни, принять эти чувства и предложить поддержку. Поэтому, поскольку группа ставит перед собой цель проанализировать человеческие чувства и причины их появления во всей полноте и поскольку во время сессий используются групповые взаимодействия для изменения фиксированных моделей мышления и отношения к другому человеку, то лучше всего, чтобы эта деятельность проходила под контролем опытного специалиста. Более того, если подобные вопросы возникают в группах другого типа, необходимо проконсультироваться со специалистом, чтобы определить дальнейший план действий.

Однако не всегда возможно найти специалиста для этой роли, и не во всякой ситуации именно этот специалист является оптимальным решением.

Ограничения групп под руководством специалистов:

- ❖ Посещение терапевтической группы, руководимой специалистом, может быть связано со стигмой, что отталкивает некоторых людей от участия в ней.
- ❖ При нехватке специалистов руководство подобной группой не является эффективным использованием их рабочего времени.

Терапевтические группы, не руководимые специалистами

Подготовка других людей для групповой работы является одним из вариантов. Это могут быть специалисты в других областях или другие люди, заинтересованные в выполнении этой функции, например ЛЖВС. Подобные группы предоставляют участникам своего рода форум, где они могут обмениваться опытом и чувствами и получать поддержку. Как правило, во время встреч не проводится глубокий анализ эмоциональных проявлений.

Преимущества групп, не руководимых специалистами

- ❖ В условиях нехватки специалистов в области психического здоровья использование услуг подобных фасилитаторов может быть более выгодным с точки зрения экономии.
- ❖ Для многих групп поддержки сам факт присутствия людей с одинаковыми проблемами и жизненным опытом может иметь терапевтический эффект, независимо от того, какой у группы лидер.
- ❖ Члены группы будут менее склонны считать себя больными или даже «сумасшедшими», если группу не ведет специалист в области психиатрии.
- ❖ Если фасилитатор сам имеет ВИЧ-положительный статус, то он лучше сможет понять обсуждаемые вопросы. Члены группы будут больше ему доверять.

Ограничения групп, не руководимых специалистами

- ❖ Неопытные фасилитаторы могут испытывать трудности в ситуации кризиса или при обсуждении эмоционально чувствительных вопросов, таких как самоубийство и смерть, что в целом может иметь существенные терапевтические последствия.
- ❖ В случае, если фасилитатор сам имеет ВИЧ-положительный статус, группа может ожидать от него ответов на вопросы, которые лучше было бы обсудить всей группой. Менее опытный фасилитатор склонен давать советы вместо того, чтобы дать возможность людям самим решить, что лучше им подходит. (Это не касается предоставления фактической информации, например, о побочных проявлениях АРТ или об анализе на CD4). Фасилитаторы с ВИЧ-положительным статусом могут увидеть отражение своих собственных проблем в проблемах других и поэтому избегают их рассмотрения, что неблагоприятно влияет на обсуждение определенной темы среди членов группы.
- ❖ Может произойти так, что член группы окажется в эмоциональном состоянии, с которым фасилитатор не знает как справиться (например, если один из участников группы думает о том, чтобы покончить жизнь самоубийством). Необходимо, чтобы фасилитатор сразу же направил его к специалисту вместо того, чтобы самому пытаться разрешить ситуацию, находящуюся вне его компетенции, что может принести больше вреда, чем пользы, не только конкретному члену группы, но и всей группе.

СТРУКТУРА ГРУППЫ И ЕЕ СОСТАВ

Необходимо решить несколько важных задач, когда принято решение, в каком варианте будет формироваться группа, для того чтобы наиболее эффективно удовлетворить основные потребности ее потенциальных членов, и исходя из кандидатуры фасилитатора. Возникают следующие вопросы: будет группа открытой или закрытой, постоянной или временной, «смешанной» или предназначенной для определенной категории клиентов. Ответить на эти вопросы необходимо в любом случае, независимо от того, создается ли образовательная группа, группа самопомощи по принципу «равный равному» или терапевтическая группа.

Открытые и закрытые группы

Открытые группы

Открытая группа — это группа, к которой можно присоединиться или которую можно покинуть в любой момент. Любой желающий может присоединиться к группе независимо от того, как долго она существует. Более того, в таких группах нет договоренности или «контракта» о том, как долго надо оставаться ее членом. Уходить и присоединяться можно в любой момент по желанию.

Преимущества открытых групп

- ❖ Люди, нуждающиеся в неотложной поддержке, могут присоединиться к такой группе в любой момент, им не надо ждать формирования новой группы.
- ❖ Такие группы более подходят ЛЖВС, чье состояние с физической, эмоциональной и практической точки зрения не всегда позволяет им посещать встречи регулярно.
- ❖ Некоторым людям не требуется постоянная поддержка. Благодаря открытой группе они могут получить поддержку тогда, когда она им необходима.

Ограничения открытых групп

- ❖ Поскольку состав группы меняется с течением времени, участникам сложнее установить глубокие отношения и довериться друг другу настолько, чтобы откровенно рассказывать о своих чувствах, травмирующих или затруднительных обстоятельствах.
- ❖ Участников группы может волновать вопрос конфиденциальности, связанный с постоянной сменой людей в группе.
- ❖ Достижения открытой группы по сравнению с закрытой будут несколько меньшими.
- ❖ Новички могут выразить желание обсудить уже рассмотренные темы, что может быть неинтересным для некоторых членов группы.

Формат открытой группы подходит в том случае, если перед группой ставится задача предоставления частичной поддержки и если фасилитатор недостаточно опытен, чтобы работать с глубокими переживаниями. С другой стороны, фасилитатору тоже неудобно работать с группой, в которой постоянно меняется состав и в которую постоянно приходят новые люди, ведь многие из них нуждаются в неотложной поддержке. Поэтому фасилитаторы открытых групп должны обладать развитыми навыками и опытом, несколько отличающимися от навыков, необходимых для руководства закрытой группой, а именно уметь приспосабливаться и реагировать на неожиданные ситуации.

Закрытые группы

Закрытая группа — это группа с постоянным составом. Все члены группы присоединяются к ней в момент ее создания. Включение новых членов не разрешается.

Преимущества закрытых групп

- ❖ Подобный формат обеспечивает обстановку последовательности, непрерывности и безопасности, в которой обсуждаются чувства и сложные обстоятельства.
- ❖ Возможность достигнуть более высокого уровня доверия и «осознания себя как части группы» среди участников.
- ❖ Закрытая группа усиливает терапевтический потенциал и облегчает оказание взаимопомощи.
- ❖ Людям зачастую легче развивать чувство близости и уважения друг к другу в пределах закрытой группы.
- ❖ Члены группы больше уверены в соблюдении конфиденциальности, что позволяет им более открыто делиться своими переживаниями с группой.

- ❖ Все члены группы несут ответственность за формулировку целей и «основополагающих правил» группы, поэтому они более мотивированы выполнить поставленные задачи.
- ❖ С закрытыми группами легче обсудить все намеченные планом темы.

Временные и постоянные группы

Временные группы

Временные группы собираются на заранее обусловленное количество встреч в течение определенного периода времени, например на 8 встреч, на 6 месяцев и т. п. Зачастую перед такими группами стоят определенные задачи, и встречи строятся таким образом, чтобы обеспечить достижение поставленных целей в течение установленного периода времени. У многих из таких групп есть инструкции, которые намечают виды деятельности и методы работы на каждую встречу, а также определяют, какие действия необходимо предпринять для продвижения к поставленным целям. Обычно такие группы создаются для содействия личностному развитию как в плане содержания, так и в плане интенсивности. Каждая последующая встреча строится на основе предыдущей. Поэтому такие группы зачастую имеют *закрытую* структуру. Те, кто присоединился к группе с момента ее образования, должны регулярно участвовать в ее работе в течение всего курса.

Преимущества временных групп

- ❖ Большинство членов группы в течение курса могут получить необходимые базисные знания и/или терапевтическую поддержку.
- ❖ Такие группы удобны для обсуждения конкретных вопросов и потребностей в регулярном режиме.
- ❖ Благодаря ограниченному количеству встреч легче определить необходимые для них ресурсы и затраты.
- ❖ Некоторые люди предпочитают более структурированный подход, который позволяет им ощутить результат и успех, достигнутые по завершению ключевых тем.
- ❖ Члены группы осознают принятые ими обязательства, что позволяет им лучше планировать свои действия.

Ограничения временных групп

- ❖ Может быть трудным разобраться с непредвиденными потребностями или с кризисной ситуацией, возникшей во время встречи.
- ❖ В связи с личными обстоятельствами и другими обязательствами некоторым участникам может быть сложно посещать встречи в достаточном количестве, необходимом для достижения результатов.

Постоянные группы поддержки

Постоянные группы поддержки обычно имеют менее формальную структуру, чем временные. Они не связаны определенными сроками, и обычно план действий на следующую встречу отражает текущие потребности участников. Этим группам более свойственна *открытая структура*, хотя некоторые постоянные группы могут иметь закрытую структуру.

Преимущества постоянных групп

- ❖ Неформальная структура постоянных групп позволяет ее членам быть более активными в формировании повестки дня встреч. Они решают, что обсуждать и когда. Поэтому постоянные группы особенно эффективны при разрешении текущих кризисных и сложных ситуаций, возник-

ших в жизни члена группы (например, смерть любимого человека). Членов группы побуждают выносить для обсуждения вопросы, волнующие их в каждодневной жизни.

- ❖ Поскольку с течением времени потребности участников меняются, гибкий формат встреч позволяет им присоединяться к группе в соответствии с их потребностями, т. е. они могут приходить на встречи так часто, как это им необходимо.
- ❖ Постоянные группы с закрытой структурой позволяют участникам более детально исследовать их проблемы, не боясь оказаться непонятыми или столкнуться с распадом группы в момент, когда они наиболее уязвимы и нуждаются в эмоциональной поддержке группы.
- ❖ В случаях, когда группы имеют одновременно открытый и постоянный формат, желающие могут присоединяться к ним по мере возникновения потребностей.

Ограничения постоянных групп

- ❖ Неформальный формат сессий требует наличия более опытного фасилитатора, который смог бы поддерживать целевую установку группы и реагировать на насущные потребности ее членов и на критические ситуации.
- ❖ Постоянные группы требуют более значительных ресурсов. Одни и те же люди могут участвовать в них в течение длительного промежутка времени, таким образом не позволяя другим воспользоваться преимуществами группы поддержки. Это особенно относится к закрытым группам поддержки. Но и открытые группы, чтобы быть успешными, должны ограничивать количество участников.
- ❖ У некоторых членов постоянных групп с открытой структурой могут возникнуть проблемы с доверительными отношениями в группе. Постоянная смена состава может вызвать обеспокоенность по поводу соблюдения конфиденциальности.

Смешанные и целевые группы

Формирование групп всегда происходит по какому-то критерию. Группы, описанные в данной брошюре, сформированы по критерию принадлежности к ЛЖВС. Это условие можно сформулировать более узко: таким образом, чтобы группы состояла только из людей, принимающих АРТ, и т. п. После первичной категоризации необходимо решить, формируется ли группа для людей с определенными признаками, или у нее будет смешанный состав.

Целевые группы

Группы могут быть созданы под определенный состав ВИЧ-инфицированных участников. Например, группы можно организовать на основе:

- ❖ пола участников;
- ❖ возраста или периода жизни;
- ❖ стадии болезни;
- ❖ сексуальной ориентации;
- ❖ жизненного опыта (тяжелая утрата, семейное насилие, беременность, внутривенное потребление наркотиков и т. д.);
- ❖ конкретных проблем, связанных с ВИЧ/СПИД или с лечением (побочные эффекты, приверженность к лечению; раскрытие ВИЧ-положительного статуса и т. д.);
- ❖ местонахождения.

Преимущества целевых групп

- ❖ Содержание и структура встреч могут быть сформированы под специфические требования участников; намеченные темы могут быть рассмотрены более детально.
- ❖ Участники могут быстрее солидаризироваться друг с другом благодаря схожести происхождения или жизненному опыту.

Ограничения целевых групп

- ❖ Целевые группы зачастую требуют значительных ресурсов, что не всегда доступно.
- ❖ Такие группы создаются на основании критериев исключения, что ограничивает прием кандидатов, не отвечающих принципу отбора, но нуждающихся в дополнительной поддержке.
- ❖ У участников группы нет возможности услышать мнение людей с другим жизненным опытом, отличающимися знаниями и взглядами. Например, мужчины не смогут выслушать точку зрения женщин в группе, образованной по половому признаку.

Смешанные группы

Смешанные группы не имеют особых критериев для участия в них, кроме общих критериев, описанных выше (люди, живущие с ВИЧ/СПИД). Другими словами, членами смешанных групп могут стать люди любого пола, возраста, расы, сексуальной ориентации, стадии болезни и т. д. В некоторых случаях ВИЧ-инфекция может быть единственным общим признаком для всех участников.

Преимущества смешанных групп

- ❖ Из-за отсутствия ресурсов организация целевых групп не всегда представляется возможной; смешанные группы могут стать подходящей альтернативой.
- ❖ Разнородность состава смешанных групп отражает широкий спектр людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Люди с различным жизненным опытом получают возможность собраться вместе, чтобы сообща бороться с болезнью, образуя при этом сообщество, основанное на солидарности.
- ❖ Люди различного происхождения и с разным жизненным опытом могут привнести новые взгляды на проблемы и предложить альтернативные решения сложных ситуаций.

Ограничения смешанных групп

- ❖ Некоторые вопросы тяжело поддаются детальному обсуждению в смешанных группах, например проблемы сексуальной жизни и другие интимные темы.
- ❖ Некоторые участники, пытаясь выразить себя, могут чувствовать неловкость, связанную с культурными нормами и традициями, принятыми в отношении определенных категорий людей (например, женщин в отношении мужчин, молодежи в отношении пожилых).

КТО МОЖЕТ РУКОВОДИТЬ ГРУППАМИ ПОДДЕРЖКИ?

Не всякий человек может руководить группой поддержки. Более того, обучение в этой области просто необходимо. Оно зависит от того, с каким видом группы фасилитатор собирается работать. Обучение может быть очень коротким или, наоборот, длительным и интенсивным. Кроме того, необходима постоянная поддержка руководителя, ментора или коллеги. Даже самые опытные специалисты могут получить пользу от обсуждения различных конкретных случаев, групповой динамики и методов работы.

Качества, которыми должен обладать фасилитатор

Вне зависимости от полученных знаний и типа руководимой группы, успешный фасилитатор должен обладать несколькими основными качествами:

- ❖ душевностью;
- ❖ возможностью представить себя на месте другого человека, чтобы понять его чувства (эмпатия);

- ❖ умением общаться и способствовать общению других людей;
- ❖ заинтересованностью и участием в жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД;
- ❖ способностью распознать и контролировать любые страхи или негативные эмоции, связанные с ВИЧ/СПИД (например, порицание, осуждение, страх заражения);
- ❖ терпением;
- ❖ позитивным отношением к самому себе и к членам группы;
- ❖ надежностью и безотказностью в работе;
- ❖ интересом и знаниями по обсуждаемому предмету, способностью их раскрыть;
- ❖ гибкостью подходов;
- ❖ исчерпывающими знаниями биопсихосоциальных аспектов ВИЧ/СПИД.

Совместное руководство группой

Наличие второго руководителя в группе не является обязательным, но зачастую имеет свои преимущества. Второй наставник («ко-фасилитатор») может оказывать поддержку первому и помогать ему вести группу. Этот механизм особенно хорошо работает в группах, руководимых менее опытными фасилитаторами. Совместное руководство также может быть полезным как форма обучения. Менее опытные фасилитаторы приобретают опыт путем имитации и наблюдения за работой более опытных специалистов. Иногда у фасилитаторов возникает ощущение, что они «втянуты» в групповое взаимодействие, в этом случае им на помощь может прийти коллега. Кроме того, наличие двух фасилитаторов обеспечивает постоянство работы группы, поскольку встречи не будут отменены, так как второй фасилитатор всегда может подменить первого, если тот не может присутствовать по какой-либо причине.

Общение между обоими фасилитаторами до и после встреч группы является обязательным. Оно усиливает их способность работать вместе и быть терапевтической командой. Предварительная подготовка способствует более успешной совместной работе во время встречи группы. Обсуждение встречи после ее завершения позволяет коллегам обменяться наблюдениями, определить, кому из членов группы нужно уделить дополнительное внимание, решить проблемы и спланировать последующие встречи группы.

Помощь извне

Иногда полезно пригласить на встречу людей, не являющихся постоянными членами группы, но которые могут помочь в стратегически важный момент. Например, если ваша группа состоит из пациентов, только начавших курс АРТ, полезно пригласить на встречу людей, которые принимают АРТ длительное время и могут помочь советом начинающим.

КТО МОЖЕТ УЧАСТВОВАТЬ В ГРУППАХ ПОДДЕРЖКИ?

Подбор кандидатов в группу

Не все люди хотят становиться членами группы поддержки. Причины этого могут быть практическими (сложности с транспортом) либо связанными со страхом того, что может выйти на поверхность во время работы группы, или с нежеланием находиться среди людей. Некоторые выражают желание присоединиться к группе не с начала ее образования, а позже. Иногда пациенту поначалу будет полезно индивидуальное вмешательство, за которым может последовать присоединение к группе. Для того чтобы определить кандидатов для группы, можно составить перечень качеств, которыми они должны и не должны обладать. Такой перечень иногда называют *критериями включения и исключения*.

Например, если вы организуете группу для подростков с ВИЧ-положительным статусом, то можно обратить внимание на кандидатов, обладающих следующими качествами:

- ❖ недостаточная социальная поддержка;
- ❖ проблемы с приверженностью к лечению;
- ❖ подростки-сироты, потерявшие из-за ВИЧ/СПИД близких людей;
- ❖ жертвы насилия (домашнего или со стороны партнера);
- ❖ сексуальная активность.

В процессе создания этой группы вы, скорее всего, сможете выделить те качества, которыми участник будущей группы НЕ должен обладать (*критерии исключения*). Это могут быть молодые люди, страдающие:

- ❖ тяжелыми расстройствами поведения и личности;
- ❖ алкогольной или наркотической зависимостью;
- ❖ острым психическим расстройством. (Однако если симптомы удастся контролировать с помощью лекарственных препаратов, подростка можно включать в группу).

Обычно полезно провести личное собеседование с каждым из желающих присоединиться к группе. В этом случае у фасилитатора появится возможность определить, какими качествами обладает кандидат, объяснить, как группа будет работать, рассказать об обязательствах, которые должны будут взять на себя участники группы (например, регулярно посещать сессии), развеять нереальные ожидания и недоразумения в отношении группы. Такое собеседование может стать подготовительным шагом к обсуждению договора, описывающего основные правила группы.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП ПОДДЕРЖКИ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ДРУГИЕ ВОПРОСЫ

Перед тем как состоится первая встреча группы, на стадии ее создания необходимо решить несколько вопросов, в основном организационных. Но если их не решить, то работе группы может быть нанесен серьезный ущерб.

Какие цели ставит перед собой группа

Определение целей, стоящих перед группой, является ключевым моментом того, какой формат будет иметь группа. Например, основными целями могут быть предоставление информации, поддержки и анализ эмоциональных реакций участников. Только после определения целей, стоящих перед группой, можно начинать следующие шаги.

Продолжительность жизни группы

Продолжительность жизни группы зависит от того, в каком формате она будет существовать. Например, во временных группах встречи происходят чаще и в течение более короткого периода времени (например, один раз в неделю в течение десяти недель). Постоянные группы поддержки могут собираться реже и менее регулярно. Для того чтобы гарантировать преемственность работы группы, не рекомендуется планировать встречи с перерывом больше месяца.

Время встреч группы

Для того чтобы определить, в какое время группа будет собираться, необходимо принять во внимание распорядок дня потенциальных участников. Например, если большинство из них безработные, то встречи можно проводить в течение дня. Но если люди работают, то встречи лучше перенести на вечернее время или выходные. Необходимо также рассмотреть такие факторы, как транспорт и безопасность. Вне зависимости от того, как часто вы будете собираться, важно постараться добиться преемственности в работе группы. Другими словами, если встречи планируется прово-

дить с интервалом в две недели, то надо сделать все возможное, чтобы придерживаться этого расписания.

Место встреч группы

Идеальное место для встреч часто бывает сложно найти. Группы часто собираются в церквях, школах, лечебных учреждениях. Организаторы должны приложить максимум усилий, чтобы место встречи отвечало следующим условиям:

- ❖ **было не слишком просторным и не слишком маленьким.** Если помещение очень большое, его часть можно отгородить или расставить стулья таким образом, чтобы члены группы находились поблизости друг от друга;
- ❖ **ничто не должно отвлекать внимание**, т. е. это не должно быть проходное помещение, и в нем не должно быть шумно;
- ❖ **нейтральность помещения.** Некоторые члены группы будут ощущать себя дискомфортно в зданиях, ассоциирующихся с ВИЧ/СПИД, из-за боязни невольно раскрыть свой ВИЧ-положительный статус другим людям;
- ❖ **наличие туалетов;**
- ❖ **доступность помещения на длительное время;**
- ❖ **близость к остановкам общественного транспорта;**
- ❖ **безопасность.** Члены группы должны иметь возможность в полной безопасности добираться до места встречи.

Организация места встречи

Важно правильно рассадить членов группы. Стулья необходимо расставить кругом так, чтобы люди видели друг друга. Такое расположение стульев поможет участвующим общаться более эффективно, чем в случае, если бы стулья стояли рядами. Фасилитатор должен сидеть в кругу среди членов группы.

Размер группы

Количество участников зависит от того, группу какого типа вы организуете. Если это терапевтическая группа, то в ней должно быть не более 15 человек. Идеальное количество участников — это 8–12 человек. Численность образовательных групп может быть побольше. Более опытные фасилитаторы должны справляться с более наполненными группами.

Расходы на транспорт

Нелегко найти средства на возмещение расходов на проезд для тех, кто в противном случае не смог бы участвовать в работе группы. Это удастся не всегда. Как только по этому вопросу принято решение, его сразу необходимо обнародовать, чтобы избежать недоразумений.

Еда и напитки

Обычно во время встреч предлагаются безалкогольные напитки. Еда часто выступает в качестве «объединяющего объекта», вокруг которого собираются люди. Если во время встречи предлагаются напитки, крайне важно добиться того, чтобы они не отвлекали внимание группы и не нарушали ее рабочий ритм.

Присмотр за детьми

В некоторых случаях необходимо предоставить услуги по присмотру за детьми, пока их родители/опекуны находятся на встрече группы поддержки.

