


**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ,
ИМЕЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬ
ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ,
ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

ПОСОБИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Москва, 2009



Данное пособие разработано Фондом «Здоровая Россия» в сотрудничестве с Центром коммуникативных программ Университета им. Джона Хопкинса (JHU/ССР) при поддержке Агентства США по международному развитию (USAID). Пособие подготовлено с использованием собственного опыта авторов, доказательно обоснованных данных международной практики, наиболее авторитетных отечественных и зарубежных руководств и посвящено консультированию – профессиональной форме межличностной коммуникации относительно вопросов, связанных с инфекцией, вызываемой вирусом иммунодефицита человека. Эти вопросы могут обсуждаться медицинскими работниками с пациентами, входящими в группу риска заражения ВИЧ-инфекцией, в связи с употреблением или злоупотреблением ими психоактивными веществами.

Пособие предназначено не только для наркологов, но и для широкого круга медицинских специалистов и медицинских работников, например, медсестер и студентов медицинских вузов, практически не имеющих опыта работы с пациентами инфицированными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и/или потребителями психоактивных веществ.

Задачи пособия:

- ознакомить специалистов с особенностями консультирования ВИЧ-инфицированных пациентов, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ),
- описать различные стратегии консультирования пациентов имеющих опыт внутривенного употребления наркотиков,
- обосновать пациент-центрированный подход к оказанию помощи таким пациентам, как наиболее эффективный,
- охарактеризовать особенности до- и послетестового консультирования пациентов, имеющих зависимость от наркотиков.

Пособие является частью пакета обучающих материалов, разработанных Фондом «Здоровая Россия» и призванных помочь медицинским работникам получить навыки консультирования.

Авторы:

Беляева Валентина Владимировна - ведущий научный сотрудник Российского Федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом, д.м.н.

Хан Галина Николаевна, координатор программ реабилитации наркозависимых пациентов Региональной общественной организации «Возвращение» г. Санкт-Петербурга, к.психол.н.

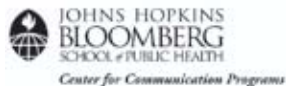
Резник Александр Михайлович – заведующий кафедрой психиатрии Института усовершенствования врачей Минобороны РФ, к.м.н.

Рюмина Ирина Ивановна, руководитель направления «Медицина и общественное здравоохранение» Фонда «Здоровая Россия», д.м.н.

Рецензенты:

Кошкина Евгения Анатольевна – руководитель отделения эпидемиологии и организации наркологической помощи Национального научного центра наркологии, профессор, д.м.н.

Шамов Сергей Александрович – научный руководитель наркологической больницы №17 г. Москвы, д.м.н., заслуженный врач РФ.



Публикуется при содействии Отдела здравоохранения Агентства США по международному развитию, по условиям гранта No.1 18-A-00-02-00156. В настоящем издании отражены мнения авторов, которые не обязательно совпадают с точкой зрения Агентства США по международному развитию.

Пособие одобрено Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и может быть использовано в практической работе учреждений здравоохранения.

© Проект «Здоровая Россия», 2020

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВИЧ-инфекция среди потребителей наркотиков в России	4
2. Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции людей, имеющих опыт употребления ПАВ	7
3. Употребление наркотиков и наркотическая зависимость. Консультирование и изменение поведения	12
4. Взаимоотношения пациента и медицинского работника при консультировании по вопросам ВИЧ инфекции	18
5. Мотивационное консультирование как метод, направленный на изменение поведения	30
6. Особенности до-тестового консультирования пациентов, имеющих зависимость от наркотиков	36
7. Особенности после-тестового консультирования пациентов, имеющих зависимость от наркотиков	44
Заключение	51
Приложение. Психологические особенности пациентов, связанные с употреблением и злоупотреблением психоактивными веществами в Российской Федерации	52
Литература	63



1. ВИЧ ИНФЕКЦИЯ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ В РОССИИ

В Российской Федерации широко распространено мнение, что люди, имеющие опыт употребления психоактивных веществ (ПАВ), входят в группу повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией из-за небезопасной практики употребления наркотических средств и небезопасного сексуального поведения. Они являются основным источником распространения ВИЧ-инфекции. В таких условиях, по мнению медицинских работников, наличие антител к ВИЧ, а также маркеров вирусного гепатита могут выступать в роли косвенных признаков, свидетельствующих об употреблении наркотиков. При всей крайности таких представлений, потребители ПАВ действительно имеют повышенную опасность инфицирования вирусами иммунодефицита и гепатитов В и С (1-4).

В Российской Федерации, вплоть до 2005 г., инъекционное употребление наркотиков было основным путем передачи ВИЧ. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом до 85% всех ВИЧ-инфицированных заразились путем небезопасного введения психоактивных веществ. (5). На конец сентября 2007 года количество случаев заражения ВИЧ-инфекцией, связанных с употреблением ПАВ, составило примерно 83% от всех случаев с известной причиной заражения.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России находится в концентрированной стадии. Это значит, что риск заражения ВИЧ-инфекцией всего населения незначителен, так как согласно современным эпидемиологическим данным инфекция распространяется преимущественно среди определённых групп населения, не захватывая население страны в целом. Одну из таких групп повышенного риска составляют потребители ПАВ, в том числе и потребители инъекционных наркотиков (ПИН).

Исследования популяций потребителей ПИН, проведенные в регио-

нах Российской Федерации, показали, что удельный вес ВИЧ-инфицированных в этой группе риска колеблется от 0,5 до 70% (7). По данным Российского Национального научного центра наркологии, в 2005 году среди 370 тысяч человек, зарегистрированных в наркологической службе как потребители инъекционных наркотиков, 9,3% были инфицированы ВИЧ (10).

Поведение и способы употребления наркотиков лицами, имеющими опыт употребления наркотиков и лицами, имеющими зависимость от наркотических средств, могут существенно отличаться в зависимости от места проживания и от конкретного человека. Тем не менее, в каждом регионе, районе и городе существуют определенные условия, которые неизменно связаны с инфицированием и распространением ВИЧ-инфекции. Факторами риска заражения ВИЧ и вирусами гепатитов В и С среди потребителей ПАВ, отмеченными на территории Российской Федерации, являются:

- *использование одного шприца или иглы последовательно (без промежуточной дезинфекции) несколькими лицами, использующими ПАВ (при этом некоторые авторы отмечают, что ВИЧ-инфицированный пользователь инъекционных наркотиков, в среднем способен заражать не менее двух наркопотребителей ежегодно (11);*
- *забор раствора наркотического вещества, содержащего кровь ВИЧ-инфицированного лица, из общей емкости (сосуда или шприца большого размера);*
- *употребление распространяемых готовых растворов наркотических веществ, потенциально инфицированных ВИЧ (при приготовлении раствора с использованием инфицированной крови и/или при «снятии пробы» ВИЧ-инфицированным потребителем);*
- *использование предметов (банки, чашки, ложки, вата, фильтры и др.), загрязненных кровью ВИЧ-инфицированных лиц при*



предыдущих контактах;

- использование несколькими наркопотребителями общей емкости с одним раствором (водой) для промывания бывших в использовании шприцев и/или игл;
- незащищенные половые контакты (с частой сменой половых партнеров) с лицами из числа потенциально инфицированных, либо входящих в группы риска по ВИЧ инфекции.