Объяснение того, чего следует и чего не следует ожидать

Иногда люди, присоединяющиеся к группе поддержки, имеют неправильные или нереалистичные представления о том, чем занимается группа. Некоторые рассчитывают получить продовольственные продукты, приглашение на работу или деньги. Другие надеются на «магическое исцеление» от ВИЧ-инфекции, депрессии или других психопатологических симптомов. Если их ожидания не сбываются, люди разочаровываются в группе и уходят. Поэтому важно четко объяснить потенциальному члену группы, чего ему следует ожидать и чего можно добиться.

Как справиться со стигмой

В связи с негативным отношением общества к людям, живущим с ВИЧ/СПИД, группу не рекомендуется называть группой ВИЧ/СПИД и встречаться в местах, ассоциирующихся с ВИЧ/СПИД. Для людей, не раскрывших свой ВИЧ-положительный статус, выбор нейтрального места встречи крайне важен.

КАК РАЗВИВАЮТСЯ ГРУППЫ С ТЕЧЕНИЕМ ВРЕМЕНИ

С течением времени группы переживают три фазы развития:

- ❖ начало работы группы;
- ❖ практическая / рабочая фаза;
- ❖ завершение работы группы.

Каждая из этих фаз описывается в этой главе.

Начало работы группы: первая встреча

Первая встреча группы может вызвать чувство тревоги у всех участников. Спокойствие и уверенность фасилитатора в себе помогут членам группы почувствовать себя более комфортно и расслабленно. Четыре шага полезны при первой встрече:

- ❖ представление группы;
- ❖ установление правил;
- ❖ поощрение общения;
- ❖ разъяснение целей, стоящих перед группой.

Шаг 1. Представление группы

Члены группы должны знать, кто в нее входит. Этим можно начать процесс знакомства, предложив упражнение, позволяющее людям расслабиться и лучше узнать друг друга. Участвующие могут поделиться основной информацией о себе (имя, возраст, семейное положение, наличие детей, профессия) сначала с соседом, чтобы затем соседи представили друг друга всей группе.

Шаг 2. Установление основных правил

Лучше всего, если участники группы сами составят перечень правил, а не получат их готовыми. Это позволит участникам играть активную роль в процессе зарождения группы и почувствовать свое значение для группы. Чтобы выяснить мнение присутствующих, можно воспользоваться следующими формулировками:

«Прежде чем мы начнем, давайте установим основные правила для нашей группы. Правила устанавливаются не для того, чтобы ограничивать людей, а скорее для того, чтобы каждый из нас был уверен в безопасности этого места. Какие правила и порядки, по Вашему мнению, нам нужно установить, чтобы каждый из нас чувствовал себя здесь безопасно и комфортно?»

Иногда участники группы испытывают чувство тревоги и не готовы к активному участию с первой же встречи, поэтому им можно предложить варианты ответов:

«Давайте подумаем, какими должны быть, на Ваш взгляд, правила конфиденциальности? Не против ли Вы того, чтобы люди делились услышанным во время встречи за пределами группы?»

«Итак, мы договорились, что одним из наших правил будет соблюдение конфиденциальности. Какие правила мы еще можем придумать, чтобы это место было безопасным для всех?»

Перечень возможных правил можно подготовить заранее (взаимное уважение, конфиденциальность, выслушивать друг друга и т. п.). Он поможет в том случае, если группа пассивна в его создании.

Правила становятся «договором группы», который действует на протяжении ее жизни. С первой же встречи члены группы достигают соглашения по перечню основных правил и норм, в соответствии с которыми группа будет функционировать. Это позволит всем членам группы почувствовать атмосферу уважения, поддержки и безопасности.

У каждой группы будет собственный перечень правил или контракт, зависящий от типа группы и отличающийся от других рядом аспектов. Например, правила, касающиеся посещаемости, будут различными для открытой и закрытой групп. В них даже могут содержаться правила о самих правилах. Некоторые группы договорятся никогда не менять их, а другие — только при согласии всех участников.

Пример группового контракта

Конфиденциальность

Вся информация остается в пределах группы. Личная жизнь членов группы не должна обсуждаться за ее пределами.

Посещаемость

Все члены группы должны регулярно посещать встречи.

Пунктуальность

Все должны приходить вовремя.

Взаимное уважение

Все члены группы должны уважать мнения других участников, даже если они отличаются от их собственных.

Участие

Все члены группы должны стремиться принимать участие в групповых обсуждениях.

Выслушать других

Все члены группы имеют право участвовать в ее работе и делиться своими идеями. Остальные должны выслушать говорящего. Не разрешается говорить всем сразу.

Правила можно записать в момент их установления и вывешивать перед каждой встречей как памятку. Правила следует **напоминать в начале** каждой новой встречи, особенно если к группе присоединился новый участник. Это также позволит проверить, согласны ли все члены группы с правилами на данный момент.

Можно обсудить с членами группы их действия, если одно из правил не выполняется. Напоминание о групповом контракте может быть полезным приемом в сложные для группы моменты.

В заключение можно объявить расписание встреч группы. В зависимости от ожидаемой структуры, времени и места вы могли бы сказать что-то вроде: «Эта группа будет встречаться каждую субботу между часом и тремя часами дня. Каждая встреча длится около полутора часов, следовательно, остается время пообщаться друг с другом после ее завершения».

Шаг 3. Поощрение общения

Чтобы группа эффективно работала (за исключением, может быть, некоторых образовательных групп), ее члены должны общаться друг с другом. Такого подхода необходимо придерживаться с первой встречи и до конца работы группы. Зачастую в новых группах участники начинают обращаться к фасилитатору, как к собеседнику. Задача фасилитатора состоит в том, чтобы члены группы общались между собой, а не с ним. Этого можно добиться следующими замечаниями:

- «Кто из Вас пережил нечто похожее?»
- «Этим, должно быть, трудно поделиться с группой.»
- «Кто хочет прокомментировать сказанное?»
- «Члены группы ценят твою откровенность с нами.»

Шаг 4. Определение целей группы

Важно, чтобы члены группы определились с тем, что они хотели бы обсудить и получить от группы. Это позволяет создать атмосферу, в которой члены группы имеют возможность высказываться насчет своих надежд и ожиданий по отношению к группе.

Однако зачастую члены группы не знают, насколько широк выбор тем, которые можно предложить для обсуждения, и не имеют представления о том, как достигнуть терапевтического эффекта. По мере того как члены группы предлагают тот или иной предмет для обсуждения, фасилитатор должен привести в эти темы терапевтический или воспитательный элемент. Можно также предложить список тем, чтобы участники сами выбрали то, что им хотелось бы обсудить. Можно пригласить гостей, которые предоставили бы больше информации по той или иной теме.

Необходимо развеять нереалистические или неоправданные ожидания. Например, если группа является образовательной, то на встречах вряд ли будут обсуждаться методы борьбы с дискриминацией (хотя подобное обсуждение возможно во время перерыва или после завершения сессии). Если группа планирует сосредоточиться на обсуждении отношения к ВИЧ и приему АРТ, то у нее не останется времени, чтобы еще и узнать подробную информацию о ВИЧ или об АРТ.

Практическая / рабочая фаза

Далее описывается, как лучше всего использовать практическую или рабочую фазу. Важно понимать, что группы развиваются. И хотя работа многих групп четко структурирована, во время встреч возможны неожиданности, к которым фасилитатор должен быть готов.

Определение тем

Иногда члены группы предпочитают заранее обсудить тему следующей встречи, иногда они принимают это решение спонтанно во время самой сессии. Вне зависимости от планируемого проведения встречи (особенно в случае постоянных групп) крайне важно, чтобы у членов группы была возможность рассказать, как у них дела и что они переживают на сегодняшний день. Если поднимаются вопросы, требующие незамедлительного реагирования, лучше подстроиться под ситуацию и разобраться с ними сразу. Это позволяет достигнуть баланса между тем, что требуется группе в целом и каждому ее члену в отдельности.

Группы меняются с течением времени

Группы переживают значительные изменения с момента первой встречи, когда участники не знакомы друг с другом, не существует элемента доверия, люди еще не понимают, как группа будет работать и какие результаты она принесет. Группы развиваются по-разному в зависимости от того, открытые они или закрытые, образовательные или терапевтические и т. д. По мере того как члены группы лучше узнают друг друга и повышается доверие между ними, роль фасилитатора становится менее активной. Члены группы развивают чувство ответственности и принадлежности к группе. Они все больше начинают пользоваться поддержкой друг друга. В итоге в поисках поддержки члены группы могут направить свое внимание за ее пределы с целью расширить свои функции. Многие группы, получающие доход, а также участвующие в других формах деятельности, возникли в результате работы групп поддержки.

Вне зависимости от получаемой поддержки и формата, группы могут переживать сложные времена. Участники могут иметь серьезные эмоциональные проблемы и «приносить» их с собой в группу. Кроме того, стресс, испытываемый участниками за пределами группы, может негативно сказываться на ее внутренних отношениях, вызывать внутригрупповой конфликт. С конфликтом может быть трудно справиться, но в случае успеха он позволит стать крепче не только его участнику, но и всей группе.

Завершение работы группы поддержки

Процесс завершения работы группы во многом зависит от того, временная или постоянная это была группа. Он будет сопровождаться определенными эмоциями со стороны членов группы.

Члены временной группы знают о дате последней сессии с самого начала, поэтому они более или менее к этому подготовлены. Если группа была эффективной, ее участники на последней стадии должны испытывать чувство объединения. И хотя некоторым будет грустно оттого, что группа заканчивает свое существование, они, скорее всего, будут рады, что приобрели подобный опыт. Несмотря на то, что многим удалось построить крепкие отношения с другими членами группы, они осознают, что этим отношениям приходит конец (во всяком случае, в формате группы). Несмотря на то что некоторые группы или отдельные члены группы могут договориться участвовать в группе поддержки более длительное время. Тогда они продолжают встречаться, определяют свои новые потребности и планируют, как им их удовлетворить.

В случае постоянных групп поддержки, которые строятся по принципу, что люди могут присоединиться к группе и отказываться от встреч, когда им необходимо, решение об отказе будет носить индивидуальный характер. Люди уходят из групп в различные моменты и по различным причинам. Если об уходе становится известно заранее, например если член группы нашел новую работу и не сможет присутствовать на встречах, то этому вопросу можно уделить внимание на очередной встрече и обсудить отношение к этому факту со стороны уходящего и остальных участников группы. Поскольку потеря близкого человека — это особо чувствительная тема для ЛЖВС, необходимо обращаться с этой темой с полным пониманием и осторожностью.

В случае постоянной группы закрытого формата решение о прекращении встреч может быть трудным. Обычно у людей возникает зависимость друг от друга. Они могут испытывать страх от незнания того, как они смогут обойтись без группы. В данной ситуации будут превалировать чувства огорчения и беспокойства за будущее. Фасилитатор должен подготовить каждого участника и группу в целом к прекращению встреч. По завершении работы группы ее участникам предлагается искать источники поддержки за ее пределами.

КАКИЕ МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ФАСИЛИТАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ГРУПП ПОДДЕРЖКИ?

Как описывалось, терапевтические группы поддержки обсуждают вопросы, общие для всех, и ставят цель оказать влияние на мышление, чувства и поступки человека.

Что приносит терапевтический компонент в общение участников группы?

Перечислим основные «терапевтические» элементы.

Участники свободно выражают свои чувства, эмоции и мысли

Открытое и не ограниченное запретами выражение эмоций имеет два преимущества. Во-первых, оно позволяет участнику выплеснуть чувства, которые у него накопились. Это может принести облегчение, эффект катарзиса. Во-вторых, разговор о чувствах позволит взглянуть на них с более объективной точки зрения, представить, а следовательно, и понять их по-другому. Выражение эмоций одним из участников может спровоцировать эмоции и мысли у других, что заставит их изменить отношение к собственным переживаниям.

Различные точки зрения допускаются и высказываются

Знакомство с мыслями, эмоциями и чувствами других членов группы поможет участникам пересмотреть, переосмыслить и перестроить свои убеждения и взгляды, которые заставляют их мучиться и вести себя неэффективно.

Что может сделать фасилитатор, чтобы придать беседе терапевтический характер?

Фасилитатор может прибегнуть к профессиональным инструментам и ресурсам для того, чтобы создать условия, благоприятные для открытого, уважительного, творческого, толерантного и безопасного диалога. Опишем эти инструменты.

Создание и поддержание атмосферы, основанной на взаимоуважении и доверии

Доверие возникает тогда, когда люди чувствуют, что их понимают, не критикуют и не осуждают за то, как они думают и что они говорят. Терапевтическая команда несет ответственность за создание доверительной атмосферы. Для того чтобы этого добиться, необходимо постоянно подчеркивать общность проблем, развивать чувство коллективизма и обращать внимание на то, что каждый член группы уникален и важен. Такие действия, как представление членов группы, обращение друг к другу по имени, способность выслушать другого человека и не осуждать его действия и мысли, позволяют создать доверительную обстановку. Доверие — это ключ к искреннему диалогу, избавлению от отрицательных или запретительных идей и чувств, открытию новых идей и ощущений, позволяющих смотреть на жизнь более позитивно даже в неблагоприятных условиях.

Поощрение искреннего выражения мыслей и эмоций

Для нового или неопытного фасилитатора побудить группу к диалогу бывает сложно в связи со «страхом начала». Фактически, задача фасилитатора — заставить участников поделиться своими проблемами и переживаниями, с которыми они сталкиваются каждый день и которые могли бы положить начало групповой дискуссии. Важно понимать, что не существует единственно правильного пути выполнить эту задачу, так как начать беседу можно различными способами. Ниже приводятся несколько общепринятых вариантов начала беседы.

Задайте вопрос всей группе и ждите, пока один из участников не начнет рассказывать о своем опыте:

«Как вы поживаете? Как прошли последние две недели? Что нового? Кто-нибудь испытывал чувства грусти или радости в связи с событиями последних двух недель? Кто-нибудь из вас хотел бы поделиться чем-то с группой?»

Или же обратитесь к определенному члену группы с конкретным вопросом, чтобы тот начал рассказ:

«Как дела, Владимир? Что нового? Что произошло у тебя за последние две недели?»

Другой вариант, немного более прямолинейный, — это дать определенные задания группе, например:

«Давайте по очереди представимся. Начнем с имени, того, на каком месяце лечения вы находитесь, иной информации, которая позволила бы нам лучше вас узнать. Почему бы нам не начать с вас, Владимир?»

«Давайте по кругу расскажем друг другу о том, что у нас произошло за последние две недели. После этого мы вместе решим, какую тему будем обсуждать сегодня.»

Попытка максимально объективно реконструировать ситуацию, рассказанную членом группы

После того как один из участников группы рассказал свою историю, некоторые ее моменты могут остаться неясными. Если рассказчик очень близко к сердцу принимает проблему, ему будет сложно рассказать о ней непредвзято и представить все факты в ясном свете. Задача фасилитатора состоит в том, чтобы задавать вопросы, которые бы позволили реконструировать ситуацию максимально объективно. Например, если это проблема взаимоотношений в семье, то полезно было бы знать, кто еще проживает в доме, какую роль рассказчик играет в семье, а также другие подробности. Ниже приводится пример возможного рассказа и вопросов, которые мог бы задать фасилитатор:

Иванна: «Мне плохо потому, что у меня не получается больше заботиться о своей дочери. Она еще маленькая и не понимает, что ее мама больна. Я хотела бы делать больше для нее, работать, покупать ей вещи, помогать ей с домашней работой, но иногда у меня просто нет сил. Я быстро устаю и страдаю от побочных эффектов лечения. Мне очень плохо.»

В истории Иванны в общих чертах раскрыты сложности в ее взаимоотношениях с дочерью и отражены те эмоции, которые возникают у Иванны по поводу этой ситуации. Это в основном чувства фрустрации и огорчения. В зависимости от терапевтического аспекта, на котором фасилитатор хотел бы сосредоточиться, он смог бы узнать больше о ситуации, задав следующие вопросы:

«Сколько лет дочери?»

«Говорит ли дочка об этом, жалуется ли она? Или это скорее твои ощущения, что ты не заботишься о ней так, как хотела бы?»

«С кем еще ты живешь? Если ты не можешь помочь дочке, кто ей помогает?»

«Живет ли отец девочки с вами?»

Рассмотрите различные способы анализа и решения ситуации

Люди склонны формировать привычки в поведении и способе мышления, что может повлиять на восприятие той или иной проблемы либо ситуации. Мы зачастую считаем, что наши привычки или способ мышления единственно возможные или единственно правильные в данной ситуации, поэтому пускаем их в ход опять и опять вне зависимости от того, работают они или нет. Вполне

возможно, что они работали в какой-то момент нашей жизни, но теперь они неэффективны и могут даже привести к усилению страданий. Возможность узнать, как другие думают и поступают в такой же ситуации, поможет нам справиться с этими привычками, переосмыслить и по-новому посмотреть на проблемы, а также изменить наши взгляды и поведение. Особенно если эти другие — люди, которых мы знаем, любим и уважаем.

Для того чтобы произошли эти изменения, фасилитатор призывает всех членов группы участвовать в дискуссии по поводу проблем одного из участников. Свободное выражение эмоций, мнений и идей в отношении ситуации также приветствуется. Кроме того, фасилитатор может помочь группе найти новые способы анализа и решения проблемных ситуаций.

Одним из простых способов сделать это является приглашение участвующих к дискуссии:

«Хочет ли кто-нибудь спросить Иванну о проблемах, связанных с ее дочерью?»

Другой вариант — ответить напрямую Иванне, вкратце формулируя основную проблему и преподнося ситуацию с другой точки зрения таким образом, чтобы группа могла задуматься о ней и помочь Иванне:

«Спасибо, Иванна, за то, что ты поделилась своими переживаниями с группой. Для многих людей лечение оборачивается ограничениями в профессиональной и социальной активности; оно откладывает отпечаток на их физические возможности и на учебу. Однако не надо забывать, что все эти ограничения временные. Твое здоровье сейчас на первом месте.»

Поскольку все члены группы получают одинаковую терапию, то скорее всего в группе найдется человек, прошедший через похожую ситуацию. Поэтому можно выбрать другой подход, а именно: использовать рассказ Иванны в качестве примера и одновременно побудить других участников оказать ей поддержку:

«Иванна рассказала нам о своих переживаниях относительно того, что она не может в полном объеме заботиться о дочери. Кто-нибудь хотел бы что-нибудь сказать по этому поводу? Что мы можем посоветовать Иванне в данной ситуации?»

Поскольку вполне возможно, что и другие оказывались в подобной ситуации и могут помочь Иванне советом, фасилитатор может спросить:

«У кого из вас есть дети? Кто-нибудь имеет похожие проблемы? Как мы можем постараться решить проблемы с детьми?»

Если фасилитатор видит схожесть в проблемах Иванны и другого члена группы, он может подчеркнуть эту схожесть, чтобы побудить этого человека высказать свое мнение. Например:

«Мария, у тебя ведь есть дети? Может быть, ты могла бы рассказать группе о том, как ты справляешься с ними. Как тебе удалось совмещать роли матери и пациентки?»

В конце-концов, можно попытаться преподнести проблему в другом свете, чтобы у других членов группы появилась возможность сравнить ситуацию с происходящим в их жизни. В данном случае, например, вместо того, чтобы фокусировать внимание на проблемах, связанных с заботой о детях во время своей болезни, можно сосредоточиться на различных общих ограничениях, которые наступают во время лечения (в работе, общении, учебе, здоровье):

«Иванна рассказала нам о своих переживаниях по поводу того, что она из-за болезни не может в полном объеме заботиться о дочери. Кто-нибудь из вас испытывает ограничения из-за получаемой терапии?»

Направляйте дискуссию в сторону тем и/или проблем, которые могли бы оказать терапевтическое воздействие

Не все темы оказывают одинаковое влияние на то, как люди думают, чувствуют и ведут себя. Некоторые темы более деликатны и требуют огромного эмоционального напряжения. Часто темы,

имеющие терапевтический потенциал, не возникают сами по себе. Вместо этого группы отвлекаются на маловажные вопросы, не имеющие большого практического значения, и эмоционально нейтральные. Задача фасилитатора — направить беседу в правильное русло, не нарушив атмосферу гармонии и доверия.

Некоторые фасилитаторы предпочитают строить обсуждения вокруг опыта или проблем одного или нескольких членов группы. Другие же концентрируют внимание на общих вопросах и на поисках решений к ним. Возвращаясь к случаю Иванны в качестве примера, основной темой сессии можно выбрать ее конкретную проблему:

Как Иванна ощущает себя в данной ситуации? Какие основные симптомы (побочные эффекты) ограничивают ее деятельность? Кто еще живет с ней дома? Каким образом ее болезнь сказывается на отношениях в семье? Есть ли у нее другие дети? Какой совет могли бы ей дать другие участники группы?

С другой стороны, тема встречи могла бы звучать иначе:

Каким образом мы можем заботиться о детях во время нашей болезни? Или: Каким образом лечение сказывается на нашей деятельности? Как справиться с этой ситуацией?

Фасилитатор должен определить уровень заинтересованности и мотивации членов группы по отношению к конкретной проблеме одного из них. Он также может направить беседу на более актуальные для всех темы.

Включайте в группу стратегически важных участников

В группу можно пригласить несколько ЛЖВС, которые успешно принимают АРТ и могли бы служить ролевыми моделями и обнадежить своим примером.

Мнение и опыт таких людей весьма полезны для членов группы, которые столкнулись с трудностями, связанными с лечением, сомнениями в его эффективности и другими проблемами. Совет таких более опытных членов группы имеет важное терапевтическое значение и отличается от советов фасилитатора, поскольку в данном случае совет исходит от человека, который сам пережил болезнь и лечение, поэтому он может лучше помочь в ситуациях, переживаемых другими членами группы.

Другими стратегически важными участниками являются «ветераны», которые также могут помочь объединить группу в одно целое. Поскольку членство в группе меняется с течением времени и к ней постоянно присоединяются новые люди, то «ветераны» своими словами могли бы объяснить назначение группы, описать происходящее в ней во время сессий, разъяснить основные правила группы (особенно конфиденциальность). Благодаря их объяснениям возникает атмосфера доверительности, что позволяет новым участникам быстрее интегрироваться в группу.

Коррекция неправильных формулировок и обобщений

Некоторые люди усиливают собственные страдания, неправильно интерпретируя ситуацию. Негативная интерпретация усугубляется манерой ее описания. Если мы начнем обращать внимание на произносимые участниками фразы, то увидим целый ряд используемых формулировок, которые, лишь отчасти соответствуя действительности, ведут к негативным чувствам и ограничению возможных действий. Например:

«Никто меня не любит.»

«Мои дети сводят меня с ума.»

«Я обязана выполнять все желания моего мужа.»

«Я никуда не поеду.»

«С этой болезнью невозможно жить.»

«Мой партнер бросил меня.»

«Очевидно, что этот человек меня ненавидит.»

«Мне надоело принимать лекарства.»

Тщательный анализ этих высказываний показывает, что многие из них сильно преувеличены по сравнению с действительностью. Задача фасилитатора — попытаться отразить реальную ситуацию через подбор правильных выражений. Этого можно достигнуть, задавая вопросы, подчеркивающие эти обобщения, добавляя пропущенные слова и исправляя неправильные формулировки (табл. 1).

Таблица 1. Как исправлять неправильные формулировки и обобщения

Некорректная формулировка	Какие слова употреблены неправильно?	Как можно исправить?
« <u>Никто</u> меня не любит»	Такие общие термины, как <i>никто</i> , <i>все</i> , <i>всегда</i> , <i>никогда</i> , обычно не отражают действительность	Спросите о факте, который противоречит этому обобщению: <i>совсем никто тебя не любит?</i>
« <u>Мои дети</u> сводят меня с ума»	Другие люди могут спровоцировать у нас такие эмоции, как злость, радость или грусть, но эти эмоции в основном обуславливаются фундаментальными внутренними процессами, поэтому за них ответственны именно мы	Подтолкните члена группы к тому, чтобы он взял ответственность за свои эмоции: <i>злость — это единственно возможная реакция на поступок и на твоих детей? Чем тебе помогает твоя озлобленность?</i>
«Я <u>обязана</u> выполнять все желания моего мужа»	Подобные высказывания подразумевают беспомощность по отношению к ситуациям, навязываемым другими. Она ограничивает возможности действий и может быть реальной или надуманной	Выясните, какова ситуация на самом деле: <i>Почему ты <u>обязана</u> это делать? Что произойдет, если ты откажешься?</i>
«С этой болезнью <u>невозможно</u> жить»	Многие ситуации кажутся несомненными, но немногие действительно таковыми являются	Постройте связь между двумя реальными ситуациями: <i>только здоровые люди могут жить нормально?</i>
«Мой партнер <u>бросил</u> меня»	Существуют ситуации, которые возникают как результат взаимодействия двух или более людей, но описываются как действие со стороны одного человека и бездействие со стороны другого. В подобных ситуациях никто не является только виновником и никто не является только жертвой	Помогите участнику группы задуматься о своей ответственности и о возможности избрать более активную роль во взаимоотношениях: <i>другими словами, ты и твой партнер расстались?</i>
« <u>Очевидно</u> , что этот человек меня ненавидит»	Иногда ситуация преподносится как абсолютная истина, без соответствующих доказательств или на основании косвенных признаков	Спросите о доказательствах: <i>что заставляет тебя думать, что этот человек тебя ненавидит?</i>
«Мне надоело <u>принимать</u> лекарства»	Многие текущие ситуации (происходящие в данный момент) преподносятся как завершенные действия в прошлом. Поэтому кажется, что их нельзя изменить	Верните ситуацию в настоящее: <i>ты хочешь сказать, что прием лекарств тебе <u>начинает</u> надождать?</i>

Поощряйте активное участие в работе группы

Существуют несколько вариантов участия в работе группы. Некоторые считают, что все члены группы должны быть ее активными участниками, должны высказываться, выражать эмоции, выслушивать других и задумываться о предмете разговора. Другие придерживаются мнения, что вполне нормальна ситуация, в которой одни участники высказываются, а другие их только выслушивают.

У обоих вариантов есть плюсы и минусы. С одной стороны, давление на застенчивого члена группы может привести к тому, что он почувствует дискомфорт и не придет на следующую встречу. С другой стороны, только активные участники вносят вклад в обсуждение темы, они монополизируют беседу и не позволяют более скромным членам группы вступить в дискуссию. Иногда застенчивым участникам, чтобы они смогли ощутить себя комфортно во время встреч, требуется поддержка.

Усиливайте в участниках чувство обязательности и мотивацию посещать следующие встречи

Обычно по окончании встречи полезно подытожить обсужденные вопросы, пройтись по проблемам и предложенным способам их решения и договориться о сроках следующей встречи.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ, ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮЩИЕ В ГРУППАХ ПОДДЕРЖКИ

В данной главе приводятся пять историй, иллюстрирующие некоторые вопросы, которые наиболее часто поднимаются в группах поддержки ЛЖВС. В ней также рассматривается то, как можно отреагировать на эти вопросы, чтобы не только тот, кто поднял вопрос, но и вся группа могли вынести пользу из его обсуждения. Среди приводимых примеров:

- ❖ социальное отвержение и дискриминация;
- ❖ раскрытие статуса ВИЧ-инфицированного;
- ❖ жизнь с антиретровирусной терапией;
- ❖ взаимоотношения с партнерами;
- ❖ умирание и смерть.

Нет совершенно одинаковых групп поддержки. Это происходит потому, что члены группы приходят в нее со своими уникальными заботами, чувствами, опытом и происхождением проблем. Эта часть делает группу поддержки особенной для всех ее членов. В то же время существуют несколько вопросов, которые регулярно возникают во время сессий. Это обусловлено тем, что людей, живущих с ВИЧ/СПИД, объединяет одна болезнь, ее течение, лечение и реакция других людей на их ВИЧ-положительный статус.

Вне зависимости от темы, поднятой одним из участников, существует несколько вопросов, которые фасилитатор может задать самому себе, чтобы определить лучший способ подхода к ней.

Каковы мои собственные взгляды на данный вопрос?

Осознание собственных взглядов по данной теме позволит фасилитатору оставаться максимально нейтральным во время ее обсуждения.

Что я знаю о данной группе?

Например: как долго группа встречается? Насколько знакомы участники группы друг с другом? Каковы взаимоотношения внутри группы? Какие похожие темы обсуждались в прошлом, какой подход был выбран тогда?

Что я знаю о члене группы, который поднял данный вопрос?

Например: как долго он участвует в группе? Как он вписывается в группу? Насколько он уверен в себе, насколько он раним? Вписывается ли данный вопрос в рамки других проблем, поднятых им ранее? Каковы сильные стороны этого человека?

Какими методами я могу воспользоваться, чтобы побудить членов группы к обсуждению этого вопроса?

Как я могу помочь членам группы взглянуть на эту ситуацию с различных сторон?

Каким образом я смогу контролировать процесс обсуждения?

Какие спорные ситуации могут возникнуть при обсуждении этого вопроса? Каким образом их можно разрешить?

Как я могу обеспечить работу группы, чтобы потребности человека, задавшего вопрос, были удовлетворены?

Обычно существует несколько вариантов рассмотрения того или иного вопроса, поэтому во время чтения нижеприведенных историй полезно задуматься о других возможностях решения ситуации.

Социальное отвержение и дискриминация

Люди, живущие с ВИЧ/СПИД, часто испытывают отвержение и дискриминацию со стороны партнеров, семьи, друзей и других членов общества. Это может происходить в открытую и напрямую или более скрытно, как в описываемом ниже случае.

Случаи прямого отвержения и дискриминации могут нанести ущерб самоуважению человека, его мотивации жить с положительным настроем, способности соблюдать режим приема назначенных препаратов. Даже если человек сам не прошел через дискриминацию, страх быть отвергнутым может быть настоящим барьером на пути к положительному настрою, к обращению за лечением и к приверженности к терапии.

Группы поддержки предоставляют возможность людям поделиться их страхами и болью, а также найти способы предвидеть отвержение и дискриминацию и реагировать на них. Для этого необходимо, чтобы фасилитатор и участники группы поняли, что ведет к такого рода ситуациям. И хотя отвержение и дискриминация ни в коем случае не могут быть оправданными, понимание того, почему люди ведут себя так негативно, поможет изменить такое поведение.

Что говорят участники группы:

«Если у вас ВИЧ-положительный статус, как у меня, то отсутствие поддержки со стороны друзей и семьи причиняет боль.»

«Мои родители считают, что ВИЧ — это наказание за грехи, поэтому мне приходится прятать медикаменты и принимать их тайком, потому что я не хочу, чтобы мои родители знали, что я ВИЧ-инфицирован.»

«Когда мои братья узнали, что я болен ВИЧ, они избili меня и попытались выгнать из дома.»

«Некоторые люди, которые знают о ВИЧ-положительном статусе других, считают, что мы заслуживаем быть ВИЧ-инфицированными. Поэтому мы не рассказываем о своей болезни, некомфортно себя чувствуем или даже сбегает из дома.»

Стигма

Основной причиной социального отвержения и дискриминации людей с ВИЧ/СПИД является стигма, связанная с заболеванием. Стигма отражает негативные убеждения и отношение общества к группе людей, объединенных одним признаком, в данном случае — это ВИЧ/СПИД. Людей, отмеченных стигмой, считают «чужими», не своими, изгоями. Стигма часто включает в себя стереотипное представление о членах определенной группы. Другими словами, подразумевается, что раз у них есть что-то одно общее (в данном случае ВИЧ/СПИД), то они схожи и по другим признакам (они «грязные», «неразборчивые в связях», «никчемные»).

Стигма может распространяться и на тех, кто связан со стигматизированной группой. Это означает, что не только сами ВИЧ-инфицированные, но и их партнеры и семьи могут подвергаться стигме. Самое опасное состоит не в том, что другие люди распространяют стигму, а в том, что люди, живущие с ВИЧ/СПИД, сами начинают перенимать эти взгляды по отношению к себе. Из-за высказываемого осуждения им становится стыдно, и они чувствуют себя виноватыми.

Стигма может находить свое выражение в дискриминации. Другими словами, люди, живущие с ВИЧ/СПИД, или их близкие испытывают к себе другое отношение со стороны общества, чем обычно принято в этом обществе и чему невозможно дать рациональное объяснение. Примером может служить отказ пользоваться одними и теми же предметами быта с ВИЧ-инфицированными. Зачастую люди, подвергнутые стигме, чувствуют себя одинокими и социально изолированными.

Что приводит к стигме?

Недостаточность знаний о ВИЧ/СПИД. Многие люди не обладают достаточными знаниями о ВИЧ/СПИД, имеют беспорядочные представления или неправильные убеждения. Например, они могут думать, что ВИЧ можно заразиться так же, как ребенок может заразиться корью, находясь среди детей, больных корью. Они могут считать, что с ВИЧ нельзя прожить долго. Широко распространено мнение, что ВИЧ — это болезнь гомосексуалистов или людей, неразборчивых в сексуальных связях, и что «уважаемые» люди не могут заразиться этим вирусом. Беспорядочные знания и неправильные представления порождают страх заражения и могут привести к негативному отношению к ВИЧ-инфицированным людям.

Страх. Второй фактор, вызывающий стигму и дискриминацию, — это страх. Факт того, что с ВИЧ/СПИД живут многие люди и что на данный момент не существует лечения от него, заставляет многих людей бояться ВИЧ/СПИД. Тот факт, что многие больные с ВИЧ/СПИД не получили лечения и умерли при тяжелых обстоятельствах, только укрепляет убеждение, что ВИЧ/СПИД означает боль и смерть. Поскольку люди боятся заразиться ВИЧ/СПИД, они стараются избегать тех, кто уже заражен.

Связь между ВИЧ и табу (смерть и секс). В большинстве культур смерть связана с табу. Такие вопросы не обсуждаются открыто, их окружают особые ритуалы, которые обычно помогают обществу справиться с тем, что вызывает страх. В случае с ВИЧ табу даже строже, и факт смерти часто скрывается и держится под секретом. ВИЧ также связан с сексом, еще одной темой, являющейся табу, которая не обсуждается открыто. Эта тема считается частным делом человека и несет на себе ряд ожиданий и этических суждений о том, что «правильно» и что «неправильно».

Все вышеперечисленные факторы должны приниматься во внимание, когда в группе обсуждаются причины, приводящие к дискриминации и отвержению. И хотя не всегда представляется возможным изменить отношение общества к ЛЖВС, можно попытаться изменить взгляды и реагирование людей на данные ситуации и уменьшить связанные с ними страдания.

Отвержение и дискриминация: случай Марии

Мария присоединилась к группе недавно. Сегодня она, наконец, набралась смелости рассказать группе о своей ситуации. Она где-то слышала, что человека избили и выгнали из дома после того, как его семья узнала, что он болен ВИЧ. Потом она сказала: «Я сейчас живу со своей семьей, но иногда кажется, что оказаться выгнанной из дома не намного хуже того, что я переживаю сейчас. Они избегают общаться со мной, даже если мы находимся в одной комнате. Моей матери раньше нравилось, когда я вызывалась помочь по дому. Сейчас она

не позволяет мне помогать даже с приготовлением пищи. Моя сестра не хочет, чтобы я находилась рядом с ее детьми. Она сразу зовет их, если заметит, что они зашли ко мне в комнату. Трудно принять тот факт, что твоя мать тебя больше не любит и что твоя сестра не хочет иметь ничего общего с тобой. Иногда мне так плохо, что я начинаю думать, что нет смысла принимать лекарства, поэтому я пропускаю одну-две дозы. Может быть, лучше умереть побыстрее.»

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации?

Фасилитатор может понимать ситуацию Марии следующим образом:

Мария рассказала и о том, как ее семья относится к ней, и о том, какие чувства это в ней пробуждает. Она сравнила свою ситуацию с ситуацией, о которой она где-то слышала. Чувства крушения и отчаяния негативно влияют на ее лечение.

Можно предложить различные объяснения тому, почему семья Марии так к ней относится.

- ❖ Они не знают, какими путями передается ВИЧ, и ведут себя таким образом из-за страха заражения.
- ❖ Они разделяют точку зрения, что ВИЧ — это позорно, и поэтому унижают и осуждают ее.
- ❖ Может быть, это их способ справиться с чувством злости и фрустрацией по поводу того, что они могут потерять ее по причине ее болезни.

Что фасилитатор знает о группе и месте Марии в ней

Это открытый тип группы, ее члены встречаются уже какое-то время. Некоторые участники посещают группу регулярно на протяжении почти года, другие присоединяются реже, но их воспринимают как постоянных членов. Мария в группе относительно недавно, это ее третья встреча, и она практически не участвовала в предыдущих двух. Она выглядела расстроенной и всплакнула по окончании рассказа. Другие участники делились похожими историями ранее. Обычно группа выражала поддержку, поскольку многие из ее участников переживали (или боялись пережить) подобные ситуации. Но иногда казалось, что некоторые члены группы как бы осуждали ЛЖВС за то, что они неправильно проинформировали свою семью, в то время как другие предлагали рискованный подход конфронтации с семьей по поводу ее предвзятого отношения. В некоторых случаях члены группы выступали с критикой в адрес тех, кто не принимал лекарства регулярно.

Несколько способов начать обсуждение и помочь Марии в ее ситуации.

- ❖ Изложите рассказ Марии группе еще раз, но в более краткой форме. Закончите его, напомнив, что Мария чувствует себя потерпевшей крушение и отчаявшейся, и не говорите ничего о том, что ей не хочется принимать лекарства. После этого попросите кого-нибудь высказаться, задав вопрос:

«Кто-нибудь хочет высказаться по поводу того, что рассказала Мария?»

- ❖ Покажите Марии, что она не одинока в своих переживаниях. Попросите другого члена группы рассказать о похожей ситуации с его членами семьи или с кем-то другим.
- ❖ Спросите, не хотел бы кто-нибудь рассказать, как он справился с подобной ситуацией.
- ❖ Переведите внимание на семью, спросив:

«Как мы можем понять, почему семья Марии так реагирует, и что можно сделать, чтобы изменить ситуацию?»

Руководство ходом обсуждения

Затруднительные реакции	Примеры	Возможный ответ фасилитатора
Неодобрение	<i>«Это ее вина, что семья реагирует подобным образом. Если бы она только объяснила им...»</i>	<i>«Я думаю, что мы все согласимся с тем, что никто не заслуживает такого отношения к себе, как в случае Марии. Мы можем помочь Марии найти способы воспитать ее семью. У кого есть предложение?»</i>
Ожидание невозможного	<i>«Почему бы ей не поговорить с партнером и не настоять на том, чтобы...»</i>	<i>«Это не такая плохая идея. Возможно, Мария хочет поразмыслить над этим вариантом, и мы бы могли обсудить его в следующий раз.»</i>
Подталкивание к действию	<i>«Поверь мне, единственный способ заставить их лучше к тебе относиться, это...»</i>	<i>«Давайте не забывать, что на это требуется время. Возможно, будет лучше, если Мария пустит в ход не все методы сразу.»</i>
Осуждение	<i>«Ты сама виновата, ты плохо себя чувствуешь, потому что не принимаешь лекарства каждый день.»</i>	<i>«У многих людей время от времени возникают сложности с приемом лекарств. Что помогает им не сбиваться с пути или встать на него опять?»</i>

Раскрытие ВИЧ-положительного статуса

Страх раскрытия ВИЧ-положительного статуса, советы по правильному или неправильному подходу к раскрытию, опыт и последствия раскрытия и отказа от него — вот вопросы, которые, скорее всего, возникнут у группы в определенный момент.

Людам, зараженным ВИЧ, крайне сложно принять решение о раскрытии своего статуса — это одно из самых важных решений в их жизни. Оно принесет дополнительные источники практической и эмоциональной поддержки и поможет улучшить приверженность к терапии. С другой стороны, оно может спровоцировать отвержение и дискриминацию, материальные потери и отрицательно сказаться на попытке человека жить с позитивным настроем и на приверженности к терапии. Отказ от раскрытия статуса, с другой стороны, хотя и защитит человека от возможных негативных реакций, будет означать, что он обязан хранить этот секрет и постоянно бояться его раскрытия.

Что говорят участники группы:

«Я боюсь, что, если я буду откровенным, меня не поймут.»

«Я думаю, что ты сам должен быть готов рассказать о своем статусе, а не поддаваться давлению со стороны.»

«Некоторые считают, что о своем статусе лучше рассказать сразу после получения результатов анализов. Но я думаю, что сначала надо научиться принимать этот факт и узнать как можно больше о ВИЧ/СПИД, чтобы предоставить своей семье как можно больше информации и быть в состоянии ответить на волнующие их вопросы.»

«При некоторых взаимоотношениях о своем статусе лучше не рассказывать, так как ты только спугнешь другого человека. Вместо этого надо постараться узнать своего партнера получше, и если ты уверен, что он тебя любит, то тогда и рассказать.»

«У меня нет работы. Если я расскажу партнеру о своем ВИЧ-положительном статусе и он бросит меня, как я буду тогда заботиться о детях?»

«Причина того, что некоторые не принимают лекарства должным образом, состоит в том, что они никому не рассказали о своей болезни, поэтому они боятся, что их партнеры об этом узнают.»

Принимая во внимание вышесказанное, необходимо, чтобы и фасилитатор, и члены группы осознавали, что принятие решения о том, сообщать или не сообщать о своем статусе, может занять недели, месяцы или даже годы. Принятие этого решения — это процесс, а не одномоментное событие. С ним не надо спешить, а лучше тщательно и систематически обдумать, чтобы принятое решение было информированным и учитывало ситуацию больного. Поддержка должна присутствовать до, во время и после принятия решения о раскрытии статуса.

О каких вопросах полезно задуматься:

- ❖ *В какой степени член группы принял факт и смирился со своим статусом ВИЧ-инфицированного? Каким образом группа может помочь ему выработать более позитивное отношение и справиться с этой ситуацией?*
- ❖ *Кому член группы мог бы рассказать о своем статусе?*
- ❖ *До какой степени нужно быть откровенным? Необходима ли подготовительная работа (например, постараться разузнать степень информированности и отношение к ВИЧ человека, которому будет рассказана правда)?*
- ❖ *В какой момент сделать это, что именно нужно рассказать и каким образом?*
- ❖ *Какую реакцию можно ожидать от другого человека, узнавшего правду, и что член группы может предпринять тогда?*

и особенно:

- ❖ *Какой вариант подходит члену группы в данный момент?*

Основываясь на своем опыте, участники группы могут предоставить ценную информацию тому, кто планирует или переживает процесс раскрытия статуса. Но одновременно существует угроза того, что члены группы будут оказывать давление на этого человека и подталкивать его к раскрытию прежде, чем он сам будет готов. Поэтому необходимо, чтобы все в группе понимали, что решение о раскрытии остается за самим членом группы. Фасилитатор должен обеспечить это.

Раскрытие ВИЧ-положительного статуса: как поступить Георгию?

Георгий посещает группу поддержки несколько месяцев. Он уже рассказывал группе о том, как он узнал о наличии у себя ВИЧ. Это произошло после того, как его жена сдала анализы во время беременности и у нее был обнаружен ВИЧ. Когда в группе возник вопрос о раскрытии статуса, Георгий сказал, что, хотя его жена и знает о его болезни, он не собирается рассказывать о ней своим родителям, братьям и сестрам: «Это их не касается. В любом случае, я сам могу о себе позаботиться, я регулярно принимаю лекарства, так что я здоров и полон сил, так зачем мне их расстраивать?» Андрей возразил: «Что будет, если твоя жена уйдет от тебя или умрет раньше тебя? Кто будет заботиться о твоих детях, если ты заболеешь?». Группа разделилась во мнениях: одни поддерживали Георгия, другие встали на сторону Андрея.

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации?

Фасилитатор может понимать ситуацию Георгия следующим образом:

Несмотря на получаемую АРТ Георгий не полностью осознал свой ВИЧ-положительный статус, ему кажется, что он будет здоровым бесконечно долго, или в любом случае на протяжении приема препаратов. Откровенность по отношению к членам семьи означала бы следующий уровень принятия своей болезни. С раскрытием статуса могут быть связаны определенные риски, особенно потому, что не известно, какой может быть реакция семьи Георгия на эти новости. С другой стороны, отказ от раскрытия делает планирование будущего сложным, особенно планирование заботы о его детях.

Что фасилитатор знает о группе и месте Георгия в ней?

Это закрытая группа, только для мужчин, которая встречается уже три месяца. Большинство участников регулярно посещают сессии, между ними установлено четкое распределение ролей. Георгий и Андрей занимают лидирующие позиции в группе. Они спорили и раньше, и найти компромисс в их спорах представлялось крайне сложным.

Вопрос раскрытия статуса обсуждался на предыдущих встречах, и разногласие между Георгием и Андреем отражает противоречия, царящие по этому вопросу в группе. Важно сделать так, чтобы группа оставалась безопасным местом для всех, чтобы каждый мог выразить свои мысли и эмоции, не боясь осуждения. Также важно, чтобы члены группы не оказывали давления на Георгия и не заставляли его раскрыть свой статус раньше, чем он готов это сделать сам.

Несколько способов начать обсуждение и помочь Георгию в его ситуации

- ❖ Прервите обсуждение, подытожьте обе точки зрения и спросите, согласны ли члены группы с вашим изложением. Подчеркните, что это нормально, что члены группы не всегда соглашались по всем вопросам. Фасилитатор мог бы сказать:

«Раскрытие статуса — это сложный вопрос. Не все решают его одинаково.»