В Российской Федерации:

- 83% скрытых потребителей ПАВ когда-либо применяли инъекционные приспособления уже бывшие в употреблении.
- Более 60% скрытых потребителей ПАВ регулярно имели интимные отношения (более чем с одним партнером) без использования средств барьерной контрацепции -презервативов (15).

2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЛЮДЕЙ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ


Эффективное противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции может быть достигнуто только при организации общесистемного взаимодействия различных учреждений и организаций:

- *системы здравоохранения,*
- *охраны общественного порядка,*
- *средств массовой информации,*
- *общественных и частных организаций.*

Систематическая работа по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей ПАВ должна проводиться на всех уровнях и во всех организациях, в которых только возможно осуществление какого-либо контакта с лицами, подвергающимися риску инфицирования ВИЧ, в частности, потребителями наркотических средств. Такой подход диктуется тем, что представители этой труднодоступной группы могут вообще не обращаться за медицинской помощью и/или скрывать имеющийся риск заражения ВИЧ. Это является серьезным препятствием на пути эффективного решения проблемы предотвращения передачи ВИЧ-инфекции посредством проведения мероприятий среди них и их обучения профилактике гемоконтактных инфекций и инфекций, передающихся половым путем.

Консультирование показало себя наиболее эффективной формой такой работы.

Согласно определению, данному в глобальной программе ВОЗ по борьбе со СПИДом «консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа – это конфиденциальный поддерживающий диалог между обратившимся лицом и консультантом, дающий обратившемуся возможность преодолеть стресс, а также принять решение относительно ВИЧ-инфекции»



Из определения следует вывод, что **консультирование является методом не только профилактики ВИЧ-инфекции, но и оказания эмоциональной и психологической поддержки** всем тем, кого затронула эта проблема.

Для установления и поддержания доверительных отношений между потребителем ПАВ и консультантом важно создание конфиденциальной, поддерживающей и структурированной среды. Это лежит в основе решения проблемы по снижению риска инфицирования ВИЧ.

Важно, что в определении консультирования, данном ВОЗ, приоритеты расставлены следующим образом: *вначале - преодоление стресса, а затем - принятие решения относительно ВИЧ-инфекции*. Психологическая поддержка, оказанная специалистом, дает возможность обратившемуся человеку преодолеть тревогу, страх, повысить степень уважения к себе. В конечном итоге, удачно созданная обстановка при проведении консультирования формирует надежно защищенного пациента, который обретает психологическую устойчивость, необходимую потребителю ПАВ для сокращения или прекращения употребления наркотиков. В свою очередь консультант получает удовлетворение от проделанной им эффективной работы.

Психологическая поддержка

Не означает, что врач должен взять на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение больного: **главные ресурсы скрыты в самом пациенте**.

Использование этих ресурсов станет возможным, если больной осознает: **врач намерен помогать, а не заставлять**.

Принципиально важным является создание *психологически благоприятной безопасной среды*, способствующей привлечению и удержанию пациентов на этапах консультирования и оказания медицинской помощи в рамках существующих программ, усиливая тем


самым оказание специализированной медицинской помощи ВИЧ инфицированным пациентам (4).

Доверие возникает тогда, когда

- Пациент чувствует, что ему готовы помочь
- Его внимательно выслушивают
- Он чувствует себя в безопасности

Доверительная атмосфера создает более искренние и устойчивые отношения пациента с врачом и дает повод надеяться, что в дальнейшем пациент будет расположен к еще более откровенному обсуждению особенностей своего поведения в связи с болезнью. Существенным препятствием на пути установления доверительных отношений с врачом-специалистом становится накопленный негативный опыт общения с медицинскими работниками, приобретенный в результате многократных безуспешных, либо малоэффективных попыток пациента прекратить употребление наркотиков. Это включает недоверие системе здравоохранения и мнение, что лечение наркотической зависимости ничего не даст пациенту. Поэтому успешный консультант должен рассказать пациенту о пользе консультаций как значимого подхода к решению вопросов, связанных с употреблением ПАВ и рискованным поведением в отношении заражения ВИЧ.

В России консультирование появилось практически сразу после начала проведения исследований на наличие антител к ВИЧ – в конце 80-х годов. Его стали называть до- и после тестовым. За это время были проведены многочисленные исследования, посвященные изменениям жизни и потребностей пациентов, непосредственно с момента установления диагноза и до развития поздних стадий заболевания. Эти исследования включали изучение проблем социально-психологической адаптации к болезни, новых специфических препаратов для лечения ВИЧ-инфекции и оппортунистических забо-



леваний. Данные, полученные в ходе этих исследований, были собраны и проанализированы. Результаты исследований указывают на наличие в жизни пациентов периодов, когда они наиболее уязвимы и нуждаются в еще большей поддержке и получении дополнительной помощи. Одновременно с расширением возможностей диагностики и лечения совершенствовались и навыки оказания этой поддержки, разрабатывались особенности консультирования различных целевых групп, таких, к примеру, как потребители инъекционных наркотиков, женщины, подростки, люди, принимающие участие в оказании помощи пациентам.

В настоящее время различают следующие виды консультирования по вопросам ВИЧ инфекции (1):

- *до- и после-тестовое консультирование при обследовании на ВИЧ;*
- *консультирование при диспансерном наблюдении, включая вопросы приверженности проводимому лечению;*
- *кризисное консультирование;*
- *консультирование в целевых группах;*
- *консультирование по вопросам жизненного сценария;*
- *консультирование по вопросам профилактики и преодоления синдрома эмоционального выгорания медицинских работников, оказывающих помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией.*

При всем многообразии видов консультирования неизменными остаются его основы:

- *конфиденциальность;*
- *доверительность отношений;*
- *достаточное количество времени;*
- *доступность изложения информации.*

Отмечается несколько причин недостаточного использования профи-

лактических возможностей консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, а именно:

- *недоверие к официальной системе здравоохранения, сформировавшееся в результате предшествующего негативного опыта обращения в наркологическую службу;*
- *нежелание обращаться за помощью из-за потенциального риска усиления стигматизации;*
- *неадекватное восприятие сложившейся ситуации;*
- *небрежное отношение к собственному здоровью;*
- *боязнь стресса, усугубления собственной эмоциональной нестабильности;*
- *бесполезность и отсутствие смысла в определении собственного ВИЧ-статуса.*



3. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ.

У консультирования, направленного на профилактику инфицирования ВИЧ, могут быть иные цели, помимо снижения числа случаев передачи ВИЧ от человека к человеку. Дополнительные цели, которые пациент должен принять и достичь, могут меняться и определяться в ходе консультирования.

При консультировании потребителя наркотических веществ *не следует забывать, что во время консультации и беседы человек может находиться под воздействием наркотиков.* В этих условиях необходимо помнить, что, работая с наркозависимым, медицинский работник фактически имеет дело с человеком, чьим поведением, временем, мыслями, чувствами, отношениями с другими людьми и самой его жизнью управляет собственно наркотик.