- ❖ Попросите членов группы перечислить все за и против каждой из позиций. Подытожьте сказанное, подчеркнув, что плюсы и минусы есть у обеих точек зрения.
- ❖ Напомните группе о том, как важно смириться со своим статусом, прежде чем раскрыть его другим. Спросите, нет ли желающих поделиться своим опытом в этом вопросе.
- ❖ Попросите члена группы (любого или тех, кто ранее выступал по теме раскрытия статуса) рассказать о случае раскрытия, которое принесло положительные или превзошедшие ожидания результаты. Его рассказ должен включать людей, с которыми он был откровенен, причины выбора этих людей, подготовку к раскрытию, время и место раскрытия, что конкретно он сказал, какова была реакция другого человека, что он тогда сделал/сказал и как события развивались с тех пор. Используйте его пример в качестве иллюстрации раскрытия статуса как процесса, а не события.
- ❖ Спросите группу (а не только Георгия), не хотел ли бы кто-нибудь, кто еще не рассказал о своем статусе, обсудить, что ему необходимо сделать для того, чтобы начать процесс раскрытия. Попросите группу помочь этому человеку путем конструктивных предложений и попытки разделить трудности, с которыми он столкнется.
- ❖ Если нашелся доброволец, решивший начать процесс раскрытия, расскажите ему и группе о сложностях, которые трудно предугадать, и пообещайте вернуться к этому вопросу на следующей сессии. На ней фасилитатор может спросить:

«Получилось у тебя все обдумать? Расскажи нам — что получилось и что нет?»

- ❖ Если добровольца не нашлось, вам нужно будет закрыть тему раскрытия статуса и вернуться к ней на следующей сессии:

«Кто-нибудь из вас продолжал обдумывать тему раскрытия статуса, которую мы обсуждали в прошлый раз?»

Руководство ходом обсуждения

Затруднительные реакции	Примеры	Возможный ответ фасилитатора
Спор между двумя членами группы	<p>Андрей: «Ты должен рассказать семье.»</p> <p>Георгий: «Это их не касается.»</p> <p>Андрей: «Они имеют право знать.»</p> <p>Георгий: «Я не хочу огорчать их.»</p>	<p>«Очевидно, что Георгий и Андрей расходятся по этому вопросу. А какие плюсы и минусы видите вы, если Георгий решит рассказать о своем статусе семье?»</p>
Давление	<p>«Ты должен увидеться с семьей и найти возможность рассказать им как можно скорее.»</p>	<p>«Давайте на этом остановимся. Каждый из нас сам должен решить, что лучше в его конкретной ситуации.»</p>
Принятие одной из сторон	<p>«Георгий прав. Он здоров, так зачем ему рассказывать семье?»</p>	<p>«В этой ситуации нет правильного решения. Каждая ситуация уникальна, и решение о раскрытии статуса остается за самим человеком.»</p>

Жизнь с антиретровирусной терапией

В группах поддержки, особенно в тех, которые фокусируются на приверженности к лечению, большую часть обсуждения занимают неправильные представления и вопросы об антиретровирусной терапии. Такие группы предоставляют возможность обсудить сложные вопросы, связанные с необходимостью соблюдать режим АРТ, и подумать о путях их преодоления. Группа также может обсуждать побочные эффекты препаратов и методы их преодоления. И наконец, члены группы делятся сомнениями по поводу изменений своего здоровья или в ходе лечения. Хотя эти обсуждения касаются фактов, они также вызывают определенные чувства, например тревогу, страх, радость, разочарование и злость. Зачастую именно эти чувства являются настоящей причиной, побуждающей человека поднять определенный вопрос.

Что говорят участники группы:

«У меня много побочных эффектов, и они длятся дольше месяца, это больше, чем обещал врач. Почему это так? Значит ли это, что лекарства не помогают?»

«Я принимаю АРТ уже три месяца, и у меня намного больше сил, чем раньше. У меня хороший аппетит, и я в состоянии делать все, что хочу. У меня увеличилось количество клеток CD4, и я уверена, что все у меня будет хорошо.»

«Меня поместили в клинику для АРТ, потому что количество клеток CD4 у меня было меньше 200. Но я не понимаю, зачем мне терапия, если я себя нормально чувствую. Если честно, я иногда забываю принимать лекарства, и не замечаю никакой разницы.»

«Я принимаю АРТ уже три года. Сегодня от врача я узнала, что у меня уменьшилось количество клеток CD4 и повысилась вирусная нагрузка, и это уже в трех анализах подряд. Врач думает, что у меня начала проявляться устойчивость к лекарствам и что, возможно, мне их придется сменить. Я не понимаю почему, ведь я принимала их так, как было рекомендовано...»

С тех пор как АРТ широко распространилась, мы можем говорить о СПИДе как о хроническом заболевании. Его в определенном смысле можно сравнить с другими хроническими заболеваниями, например с диабетом или гипертонической болезнью, которые также представляют угрозу для жизни и требуют пожизненной приверженности к медикаментозному лечению и особого стиля жизни. Как и в случае с этими заболеваниями, лечение включает в себя несколько ключевых моментов.

Ключевые моменты лечения ВИЧ/СПИД:

- ❖ оценка готовности к началу лечения;
- ❖ обсуждение подходящего плана лечения и подготовка пациента к его началу;
- ❖ начало лечения и привыкание к нему (включая побочные эффекты);
- ❖ продолжение лечения при хорошем самочувствии или перед угрозой развития оппортунистических инфекций;
- ❖ необходимость изменить лечение из-за побочных эффектов или резистентности к препаратам;
- ❖ ухудшение здоровья, свидетельствующее о том, что лечение более не эффективно.

Группа поддержки может помочь людям на любой из этих фаз, предлагая информацию и советы, основанные на опыте, а также эмоциональную помощь членов группы. С другой стороны, если участник группы сталкивается с одной из вышеперечисленных ситуаций, его опыт и отношение могут повлиять на других членов группы, заставляя их задуматься о похожих ситуациях в их жизни.

Это происходит потому, что СПИД все-таки не воспринимается как другие хронические заболевания. Он сопровождается упоминавшейся выше стигмой, методы его лечения еще сравнительно новы и их мало, кроме того, несмотря на то, что АРТ продлевает жизнь, страх смерти и умирания все-таки является реальным и самым неприятным переживанием больных ВИЧ/СПИД. Эти отличия от других болезней добавляют сложностей людям, принимающим АРТ.

Жизнь с АРТ: Саше меняют препараты

Саша принимает АРТ уже в течение нескольких лет, и все у него шло хорошо. Он нередко выступает источником информации, советов и поддержки для новых членов группы, когда у них возникают вопросы о ВИЧ/СПИД, побочных эффектах АРТ, здоровом образе жизни и т. п. Последнее время он стал пропускать встречи группы, что на него не похоже, но сегодня он пришел: «Извините, что я пропустил несколько встреч, но я теряю вес и стал быстрее уставать, поэтому я решил не перенапрягаться. Я рассказал врачу об этом. Меня также стал беспокоить кашель. Врач направил меня на анализы, и оказалось, что у меня туберкулез. Так что теперь я принимаю лекарства и от туберкулеза, к тому же пришлось поменять препараты АРТ, потому что их нельзя совмещать. Теперь мне приходится привыкать к ряду новых лекарств. Я расстроен, потому что я действительно старался соблюдать советы врачей». Сначала группа молчала, но потом несколько участников выразили сочувствие Саше. Один из них добавил: «У меня был туберкулез прежде, чем я начал принимать АРТ, и мне пришлось сначала пройти курс лечения от туберкулеза и лишь потом начать АРТ. Тебе не нужно будет прекращать АРТ на время, пока ты принимаешь лекарства от туберкулеза?» Другой член группы добавил: «Я думал, что прием бактрима вместе с АРТ предотвратит развитие туберкулеза. Означает ли это, что любой из нас может заболеть туберкулезом?»

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации?

Фасилитатор может понимать ситуацию Саши следующим образом:

Похоже, что Саша пошел к врачу не сразу, как заметил симптомы, а предпочел дожидаться очередного контроля. Этот факт, вместе с пропусками встреч группы, свидетельствует о том, что Саша с трудом принимает то, что у него проблемы со здоровьем. И хотя сейчас кажется, что он принял тот факт, что у него возникли проблемы и что ему придется изменить лечение, эта ситуация вызывает у него сильные эмоции. Он «расстроен», что может означать различные состояния, а именно разочарование, депрессию, злость (по отношению к себе, врачу или несправедливости заражения туберкулезом при всей его осторожности).

Что фасилитатор знает о группе и месте Саши в ней?

Саша — полноценный и уверенный в себе член группы. И он, и группа привыкли к тому, что он всегда приходит на помощь, не требуя помощи взамен. Его нынешняя ситуация вызвала вопросы и тревогу у других членов группы. Вместо сосредоточения на чувствах Саши они хотели бы обсудить факты, которые помогли бы справиться не только с ситуацией Саши, но и с их собственной озабоченностью, не вдаваясь в детали лежащих в основе этого чувств. Эта ситуация требует одновременного внимания к чувствам и к предоставлению информации. Фасилитатор должен сделать так, чтобы обе задачи были выполнены и чтобы и Саша, и группа стали после этой встречи сильнее.

Несколько способов начать обсуждение и помочь Саше в его ситуации

- ❖ Фасилитатор мог бы вмешаться и подытожить сказанное Сашей и другими членами группы:

«Саша рассказал нам о чем-то непредвиденном. Ему было тяжело воспринять полученные новости. Эта ситуация сложна и для других членов группы, так как вызывает страх перед возможностью заразиться туберкулезом.»
- ❖ Фасилитатор мог бы перенести акцент на чувства Саши:

«Саша, ты огорчен, потому что всегда внимательно относился к своему здоровью. Расскажи нам о том, как ты себя сейчас чувствуешь.»

Потом фасилитатор мог бы спросить, испытывал ли кто-нибудь похожие чувства. Или же он мог бы сразу поставить вопросы группе:

«Что другие члены группы чувствуют, слушая историю Саши?»

и попросить Сашу прокомментировать ответы.
- ❖ Фасилитатор мог бы воспользоваться данной ситуацией и вовлечь членов группы в более общую дискуссию, посвященную их переживаниям и страхам.
- ❖ В какой-то момент необходимо будет обсудить некоторые факты (могут ли люди, получающие АРТ, заболеть туберкулезом и как это происходит; необходимо ли прерывать АРТ для лечения туберкулеза; обязательны ли изменения в АРТ при лечении от туберкулеза). В группе могут быть люди (включая Сашу), которые могли бы ответить на эти и другие вопросы. Это также может сделать фасилитатор. Возможно, некоторые вопросы необходимо будет изучить более подробно и рассказать о них на следующей встрече.

Руководство ходом обсуждения

Затруднительные реакции	Примеры	Возможный ответ фасилитатора
Внимание исключительно на предоставлении информации, без глубокого анализа чувств	<p>«У меня был туберкулез прежде, чем я начал принимать АРТ, и мне пришлось сначала пройти курс лечения от туберкулеза, и только потом начать АРТ. Тебе не нужно будет прекращать АРТ на время, пока ты принимаешь лекарства от туберкулеза?»</p> <p>«Я думал, что прием бактрима вместе с АРТ предотвратит развитие туберкулеза. Означает ли это, что любой из нас может заболеть туберкулезом?»</p>	<p>«Это очень важные вопросы. Но прежде чем мы попытаемся найти на них ответы, давайте выслушаем других членов группы о том, что они ощущали, слушая историю Саши?»</p> <p>«Саша, расскажи нам подробнее о том, что ты чувствуешь по поводу случившегося.»</p>
Игнорирование чувств сильного и доминирующего члена группы	<p>«То, что произошло с Сашей, вызывает у меня страх. Со мной может произойти то же самое.»</p>	<p>«То, что произошло с Сашей, заставляет всех нас чувствовать себя уязвимыми. Но у Саши есть насущная проблема. Давайте поговорим о ней.»</p> <p>«Саша, расскажи нам подробнее о том, что ты чувствуешь по поводу случившегося.»</p>

Взаимоотношения с партнерами

Члены групп поддержки часто обсуждают взаимоотношения с их партнерами, включая то, как они помогают им в лечении и в борьбе с болезнью, и то, как сложности дома добавляют им переживаний и негативно сказываются на их приверженности к лечению.

Что говорят участники группы:

«Когда мы хотим заняться сексом, я не знаю, что мне делать, потому что мой муж не желает пользоваться презервативами. Он говорит, что секс будет хуже. Мне трудно настаивать, но с другой стороны, я боюсь повторного заражения, поэтому в итоге мы не занимаемся сексом.»

«Мой друг неверен мне, хотя он и знает о риске повторного заражения. Он пользуется своим преимуществом, потому что знает, что я и дети зависим от него. Эта ситуация вызывает у меня стресс, и мне сложно придерживаться намеченного лечения.»

«Иногда мне не хочется принимать лекарства, потому что они напоминают мне, что я никогда не буду здоровой. В такие моменты мой партнер садится рядом со мной, и мы обговариваем этот вопрос, и это придает мне сил продолжать лечение.»

«Я поняла, что не могу винить ВИЧ во всех проблемах моих взаимоотношений с партнером. Если ты не разговариваешь с партнером, не говоришь ему, когда тебе отчего-то грустно, значит, он не поймет, что у тебя есть какая-то проблема, и не будет рядом, когда ты в нем будешь нуждаться.»

Различия гендерных ролей

В каждом обществе существуют свои представления о том, как мужчина и женщина должны себя вести. Существуют различия в полномочиях, которыми они обладают: слово мужчины обычно имеет больший вес в семейных отношениях.

Различия полов отражаются в отношениях между партнерами и в их ожиданиях по отношению друг к другу, включая такие вопросы: кто будет доминировать в отношениях, кто будет зарабатывать на хлеб, кто должен проявлять инициативу в сексе, кто должен заботиться о детях и т. д. Обычно эти ожидания подвергаются поправкам, и партнеры находят золотую середину между тем, что от них ожидается, и тем, что подходит им самим. Но различия гендерных ролей, особенно что касается полномочий мужчины и женщины, все-таки влияют на то, как в партнерских отношениях поднимается и разрешаются различные вопросы, включая вопрос о ВИЧ/СПИД.

Все это необходимо учитывать, когда члены группы обсуждают проблемы их взаимоотношений с партнерами, поскольку эти различия зачастую лежат в основе большинства проблем. Они также означают (особенно в смешанных группах), что мужчины и женщины будут часто трактовать проблему через их личное понимание гендерных различий. Фасилитатору необходимо добиться, чтобы группа посмотрела на проблему с обеих точек зрения, чтобы всем стало ясно, почему каждый из партнеров ведет себя именно таким образом. А поведение определяется не только тем, к какому полу человек принадлежит, но и его личностными качествами и происхождением.

Взаимоотношения с партнерами: Нина и ее проблема

У Нины двое маленьких детей. Она регулярно посещает встречи постоянной группы, на которых присутствует больше женщин, чем мужчин. Она уже рассказывала о том, как сложно ей было сообщить мужу о ее статусе и как он грозился выгнать ее из дома. И хотя этого не произошло и муж продолжает поддерживать Нину и детей материально, отношения между ними испортились. Муж отказывался сдавать тест на ВИЧ, объясняя это тем, что раз Нина заражена, так и он заражен, так зачем же нужен тест тогда. По той же причине он отказывается пользоваться презервативами во время секса. Сегодня Нина опять подняла этот вопрос: «На этой неделе я была у врача на контроле, и он сказал, что количество CD4 клеток у меня сократилось и вирусная нагрузка увеличилась. Поскольку я принимаю АРТ должным образом, врач сказала, что это может быть связано с повторным заражением во время секса без презерватива. Он понимает сложность моей ситуации, но настаивает на том, чтобы я опять поговорила с мужем насчет презервативов и постаралась уговорить его пойти к врачу. Но каждый раз, как я завожу разговор на эту тему, муж сердится и прикидывает мне вместе с детьми убираться из дома. Я не знаю, что мне делать.»

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации?

Фасилитатор может понимать ситуацию Нины следующим образом:

Нина придерживается правил приема АРТ и достигает хороших результатов. Что касается ее мужа, то, похоже, несмотря на все его высказывания, он не смотрит фактам в лицо, не признает своей зараженности и именно поэтому не хочет сдавать анализы. С другой стороны, несмотря на угрозы он продолжает обеспечивать Нину и ее детей, что означает, что в какой-то степени он чувствует ответственность за семью. Группа несколько раз советовала Нине поговорить с мужем о сдаче анализа и о возможности начать курс АРТ, если он заражен ВИЧ.

Нина находится в сложной ситуации, так как очевидно, что у мужа в семье доминирующая позиция (возможно, объяснимая гендерными ролями). Необходимо найти путь, чтобы Нина сделала следующий шаг к защите своего здоровья, который не вызовет насилия и не будет связан с

риском оказаться на улице с детьми. Изменения в здоровье Нины и их последствия для ее детей могут придать ей сил в попытке поговорить с мужем опять. Важно, однако, не забывать о чувствах Нины по поводу изменений ее здоровья. Если она слишком расстроена новостями, ей будет сложно осуществлять план действий.

Что фасилитатор знает о группе и месте Нины в ней?

Нина регулярно посещает встречи группы, но обычно ведет себя пассивно, не разговаривает, пока фасилитатор ее не попросит. Она легко отступает под давлением других. Похоже, ей особенно сложно спорить с мужчинами и людьми старше ее. Но в то же время она ощущает себя частью группы и получает эмоциональную поддержку от нее. Участники группы обычно поддерживали Нину и помогали ей выработать стратегию ее отношений с мужем.

Члены группы, однако, иногда поворачивали такие обсуждения в сторону дебатов о виновности мужчины или женщины либо теряли терпение в том случае, если их совет не принимали во внимание. Крайне важно, чтобы группа оставалась местом, где менее уверенные в себе члены, например Нина, могли бы обсудить свои личные проблемы и выработать подходящий план действий. Хорошим началом в данной ситуации может быть усиление чувства солидарности среди участников, которые уже получили или ожидают получить такие же новости.

Несколько способов начать обсуждение и помочь Нине в ее ситуации

- ❖ Спросите членов группы, что ощутили они, узнав об ухудшении их здоровья, как в случае с Ниной. Обратите внимание на высказывания, которые заставят Нину понять, что другие понимают и разделяют ее чувства разочарования, тревоги, страха, безнадежности, злости и возвратившейся решительности.
- ❖ Прокомментируйте тот факт, что о проблеме с мужем Нина рассказывала и раньше. Попросите группу обсудить, что изменилось в прежней ситуации с тех пор, как изменилось состояние Нины (например, переживания по поводу ухудшения здоровья, необходимость быть более осторожными и возросшая озабоченность будущим детей).
- ❖ Какие сильные стороны, позволяющие им справиться с переменами, можно выделить у Нины и у ее мужа по отдельности и как у пары в целом (например, несмотря ни на что муж продолжает содержать семью, забота Нины о детях заставляет ее остаться с мужем).
- ❖ Предполагают ли эти факторы новый подход к обсуждению ситуации Ниной и ее мужем?
- ❖ Фасилитатор мог бы поставить ролевые сценки, чтобы попробовать различные варианты. В частности, Нина, играющая роль мужа, и другие члены группы, играющие ее роль, а затем Нина, играющая саму себя против одного из членов группы в роли ее мужа. Пускай эти сценки будут не очень серьезными. Вмешайтесь, если видите, что Нина нуждается в поддержке.

Руководство ходом обсуждения

Затруднительные реакции	Примеры	Возможный ответ фасилитатора
Обвинение	<p>«Ты должна настаивать на своем.»</p> <p>«Твой муж должен стать более покладистым.»</p>	<p>«Прежде чем мы перейдем к обсуждению того, как Нина может справиться с этой ситуацией, давайте выслушаем, что она испытала после рассказанного врачом.»</p> <p>«Нина, что ты почувствовала, когда узнала, что количество CD4 клеток уменьшилось несмотря на регулярный прием препаратов?»</p>
Давление	<p>«Ты должна настоять на использовании презервативов со своим мужем.»</p>	<p>«Иногда легче сказать, чем сделать. Может быть, кто-нибудь, кто был в похожей ситуации, расскажет нам, как лучше всего приступить к тому, что всегда является сложной задачей?»</p>
Поддержка одной из сторон во время эмоциональных споров, например, по вопросам пола	<p>«Ты должна понять, он мужчина.»</p> <p>«Женщины не должны мириться с этим.»</p>	<p>«Очевидно, нас одолевают эмоции в связи с этим вопросом...»</p> <p>«Почему у нас возникают эти чувства?»</p> <p>«Сейчас важно найти возможные пути помочь Нине и ее мужу наладить их отношения, чтобы они могли заботиться друг о друге и о своих детях.»</p>

Умирание и смерть

Умирание и смерть всегда присутствуют в мыслях людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Однако акцент на положительном отношении к жизни и надежда на ее продление благодаря АРТ делают из смерти предмет, сложный для обсуждения. Групповые дискуссии предлагают поддержку и возможность поговорить о своих чувствах, спланировать действия в случае ухудшения здоровья и подготовки к смерти. В постоянных группах участники могут столкнуться с этой ситуацией напрямую тогда, когда один из них покинет этот мир.

Что говорят участники группы:

«Хотя мы и не говорим об этом, мы всегда помним о своем статусе. Мы всегда помним о том, что умрем.»

«Моя проблема состоит в том, что я боюсь последней стадии СПИДа и в конечном итоге смерти.»

«Я боюсь того, что со мной произойдет в конечной стадии СПИДа. Я боюсь боли и не знаю, существует ли жизнь после смерти.»

«Сегодня один из членов группы спросил, подготовились ли мы к своим похоронам. Сначала мы все были в шоке, но потом начали обсуждать приготовления. Этот разговор снял камень с души.»

Существуют различные способы понять, через что человек проходит, когда думает о смерти и готовится к ней. Один способ — это представить умирание и смерть как утрату. Люди, живущие с ВИЧ/СПИД, переживают много утрат. Среди них ухудшение здоровья, снижение трудоспособности (или невозможность работать вообще), снижение доходов (или снижение расходов, не связанных со здоровьем), отсутствие сил на выполнение каждодневных обязанностей, а также утрата самоуважения как результат вышеперечисленных недостатков и реакции со стороны других. Также часто случаются потери близких или друзей в связи с ВИЧ/СПИД. Это фактические утраты.

Но есть и другие утраты, которые возникают от ожидания реальных утрат, прежде чем они происходят, или от мыслей вроде «а что бы было, если бы...».

Примерами могут служить отказ иметь ребенка из-за риска передачи инфекции, грусть от возможности увидеть, как ребенок пойдет в школу, переживания по поводу болезни и зависимости от других людей. Эти утраты так же реальны, как и фактические. Важно также помнить, что ЛЖВС обычно переживают ряд утрат. Не только одну из вышеперечисленных, но и несколько, и, возможно, за короткий период времени.

Как люди реагируют на утрату?

Хотя каждый человек по-своему реагирует на утрату, общие реакции все-таки можно выделить. В определенный момент все ЛЖВС переживают тоску, депрессию, уныние, замкнутость и нежелание общаться. Злость также является распространенной реакцией. Она может быть направлена на человека, от которого предположительно получен вирус, что найдет понимание у многих людей. Злость по отношению к здоровым людям, даже если среди них самые верные и близкие люди, может казаться менее логичной, но она отражает фрустрацию, зависть и чувство обиды за ожидаемые утраты. Другой распространенной реакцией является страх. Обычно боятся боли, потери контроля над функционированием организма, смерти в одиночестве, событий после смерти и того, что будет с членами семьи.

С другой стороны, некоторые люди, живущие с ВИЧ/СПИД, похоже, не осознают серьезности происходящего с ними даже на стадии развития СПИДа. Примерами могут служить планы на будущее, которые не смогут быть осуществлены, отсутствие приготовлений к дальнейшей заботе о детях — и все это при всех признаках значительного ухудшения здоровья. Человек как бы отрицает реальность своего заболевания и его последствий. И наоборот, иногда, в определенный момент, человек как бы смиряется с ситуацией и начинает подготовку к неизбежному.

Несмотря на то, что подобные реакции достаточно распространены, не все люди реагируют подобным образом. Не существует предсказуемого шаблона человеческих реакций. Например, после периода смирения с ситуацией, вызванной ухудшением здоровья или другими обстоятельствами, человек, без очевидной на то причины, вдруг начинает переживать злость, страх и депрессию.

Мы уже подчеркивали, что тема смерти окружена табу. Поэтому людям сложно открыто рассказать о своих страхах и переживаниях, чтобы получить поддержку или найти способы подготовить себя и других к своей смерти. Группа поддержки, в которой люди объединены одинаковыми проблемами и вместе обладают большим опытом борьбы с этими проблемами, может быть единственным местом, где можно свободно обсудить вопрос умирания и смерти. Всегда важно помнить, однако, что группа не навязывает свои ценности и мнения своим членам. Например, если участник группы охвачен чувством злости и не может освободиться от нее, фасилитатор вполне может признать и поддержать тот факт, что это способ данного человека справиться с ситуацией в данный момент.

Умирание и смерть: реакция Гульнары на смерть близкой подруги

Во время встречи группы фасилитатор заметил, что Гульнара сегодня особенно молчалива и замкнута. Он спросил, как она себя чувствует, и она ответила, что «неважно». Фасилитатор деликатно попросил ее поделиться ее чувствами с группой. Помолчав, Гульнара рассказала, что ей очень грустно оттого, что в эти выходные умерла ее лучшая подруга, которая тоже была ВИЧ-инфицированной. Последние несколько месяцев она тяжело болела, и несмотря на смену лекарственных препаратов ей ничего не помогало. Под конец сознание почти покинуло ее, она не контролировала дефекацию и страдала от боли. Гульнара добавила: «Я знаю, что нехорошо так думать, но в какой-то момент я желала ей скорой смерти. Я не могла смотреть на нее в таком состоянии, особенно потому, что я думала, что со мной может произойти то же самое».

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации?**Фасилитатор может понимать ситуацию Гульнары следующим образом:**

У Гульнары хорошие результаты АРТ и хорошее самочувствие. Она сообщила о своем инфицировании семье, и родственники поддерживают ее. Однако из слов Гульнары стало понятно, что семья не очень приветствует разговоры на такие темы. Когда она хотела рассказать им, как заразилась ВИЧ, они сослались на то, что эта история должна остаться в прошлом и что ей необходимо сфокусироваться на своем здоровье в будущем. Гульнара считает, что только с группой у нее получается поделиться чувствами полностью. В вышеописанной ситуации, похоже, присутствует комбинация чувств: страх за будущее, чувство вины за желание смерти подруге и, может быть, злость в связи с такой смертью подруги. Возможность поделиться чувствами позволит Гульнаре временно забыть о них и предотвратит их возможное негативное влияние на приверженность к терапии.

Что фасилитатор знает о группе и месте Гульнары в ней?

Гульнара ходит на встречи этой открытой группы уже полгода. Группа состоит из приблизительно 20 человек, десять из которых — постоянные члены, составляющие ее основу. И хотя Гульнара не посещает каждую встречу, она занимает определенную позицию в группе. Она часто поднимает или развивает темы, о которых другим неловко говорить. В данной ситуации в поддержке нуждается она сама. Однако Гульнаре, возможно, не так просто признать свои чувства и поделиться ими с группой. Члены группы могут не осознавать, что подобные чувства свойственны любому человеку и что лучше говорить о них, чем держать их внутри себя.

Несколько способов начать обсуждение и помочь Гульнаре в ее ситуации

- ❖ Попросите группу отреагировать на ситуацию Гульнары. Обратите внимание на высказывания, касающиеся признания того, что печаль, боль утраты, злость и страх вполне обычны и объяснимы в данной ситуации.
- ❖ Спросите членов группы об их реакции на новость о смерти подруги Гульнары. Какие мысли и чувства она вызывает у них?
- ❖ Попросите группу предложить возможные варианты, позволяющие справиться с данными чувствами.
- ❖ Прокомментируйте высказывание Гульнары о том, «что это может произойти» и с ней. Что думают другие участники? Помогите группе осознать, что чувство страха и ожидание утраты — это нормальные проявления эмоций и что их следует предвидеть.
- ❖ Спросите, как можно подготовиться к смерти. Если у группы нет предложений, расскажите им о возможных вариантах: подготовить «коробочку воспоминаний», составить завещание,

подготовить будущее детей, обсудить с семьей и друзьями похороны. Предложите провести практическую сессию, посвященную этой теме, где можно начать подготовку «коробочки воспоминаний» или составление завещания.

Руководство ходом обсуждения

Затруднительные реакции	Примеры	Возможный ответ фасилитатора
Смена темы обсуждения прежде, чем эмоциональные потребности Гульнара были удовлетворены	<i>«То же самое произошло с моим соседом, который умер несколько лет назад. Перед смертью он так много страдал.»</i>	<i>«Другими словами, ты хочешь сказать, что Гульнара не одинока в своих чувствах по поводу случившегося. Гульнара, нам всем очень жаль. Мы все тебя поддерживаем.»</i>
Начало движения вниз по спирали отчаяния и депрессии	<i>«Иногда я чувствую себя таким беспомощным, мне кажется, что я более не в силах ничего предпринять.»</i>	<i>«Что мы можем предпринять, чтобы выстоять перед лицом таких сложных событий?»</i>
Игнорирование чувств и переживаний других членов группы	<i>«Иногда об этом вообще лучше не говорить.»</i>	<i>«Действительно, говорить о таких обстоятельствах сложно, но это может помочь. Мария, ты вспомнила о соседе. Расскажи нам, что ты чувствовала, когда все это произошло? Или кто-нибудь другой?»</i>
Боязнь обсуждать тему смерти	<i>См. выше</i>	<i>«Другими словами, ты считаешь, что со всеми нами может произойти подобное и что об этом трудно говорить. Хотел ли бы кто-нибудь поделиться своими идеями или чувствами по этому поводу? Можем ли мы как-то подготовиться к ожидаемому развитию событий?»</i>

ПРЕОДОЛЕНИЕ ТРУДНОСТЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ГРУППАХ ПОДДЕРЖКИ

Все группы поддержки сталкиваются с трудностями, вне зависимости от степени профессионализма фасилитатора или специалистов. Задача фасилитатора — определить эти трудности и попытаться преодолеть их. Важно помнить, однако, что преодоление трудностей — это не единственная задача, стоящая перед ним. Члены группы зачастую в состоянии сами признать проблему и работать над ее решением в ходе встречи. Фасилитаторы не должны чувствовать себя обязанными преодолевать каждую возникающую трудность.

Несмотря на то, что невозможно предусмотреть все проблемы, которые могут возникнуть в группах поддержки, полезно попытаться предугадать возможное развитие событий. В этой главе описываются некоторые трудности, которые могут возникнуть во время сессий, и пути их преодоления. Помните, что каждая группа уникальна, поэтому приведенные рекомендации должны быть адаптированы к конкретной ситуации каждой группы.

Конфиденциальность

Конфиденциальность является одним из основных компонентов развития доверия среди членов группы. Уверенность в том, что сказанное не выйдет за пределы группы, необходима для того, чтобы член группы ощущал свою безопасность, когда он делится своими чувствами и переживаниями. Если конфиденциальность была нарушена и член группы не чувствует себя более в безопасности, перед группой встает одна из самых серьезных проблем, проиллюстрированная в следующем примере:

Два члена группы, Елена и Инна, случайно встретились на улице. Елена шла со своим мужем, а Инна была одна. Когда Елена их представляла, она сказала мужу: «Помнишь, я тебе про нее рассказывала?» Инну охватил ужас. И хотя она не знала, что именно Елена рассказывала мужу, она полностью потеряла уверенность в группе. Она сомневалась, возвращаться ли в группу и делиться ли с ней самым сокровенным своим переживанием — ситуацией семейного насилия.

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации

Основной подход к данной проблеме — это попытка ее предотвратить. Конфиденциальность всегда должна преподноситься как основное правило группы поддержки, и о нем необходимо напоминать в начале каждой встречи. Если все члены группы будут понимать причину и важность этого правила, они вряд ли начнут пренебрегать им. Один из способов добиться этого — попросить членов группы объяснить важность этого правила своими словами:

«Почему правило конфиденциальности настолько важно?»

Если конфиденциальность была нарушена, то член группы, чье доверие было подорвано (как в случае Инны), скорее всего, захочет покинуть группу. Прежде чем это произойдет, данная тема может быть представлена на суд группы. В идеальном варианте можно предложить Елене и Инне обсудить этот вопрос при поддержке группы. В крайнем случае, члены группы после обсуждения вопроса могут попросить Елену ее покинуть. Важно не забывать о том, что решение может быть принято членами группы, а не единолично фасилитатором. В конечном итоге, любое принятое решение должно защищать интересы членов группы.

Различия во мнениях и в предубеждениях

Не все в группе будут разделять одну точку зрения и подходить к решению проблем одинаковым способом. Некоторые даже могут проявить выраженные эмоции по отношению к «правильному пути» решения проблем. У других могут быть предубеждения или своя точка зрения (зачастую негативная) по определенным вопросам, что может привести к осуждению других людей. Среди этих вопросов: сексуальная ориентация, раскрытие ВИЧ-положительного статуса, гендерные роли, секс-бизнес. Одной из основ эффективной группы поддержки является создание безопасной среды толерантности, в которой никто не будет подвергаться осуждению или критике за то, как он думает или что он чувствует. Удачная группа поддержки пытается обсудить разногласия, и, если достичь соглашения не предоставляется возможным, члены группы проявляют уважение к мыслям и чувствам каждого участника, какими бы спорными они ни были.

Елена поделилась с группой своим чувством фрустрации по поводу того, что ее муж не разрешает, чтобы она рассказала детям о своей болезни. Мужская часть группы считает, что мужчина — глава в доме и что Елена должна поступить по его воле: «У него наверняка есть на это причины». Некоторые женщины возразили, что, хотя Елена поступила правильно, когда посоветовалась с мужем, окончательное решение остается за ней. Георгий возмутился: «В наших традициях так не принято. Женщины, принимающие решения, — это из чужой культуры и это погубит нас!»

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации

Различия во мнениях позволяют членам группы посмотреть на вещи новым взглядом и найти новые способы решения проблем. Однако случай, приведенный выше, демонстрирует, как разница во взглядах и в предубеждениях (в данном случае о роли женщин и мужчин) может разделить группу и усложнить процесс оказания поддержки ее членам. Для того чтобы группа продвигалась в правильном направлении, необходимо перекинуть мостик через пропасть разногласий по данному вопросу. Важно признать наличие разногласий и одновременно убедиться, что никто из участников спора не чувствует себя ущемленным или осуждаемым за свое мнение. Нужно постараться вернуть обсуждение в первоначальное русло, найти точки соприкосновения или перенести внимание на формулировку той или иной точки зрения. Фасилитатор мог бы сказать следующее:

«Очевидно, что в группе присутствуют различные, иногда категоричные, мнения по поводу роли мужчины и женщины в семье. Но нам надо сосредоточиться на том, как помочь Елене в ее ситуации. Она волнуется за своих детей. Ее муж, являясь отцом детей, тоже должен волноваться за них. Каким образом Елена может начать разговор об их общих заботах?»

Недопустимое поведение

Иногда один из участников группы может вести себя неприемлемо для других ее членов. Его поведение нарушает правила и договоренности среди членов группы и обижает некоторых ее участников. Примером может служить агрессивное или неуважительное отношение к членам группы, ругань и появление на встречах в нетрезвом виде.

Иван часто опаздывает на встречи группы, однажды он пришел в нетрезвом виде. Во время обсуждения он делал непристойные замечания и вел себя вызывающе.

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации

Если поведение члена группы становится неприемлемым, фасилитатор в первую очередь должен определить причины такого поведения. Член группы, конечно же, может проявлять банальное неуважение, но, вполне возможно, его поведению найдется разумное объяснение:

Может быть, Иван потерял работу? Или у него неприятности дома? Или он только что узнал, что у его партнера выявлена ВИЧ-инфекция?

Изменения в поведении могут отражать негативный способ справиться с фрустрацией, злостью и депрессией. В данном случае кто-то из членов группы поможет смириться с реальностью и найти более конструктивные способы решения проблемы.

Особенно в подобных ситуациях важно, чтобы вся группа как единое целое приняла решение по поводу того, что делать в данной ситуации. Если становится ясно, что поведение одного из участников недопустимо, фасилитатор может поставить перед группой вопрос о том, что делать дальше. Если Иван слишком пьян, чтобы участвовать в обсуждении, его лучше отложить до следующего раза. Группа может вынести предупреждение Ивану, попросить его покинуть помещение или принять другие меры.

Посещаемость

Плохая или нерегулярная посещаемость является распространенной проблемой в группах поддержки. Некоторые члены группы опаздывают и нарушают тем самым ход встречи. Это происходит по различным причинам, включая проблемы со здоровьем, побочные эффекты лекарственных препаратов, финансовые трудности, работу, семейные обязанности или потерю интереса к группе. В зависимости от причин применяют различные методы борьбы с этим явлением.

С начала работы группы поддержки Саша регулярно посещал встречи. Вдруг он перестал появляться. Когда в группе возник вопрос о его посещаемости, несколько участников сообщили, что не видели Сашу уже длительное время.

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации

Если один из членов группы неожиданно прекращает посещать встречи, то либо другой ее член, либо фасилитатор должен попытаться связаться с ним, чтобы по возможности узнать причины его отсутствия. Несмотря на то, что невозможно решить все сложные проблемы, существует несколько вариантов решения.

Проблемы со здоровьем

Члену группы может быть оказана необходимая медицинская помощь, чтобы посодействовать его скорейшему возвращению. Если он не может передвигаться самостоятельно, то другой член группы или работник социальной службы могут сопровождать его на встречу группы.

Финансовые трудности

В случае достаточного финансирования группы транспортные расходы могут быть компенсированы. В противном случае группа создает свой фонд, который будет покрывать эти затраты.

Потеря интереса к группе

Иногда член группы чувствует, что его потребности не удовлетворяются в группе и что он не является ее «важным членом», поэтому он прекращает посещать встречи. В таких случаях контакт с этим человеком поможет определить неудовлетворенные потребности и убедить его в том, что он полноценный член группы.

Нереалистичные ожидания

Одним из нереалистичных ожиданий является надежда на чудесное избавление от депрессии после нескольких встреч. Если этого не происходит, у человека возникает чувство фрустрации, и он покидает группу. Он может, например, спросить: «Зачем мне ходить на встречи, если мне от них только хуже?» или «Зачем мне выслушивать о проблемах других, если у меня хватает своих?» Активизация в памяти и обсуждение болезненных переживаний, особенно в терапевтических группах, не даются легко, и у участников поначалу могут возникнуть вышеописанные впечатления. Однако перед группой ставится задача уменьшить страдания, связанные с болезненными переживаниями. Добиться этого можно через их обсуждение, новую интерпретацию и преодоление при помощи группы поддержки.

Сокращение численности группы

Сокращение численности группы напоминает проблему посещаемости и происходит тогда, когда по различным причинам новые члены или те, кто посещал группу регулярно, перестают приходить на встречи. Постепенное сокращение численности группы — это нормальный и закономерный процесс в ее жизни.

Участники группы могут отсутствовать по различным причинам, например:

- ❖ осознание того, что человек не вписывается в данную группу, так как его потребности и проблемы отличаются от потребностей и проблем остальных участников группы;
- ❖ ощущение того, что с другими членами группы нет ничего общего;

- ❖ неготовность осознать личные проблемы и откровенно о них говорить;
- ❖ ошибочные ожидания;
- ❖ другие практические причины, как, например, транспорт или отсутствие возможности оставить детей на кого-нибудь.

Десять месяцев назад вы начали работать с закрытой постоянной группой из 10 человек. Сейчас их осталось только трое!

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации

Вполне возможно, что менее опытные фасилитаторы будут винить себя в том, что количество участников группы сократилось. Они будут считать, что это их промах, что они не нравились членам группы или что они плохо выполняли свою работу. И хотя постоянная оценка результатов своей работы крайне важна, необходимо найти баланс между ней и тем фактом, что сокращение численности группы является естественным процессом в жизни группы.

Фасилитаторы должны предвидеть сокращение численности и работать в соответствии с этой тенденцией. Например, на стадии подготовки фасилитатор может набрать несколько больше участников, чем это предполагается в идеальном варианте. Таким образом, группа не окажется слишком маленькой в ее конечном составе, т. е. тогда, когда все, кто хотел, покинули ее.

Если численность группы сократилась, фасилитатор должен обсудить будущее группы с оставшимися членами. Например, несмотря на то, что группа начинала работу в закрытом формате, ее участники могут принять решение преобразоваться в открытую группу и пригласить новых членов. Или же они могут решить оставить группу закрытой, в определенный момент пригласить новых членов и «закрыться» опять. Фасилитатор, ведущий несколько групп с пониженной численностью, может предложить этим группам объединиться.

Козел отпущения

Козлом отпущения становится член группы, на которого взваливают ответственность за все трудности, которые могут возникнуть в группе.

Иванна испытывает сложности в общении с другими членами группы. Она часто опаздывает на встречи, и каждый раз, когда в группе возникают проблемы, кажется, что вся группа настраивается против нее и взваливает все проблемы на нее.

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации

Эта распространенная проблема может возникнуть в любой группе. Критика в адрес одного из участников позволяет другим гармонично продолжать взаимодействовать ценой выбранной жертвы. Если подобное имеет место, фасилитатору необходимо признать эту ситуацию и вмешаться в нее. Поскольку это зачастую происходит на подсознательном уровне, от фасилитатора могут потребоваться прямолинейные действия, но в то же время он должен оставаться максимально объективным и нейтральным.

Например, фасилитатор может обратить внимание группы на данную проблему и потребовать объяснений:

«Что, по вашему мнению, происходит?»

«Почему Иванна всегда оказывается виноватой во всех проблемах группы?»

Один из участников группы доминирует в дискуссиях

Одной из проблем, которая часто возникает в группах поддержки, является доминирование одного из ее членов в дискуссиях. Прервать его и при этом не обидеть бывает крайне сложно. Чтобы выработать подход к данной ситуации, фасилитатор должен задаться вопросом: «Почему он так много говорит?» Среди возможных ответов:

- ❖ Потому что ему надо выговориться
- ❖ Не знает, как остановиться
- ❖ Не переносит молчания
- ❖ Требуется внимания
- ❖ Хочет избежать разговора на более деликатные и рискованные темы

Фасилитатор должен определить уровень заинтересованности других участников группы и терапевтический потенциал рассказываемой истории. Как только он проанализировал проблему, определил возможные причины и принял решение вмешаться, перед ним открываются несколько способов, выбор которых зависит от ситуации и реакции словоохотливого участника.

Как можно подойти к рассмотрению этой ситуации

«Твой рассказ очень интересен. Что думают о нем другие?»

«Иван рассказывал нам о... А что вы думаете насчет его идеи?»

«Очень хорошо. Спасибо за твой рассказ. Давайте теперь выслушаем других. Может быть тех, кто еще не выступал?»

«Мне кажется, что мы немного отошли от темы. Давайте вернемся к обсуждению...»

Если вышеперечисленное не срабатывает, можно обратиться к правилам и нормам, установленным членами группы:

«В наших правилах установлено, что у каждого должна быть возможность выговориться. Давайте посмотрим, не хочет ли кто-нибудь включиться в обсуждение или поделиться чем-нибудь с группой.»

Другие затруднительные ситуации

Во время сессии возникает экстренная ситуация

Если во время встречи группы возникает экстренная ситуация, например один из участников почувствовал себя плохо или испытывает проблемы с дыханием, помощник фасилитатора или обслуживающий персонал должны действовать соответственно. При этом необходимо сохранять полное спокойствие, не прерывать встречу и не позволять инциденту испугать других участников группы.

Один из фасилитаторов не может присутствовать на сессии

Преимущество того, что с группой работают два фасилитатора, состоит в том, что, если один из них не сможет присутствовать на встрече, другой проведет ее в его отсутствие. Преемственность и регулярность сессий чрезвычайно важны.

Смерть члена группы

Это крайне сложная ситуация, которую нужно рассматривать в каждом случае отдельно. Если член группы поднимает этот вопрос во время встречи, то он должен быть обсужден. Если же тема не возникает сама собой, фасилитатор должен определить, имеет ли смысл поделиться новостями

и проанализировать реакции участников группы на этот факт. С другой стороны, существует опасность того, что новость испугает группу и ослабит ее стремление продолжать лечение. Если же ушедший из жизни был постоянным членом группы, то остальные рано или поздно заметят его отсутствие. Кроме того, если существует вероятность того, что кто-нибудь узнает эту новость за пределами группы, то будет лучше, если данная тема будет обсуждена в безопасной и доброжелательной обстановке, смягчающей негативный эффект. Обсуждение этого вопроса предоставит участникам группы возможность поделиться их страхами и поговорить о приготовлениях к их возможному уходу из жизни. Каждую ситуацию необходимо тщательно проанализировать на предмет преимуществ и недостатков обсуждения данной темы и в соответствии с этим выработать план действий. По возможности терапевтической команде рекомендуется прийти к соглашению по этому вопросу до начала встречи группы.

Член группы заболевает заразной болезнью

В случае обнаружения у члена группы заразной болезни (например, туберкулеза) его необходимо временно отстранить от посещения встреч группы. Ослабленная иммунная система людей, живущих с ВИЧ, повышает риск заражения и заболевания другой болезнью, поэтому необходимо принять меры по защите здоровых участников группы. Больной сможет вновь присоединиться к группе, когда его болезнь перестанет быть заразной. Например, если у члена группы обнаружена открытая форма туберкулеза, ему придется начать противотуберкулезную терапию, и когда будут получены отрицательные результаты двух последовательных микробиологических анализов и будет доказано, что он более не представляет опасности для других, он опять сможет присоединиться к группе.