Поэтому отношение наркозависимого лица к ВИЧ-инфекции, осознание риска заражения или риска передачи вируса иммунодефицита, вирусов гепатита В и С, а так же инфекций, передающихся половым путем, формируется и реализуется на фоне наркотического поведения.

В данной ситуации задачей консультанта является создание атмосферы поддержки и установление доверительных отношений, что позволит обсудить рискованное поведение и необходимость изменить его, и приведет к тому, что в конечном итоге пациент изменит поведение на менее рискованное.

Многие потребители наркотиков избегают обследования на ВИЧ и не желают ничего знать о своем ВИЧ статусе или иных признаках инфекций. В этом случае консультант должен усилить мотивацию пациента, так как ни обследование на ВИЧ, ни наличие возможности получения дальнейшего лечения в случае получения положительно-

го результата, ни ослабленный иммунный статус, вызванный развитием болезни и её переходом в СПИД, не служат для него поводом для улучшения здоровья.


В случаях, когда доступ потребителей наркотических веществ к получению медицинской помощи и лечения ограничены из-за страха и стигматизации, консультанту приходится работать с пациентом, которому поздно был поставлен диагноз и необходимо срочно начать проведение эффективного лечения. Это может оказаться сложной задачей. Однако консультант может дать потребителю ПАВ стимул для положительного решения вопроса об обследовании на ВИЧ и принятии других профилактических мер с целью защитить себя и других от инфицирования ВИЧ.

У потребителей психоактивных веществ могут существовать свои приоритеты с точки зрения до- и послетестового консультирования при обследовании на ВИЧ-инфекцию. По данным Региональной общественной организации «Возвращение» (Санкт - Петербург) основной проблемой для людей, зависимых от наркотиков, обследование которых подтвердило наличие ВИЧ-инфекции, является факт наличия наркозависимости, а не ВИЧ-инфекция.

Результаты исследования

Среди пациентов реабилитационного наркологического центра был проведен опрос на предмет выяснения первостепенной значимости получения ими помощи у различных медицинских специалистов.

По представлению пациентов, у которых не была диагностирована ВИЧ-инфекция (в случае их инфицирования ВИЧ) первоочередная потребность может возникнуть потребность в помощи врача-инфекциониста и психолога как первоочередная. В то же время, все опрошенные ВИЧ-инфицированные пациенты, в качестве самого важного для них специалиста назвали врача-нарколога.



Действительно, для этих потребителей наркотиков получение наркологической помощи очень важно, т.к. наркотическая зависимость является основным заболеванием, требующим лечения для улучшения качества жизни. В момент постановки этим пациентам диагноза ВИЧ-инфекция, наркотическая зависимость уже оказала серьезное разрушительное действие на психическое, соматическое, социальное и духовное здоровье пациента.

Консультанту важно понимать, как пациент психологически реагирует на наличие наркотической зависимости и ВИЧ инфекции. С одной стороны, механизмы психологической защиты пациента могут уберечь потребителя наркотических веществ от отчаяния, что даст возможность консультанту заняться решением одной проблемы или сразу нескольких. С другой стороны, пациент может отказаться от дальнейшего консультирования, не увидев свою жизненную ситуацию и не приняв взвешенного решения в связи с наркоманией. Распространенным явлением, с которым приходится сталкиваться консультанту, является подход наркозависимых пациентов к оценке своего наркопотребления. Он состоит в том, что потребители ПАВ считают свою зависимость временной проблемой, решить которую можно будет в любой момент в будущем.

Распространенные мифы:

- *«Человек может сам прекратить употреблять наркотики, для этого достаточно лишь действительно захотеть отказаться от них, иметь твердую волю и сильный характер»*
- *«Можно принимать наркотики лишь время от времени, и у многих это получается»*

Эффективное консультирование по вопросу ВИЧ-инфекции признает, что *потребители наркотических веществ должны изменить своё поведение, и, следовательно, в эффективное консультирование дол-*


жен быть включён компонент, направленный на мотивацию изменения поведения.

- В ходе консультирования консультант должен определить рискованное поведение пациента. Затем «следовать за пациентом», то есть устанавливать степень готовности пациента к изменению своего поведения, полагаясь на его готовность к перемене в его жизни. Например, консультант может применить методы проведения мотивационного интервью с целью стимулирования снижения риска инфицирования при приеме наркотических веществ за счет приёма меньших доз наркотического вещества или даже формирования понимания необходимости отказаться от приема наркотиков.
- От готовности пациента к общению и принятию психологической поддержки зависит и содержание обсуждения тактических шагов. При этом стратегической доминантой является мотивация на наркологическое лечение с последующей реабилитацией.

Создание атмосферы поддержки и установление доверительных отношений между консультантом и пациентом может помочь консультанту побудить пациента изменить поведение и усилить взаимодействие между пациентом и другими медицинскими работниками, принимающими участие в оказании помощи.

Все медицинские работники, оказывающие помощь при ВИЧ-инфекции, должны применять поддерживающий, ориентированный на пациента подход к уходу и лечению.

Опыт реализации проекта по предоставлению специфической антиретровирусной терапии в муниципальных медицинских учреждениях Санкт-Петербурга в 2007 году (15), показал, что мотивационная работа, проводимая врачом-инфекционистом, строилась применительно



к лицу со здоровой психикой, без учета приема больным наркотических веществ. Невнимание к наличию у больного наркозависимости и отсутствие поддерживающей среды наносит вред пациенту. Подобное отношение может кардинальным способом изменить систему приоритетов и ценностей пациента и, в конечном счете, определить стратегию и тактику поведения пациента, при которой пациент откажется от искреннего и честного обсуждения с медицинским работником состояния своего здоровья и поведения.

Следует помнить, что неэффективно и бесполезно убеждать пациента, имеющего опыт длительного употребления наркотиков, что с наркотиками у него нет будущего, и что наркозависимость приведет к тому, что от него отвернется его семья. Наркоман знает и испытывает это на себе.

Медицинский работник должен обязательно обсуждать с консультантом вопросы, связанные с ВИЧ-статусом больного и наркотической зависимостью с целью обеспечения непрерывности ухода за пациентом и его лечения.

При решении вопросов по поводу продолжительного ухода и лечения, связанных с употреблением психоактивных веществ и ВИЧ, неэффективным является наличие нескольких подходов «пациент-врач», отличающихся друг от друга. Наиболее эффективно использование непрерывного поддерживающего подхода, *который делает акцент на честном диалоге больного и медицинского работника, таком, при котором возникающие проблемы, связанные с потреблением ПАВ и ВИЧ, могут быть затронуты пациентом и будут решены с помощью медицинского работника.*

Неэффективным является снисходительное поведение со стороны медицинского работника, при котором он пытается убедить наркозависимого изменить свою жизнь и поведение под воздействием

«правильных слов», и при этом ждет, что поведение пациента изменится, и никогда более не будут допущены ошибки, имевшие место ранее.