У члена группы развиваются симптомы тяжелого психического заболевания

Вполне возможно, что на одной из стадий заболевания человеку может понадобиться психиатрическая помощь. Среди возможных симптомов: отрешенность, спутанность речи и мышления, иррациональные страхи и вспышки гнева. Поскольку участник с подобными симптомами может нарушать рабочий ритм группы, его лучше отстранить от посещений до тех пор, пока психиатрическое лечение не принесет результатов. Как только симптомы будут находиться под контролем, он сможет вновь присоединиться к группе поддержки.

Оба члена семьи (оба с ВИЧ-положительным статусом) хотят вместе участвовать в группе поддержки

В случае отсутствия конфликта в семейной паре оба партнера могут участвовать в одной и той же группе поддержки. Но если семейная жизнь полна конфликтов, то в группу лучше включить только одного из партнеров.

Участник группы хочет пригласить членов семьи или знакомых на одну из встреч группы поддержки

Терапевтическая команда должна определиться, можно ли членам семьи в зависимости от ситуации участвовать во встречах или нет. В некоторых случаях это может способствовать терапевтическому процессу. С другой стороны, они являются «чужаками» для группы, и их присутствие может затруднить откровенное общение между другими участниками и снизить эффективность группы.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ФАСИЛИТАТОРА

Существуют два основных способа, которые помогают фасилитатору лучше руководить группой. Первый состоит в том, чтобы как можно лучше познать себя и не позволять собственным эмоциям, убеждениям и предрассудкам мешать работе группы. Второй заключается в постоянной поддержке и наставничестве. Они могут осуществляться более опытным сотрудником или наставником, который делится опытом, помогает в решении проблем, или другими фасилитаторами, договорившимися между собой о поддержке друг друга.

Как справиться со своими реакциями

На одной из встреч участник группы во время рассказа о сложных взаимоотношениях с женой поднял вопрос о разводе. По совпадению один из фасилитаторов имел похожие проблемы в браке. Рассказ члена группы вызвал у фасилитатора чувство тревоги.

Все люди эмоционально реагируют на ситуации. Вполне нормально, что фасилитатора может затронуть рассказ участника группы и что он может вызвать у него эмоциональную реакцию. Невозможно оставаться полностью объективным, чтобы собственные переживания не отражались на терапевтическом процессе. Но фасилитатор должен приложить максимум усилий, чтобы осознать свои эмоции и предотвратить их вмешательство в терапевтическую работу группы. Для этого необходимо осознавать все изменения в своем настроении и эмоциональных проявлениях во время встреч группы и понять, каким образом эмоции и поступки одного человека пробуждают определенные чувства в другом человеке.

Как минимизировать воздействие своих эмоциональных реакций на терапевтическую среду

Оцените свое эмоциональное состояние перед началом встречи

Перед началом встречи важно проанализировать свое эмоциональное состояние. Для этого необходимо провести самоанализ. Частью самоанализа является определение эмоционального состояния и потенциальных причин для беспокойства. В случае эмоционального напряжения перед началом встречи группы можно выполнить несколько упражнений для релаксации. Фасилитатору трудно будет оказывать поддержку другим людям, если его душевное состояние оставляет желать лучшего.

Какие эмоции вы открыли для себя во время сессии?

На протяжении встречи важно следить за изменением эмоционального фона. Поскольку вы уже провели предварительный самоанализ, вам легче будет заметить изменения в настроении.

Факторы, влияющие на эмоциональные реакции

Подробный анализ ваших эмоций крайне важен для определения следующих шагов. Новые ощущения, которые вы можете испытывать в условиях терапевтической группы, обычно отражают состояние одного или нескольких членов группы. Но эти эмоции могут быть вызваны и событиями в личной жизни фасилитатора. Это необходимо осознавать и задаться вопросом:

В какой степени мои эмоции отражают происходящее в группе, до какой степени моя личная жизнь влияет на мою эмоциональную реакцию?

Например, как можно интерпретировать чувство страха или тревоги, возникающее при встречах с группой? Скорее всего, тревога отражает враждебное или неприязненное отношение со стороны одного или нескольких членов группы. С другой стороны, она может отражать опасение, связанной с обсуждением неприятной темы, которая подвергает испытанию ваши профессиональные способности и заставляет нервничать и переживать. И наконец, во время работы группы могло произойти что-то, что пробудило скрытую тревогу, о существовании которой мы не подозревали. Поскольку в основе наших реакций лежат разнообразные причины, фасилитаторы должны отдавать себе полный отчет в своих реакциях и контролировать их влияние на терапевтическую работу группы.

Выражение эмоций и терапевтические цели

Как только фасилитатор установил причину испытываемых ним эмоций, он должен принять решение о том, что делать дальше, т. е. как выразить их, чтобы это оказало терапевтическое действие. Существуют три варианта: скрыть эмоции, выразить их открыто или усилить выражение эмоций.

Если во время сессии у фасилитатора возникают негативные эмоции по отношению к члену группы, доминирующему в обсуждении, например чувство фрустрации, ему придется проанализировать возникшую реакцию. Если фасилитатор замечает, что эта реакция вызвана собственными проблемами и другой человек в этом невиновен, самым правильным терапевтическим решением станет скрытие эмоций. С другой стороны, если рассказ участника группы вызывает у фасилитатора огорчение, он должен задаться вопросом, каким будет оптимальное терапевтическое решение в данной ситуации: скрытие или выражение эмоций. В зависимости от проблемы, требующей решения, и последствий решения фасилитатор должен выбрать наиболее подходящий выход.

Как не позволить проблемам других людей овладеть собой

В конце встречи группы фасилитатор должен провести очередной самоанализ, чтобы определить свое эмоциональное состояние. Ухудшилось ли оно? В таком случае помогут упражнения для релаксации или эмоциональной «очистки» для того, чтобы не нести домой проблемы группы или отдельных ее членов. Забота о себе является важной мерой, предохраняющей от эмоционального выгорания и потери эффективности терапевтической деятельности.

Поддержка и контроль со стороны

Создайте круг экспертов

Хотя данную идею не всегда удастся воплотить в жизнь, по возможности фасилитатор должен попытаться собрать вокруг себя команду специалистов. Они смогут помочь направленному вами пациенту (например, предоставлением индивидуального консультирования или психиатрической помощи), дать стимул, когда вы в чем-то сомневаетесь, выступить перед группой по определенной теме. Например, если большая часть вашей группы принимает психиатрические препараты и ни вы, ни члены группы не уверены в том, что их можно принимать вместе с АРТ, можно пригласить эксперта со стороны для прояснения возникших вопросов.

Найдите время для поддержки и развития

Для того чтобы эффективно работать и развивать навыки, фасилитаторам нужна поддержка и возможность поделиться успехом и сложностями работы с группами. Часто этот процесс берет на себя более опытный в данных вопросах специалист, которого называют наставником или ментором. Необходимо, чтобы фасилитаторы получали поддержку во время регулярных и структурированных встреч со своим наставником/ментором. Лучше всего, если такие встречи будут проходить

на регулярной, постоянной основе. Но для некоторых фасилитаторов «встреча по требованию» может быть наиболее оптимальным вариантом. Поддержка и наставничество могут предоставляться как индивидуально, так и нескольким фасилитаторам одновременно в течение одной встречи.

Приведем некоторые преимущества поддержки/наставничества:

- ❖ предоставление эмоциональной поддержки фасилитатору, который может испытывать профессиональное выгорание от постоянного оказания поддержки другим людям и отсутствия отдачи с их стороны;
- ❖ оказание помощи фасилитатору в случаях, когда он «завяз» в работе с одним из членов группы или с группой в целом;
- ❖ ознакомление фасилитатора с новыми методами работы;
- ❖ проверка того, что фасилитатор идет по правильному пути и его работа приносит результат;
- ❖ предоставление специфической информации в случаях, когда фасилитатор не может ответить на вопросы группы самостоятельно;
- ❖ оказание поддержки фасилитатору в преодолении влияния его личных проблем на эффективность работы группы.

При обсуждении определенных вопросов с ментором/наставником должна соблюдаться конфиденциальность. Этого частично можно добиться, не используя имена и фамилии. Фасилитатор должен обсудить с группой тот факт, что некоторые проблемы ее участников упоминаются в его консультациях с ментором/наставником, подчеркнув преимущества таких консультаций. Группа должна быть полностью уверена, что ни наставник/ментор, ни другие члены команды не нарушают правила конфиденциальности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Включение в группу поддержки является важным моментом для любого ВИЧ-инфицированного. Оно может полностью изменить их жизнь. Иногда даже может означать разницу между жизнью и смертью. В большинстве случаев оно откладывает значительный отпечаток на образ жизни человека, живущего с ВИЧ/СПИД.

Поэтому крайне важна стадия создания группы, на которой фасилитатор выбирает формат группы, ее членов и ставит перед ними реалистичные цели. Члены группы должны участвовать в установлении «правил» группы, в соответствии с которыми она будет работать. А фасилитатор должен способствовать формированию реалистических ожиданий и пресекать нереальные ожидания с самого начала работы группы.

Также важно, чтобы у фасилитатора была возможность получить поддержку и «выговориться», так как его эмоциональное и психологическое здоровье является основополагающим фактором. Несмотря на то, что каждая группа развивается по своим законам, идеи и опыт, описанные в данном выпуске, могут быть использованы в качестве руководства для эффективного управления группами поддержки.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
В ПРОГРАММАХ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ
(для системы медицинской помощи вторичного уровня)**

Всемирная организация здравоохранения 2005

**PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS IN
ANTIRETROVIRAL THERAPY
(for second level care)**

Booklet 5, Mental Health and HIV/AIDS Therapy Series

World Health Organization 2005

Written by:

Dr Jose Catalan (Psychological Medicine, South Kensington & Chelsea Mental Health Centre,
Chelsea & Westminster Hospital, United Kingdom)

Dr Pamela Collins (Columbia University and the New York State Psychiatric Institute, USA)

Prof Bob Mash (University of Stellenbosch, South Africa)

Prof Melvyn Freeman (Consultant to WHO, South Africa)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	127
Часто встречающиеся проблемы и заботы у людей, направленных в службы охраны психического здоровья системы медицинской помощи вторичного уровня	128
Психосоциальные вмешательства для пациентов с проблемами психического здоровья, направленных в систему медицинской помощи вторичного уровня	129
Межличностная психотерапия	129
Мотивационное интервьюирование	131
Когнитивно-поведенческая терапия	136
Поддерживающая психотерапия	139
Психотерапевтические вмешательства при переживании горя	142
Заключение	144

ВВЕДЕНИЕ

Многие психиатрические синдромы и диагнозы становятся причиной направления пациентов к специалистам медицинской помощи вторичного уровня. Такие синдромы и диагнозы включают в себя делирий, деменцию, психоз, тяжелое тревожное расстройство, депрессию, высокий суицидальный риск, злоупотребление алкоголем и синдром отмены алкоголя.

Данный выпуск предназначен для сотрудников медицинских служб вторичного уровня, которым приходится сталкиваться с проблемами, требующими психотерапевтического вмешательства или консультирования. Специалисты, обеспечивающие охрану психического здоровья на этом уровне, должны быть ознакомлены с методами психосоциальных вмешательств, или же им потребуется дополнительное обучение до начала использования этих методов.

Пациент, направленный в службы охраны психического здоровья системы медицинской помощи вторичного уровня, может нуждаться в психотерапевтическом вмешательстве как элементе комплексной программы лечения ВИЧ — или в дополнение к медикаментозному лечению, или в качестве основного вмешательства. В этом выпуске предлагается пять различных подходов, которые могут быть использованы; ни одному из них не отдается предпочтение. Существуют также и другие, не освещенные здесь, полезные подходы. Представленные в этом выпуске различные подходы охватывают широкий круг методов, признанных эффективными при лечении людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Выбор подходящей для использования модели зависит от существующих проблем, уровня владения специалистом теми или иными методами и отношения к ним, прошлого опыта и осуществляется с учетом соответствия культуре и приемлемости в разных обстоятельствах.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ПРОБЛЕМЫ И ЗАБОТЫ У ЛЮДЕЙ, НАПРАВЛЕННЫХ В СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВТОРИЧНОГО УРОВНЯ

У людей, живущих с ВИЧ/СПИД и направленных в систему медицинской помощи вторичного уровня, часто отмечаются более тяжелые психические нарушения, чем те, с которыми имеют дело медицинские или патронажные работники первичного уровня медицинской помощи. Медицинские работники должны определить, какие пациенты с проблемами психического здоровья нуждаются в лечении психотропными препаратами, кому принесет пользу психосоциальное вмешательство и кто нуждается как в медикаментозном лечении, так и в психосоциальной помощи. Лекарственные препараты могут зачастую потребоваться кратковременно на ранних стадиях лечения при таких патологических состояниях, как делирий, психоз и синдром отмены алкоголя, в то время как в других случаях необходимо продолжать лекарственную терапию в течение некоторого времени, как это бывает при тяжелой депрессии.

Предлагаемый выпуск посвящен психологическим вмешательствам — одной из форм психосоциальной помощи людям, переживающим эмоциональный стресс. Эти вмешательства иногда более подходящие и более эффективные, чем психотропные препараты, и могут быть осуществлены обученными консультантами. Например, когда проблема психического здоровья связана с трудностями во взаимоотношениях с партнером, родственниками или друзьями, со страхом перед смертью или умиранием, с переживаниями по поводу жизни с ВИЧ/СПИД, со страхом быть отверженным, с тревогой, связанной с АРТ, с обнаружением ВИЧ-инфекции, с побочными эффектами лекарственных препаратов или с тяжелой утратой, консультирование может оказаться особенно полезным. Во время сеансов консультирования консультант имеет возможность оценивать такие факторы, как эмоциональный стресс, страхи по поводу изменений состояния здоровья в связи с ВИЧ-инфекцией и ее лечением, социальная изоляция, неэффективность лечения или подготовка к смерти.

Медицинские работники, оказывающие помощь по поводу проблем психического здоровья в системе медицинской помощи вторичного уровня, должны иметь представление как о медикаментозном лечении ВИЧ/СПИД, так и о психотропных препаратах, а также о работе групп поддержки. Кроме того, они должны уметь направлять в соответствующие негосударственные организации для того, чтобы помочь создать локальные сети поддержки для пациентов. Они также должны располагать информацией об организациях, предоставляющих питание, проживание, финансовую поддержку и юридические услуги, и уметь направлять пациентов в эти организации.

В этом выпуске обсуждается пять психотерапевтических подходов:

- ❖ межличностная психотерапия;
- ❖ мотивационное интервьюирование;
- ❖ когнитивно-поведенческая терапия;
- ❖ поддерживающая психотерапия;
- ❖ психотерапевтические вмешательства при горе.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОБЛЕМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, НАПРАВЛЕННЫХ В СИСТЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВТОРИЧНОГО УРОВНЯ

Межличностная психотерапия

Что такое межличностная психотерапия

Межличностная психотерапия (МПТ) — это психологическое вмешательство, разработанное изначально для лечения тяжелой депрессии. Она описывается как «целенаправленная, краткосрочная, ограниченная во времени терапия, при которой особое внимание обращается на текущие межличностные отношения клиента, страдающего депрессией». Специалисты МПТ депрессию признают заболеванием, на которое в значительной степени влияет состояние отношений клиента с другими людьми. Проблемы в важных для клиента взаимоотношениях могут вызвать психологический стресс, равно как и психологические проблемы или психическое заболевание могут привести к нарушению отношений. Межличностная психотерапия направлена на проблемы во взаимоотношениях в текущей жизни клиента.

Межличностная психотерапия состоит из 14–16 структурированных сеансов, во время которых обращаются к одной из четырех главных проблемных областей в межличностных отношениях, включая переживание горя, конфликт межличностных ролей, смену роли или дефицит межличностного общения. На раннем этапе лечения, обычно в течение нескольких первых сеансов, консультант устанавливает диагноз депрессии, объясняет, что такое депрессия, дает клиенту разрешение принять роль больного (т. е. признать, что депрессия — это болезнь и что в течение выздоровления от этой болезни человеку требуется «сбавить темп», принимать специальное лечение и т. д.) и решает, нуждается ли человек также и в лекарственной терапии депрессии. Затем консультант проводит межличностную инвентаризацию. Он тщательно анализирует, как началась болезнь, и просит клиента проанализировать события, происходившие в его личной или общественной жизни на момент, когда впервые проявились симптомы. Консультант и клиент делают критический «обзор» важных существующих взаимоотношений в жизни клиента с целью выявить главную проблемную область.

Конфликт ролей рассматривается в том случае, когда главная проблема включает в себя отношения, в которых клиент и значимое для него лицо имеют конфликтующие ожидания по поводу поведения или сфер ответственности друг друга во взаимоотношениях. К теме переживания горя обращаются тогда, когда главная проблема — это смерть важного в жизни клиента человека.

Смена роли выбирается в том случае, когда клиент сообщает о трудностях, связанных с необходимостью принимать новые жизненные роли, что может быть результатом перемен в его жизни. Например, женщина, выходящая замуж за мужчину с детьми, принимает роль жены, но может также принять и новую роль матери. Вопрос дефицита межличностного общения обсуждается тогда, когда главная проблема человека — это нехватка значимых отношений.

После определения главной проблемы консультант объясняет клиенту, что его депрессия связана с неспособностью поддерживать отношения с важными в его жизни людьми. Консультант и клиент устанавливают цели лечения и анализируют роль последнего в лечении. Это предусматривает регулярное посещение сеансов и сообщение о текущих событиях в его жизни. В течение всего курса лечения консультант продолжает оценивать динамику депрессивной симптоматики у клиента.

В середине лечения консультант проводит сеансы, сосредоточиваясь на главной проблемной области, и помогает создать комфортное окружение, в котором клиент способен открыться консультанту.

Чтобы помочь клиенту обратиться к проблеме, консультант должен:

- ❖ исследовать проблему (например, побудить клиента нарисовать ясную картину отношений, с деталями, проясняющими ситуацию);

- ❖ обсудить ожидания клиента и понимание проблемы;
- ❖ изучить альтернативы (например, каковы различные виды отношения к проблеме);
- ❖ поддерживать попытки клиента изменить свое поведение.

В течение последних трех–четырёх сеансов лечения консультант обсуждает приближение окончания лечения и помогает клиенту осознать его достижения за время курса лечения.

Следующий пример иллюстрирует, как может начинаться МПТ при депрессии у клиента с ВИЧ.

Пример

Катя — 29-летняя женщина, которая живет вместе со своими двумя дочерьми и матерью. Пять лет назад она узнала, что у нее ВИЧ-инфекция. Хотя Катя продолжает работать, за последний год она почувствовала нарастающую утомляемость, стала худеть; естественно, у нее вызвал тревогу тот факт, что ее здоровье слабеет. Она посетила центр СПИДа и выяснила, что действительно количество клеток CD4 у нее значительно сократилось, и теперь у нее СПИД. Хотя Катя была подавлена новостью, она ободрилась, узнав, что может начать антиретровирусную терапию и что клиника обеспечит ее лекарственными препаратами. Медицинские работники клиники приступили к проведению Кате АРТ, и первоначально она соблюдала режим лечения.

Через месяц после начала лечения Катя стала пропускать визиты к врачу. Пришедшая к ней домой медсестра обнаружила ее лежащей в кровати и тихо плачущей. Двенадцатилетняя Катина дочь сообщила медсестре, что мать недостаточно ест, пропустила несколько дней работы и «всегда выглядит очень тревожной». Медсестра направила Катю в районную больницу для тщательного медицинского осмотра, а также для психиатрического осмотра. Лечебная команда стабилизировала состояние пациентки с помощью медикаментов и направила ее для обследования к консультанту. Он предположил у Кати депрессию, и обследование подтвердило диагноз умеренного депрессивного эпизода без суицидальных мыслей.

Консультант предложил Кате встречаться еженедельно для сеансов консультирования и ознакомил ее с методом межличностной психотерапии. В первую фазу лечения консультант просветил женщину по поводу депрессии и провел межличностную инвентаризацию. Катя описала свои взаимоотношения с близкими друзьями и членами семьи. Также обсуждались Катини последние проблемы со здоровьем и последствия ее болезни для семьи. Она объяснила консультанту: «Я так волнуюсь о детях. Я их мать, но у меня просто нет той энергии как когда-то. Я так боюсь, что моей старшей дочери придется заботиться обо мне. Она уже обращается со мной, как с ребенком. Временами она непослушна и ведет себя так, как будто я ей больше не мать». Катя также рассказала о своей озабоченности по поводу ее матери, которая год назад пережила смерть старшего брата Кати: «Ей не следовало бы заботиться о своих больных детях. Мы должны заботиться о ней. Я не знаю, как она выживет, если моя болезнь будет прогрессировать. Для нее будет ужасно, если я умру».

Обсуждение

Консультант решает, что в Катином случае показана МПТ. Следует отметить, что перед тем как направить ее к специалисту-консультанту, медицинский работник удостоверился, что симптомы у Кати не были изначально обусловлены ее соматическим состоянием. Симптомы депрессии, например усталость, потеря массы тела, плохой аппетит, подобны симптомам хронической болезни, такой как СПИД, и всегда нужно учитывать возможность изменения соматического состояния клиента.

Консультант и Катя обсуждают последние события в Катиной жизни. Кате недавно был поставлен диагноз СПИД, ее беспокоит ее болезнь и чувство усталости, она боится стать обузой для

своих дочерей и переживает по поводу того, в состоянии ли ее мать справиться с новостью о Катинной болезни. Консультант также узнает, что год назад Катя потеряла брата из-за СПИДа. На этой стадии консультант и Катя должны работать вместе, чтобы выбрать проблемную область и сосредоточиться на ней. Из четырех возможных сфер (дефицит межличностного общения, конфликт ролей, смена роли и переживание горя) консультант и Катя могли бы сосредоточиться на конфликте ролей между Катей и ее 12-летней дочерью и выбрать тактику привлечения дочери к участию в некоторых сеансах, чтобы обсудить проблемы общения или другие аспекты взаимоотношений. Кто-то мог бы сосредоточиться на переживании горя в связи со смертью Катинного брата, но Катя уделяет особое внимание переменам в своих отношениях с матерью и дочерью.

При необходимости на фоне МПТ могут также использоваться антидепрессанты, однако после 14–16 недель МПТ без антидепрессантов многие клиенты чувствуют себя значительно лучше.