Подобный подход приводит к обратному результату: он только усиливает стигматизацию и отчуждение наркозависимых к системе здравоохранения. В ответ потребители наркотических веществ могут сказать, что им неоднократно рассказывали об этом другие специалисты, которые безуспешно на протяжении продолжительного времени лечили их от наркотической зависимости. Следует постоянно помнить, что наркомания – это тяжелое заболевание, затрагивающее все сферы жизни человека, при котором поражается не только тело, но и психика, социальные механизмы взаимодействия, отношения с людьми и групповые ценности. Для успеха консультирования чрезвычайно важно создать атмосферу конфиденциальности, доверия, понимания, но не осуждения консультируемого пациента. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию является пациент-центрированным подходом.




4. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТА И МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ ИНФЕКЦИИ

Основой отношений между врачом и больным было и остается доверие. Еще недавно все сводилось к тому, что больной доверял врачу и давал ему право принимать решение. Врач “исключительно в интересах больного” поступал так, как считал нужным, основываясь исключительно на своем суждении. Наиболее предпочтительным и гуманным считалось держать больного в неведении и не вовлекать его в решение сложных медицинских проблем, касающихся его состояния. Согласно бытовавшему еще сравнительно недавно мнению, это даже повышало эффективность лечения, избавляя пациента от сомнений и неуверенности. Больной доверял врачу, а врач брал на себя всю заботу о нем, врач не делился с больным своими сомнениями и скрывал от него неприятную правду. И сейчас доверительные взаимоотношения врача и больного в большой степени определяют успех медицинской помощи, однако они должны строиться на иной основе: в современной медицине врач и больной, прежде всего, партнеры, которые устанавливают диалог по вопросам оказания медицинской помощи больному и обсуждают взгляды врача на лечение. И больной и врач делятся сомнениями и сообщают друг другу полную правду.

Эффективное консультирование по вопросу ВИЧ-инфекции основано на изменениях, происходящих в современной медицине, и включает ряд характеристик, которые ориентированы на пациента и которые способствуют созданию более доверительной обстановки, что приводит к диалогу на тему личных, поведенческих и медицинских проблем.

Таблица 1. Различия традиционного общения медицинского работника с пациентом и консультирования

Традиционное общение с пациентом	Консультирование
<p><i>1. Общение по вертикали</i></p> <p>Доминирует четкая иерархия отношений: Врач – выше, пациент – ниже. Врач – большой, пациент – маленький. Врач – родитель, пациент – ребенок, дело которого помалкивать и слушаться. Врач выступает в роли эксперта, не получающего полной информации от пациента и составляющего впечатление о нем, а впоследствии и формирующего решение только на основе субъективного опыта. Вероятность ошибки из-за отсутствия доверия и индивидуального подхода к пациенту велика.</p>	<p><i>1. Общение по горизонтали</i></p> <p>Специалист и пациент - партнеры и единомышленники, идущие к общей цели: усилению здорового начала, восстановлению целостности человека, который осознал медицинскую проблему, и, как никто другой знает свои проблемы и возможности, поэтому может выступать главным экспертом в этом партнерстве. Специалист должен не только профессионально разбираться в современных методах диагностики и лечения, но, что не менее важно, уметь слушать и слышать своего пациента и знать о его нуждах.</p>
<p><i>2. Диагноз</i></p> <p>Целью общения является установление диагноза и дача рекомендаций. Кроме того, диагноз в медицинском учреждении, особенно в стационаре, нередко служит «именем» пациента, а часто и вовсе его заменяет. Так, медицинский персонал часто</p>	<p><i>2. Человек важнее и сложнее</i></p> <p>Принцип холизма, целостности в подходе к человеку, утверждает на практике, что в человеке все взаимосвязано. Состояние физического тела человека, соматического здоровья или нездоровья тесно связаны с состоянием его психики. Количество</p>



говорит о больных в терминах их диагнозов: «Прободная язва в пятой у окна», «Диабет на седьмой». В этом нет ничего трагического, если подобное отношение носит ситуативный характер и им ограничивается. Хуже, если подобное отношение распространяется на все сферы взаимоотношений пациента и медицинского специалиста. Еще Гиппократ учил «лечить не болезнь, а больного человека».

психосоматических заболеваний, в происхождении и развитии которых большую, зачастую определяющую роль, играют психологические факторы: настроение человека, его самооценка, переживание стресса и даже жизненный стиль и ценности, неуклонно растут.

Социальное окружение человека, содержание отношений со значимыми людьми, их «знак»: значимо положительные или значимо отрицательные, наличие или отсутствие признания и социальной поддержки, в свою очередь, влияют на психическое состояние. Будет ли человек бороться за свою жизнь и здоровье и как быстро в связи с этим пойдет выздоровление – факторы не соматического порядка.

3. Указание на ограничения

При традиционном лечении одной из обязанностей врача после выставления диагноза является указание на ограничения. Например, врач-нарколог говорит больному алкоголизмом: «Вам пить вообще нельзя. Ни одной рюмки. Постарайтесь не

3.Нахождение возможностей

Наркотики, как правило, играют роль универсального компенсатора определенных потребностей человека. Если пациенту, страдающему зависимостью от алкоголя или наркотиков, не рекомендуется принимать их даже в малых дозах («пробовать»), а

ходить на семейные торжества, в гости или к друзьям, если там будет алкоголь. Вы все свое уже выпили, теперь терпите».

тяга сохраняется, то вместе с ограничениями необходимо найти вместе с пациентом то позитивное, что даст ему облегчение и состояние удовлетворенности. Ему необходимо избегать ситуаций и предметов, которые напоминали бы ему о наркотиках, а также избегать людей, общение с которыми сводилось бы к вопросу употребления наркотиков. Однако, возобновление общения с людьми, отношения с которыми были прерваны именно по причине употребления пациентом психоактивных веществ – одна из таких возможностей. Если наркотик или алкоголь играли роль посредника между пациентом и другими людьми и облегчали общение, значит такое «общение» и есть та ниша, которую они заполнили. Помочь человеку почувствовать себя свободным и достойным собеседником, раскрепоститься, поверить в себя помогут как доверительная атмосфера контакта со специалистом, так и специальные «тренинги» – репетиции. Необходимо помнить, что человеку всегда легче двигаться



	<p>к чему-то, чем от чего-то. Если совместно с пациентом медицинский работник найдет новые привлекательные возможности в настоящем и будущем, это и будет служить мощным положительным фактором, направленным на выздоровление.</p>
<p>4. Акцент на недостатках</p> <p>Сосредоточение на диагнозе, ограничениях, недостатках само по себе не приводит к усилению здорового начала и укреплению ресурсов, помогающих справиться с заболеванием. Пациент приучается «жить в тени болезни».</p>	<p>4. Нахождение достоинств</p> <p>Если человек, которого консультируют, согласен общаться или проявил хотя бы какую-нибудь инициативу в поисках помощи и стремился к изменениям – он уже достоин поддержки, одобрения и похвалы.</p> <p>Если консультант внимательно слушает человека, а еще лучше – целенаправленно задает вопросы, нацеленные на выявление тех его внутренних ресурсов, которые помогали и помогают ему справляться со сложными жизненными ситуациями, то он может обнаружить уникальные, присущие именно этому человеку положительные личностные качества.</p> <p>Если он поделится своими догадками и впечатлением с самим пациентом, то это будет и</p>


	поддерживающим и мотивирующим на позитивные изменения результатом консультирования.
<p><i>5. Пациент как объект</i></p> <p>Пациент рассматривается как объект воздействия и приложения профессиональных сил специалиста. Врач может дать рекомендации, которые пациент вообще не будет выполнять. Брать на себя принятие решений за кого-либо – значит, признавать его недееспособным, лишать собственной силы, в конечном итоге, инвалидизировать.</p>	<p><i>5. Пациент как субъект</i></p> <p><i>Каждый человек является субъектом, постоянно осуществляющим жизненные выборы, он творец своей жизни, своего развития. Только сам пациент знает, чего он на самом деле хочет, а также какие цели он может поставить перед собой и каких целей добиться.</i></p>

Эффективное консультирование потребителей наркотиков при обследовании на ВИЧ-инфекцию направлено на:

- *признание личной ответственности пациента за свое поведение и его последствия;*
- *усиление чувства собственного достоинства, уверенности в своих силах;*
- *усиление позитивных личностных ресурсов.*

Если бы консультирование осуществлялось в традиционной опекающей манере, пациент еще больше утверждался бы во мнении, что забота о его здоровье осуществляется другими людьми, «которым за это платят деньги и с которых требуют показатели»

Такой взгляд на ситуацию не приведет к изменению поведения и снижению риска инфицирования ВИЧ. Установление конфиденци-



ального, доверительного диалога, ориентированного на пациента, является важным шагом на пути создания атмосферы поддержки, призванной решить личные поведенческие и медицинские проблемы. Являясь частью процесса консультирования, такой диалог акцентирует внимание на пациенте.

В процессе консультирования медицинский работник должен найти ответы на многие вопросы, которые могут определять последующий успех общения. В первую очередь это касается выявления актуальных потребностей пациента, поэтому необходимо узнать, какие потребности являются для пациента наиболее актуальными.

Например,

- трудно ожидать от человека разумных действий и приверженности специалистам и лечению, если он находится в состоянии глубокого психологического кризиса. В этом случае, совместные усилия консультантов при выполнении ими различных профессиональных обязанностей, могут быть направлены на поддержку такого пациента.
- Если на первый план выходят проблемы, связанные с активным употреблением наркотиков, то формирование мотивации, направленной на рассмотрение возможности лечения наркомамии крайне важно для выдвижения предложения о медицинской наркологической помощи в стационаре с проведением последующей реабилитации.

Компетенция консультанта, его личная помощь и возможности организации.

Ресурсы – это то, что в первую очередь может предложить консультант. Кроме своей профессиональной помощи специалист может предложить пациенту информацию как относительно непрофессиональных групп поддержки, так и профессиональных возможностей и


графика работы других специалистов этого же учреждения или организации или по месту жительства больного.

Группа равных или непрофессиональная группа поддержки являются важными дополнительными ресурсами при проведении консультирования.

- *Группы равных состоят из лиц, прошедших лечение по поводу наркотической или алкогольной зависимости, которые, соответственно, могут помочь провести пациента через «процесс выздоровления».*
- *Как лица, испытавшие на себе наркотическую зависимость, группы равных являются примером для подражания для лиц, заинтересованных в изменении поведения.*
- *Также группы равных обеспечивают механизм поддержки в сообществе, где живет потребитель психоактивных веществ и испытывает тягу к наркотикам. Таким образом, группы равных обеспечивают важный механизм поддержки в период, когда консультанта нет рядом.*

Профессиональные обязанности медицинского работника и возможности каждого специалиста и сотрудника, работающего с пациентом, должны быть изложены пациентам понятным языком, особенно тем, кто был на протяжении продолжительного периода времени исключен из системы оказания медицинской помощи.

- Так, **врач-инфекционист** может собрать медицинский анамнез, осмотреть, назначить необходимое лабораторное исследование, поставить диагноз, назначить лечение, информировать о состоянии здоровья самого пациента, провести беседу с членами семьи, партнером.
- **Психолог** ответственен за проведение профессиональной диагностики с помощью разнообразных методик, проведение дифференциальной диагностики с целью выявления возможной



неврологической или психиатрической патологии. Он проводит психологическое индивидуальное и семейное консультирование или групповую работу по профилактике рецидива, формированию приверженности лечению.

- **Медицинская сестра** должна следить за выполнением пациентом предписаний, при необходимости рассказать о действии лекарственных препаратов, режиме питания. Медицинские сестры могут поддерживать непосредственный контакт с членами семьи пациента, интересоваться самочувствием и настроением пациента, соблюдением им разумного режима труда и отдыха, напоминать о планируемом приеме врача и других медицинских мероприятиях.

Важно информировать пациента и о возможностях находящихся за пределами данного учреждения специализированных служб и организаций, например, неправительственных организаций, которые могут оказать ему медицинскую и социальную помощь (специализированную наркологическую, социальную, инфекционную помощь, помощь в профессиональном обучении, в решении жилищного вопроса).

Во время общения с пациентом консультанту важно обращать внимание на свои чувства, возникающие в ходе беседы, отмечать появление раздражения, осуждения, негодования. Такие негативные чувства, если они будут выражены напрямую или продемонстрированы пациенту, снизят эффективность консультирования и разорвут установившиеся и связывающие пациента и консультанта отношения. Необходимо, чтобы консультант постоянно вел беседу в позитивном ключе для достижения поставленных целей.

Пример:

Неверно	Верно
<p>Консультант:</p> <p>«..Мы договаривались, что Вы, по крайней мере, позвоните, ведь люди для Вас, по нашей просьбе, задержались на работе, Вы говорили, что нуждаетесь, просили помочь...»</p> <p><i>Комментарий: консультантом руководит раздражение и чувство вины перед коллегами, и он вымещает его на пациентке.</i></p>	<p>Консультант:</p> <p>«Вы говорили, что самая большая проблема для Вас сегодня – трудоустройство, что организованный день и регулярный заработок очень помогли бы Вам справиться с колебаниями настроения, и Вы могли бы продолжать лечение, принимать препараты, чувствовали бы себя увереннее. Верно?»</p> <p><i>Комментарий: Консультант возвращает пациентку к содержанию причин ее обращения, проверяет серьезность ее намерений.</i></p>
<p>Пациентка:</p> <p>«Ну да, извините, я же уже Вам сказала, что у меня ребенок болел (ложь), и мне вообще ни до чего было. Пожалуйста, прошу Вас, помогите мне. У меня только на Вас и надежда, больше я никому не верю».</p> <p><i>Комментарий: типичная манипуляция, замешанная на лести.</i></p>	<p>Пациентка:</p> <p>«Да, но.... Понимаете, у меня ребенок заболел (ложь), и я просто не смогла, извините, я очень ценю Вашу помощь, она мне нужна».</p> <p><i>Комментарий: пациентка «держит» консультанта «про запас, на всякий случай», для одностороннего «использования».</i></p>