Мотивационное интервьюирование

Что такое мотивационное интервьюирование

Консультанты и медицинские специалисты в области ВИЧ стремятся влиять на широкий спектр форм поведения своих пациентов, например сексуальное поведение, раскрытие ВИЧ-статуса партнерам и семьям, использование презервативов, приверженность к терапии, планирование семьи, употребление алкоголя и других психоактивных веществ, физические упражнения, диета и курение. Некоторые из этих форм поведения могут быть взаимосвязаны, например злоупотребление алкоголем и отсутствие приверженности к лечению. Поэтому консультации между пациентами и медицинскими работниками, которые имеют дело с изменениями в поведении, являются обычной практикой, и необходимость квалифицированных и эффективных взаимодействий очевидна.

Мотивационное интервьюирование было изначально разработано специалистами — психиатрами и психологами — для интенсивных лечебных программ, направленных на то, чтобы помочь людям, страдающим зависимостью, изменить свое поведение. Кратковременное мотивационное интервьюирование (КМИ) является адаптированным мотивационным интервьюированием, используемым в основном в условиях общемедицинской сети, в кратких сеансах (вплоть до 5–10 минут), встроенных в более длительные сеансы консультирования.

Кратковременное мотивационное интервьюирование — это не просто набор техник, и его не следует рассматривать как «чудодейственное средство» заставить пациентов делать то, что вы хотите. Подход в КМИ может потребовать значительного изменения позиции, которую практикующий врач принимает относительно клиента или пациента. Поэтому принятие сущности или стиля КМИ так же важно, как и обучение специфическим навыкам общения. Практикующий специалист, искренне принимающий этот стиль, может обнаружить, что его подход к консультированию в целом меняется.

Сущность кратковременного мотивационного интервьюирования

Сущность КМИ включает парадигму или способ видения реальности, на которых основываются особая методология и специальные приемы.

Сотрудничество с пациентом

Практикующие специалисты, применяющие КМИ, видят свои отношения с пациентом как партнерство, в котором сотрудничают оба, и специалист, и пациент. Практикующий специалист ориентирован на пациента в стремлении понять взгляды пациента или на его представление о реальности и создает атмосферу, способствующую изменениям. Это контрастирует с подходом, при котором противопоставляются взгляды пациента и правильное — с точки зрения специалиста — представление о реальности и пациента вынуждают принять эту точку зрения.

Мобилизация внутренних ресурсов

Применяющий КМИ специалист верит, что у пациента есть необходимые внутренние ресурсы и мотивация к изменению, хотя практикующему специалисту может потребоваться мобилизовать или усилить их посредством работы с ощущениями, целями и ценностями пациента. Опять же, это противоречит образовательному подходу, при котором пытаются извне откорректировать ощущения, цели и ценности пациента, которые, по-видимому, не соответствуют потребностям.

Автономия

Специалист, практикующий КМИ, искренне уважает право пациента делать собственный выбор в отношении изменения и возлагает ответственность за изменения на пациента. Этот специалист руководит пациентом в процессе принятия им решений, направляя его к здоровому выбору, однако это освобождает практикующего специалиста от бремени ответственности. Это противоположно тактике практикующего специалиста, который говорит пациенту, что он должен делать, и если его совету не следуют, обижается, выражает недовольство или даже сердится.

Принципы КМИ

В рамках вышеизложенной точки зрения практикующий специалист придерживается четырех ключевых принципов, определяющих методологию.

Проявляйте эмпатию

КМИ признает, что изменение — это процесс, а не событие и что отдельные пациенты могут занимать разные позиции (рис. 1). Показанная на рисунке схема полезна, поскольку напоминает нам, что не все пациенты будут готовы к изменению, когда мы даем им совет, и что успешное консультирование поможет понять им, где они находятся в этой схеме, а также будет способствовать продвижению на последующие этапы. Эта схема также напоминает нам, что рецидив — предсказуемый аспект попыток измениться и что даже пациенты, которые успешно меняются, вероятно, будут иметь «откаты». Большинство пациентов находятся в пассивной стадии, где они испытывают амбивалентность переживаний по поводу изменения. Здесь будут «хорошие вещи» и «не очень хорошие вещи» в отношении вопроса, оставаться таким же или меняться. Практикующий специалист стремится понять и принять убеждения и чувства пациента, в то же время не обязательно соглашаясь с ним. Искусство рефлексивного слушания жизненно важно.

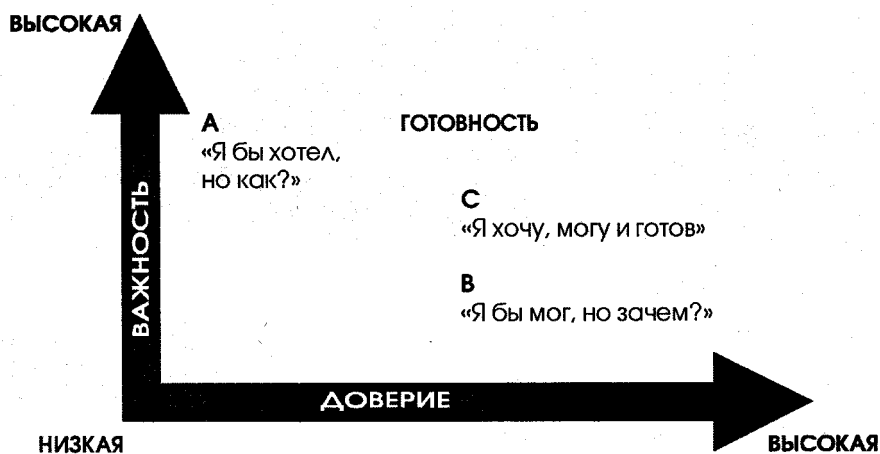


Рис. 1. Модель стадий изменения

Развивайте отличие

Специалист, применяющий КМИ, стремится усилить важность изменения, уделяя внимание отличию, т. е. разнице между тем, где пациент находится в данный момент и где он хотел бы находиться с точки зрения его личных целей и ценностей. Этот принцип означает, что КМИ направляет, наводит пациента на размышления о конкретном изменении, но не навязывает собственные цели и ценности практикующего специалиста. Если это сделано умело, пациент, а не специалист представит аргументы для изменения.

Поддерживайте самооффективность

Многие борются за то, чтобы быть уверенным в своей способности измениться. Действительно, некоторые могут быть убеждены в важности изменения, но не чувствуют себя способными к перемене или уже пытались, но, судя по всему, неудачно. Поэтому необходимо поддерживать и формировать веру пациента в возможность изменения. В то же время важно, чтобы практикующий специалист искренне верил, что изменение возможно, так как чувство отчаяния может быть заразительным; следовательно, убеждение в том, что пациент способен измениться, может заставить последнего выбрать верный путь.

Правильно обращайтесь с сопротивлением

При КМИ избегают причислять людей к категории «сопротивляющихся» или «неподатливых»; вместо этого сопротивление в значительной степени видится как продукт самого взаимодействия. Опытный специалист-практик может уменьшить сопротивление изменению, тогда как менее опытный специалист может в действительности увеличить его. Например, прямое убеждение, предлагающий совет и аргументирование в пользу изменения могут фактически иметь обратный эффект на пациента. Сопротивление — это скорее знак, что требуется перемена в направлении или подходе, чем показатель того, что необходимо увеличение давления и конфронтации.

Примеры КМИ

В следующем разделе в общих чертах охарактеризованы специальные приемы, которые проиллюстрированы примерами.

Составление плана

Прежде чем практикующий специалист начнет обсуждать конкретные формы поведения пациента, он должен получить согласие его обсуждать это поведение во время консультирования. Некоторые темы могут включать несколько одинаково важных форм поведения, и у пациента можно спросить, какую из них он наиболее готов обсудить. Кроме того, следует проявлять открытость по отношению к пациенту, предлагающему свои собственные темы, существенные с его точки зрения.

Рефлексивное слушание

На ранних этапах пациенту важно выразить свою точку зрения в атмосфере доверия и принятия. Чтобы побудить пациента конкретизировать свою точку зрения, можно использовать открытые вопросы.

Например:

Специалист: «Я понимаю, что Вы испытываете некоторые опасения в отношении принимаемых препаратов. Расскажите мне о них».

Специалист должен осторожно реагировать на сказанное, с тем чтобы способствовать дальнейшему развитию и исследованию пациентом темы. Рефлексивное слушание дает пациенту возможность узнать, что специалист его понял, на основании высказываний последнего. Специалист про-

являет искреннюю любознательность и стремление понять, что пациент имеет в виду, и в то же время поощряет гипербололизацию взглядов пациента.

Пациент: «Меня иногда беспокоит мысль, что я слишком много пью, и это мне вредит».

Специалист: «Вы довольно много пьете?»

Пациент: «Я в действительности не думаю, что это много. Я могу много выпить и не почувствовать этого».

Специалист: «Больше, чем большинство людей?»

Пациент: «Да. Я могу перепить кого угодно».

Специалист: «И это то, что Вас волнует?»

Специалист также может использовать более длинные фразы как итоги того, что он понял по ключевым моментам интервью. Эти фразы работают таким же образом, как и высказывания в рамках рефлексивного слушания, и, кроме того, структурируют интервью и служат для изменения темы.

Понимание готовности пациента к изменению

В отношении обсуждаемой конкретной формы поведения практикующий специалист стремится понять готовность пациента измениться — например, если пациент никогда не думал о необходимости изменения (предварительная фаза), имеет смешанные чувства по поводу изменения (фаза размышления) или готов совершить изменение (фаза действий). Для большинства людей характерны смешанные мысли и чувства или амбивалентное отношение к изменению. В этой ситуации полезно изучить «за» и «против» как на предмет остаться прежним, так и в отношении изменения. Важно оценить и понять обе стороны амбивалентного отношения.

Специалист: «Расскажите мне о том, как Вы употребляете алкоголь. Что Вам нравится в этом?»

(позднее) И какова другая сторона? В чем Ваша озабоченность по поводу употребления алкоголя?»

У некоторых пациентов специалист-практик может оценить, насколько важно изменение и насколько пациент убежден в отношении изменения (рис. 2).

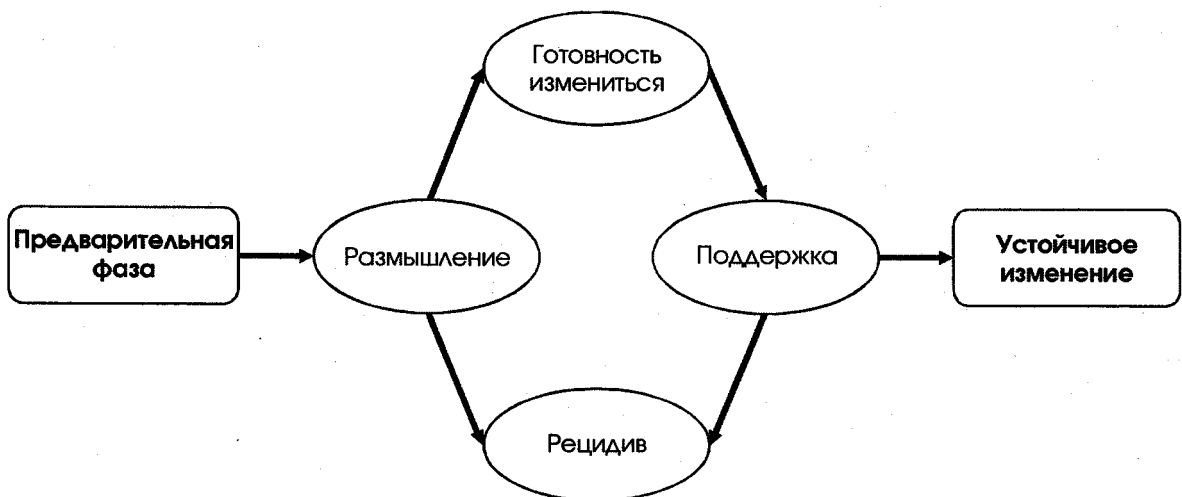


Рис. 2. Измерения готовности измениться

Специалист: «Насколько, по Вашему мнению, важно для Вас в данный момент принимать антиретровирусные препараты? По шкале от 1 до 10, где 0 — совершенно неважно, а 10 — чрезвычайно важно, где, по Вашему мнению, Вы находитесь?»

Специалист: «И насколько, по Вашему мнению, Вы уверены, что, если бы Вы решили принимать антиретровирусные лекарства, Вы могли бы выполнять это? По той же шкале от 1 до 10, где 0 — вовсе не уверен, а 10 — абсолютно не уверен, где, по Вашему мнению, Вы находитесь?»

Необязательно использовать шкалу оценок, если пациент отказывается от такого подхода. Если шкала применяется, ответы могут быть использованы с целью активизировать разговор об изменении.

Например, продолжая тему показателей уверенности:

Специалист: «Почему Вы отметили 3, а не 0?»

Специалист: «Что Вам нужно, чтобы перейти с 3 на 6?»

Осторожно предоставлять информацию

Необходимо предоставлять информацию в нейтральном стиле. Практикующему специалисту следует избегать соблазна добавлять решение или предписывать, что пациент должен делать с информацией. Специалист-практик должен учитывать имеющиеся у пациента знания, так же как и объем и тип информации, в которой он заинтересован. Один из приемов, которые могут быть использованы — это «выявление-предоставление-выявление». Изначально практикующий специалист выявляет интерес пациента к определенной информации и желание услышать больше, затем происходит нейтральное предоставление информации, напоследок специалист выявляет реакцию пациента на полученную информацию.

Этот последний шаг требует от пациента самостоятельного понимания и переработки информации с точки зрения релевантности информации к его личной ситуации и к тому, как он может использовать эту информацию.

Специалист: (выявление) «Заинтересованы ли Вы в обсуждении того, как принимать антиретровирусные препараты?»

Пациент: «Да, это было бы полезно».

Специалист: (предоставление) «Хорошо. Один из фактов, о которых мы знаем из исследований, это то, что для достижения эффекта пациент должен принимать более чем 95% назначенных ему лекарств. Это означает, что, если Вы принимаете таблетки два раза в день в течение двух недель, Вы можете самое большее пропустить одну из доз. Мы также знаем, что люди стараются принимать таблетки регулярно, и зачастую им удается принять лишь половину того, что следовало бы. (выявление) Как, по Вашему мнению, удастся Вам с этим справиться?»

Пациент: «Это выглядит трудным, но я могу попросить свою дочь помочь мне не забывать об этом».

Признание необходимости изменения

Изменение зачастую намного более сложная проблема, чем думают практикующие специалисты. Например, прекращение курения может потребовать значительных перемен в стиле жизни и в социальном окружении личности. Врач не должен недооценивать трудности, с которыми сталкиваются люди на пути успешного изменения, но в то же время следует утверждать сильные стороны личности, необходимые человеку для преодоления этой проблемы. Большинство людей имеют качества, способствующие успешному изменению, проявленные ими ранее в других ситуациях.

Специалист: «Что Вы можете сказать о себе, какие у Вас есть сильные черты, которые могли бы помочь Вам добиться успеха и произвести это изменение?»

Метод мозговой атаки

Когда люди готовы что-либо изменить, появляется искушение с облегчением вздохнуть и снова начать советовать, что им следует делать. В отличие от этого мозговая атака — это техника генерирования творческих идей в сотрудничестве, позволяющая пациенту находить и предлагать возможные практические решения. Некоторые идеи позднее могут быть отброшены как непрактичные или нереалистичные.

Специалист: «Итак, мы думали о получении поддержки от Вашей дочери и об использовании коробочки для таблеток. Есть ли что-нибудь еще, что, по Вашему мнению, могло бы помочь Вам помнить о приеме таблеток?»

Пациент: «Я всегда регулярно чищу зубы по утрам, так что я бы мог попытаться принимать таблетки в то же время и, может быть, держать их в ванной комнате».

Специалист: «Да, это могло бы сработать. Что-нибудь еще приходит на ум? Что касается вечера?»

Пациент: «Я всегда пью по вечерам кофе, так что, может быть, я мог бы связать прием лекарств с кофе».

Когда найден ряд возможных решений, врач и пациент могут выбрать те из них, которые кажутся наиболее успешными, и уточнить их так, чтобы они стали достаточно конкретными и характерными и ими можно было бы руководствоваться.

Обсуждение

Подготовка других практикующих специалистов по проведению КМИ неизбежно стимулирует изменение поведения у тех специалистов, кто хотел бы мотивировать пациентов менять свое поведение! Поэтому важно, чтобы стиль подготовки демонстрировал и пробуждал тот же дух и принципы, что и само КМИ. Практикующим специалистам, обучающим своих коллег, следует избегать предписывающего, защитительного или излишне подавляющего стиля общения с тем, кто задает вопросы, оспаривает или кажется сопротивляющимся.

Важно после первого же сеанса тренинга предложить непрерывную поддержку. В идеале она может быть организована на рабочем месте специалиста. Однако продолжающиеся имитация и воспроизведение освоенных из тренинга подходов в каком-либо другом месте могут также быть эффективны.

Когнитивно-поведенческая терапия

Что такое когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия, изначально разработанная для лечения депрессии, сегодня используется также для лечения тревожного расстройства и другой патологии. Она является психологическим вмешательством, которое подчеркивает роль мышления (негативное мышление, тревожное мышление и т. д.) в поддержании симптомов депрессии или других расстройств. Помогая людям выявлять и преобразовывать их дисфункциональные мысли, консультант может улучшить их настроение и изменить их поведение. Предполагают, что негативное мышление, как оно видится при депрессии, начинается с *установок*, которые были развиты в детстве. В то время как некоторые из этих установок полезны и могут успешно руководить поведением, другие менее полезны и ухудшают способность человека к совладанию при столкновении с критикой или разочарованием. В таких случаях у человека возникают *автоматические негативные мысли*, которые, в

свою очередь, ухудшают его настроение и усиливают развитие дальнейших автоматических негативных мыслей. На этой стадии у индивида может развиваться комплекс *когнитивных искажений*, известных как *когнитивная триада*: негативное видение самого себя, настоящего и будущего.

В когнитивно-поведенческой терапии консультант помогает личности распознать паттерны искаженного мышления, сниженного настроения и дисфункционального поведения. Он систематически обсуждает эти паттерны мышления и поведения и тщательно планирует практические задания, помогающие личности определять и изменять свои искаженные мысли и дисфункциональные формы поведения. Во многом лечение базируется на настоящем, с акцентом на том, чтобы помочь людям развить направления мышления и навыки, которые вызовут улучшение их способности совладания. Все аспекты когнитивно-поведенческой терапии объясняются и обсуждаются с клиентом, с которым консультант сотрудничает, помогая планировать пути решения конкретных проблем. Консультанты когнитивно-поведенческой терапии часто используют печатные материалы для изучения, книги по самопомощи или самообучению, чтобы усилить содержание терапевтических сеансов.

Терапия ограничена во времени и длится обычно от 10 до 20 сеансов; консультант и клиент согласовывают цели в ее начале.

Ниже мы предлагаем краткое изложение подхода когнитивно-поведенческой терапии.

Когнитивно-поведенческая терапия при депрессии

Первый шаг — определение природы существующей симптоматики и согласование целей терапии. Консультант и клиент выясняют текущие проблемы, описывая, как они начались, как развивались и каковы их последствия для будущего. Консультант и клиент исследуют также содержание негативных мыслей последнего. Наряду с этим выявляются и другие практические проблемы (финансовые, имеющие отношение к работе, к семье или к уходу за ребенком, и т. д.), проблемы взаимоотношений или продолжительные личные проблемы. Следующая стадия — определение целей текущей терапии. Далее консультант характеризует такие детали, как количество и частоту сеансов, особенности домашних заданий и компоненты терапии. Последние включают в себя выявление порочного круга негативного мышления и сниженного настроения, возможности изменить негативные мысли и готовности клиента к терапии.

Лечение начинается с домашних заданий, в которых клиентов просят отслеживать свои поступки и настроение, а также свои автоматические негативные мысли. Эти мысли имеют тенденцию возникать без наличия стимула, иногда в форме внутреннего диалога. Они могут сопровождаться плохим настроением и дают некоторое представление об основополагающих убеждениях и ожиданиях человека. Лечебные сеансы обычно предусматривают составление программы работы для сеанса, анализ событий со времени предыдущего сеанса, включая проверку домашних заданий и дальнейший акцент на конкретных темах, поднятых этими заданиями, и обратную связь по результатам предыдущей сессии. Может быть использовано несколько подходов, например когнитивный (техники отвлечения), поведенческий (мониторинг деятельности; увеличение объема деятельности, приносящей удовольствие; увеличение времени воздействия определенных факторов; дифференцированные рабочие задания), когнитивно-поведенческий (определение автоматических негативных мыслей; выявление негативных установок; поведенческие эксперименты) и превентивные стратегии (определение установок и их преодоление; возврат к норме и планирование на будущее).

Когнитивно-поведенческая терапия при тревожных и панических расстройствах

Как и при работе с депрессией, исходная оценка поможет прояснить характер проблем, включая различные ситуации, специфические черты, системную реакцию организма, мысли и поведение. Частью исходной оценки являются как детализация ситуации, которая может ухудшить или улучшить состояние проблемы, так и подробности в отношении того, какого рода ситуаций и деятельности избегает клиент.

Сеансы, как и в случае лечения депрессии, будут включать в себя составление программы работы для сеанса, анализ событий со времени предыдущего сеанса, обсуждение домашних заданий и акцент на конкретных проблемах и подходах. Можно использовать приемы отвлечения, сосредоточиться на составлении расписания деятельности, преодолении автоматических мыслей, проведении поведенческих экспериментов и преодолении избегающего поведения. Приемы релаксации могут также усилить у клиента чувство контроля над своими симптомами.

Пример

Николай — 38-летний мужчина, примерно три года знающий о том, что заражен ВИЧ. В данное время у него нет близких отношений с кем-либо, его последний партнер умер четыре года назад. У Николая была выявлена ВИЧ-инфекция, когда он прошел тестирование год спустя после его смерти. Николай боялся умирать точно так же, как его партнер, и если о нем никто не будет заботиться. Его мать умерла несколько лет назад, и все его близкие родственники были бедны. Недавно Николай начал получать АРТ, но — парадоксально — когда его собственное здоровье стало улучшаться, он начал чувствовать себя более подавленным, у него регулярно отмечались периоды сниженного настроения, когда он избегал видиться с людьми и проводил целые дни в постели. После выхода из этого состояния он становился пленником марихуаны и алкоголя. Периоды грусти и избегания людей у Николая стали преобладающими. Медицинский работник в клинике, где Николай проходил лечение ВИЧ-инфекции, заметил, что его состояние ухудшается, и направил его к консультанту, который решил провести когнитивно-поведенческую терапию.