<p>Консультант (польщенный):</p> <p>Ну, я не знаю. Мне уже трудно будет о Вас просить. Хотя я, конечно, понимаю, что Вы человек больной, ведь когда наркотики принимаешь, от тебя мало что зависит. Ладно, я, конечно, не могу так просто Вас бросить, попробую что-то придумать. Позвоните мне завтра.</p> <p><i>Комментарий:</i> манипуляция себя оправдала. Направление контакта по-прежнему определяет не консультант, а пациентка.</p>	<p>Консультант:</p> <p>«Я не чувствую, что могу оказать Вам реальную помощь, потому что для этого нужно обоюдное доверие. Если Вы мне не доверяете, я не смогу Вам помочь. Очень важно знать, как на самом деле обстоят дела, считаете ли Вы, что Вам действительно что-то пора менять, что мешает Вам начать изменения».</p> <p><i>Комментарий:</i> не обвиняя пациентку, консультант дает понять, что он распознает ложь, неискренность, и что такое взаимодействие неконструктивно. Консультант направляет беседу.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

В процессе консультирования медицинский работник должен оценить и понять:

- степень готовности пациента к изменению поведения;
- находится ли потребитель наркотиков под воздействием наркотиков в настоящий момент;
- его склонность к рискованному потреблению наркотиков и сексуальному поведению;
- готовность пациента учитывать интересы других людей;
- информированность пациента в вопросах ВИЧ-инфицирования;
- готовность пациента воспринимать информацию;

- наличие или отсутствие у пациента интереса к вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией;
- верит ли наркозависимый в «безопасное употребление наркотиков».



5. МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК МЕТОД, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ

И теория, и практика работы с потребителями наркотиков показывают, что опекающие, директивные методы воздействия не приводят к длительному позитивному результату и не являются оптимальными при консультировании по вопросам ВИЧ-инфекции. Опекающая и директивная медицинская помощь стигматизируют потребителей ПАВ и вызывают у них отторжение от медицинской помощи и лечения. Поэтому потребители ПАВ относятся к опекающей и директивной помощи как к последней надежде и следуют совету специалиста пройти медицинское обследование или обратиться в ту или иную службу только тогда, когда это совпадает с их внутренним запросом, и ими не преследуется цель прекращения употребления наркотиков.

Потребители наркотиков могут обратиться в наркологическую службу для получения направления в стационар чтобы купировать наиболее выраженные проявления абстиненции или за рецептом на тот или иной психотропный препарат. Одни и те же пациенты проходят через стационарные отделения несколько раз в году, причем, средний срок их пребывания ограничивается неделей.

Истинным запросом обычно является не продуманное решение прекратить употребление наркотиков, а достижение временного улучшения своего состояния, нахождение очередного убежища для передышки, решения проблем (9).

В подобных случаях получение направления в стационар или рецепта полностью соответствует потребности пациента, поэтому потребитель ПАВ выполняет предписание специалиста формально и не получает пользы от лечения. На самом же деле необходимо создание доступной пациенту обстановки, которая обеспечивала бы не только свободу от употребления наркотиков, но и оказывала бы поддержку,

давала мотивацию и ресурсы, необходимые потребителю ПАВ для стимулирования изменения поведения.

Работа, направленная на мотивирование потребителя ПАВ к изменению поведения требует иного подхода в консультировании и установления более продолжительного контакта. Примером может послужить *мотивационное интервью*.


Проведение мотивационного интервью является методом:

- *ориентированным на пациента,*
- *недирективным*
- *усиливающим внутреннюю мотивацию к изменению поведения пациента путем формирования противоречия, изучения и устранения его двойственного отношения к изменению поведения.*

Мотивационное интервьюирование не является конфронтационным по своей природе, и больше всего подходит для работы с потребителями ПАВ с рискованным поведением, которые экспериментируют с наркотиками и не осознают наличие у них зависимости. Эти лица не относятся к числу тех, кто обращается за медицинской помощью, и, скорее всего, они «воспримут в штыки» идею изменения своих привычек в употреблении наркотиков. При работе с такими пациентами консультант подбирает конкретные вопросы и утверждения, побуждающие к размышлению, направляющие беседу в русло изменения поведения и позволяют потребителям наркотиков более глубоко взглянуть на их двойственное отношение к приему наркотиков.

При мотивационном интервьюировании, стремясь к тому, чтобы его работа была эффективной, консультант НЕ ИСПОЛЬЗУЕТ

- *убеждение,*
- *принуждение,*
- *давление*
- *порицание пациента.*



Цель мотивационного консультирования - помочь пациентам разобраться в их противоречивых стремлениях таким образом, чтобы они сами озвучили необходимость перемен, найдя, таким образом, обоснование для изменения поведения.

При анонимном опросе женщин, занимающихся коммерческим сексом, об использовании ими средств индивидуальной защиты (презервативов) при работе с клиентами, большая часть ответила, что использует их более чем в 60% случаев. Фактически, та же часть выборки на вопрос, сколько раз были использованы презервативы в течение последних 3-х дней, назвала лишь несколько единичных случаев.

Как правило, прямые вопросы о рискованном поведении (использовании совместного оборудования для приготовления и употребления наркотика, использовании средств защиты при сексуальных контактах, частоте смены половых партнеров и информированности об их ВИЧ-статусе) не дают консультанту необходимых сведений для ведения беседы. Необходим навык формулирования подходящих вопросов. Сведения, получаемые от одного и того же человека, очень отличаются в зависимости от того, как поставлен вопрос. Мотивирующее консультирование рекомендует использовать открытые, а не закрытые вопросы.

Пример:


Мотивационное интервьюирование	Прямой вопрос
«Когда и при каких обстоятельствах Вы употребляли наркотик последний раз?» <i>Комментарий: можно получить информацию о состоянии пациента на данный момент,</i>	«Вы употребляете сейчас наркотика или нет?» <i>Комментарий: можно получить односложный ответ «Да» или «Нет». Кроме того, пациент,</i>

<p>о его индивидуальной манере употребления наркотика, факторах риска.</p>	<p>слыша такой вопрос, уже предполагает варианты ответа и выбирает зачастую наиболее приемлемый для использования в этой ситуации, «ухудшая» или «улучшая» в глазах консультанта свою жизненную ситуацию в зависимости от собственной цели.</p>
----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Мотивирующее консультирование предоставляет медицинским работникам возможность получить более живую и объемную картину потребностей и поведения пациента, более глубоко понять отношение пациентов к приему наркотиков. Потребитель наркотиков, который не доверяет специалистам, сопротивляется глубокому контакту с консультантом, в результате которого может открыться его глубокое, истинное «Я». Примером такого мотивирующего консультирования может служить прием «Расскажите о своем обычном дне». Попросите пациента рассказать о его обычном дне. Уже первый вопрос пациента: «О каком дне: рабочем или выходном?», может дать информацию о его занятости, социальном окружении:

- как и когда он просыпается и где это происходит;
- чьи голоса он слышит, кто готовит ему завтрак и т.д.;
- идет ли он на работу, чем он там занимается, с кем общается, какое у него настроение, ждет ли окончания рабочего дня;
- что делает после работы, кто ждет его и где, сразу ли идет домой;
- какое настроение бывает вечером, о чем думает перед сном и т.д.

Такое развитие консультирования позволяет узнать о социальной



ситуации, психологическом состоянии, проблемах и ресурсах пациента:

- *где и с кем он проживает: каково его ближайшее социальное окружение (гражданская жена, друзья - потребители наркотиков или родительская семья и т.д.), окружение проблемное или здоровое (есть ли рядом с ним люди, злоупотребляющие алкоголем, наркотиками, применяется ли насилие), отношение окружающих к нему (доброжелательное или враждебное, поддерживающее или разрушающее);*
- *работает ли он, какова его работа, требует ли она специальных навыков, с кем он общается по работе, нравятся ли ему работа и общение, с трудом ли дожидается окончания рабочего дня, или с грустью идет домой и т.д.;*
- *как часто он думает о наркотиках и алкоголе в течение дня, как меняется его настроение (в худшую и лучшую сторону и от чего), каков обычный фон настроения;*
- *есть ли у него постоянный сексуальный партнер, употребляет ли партнер наркотики, где и как они встречаются, и в каком состоянии, контролирует ли пациент свое сексуальное поведение в состоянии наркотического опьянения, или ответственность лежит на партнере.*

Используя этот прием, консультант не тратит большого количества времени (весь разговор на эту тему может занимать 5-7 минут), но он получает практически достоверную информацию, полезную для оценки, как степени риска, так и ресурсов, а так же готовности пациента к изменениям.

Начните разговор о поведении риска с «позитивных» моментов.

«Вы так долго употребляете наркотики, несмотря на то, что не раз решали закончить с этим, и вот вновь начинаете. Вероятно,

наркотик все же Вам что-то дает, не только отнимает. Что именно дает Вам наркотик? Пусть условно, в кавычках, но что хорошее Вы получаете от него? Что становится лучше и легче «под наркотиком», по сравнению с трезвым состоянием? Зачем он Вам нужен?»

Такое нетрадиционное начало консультирования позволяет понять, что именно несет конкретному пациенту наркотик, в какую психологическую «нишу» он встраивается, на какие потребности «садится». Всё это важно для определения наиболее актуальных проблем поведения пациента и для поиска ресурсов пациента. Данный подход может быть важен для перспективы отношений «консультант-пациент», Обсуждение рискованного поведения способствует повышению доверия к консультанту, снижает настороженность и сопротивление пациента

При мотивационном интервьюировании бесполезно применять нравоучительные утверждения, такие как «употребление наркотиков – зло», «наркотики пора бросать», так как сами по себе они бессодержательны и не имеют смысла для наркозависимого человека. Эти слова пациенты слышали неоднократно от родителей, партнеров, специалистов, и они не являются мотивирующими и не побуждают пациента к действиям по изменению поведения.

Знание наркомании показывает, что от наркотиков не легко отказаться, так как их употребление изменяет физиологию мозга, и для поддержания изменений в работе мозга постоянно возникает потребность в наркотиках. Таким образом, продолжительный прием наркотиков отвечает биологическим потребностям потребителя наркотиков, которые можно преодолеть, применив эффективные меры помощи и программы лечения, включающие мотивирующее консультирование.

6. ОСОБЕННОСТИ ДО-ТЕСТОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НАРКОТИКОВ

Законодательное обоснование обследования на ВИЧ, его этапы и содержание, а также процесс проведения консультирования подробно изложены в пособии для медицинских работников «Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции» (2). Однако существуют особенности консультирования при обследовании на ВИЧ людей, имеющих опыт внутривенного употребления наркотиков.

В настоящее время в РФ наиболее часто обследование потребителей наркотиков на ВИЧ-инфекцию проводится:

- *в наркологических отделениях: больницы и амбулаторных кабинетах;*
- *в инфекционных отделениях;*
- *в Центрах по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями;*
- *в других стационарах и кабинетах (при срочной госпитализации по поводу соматических заболеваний, в отделениях токсикологии, при хирургических вмешательствах, при обращении в кожно-венерологический диспансер и т.д.);*
- *в женских консультациях и родильных домах.*

Условия проведения консультирования в этих учреждениях имеют существенные различия. В Центрах по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями такое консультирование проводится:

- *специально подготовленными консультантами;*
- *в условиях, когда инициатива обследования исходит от самого пациента;*
- *сам пациент заинтересован в результате;*
- *основное внимание уделяется вопросам профилактики пе-*

передачи ВИЧ-инфекции посредством снижения рискованного поведения.


В соматических профильных стационарах, в том числе и наркологическом диспансере, процедура консультирования и тестирования чаще всего является рутинно-принудительной. Пациент попадает в клинику по разным причинам, и порой выписывается, так и не узнав результата обследования на ВИЧ-инфекцию. Если консультирование все же проводится, то основное внимание уделяется положительной мотивации на обследование. Обсуждение вопросов профилактики рисков заражения и передачи ВИЧ если и происходит, то в ограниченном объеме.

В условиях наркологического стационара забор крови для исследования на ВИЧ-инфекцию, как правило, происходит в первые дни пребывания пациента в стационаре и совпадает по времени с процессом детоксикации. В это время способность пациентов к смысловому восприятию, пониманию и запоминанию информации снижена.

Тем не менее, эффективное консультирование может показать как степень информированности пациента о ВИЧ-инфекции и СПИДе, так и имеющийся у него запас знаний. Умение правильно задавать вопросы поможет выявить ошибочную или искаженную информацию о ВИЧ-инфекции.

Пример из практики

Консультируемый А., 27 лет, стаж употребления наркотиков – 13 лет, неоднократные судимости, в том числе - с отбытием срока (т.е. находился в организованных сообществах с присутствием медицинской службы, неоднократно подвергался обследованию на ВИЧ-инфекцию). Консультация психолога для оценки мотивации пациента на лечение наркомании проходит в наркологическом стационаре. На вопрос о статусе относительно ВИЧ-инфекции



пациент отвечает, что пока, результаты тестов отрицательные, но ВИЧ у него неизбежно будет. При обсуждении рисков передачи (получения) вируса пациент уточнил: «У меня уже давно гепатит В и С, а гепатит же всегда в конце в ВИЧ переходит».

Мышление, внимание, память пациента, проходящего детоксикацию, могут быть временно изменены, пациент обычно истощен. Его вялость и пассивность могут вызвать у медицинского работника желание говорить более громко и эмоционально. Однако оказывать поддержку пациенту нужно спокойным тоном. Такой спокойный, уверенный тон, внимание, с которым консультант ведет диалог и слушает пациента, создают необходимый фон доверия для подлинного контакта и усвоения пациентом информации. Предлагаемая пациенту информация должна быть максимально понятной, излагаться четко, доступным языком. Эмоциональная память об этом останется у пациента, что облегчит и сделает более эффективным последующее консультирование, послужит базой для длительного взаимодействия, будет способствовать формированию приверженности службам, предоставляющим необходимую пациенту помощь.