После обследования Николай и консультант решили сосредоточиться на сниженном настроении Николая и на его избегании контактов с людьми. Во время обсуждения факторов, способствующих снижению настроения Николая, стало ясно, что он чувствовал себя виновным в том, что в свое время его умерший партнер не получил лучшее лечение и что он позволил ему умереть, не позвав родственников к постели больного. Он считал себя неудачником — он сам заразился ВИЧ и не достиг успеха в жизни, так как был безработным. Николай и его консультант решили сосредоточить внимание на его, Николая, настроении, мыслях и поведении; стало ясно, что негативные чувства в отношении смерти его партнера все еще одолевали его и способствовали образованию порочного круга автоматического негативного мышления, когда бы он ни пытался составить планы или проявить интерес к чему-либо. Аналогично, его ощущения о собственном теле, пораженном ВИЧ, усугубляли порочный круг автоматических негативных мыслей относительно его собственной способности выжить и справиться с проблемами.

Николай начал ставить под вопрос свои негативные мысли, исследуя другие объяснения и пересматривая доказательства при возникающих ситуациях. Постепенно у него сформировалось мнение, что его роль в поиске кого-нибудь для ухода за своим партнером и в информировании родственников партнера о болезни последнего была более положительной, чем он представлял себе ранее. Он также смог выявить чувство раздражения по отношению к своему партнеру, как и чувство освобождения, когда тот, наконец, умер. Николай также стал задаваться вопросом, сделало ли заражение ВИЧ его такой уж плохой личностью. Пересмотр своих автоматических мыслей об ответственности за свое заражение ВИЧ продемонстрировал ему много примеров его доброты по отношению к другим и желания помочь людям, имеющим проблемы. Он начал вспоминать случаи, когда другие люди были ему благодарны, проявляли желание видеть его или просто принимали его таким, какой он есть. Николай был способен определить паттерны мышления по типу «все или ничего» («если я не могу достичь окончательного успеха, я полный неудачник») и по типу свержообщения («эта небольшая ошибка показывает, что вся моя жизнь — несчастье»). Николай также начал осознавать, что в его текущей жизни отсутствуют какие-либо стимулирующие или доставляющие удовольствие занятия, так что он решил составить перечень и исследовать

возможные источники удовольствия, как самостоятельно, так и с другими людьми. Перечень включал в себя встречи с друзьями для изначально краткого и легко осуществимого социального контакта и позднее рассмотрение возможности присоединиться к группе поддержки для людей с ВИЧ-инфекцией. Когда он начал общаться через свою группу поддержки для людей с ВИЧ-инфекцией, он также открыл для себя, что другие члены группы в это же время стремились чему-нибудь обучиться; после некоторого колебания он решил пойти на курсы каменщиков, чтобы развить свои способности. В конце терапии, четыре месяца спустя, Николай стал более способен справляться со своими скверными днями и плохим настроением, определяя как способствующие им факторы, так и свое собственное автоматическое негативное мышление. Он начал больше заботиться о себе в смысле диеты и регулярных физических упражнений и больше верить в свои способности справляться с социальными проблемами и в свои шансы найти работу в будущем.

Обсуждение

Случай Николая иллюстрирует, как даже давнишние проблемы могут реагировать на довольно кратковременное вмешательство. Рассмотрение неразрешенных проблем, связанных со смертью его партнера, дало толчок к изучению его собственных переживаний о себе и своем будущем. Подход когнитивно-поведенческой терапии позволил Николаю найти приемы для преодоления своего плохого настроения, своей неуверенности в будущем и паттерна негативных мыслей, используемого им в прошлом.

Поддерживающая психотерапия

Что такое поддерживающая психотерапия

Термин «поддерживающая психотерапия» описывает два различных вида вмешательств. Первый — кратковременная помощь, которая может быть предложена здоровым людям, переживающим острую психическую травму или кризис, например тяжелую утрату. Второй — долгосрочное лечение, предлагаемое людям с длительными серьезными проблемами, для которых поддерживающая психотерапия, в противоположность другим формам терапии, является предпочтительным видом лечения. В то время как поддержка — это компонент всех форм психотерапии (включает регулярные встречи, надежность и внимательное отношение консультанта к пациенту, с тем чтобы развить сотрудничество), по сути, поддержка — главная составляющая в данном вмешательстве. Поддерживающая психотерапия имеет целью скорее поддержку, чем радикальное изменение, использует скорее размышление, чем объяснение или указание, и обычно проводится реже чем раз в неделю (например, раз в две недели, раз в месяц или даже реже). Зачастую у долговременной модели встреч не существует временных ограничений.

В определенных учреждениях, в частности имеющих дело с людьми как с хроническими психическими нарушениями, так и с проблемами с психическим здоровьем, поддерживающая психотерапия может оказаться эффективной там, где другие формы терапии не имели успеха.

Ниже описаны приемы, включенные в поддерживающую психотерапию.

«Блокировка» и «локализация»

«Блокировка» — исполнение роли надежного вместилища для страхов, стресса и чувства вины, которые влияют на состояние пациента. Она предусматривает возможность «ничего не делать», если не считать обеспечения «тихой пристани» для пациента в хаотическом мире одиночества и борьбы. Неопытному консультанту не всегда легко принять это минималистское решение и избежать генерирования новых предложений по поводу действий. Во время кризиса консультант также

обеспечивает «локализацию» — ограничение распространения последствий расстройства и предлагает более частые встречи, когда необходимо. Улучшение процесса совладания или снижение уровня стресса ведут к уменьшению частоты встреч или даже к приостановке контактов, с возможностью возвращения к консультанту, если требуется.

Активная позиция консультанта

Консультант обычно чаще, чем в других формах терапии, раскрывает свою собственную точку зрения и отвечает на личные вопросы. Это позволяет нормализовать переживания клиента. Само-раскрытие помогает человеку почувствовать, что терапевт сталкивался с подобными проблемами и преодолел их, таким образом удастся нормализовать реакцию клиента. Использование юмора также может быть полезно для обогащения жизненного опыта пациента.

Положительное подкрепление

Чтобы уравновесить повторяющиеся примеры заниженного самоуважения или чувства поражения у пациента, обсуждаемые на сеансах, можно использовать похвалу и положительные комментарии по поводу его опыта или желания совладать с разными ситуациями.

Работать позитивно с защитными реакциями

Этот процесс предусматривает вербализацию болезненных и сложных ощущений, обучение практическим приемам, например тренинг релаксации для уменьшения напряжения, разрешение использовать дистанцирование или даже отрицание, чтобы справиться с болезненными ощущениями, по крайней мере, временно.

Преодоление

Терапевтический акцент делается на «здесь и сейчас» и сосредоточивается на текущих проблемах клиента. Терапевт старается помочь клиенту воспринимать эти проблемы наименее психотравмирующим или деструктивным образом. Обычно это означает — ставить скромные цели. Можно помочь людям с ВИЧ признать трудности, вызванные плохим самочувствием, усталостью или обязанностью регулярно принимать медикаменты. Это позволяет клиенту чувствовать меньшую ответственность за свою неспособность быть счастливым или довольным.

Парадокс и рефрейминг

Парадокс имеет отношение к контрасту между тем, что ожидалось или считалось возможным, и тем, что случилось в действительности. Терапевт может обратить внимание клиента на то, что встреча с начальником, по поводу которой клиент так тревожился, закончилась весьма удачно — он получил от начальника много похвал. Позитивный рефрейминг включает умение найти позитивные аспекты в ситуации, которую клиент раньше рассматривал как исключительно негативную, и может быть использован как умение справляться с различными ситуациями. Рефрейминг будет означать (как, например, в случае стресса), что, несмотря на тревогу и страх, человеку удастся и дальше заниматься своим делом и сталкиваться лицом к лицу с трудной ситуацией, не пытаясь убежать прочь.

Перенос и контрперенос

Позитивный перенос важен для успешной поддерживающей психотерапии, без обязательной интерпретации скрытого переноса. Консультант также должен контролировать свой собственный контрперенос, потому что гибкость терапии может препятствовать ему осознать маловыраженные проблемы.

Пример

Андрей — 20-летний мужчина, у которого два года назад обнаружили ВИЧ, после того как он заболел тяжелой диареей и стал терять вес. Он был крайне огорчен, узнав о своем ВИЧ-положительном статусе, который, как он предполагал, был следствием употребления им внутривенных наркотиков. Обслуживающий его медицинский работник беспокоился его слезливостью и тревогой, которые, казалось, лишь ухудшились за последние 18 месяцев, хотя его здоровье после получения антиретровирусной терапии начало улучшаться. Специалист в области психического здоровья диагностировал дистимию с неустойчивым настроением, низкий уровень уверенности в своих способностях и нарушенные взаимоотношения. Андрей не раскрыл свой ВИЧ-положительный статус своей матери или кому-либо из родственников; он боялся возможной болезни и того, что будет вынужден рассказать о своем состоянии своей семье.

Специалист в области психического здоровья обсудил свое видение проблем с Андреем, подчеркнув, что, когда он не был настолько подавлен, чтобы нуждаться в приеме антидепрессантов, он был, очевидно, несчастлив и боролся со сложными проблемами, связанными с ВИЧ, а также с последствиями его прошлой жизни и воспитания. Консультант указал на то, что желательно проводить встречи на регулярной основе, чтобы помочь ему найти лучшие способы совладания.

Изначально Андрей был крайне подавлен во время сеансов, но чувствовал, что консультант принимает его как личность несмотря на его ВИЧ-положительный статус. Консультант высказался положительно по поводу того, как выглядел со стороны процесс установления Андреем самоконтроля в этой трудной для него ситуации. Андрей решился рассказать своим родственникам о своем ВИЧ-статусе и был удивлен их очень поддерживающей реакцией. По мнению консультанта, у Андрея все получилось хорошо — он сообщил о своем статусе и ответил на вопросы членов семьи. Андрей стал проявлять беспокойство по поводу возможных побочных эффектов антиретровирусных препаратов, поэтому консультант устно проинформировал его, обеспечил буклетами и направил в местную НГО, чтобы он мог выяснить конкретные вопросы в отношении своего лечения. Все это помогло парню почувствовать себя более уверенно при обсуждении со специалистом того, от каких лекарств он больше страдал. Он также рассказал о своих прежних несложившихся взаимоотношениях и о том, как его претензии и рискованное поведение усугубляли проблемы.

В течение шести месяцев терапии у него завязались отношения с женщиной, и он был готов раскрыть ей свой ВИЧ-статус. Консультант предложил ему встретиться с его партнершей, чтобы обсудить любые вопросы, по которым у нее могли возникнуть сомнения. Они посетили два сеанса вдвоем, обсуждая вопросы, касающиеся риска партнерши Андрея заразиться ВИЧ-инфекцией, и ее озабоченность по поводу лечения и прогноза. Взаимоотношения Андрея с его партнершей развивались несмотря на отдельные трудности, которые становились темами для обсуждения во время сеансов терапии Андрея. После каждого сеанса консультант предлагал Андрею назначить время следующей встречи. Через год они решили завершить терапию, но возможность доступа к помощи оставалась открытой.

Обсуждение

Вначале Андрею была предоставлена четкая информация о доступных видах помощи, проанализирована ситуация, связанная с раскрытием им своего статуса и беспокойством по поводу побочных эффектов лечения. Консультант узнал о трудностях в его взаимоотношениях и подчеркнул, что наперекор своим проблемам Андрей был в состоянии успешно с ними справляться. Консультант установил регулярные встречи, чтобы обеспечить прочность и стабильность — то, чего Андрей никогда не испытывал на постоянной основе. Во время этих сеансов он мог выразить свое

переживание стресса, а также научиться видеть свои положительные стороны. Предложение консультанта встретиться с партнершей Андрея было частью осознания консультантом потенциальных проблем клиента во взаимоотношениях с новой партнершей. Эта встреча позволила его партнерше выяснить вопросы, касающиеся беспокоившей ее болезни друга. Гибкий характер встреч позволил Андрею определять их частоту. Это усилило ощущение им контроля его контактов с консультантом и определенного контроля над лечением его ВИЧ-инфекции.

Психотерапевтические вмешательства при переживании горя

Что такое горе

Горе — это универсальное переживание, но на его проявления влияют многие факторы: обстоятельства смерти, характер отношений между понесшим утрату и умершим, личность понесшего утрату, социальные, культурные и межличностные обстоятельства понесшего утрату. Большинство людей, лишившись своих близких, проходят стадии эмоционального стресса и социальной дисфункции, которые протекают в рамках культурально санкционированных реакций, в то время как меньшинство страдает от более выраженных и тяжелых нарушений в психологической и социальной сферах.

Горе может быть понято как процесс адаптации к утрате. Следовательно, это скорее динамический феномен, чем статическое явление. По этой причине предполагается, что приготовление к смерти и скорбь о смерти близкого человека проходят через несколько «стадий», в частности отрицание, гнев, надежда, депрессия и принятие, или «фаз», например оцепенение, тоска, гнев, отчаяние и перестройка.

Концепция «роли траура» включает:

- ❖ признание реальности потери;
- ❖ внутреннюю переработку переживания горя;
- ❖ приспособление к окружению без умершего человека;
- ❖ определение в эмоциональной памяти нового места для умершего человека.

В жизни не каждый реагирует на утрату предсказуемым образом, и ясно, что описания обычного переживания горя дают всего лишь идеализированную модель процесса. Ряд психологических и социальных факторов способствуют видоизменению проявлений горя, в частности: близость связей с умершим; особенности взаимоотношений последнего с человеком, понесшим утрату, включая наличие амбивалентности отношений и конфликтов; характер смерти; предыдущий опыт утрат; личность того, кто потерял близкого ему человека; качество доступной поддержки.

Люди, лишившиеся своих близких из-за СПИДа, вероятно, будут переживать и другие утраты в связи с наличием других ВИЧ-инфицированных в своем окружении. В дополнение к обсуждаемым выше особенностям, связанные со СПИДом, утраты уникальны вследствие стигмы, ассоциирующейся с заболеванием, количества смертей, кумулятивного эффекта, неотвратимости потери, затяжного и непредсказуемого течения болезни.

Близкие умершим люди, которые сами больны СПИДом, могут, по сути, испытывать больший стресс, лишившись близкого человека, чем те, кто не заражен ВИЧ. Смерть вследствие СПИДа — болезненное напоминание о возможном исходе заболевания для людей со СПИДом. Независимо от наличия или отсутствия ВИЧ-инфекции, люди, испытывающие множественные утраты, часто рассказывают о покорности судьбе, об отсутствии перспектив, утрате социальных связей, о потере спутников на пути приближения к старости, об ощущении непреодолимого стресса, отсутствии уверенности в будущем, о чувстве вины и об ожидании наказания.

Психологические последствия связанной со СПИДом тяжелой утраты отражаются в симптомах травматического стресса, возросшем употреблении назначенных психотропных препаратов, нарушениях сна, депрессии и суицидальных мыслях. Количество утрат напрямую связано с тяжестью реакции горя, навязчивыми мыслями и воспоминаниями о покойных.

Что можно сделать, чтобы помочь людям, понесшим утрату

Большинство людей с нормальным переживанием горя не обращаются к специалистам для помощи в своей скорби, и большинство исследований показывают, что при нормальном переживании горя профессиональное вмешательство, как правило, не помогает. Но в случаях с ВИЧ-инфицированными последние могут контактировать с медицинскими и социальными работниками, которые в состоянии предложить поддержку при переживании горя. Обеспечивающие помощь специалисты могут также обучать членов семьи поддерживать друг друга. Ниже описываются десять принципов, как поддержать людей, потерявших своих близких, когда они пытаются справиться со своим переживанием горя.

- ❖ Помогите человеку выразить свои чувства, например, поощряя его описать смерть, ее обстоятельства и последствия.
- ❖ Помогите человеку выявить и выразить чувства, в частности, гнева и вины, особенно если они видятся как недопустимые.
- ❖ Помогите человеку начать жить без умершего человека, что может подразумевать принятие решений и перемены в жизни, без ощущения парализованности из-за необходимости предполагать, что бы сделал в этом случае умерший или чего бы он мог ожидать.
- ❖ Помогите человеку определить в эмоциональной памяти новое место для умершего, в частности, в отношении установления новых отношений.
- ❖ Поощряйте человека дать своей скорби время, признавая, что весь процесс требует времени, и разрешите человеку, потерявшему своего близкого, делать это в его собственном темпе.
- ❖ Успокойте людей, потерявших своих близких, в отношении нормальности их переживаний, чтобы они не думали, что они «сходят с ума» вследствие испытаний.
- ❖ Принимайте во внимание индивидуальные различия, успокаивая по поводу диапазона реакций и методов совладания.
- ❖ Дайте доступ к долгосрочной, неинтенсивной поддержке.
- ❖ Оцените способы преодоления переживания горя человеком, в частности использование неадекватных методов, таких как злоупотребление алкоголем или наркотиками.
- ❖ Поощряйте использование траурных ритуалов.
- ❖ Если у человека развивается тяжелая депрессия и он неспособен заботиться о себе, выполнять свои ежедневные обязанности или если у него появляются суицидальные мысли после длительного переживания горя, может потребоваться комбинация психологических и медикаментозных вмешательств. Учитывайте, что период, воспринимающийся как «нормальная» длительность скорби, будет варьироваться в различных обстоятельствах.

Когда переживание горя сочетается с психическим заболеванием или с затяжным эмоциональным стрессом, из числа психологических вмешательств могут быть полезны следующие:

- ❖ групповая или индивидуальная поведенческие терапии, включая «направляемое переживание горя»;
- ❖ индивидуальная психодинамическая психотерапия при переживании горя.

Другие психосоциальные вмешательства при осложненном переживании горя предусматривают использование неформальной социальной поддержки и более структурированных групп поддержки. Такие группы часто устанавливают контакт с людьми, которые могут находиться вне поля зрения профессиональных служб.

Пример

Анна — одинокая 41-летняя женщина с далеко зашедшей ВИЧ-инфекцией. Раньше она заботилась о своем сыне, но он умер от вызванных ВИЧ осложнений пять лет назад. Ему было в то время семь лет. Анна чувствовала себя ответственной за его заражение ВИЧ и ежедневно винила себя за его смерть. Состояние здоровья самой Анны оставалось удовлетворительным, и это лишь усиливало ее чувство вины в смерти сына. Анна хранила его вещи

и содержала комнату в том виде, как она выглядела при его жизни. Она ежемесячно посещала могилу сына в дату его смерти, постоянно носила с собой его фотографию, рассматривая ее по несколько раз в день и перед сном. Когда бы она ни смотрела на фотографию, она начинала плакать.

Ведущий Анну специалист, узнав, что она хочет прервать антиретровирусную терапию, направил ее к специалисту сферы охраны психического здоровья. Анна чувствовала, что не заслуживает хорошего здоровья. Изначально сопротивляясь встрече с этим специалистом, женщина в конце концов согласилась на нее. В течение трех месяцев встречи со специалистом проходили еженедельно, а затем раз в две-три недели. Сначала центром внимания во время сеансов было описание Анной терминального периода болезни и смерти ее сына — тема, связанная с интенсивными неприятными переживаниями для нее. Ее чувство вины было легко выявить, но ей потребовалось немного больше времени, чтобы осознать, что она сердится на сына за то, что оставил ее несчастной и одинокой. На следующей стадии терапии исследовали возможности для Анны испытывать интерес и удовольствие от своей собственной жизни, не покидая полностью мысли о сыне и сохраняя память о нем.

В прежние времена Анне удавалось несколько минут в день активно заниматься чем-нибудь, что доставляло ей удовольствие; сейчас она с удивлением обнаружила, что не испытывала смущения, вернувшись к этому своему обычаю. В это же время консультант начал анализировать действия Анны, закреплявшие ее переживание горе, например ее очень частые посещения кладбища и содержание комнаты и вещей сына в том виде, в каком они были при его жизни. Анна сама стала высказывать предположения по поводу возможности распорядиться вещами сына. В конце концов, она подарила их благотворительному обществу помощи при СПИДе; однако не была готова к более редким посещениям кладбища. Вместе с консультантом они продолжали обсуждать эти посещения и их значение для Анны. В конце терапии женщина решила продолжить лечение ВИЧ и начала искать работу. Также она решила взять к себе в дом квартиранта, когда поняла, что ей одной не требуется вся эта жилплощадь, на которой они раньше жили вместе с сыном. Она по-прежнему носила в своем бумажнике фотографию сына, однако интенсивность переживания горя при рассмотрении фотографии немного уменьшилась.

Обсуждение

Этот случай демонстрирует, как комбинация активных вмешательств оказалась эффективной в случае, казавшемся застывшим хроническим переживанием горя. Специалист помог Анне оживить в памяти событие, причинявшее ей страдания, в безопасной обстановке терапевтических отношений, изучить неприятные ощущения, например чувство обиды в отношении покойного, и достичь изменений поведения, направленных на изменение ее реакции на утрату и перемены в жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные методические рекомендации **не** предназначены для обучения по пяти представленным подходам. Скорее, они помогут ранее обученным специалистам применить эти вмешательства у людей, живущих с ВИЧ/СПИД. С другой стороны, медицинские работники, которые не знакомы с этими подходами, но видят полезность той или иной модели для своей работы, могут далее читать специальную литературу по проблеме и стремиться пройти обучение, чтобы уметь оказывать квалифицированные услуги. Специалист, однажды обучившийся по этим моделям, может использовать в дальнейшем данные принципы для повышения эффективности своей работы как части комплексной программы лечения, ухода и поддержки при ВИЧ/СПИД.

Наукове видання

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ВІЛ/СНІД

(російською мовою)

Літературний редактор *Л. Логвиненко*
Комп'ютерна верстка *Н. Погорєлової*

Підписано до друку 10.04.07. Формат 84×108/16. Папір офс. Гарнітура Petersburg.
Друк офс. Ум. друк. арк. 15,96. Ум. фарб.-відб. 16,38. Обл.-вид. арк. 8,85.

Міжнародний Благодійний Фонд Видавництво «СФЕРА».
Україна, 04107, м. Київ, пров. Делегатський, 3.
Тел.: (044) 483-06-60, факс: (044) 483-32-89. E-mail: sphera@viaduk.net
Свідоцтво про внесення у Державний реєстр видавців
ДК № 233 від 07.11.2000 р.

П86

Психічне здоров'я та ВІЛ/СНІД / Пер. з англ. — К.: Сфера, 2007. — 152 с.
ISBN 966-8782-36-4.

«Психічне здоров'я та ВІЛ/СНІД» — це керівництво для спеціалістів первинної та вторинної ланок медичної допомоги. Воно полегшить їм діагностування й лікування психічних розладів у людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, через консультування, організацію груп підтримки й психотерапевтичні втручання. Крім того, наголошено на важливості підтримки організації і систем, яка гарантуватиме інтегрування служби психічного здоров'я як компонента програм антиретровірусної терапії.

Для спеціалістів, які надають допомогу хворим на ВІЛ/СНІД, лікарів-психіатрів і для всіх, хто опікується проблемами цієї категорії людей.

ББК 56.14+55.1