Состояние пациента необходимо учитывать также, если консультирование при обследовании на ВИЧ происходит в условиях амбулаторного приема. Здесь на первый план выходит тот период суточного цикла, в котором на момент встречи с консультантом находится человек, систематически употребляющий наркотики. Для большинства ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в РФ наиболее «популярным» наркотиком является героин. Консультантам, работающим с людьми, зависимыми от героина, важно помнить о том, что основное действие героина характеризуется состоянием соматического наслаждения на фоне эмоционального покоя, блаженства без интеллектуальной заторможенности – эйфорией, также присутствует и обезболивающий эффект.

Следует помнить, что метаболизм героина в печени продолжается в течение 4-5 часов после приема. Суточная доза обычно делится на два (утро-вечер), реже – на три приема.


Поведенческие и системные эффекты героина у разных людей могут быть разными, но основное действие - «приход» - характеризуется чрезвычайно приятным состоянием и длится примерно 1-15 минут, и следующая за ним стадия эйфории, продолжается около 3-5 часов. В это время резко снижаются такие чувства и ощущения, как страх, тревога, озабоченность, боль. Снижаются также сексуальное влечение, чувство голода и жажды.

Наиболее выраженными внешними признаками недавно по времени приема героина могут быть:

- сужение зрачков («булавочный», точечный зрачок);
- сонливость;
- низкая концентрация внимания;
- почесывание, вызванное ощущением зуда, «мурашек»;
- иногда расторможенность, говорливость.

Однако эти признаки могут быть и почти незаметны взгляду наблюдателя. В любом случае, как при очном контакте, так и при разговоре по телефону, необходимо учитывать, что в этом состоянии пациент благодушен, легко соглашается с предложенной консультантом информацией или рекомендациями. Но он может забыть о рекомендациях или переменить отношение к ним на негативное при изменении состояния, которое происходит уже в следующих фазах суточного цикла.

Состояние относительной трезвости по окончании активного действия наркотика (спустя 5-7 часов после употребления) наиболее благоприятно для продуктивного контакта. В этой фазе пациент уже вышел из состояния наркотического опьянения, но еще не охвачен



тягой к наркотику и потребностью в новой дозе и способен к критической оценке своего положения и состояния. В этот момент вероятность того, что пациент сможет реалистически оценить серьезность проблем, порожденных зависимостью, более высокая. Эффективное консультирование в этой фазе может привести к тому, что пациент примет решение прекратить прием наркотиков.

В фазе поиска даже внешний поверхностный контакт со специалистом становится затруднительным, поскольку пациент уже активно следует главной мотивации: найти средства, получить и употребить наркотик. Если финансовых средств на наркотик найти не удастся и не предвидится их поступление, пациент может изъявить желание лечь в наркологический стационар, чтобы облегчить купирование абстинентного синдрома. Однако без проведения эффективного консультирования и оказания помощи в принятии решительных мер, направленных на прекращение приема наркотиков, потребитель может завершить курс детоксикации с тем, чтобы снизить толерантность к психоактивному веществу, «снизить дозу», что приведет к уменьшению необходимого количества наркотика и, соответственно, к снижению необходимых для его приобретения денежных расходов.

Таблица 5. До-тестовое консультирование потребителей наркотиков при обследовании на ВИЧ

Этап консультирования	Содержание этапа
Вводный. Создайте условия для конфиденциальной беседы.	Обговорите необходимость конфиденциальности Объясните, что вопросы личного свойства и связанные с употреблением наркотиков и полового поведения являются необходимыми для определения персонального риска инфицирования.

	Обратите внимание на добровольный характер решения о прохождении теста.
Оцените знания о ВИЧ/СПИДе.	Спросите у пациента, что он знает о ВИЧ-инфекции. Узнайте, знаком ли он с ВИЧ - инфицированными лицами или больными СПИ-Дом.
Определите риск заражения ВИЧ, связанный с приемом наркотиков.	Узнайте, какие наркотики пациент использует, и каким способом приема он пользуется. Выясните, употребляет ли пациент наркотики в компании или в одиночку, какие инструменты он использует для их приготовления и приема. Расспросите, принято ли в его компании повторное использование инструментария для приготовления и введения наркотиков, после этого расспросите, использовал ли он сам уже бывшие в пользовании материалы.
Оцените риск заражения ВИЧ, связанный с интимными отношениями.	Выясните, какое количество сексуальных партнеров имел пациент в последнее время, предпочитает он отношения с постоянным партнером или имеет непостоянные сексуальные контакты. Расспросите, использует ли он средства индивидуальной защиты при половых контактах.
Обсудите имевшие место факты рискованного	Проинформируйте наркопотребителя о том, что в его жизни имелись случаи



<p>употребления наркотиков и сексуального поведения.</p>	<p>рискованного поведения. Обсудите способы менее опасного поведения.</p> <p>Рассмотрите возможность обсуждения им способов снижения риска приема наркотиков и сексуального поведения с партнерами и/или другими наркопотребителями.</p>
<p>Расскажите о тесте на ВИЧ, убедитесь, что пациент понимает значение результатов теста.</p>	<p>Обратите внимание на добровольность и конфиденциальность исследования.</p> <p>Выясните и откорректируйте представления консультируемого о тесте.</p> <p>Объясните значение возможных результатов теста. Уточните ожидания от теста.</p> <p>Обсудите вероятные последствия тестирования, возможные и оптимальные способы поведения пациента в ответ на результаты теста.</p> <p>Расскажите о существовании «окна» и правилах поведения в этот период.</p>
<p>Получите согласие пациента на обследование.</p>	<p>Еще раз подчеркните допустимость только добровольного и предварительного согласия на тестирование.</p> <p>Запишите факт согласия на обследование в медицинскую документацию. Запись о согласии пациента в медицинской документации может быть произведена им самим.</p>

<p>Назначьте время пост-летестового консультирования.</p>	<p>Подчеркните, что результат теста будет сообщен пациенту при личной встрече и не может быть сообщен по телефону или другим лицам.</p> <p>Если обследуемый не достиг возраста 18 лет, то в случае получения положительного результата, он будет сообщен ему в присутствии родителей.</p>
<p>Завершите консультирование.</p>	<p>Подведите итоги.</p>

7. ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕ-ТЕСТОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НАРКОТИКОВ

На практике, медицинские работники не во всех случаях проводят послетестовое консультирование, особенно при получении отрицательного результата, что характеризуется как упущение, т.к. пациенты практикуют рискованное поведение в отношении заражения ВИЧ. Поэтому отрицательный результат сам по себе может не отражать реальной картины, если последняя по времени рискованная ситуация случилась в периоде менее 3-х месяцев до момента обследования. Кроме того, пренебрежение послетестовым консультированием не позволяет изменить поведение пациентов на менее опасное. Риск заражения ВИЧ сохраняется. При сообщении пациенту отрицательного результата обследования на ВИЧ-инфекцию консультанту необходимо пройти несколько этапов

Таблица 6. Сообщение отрицательного результата теста

Содержание этапа	Рекомендации
1. Информирование о результате.	Сообщив результат теста, убедитесь в том, что пациент правильно понял его значение.
2. Оценка качества до-тестового консультирования.	Проверьте знания пациента о способах распространения ВИЧ-инфекции и последствиях заражения, в том числе о «периоде окна». Для этого задайте вопрос о том, что запомнилось пациенту из беседы до прохождения теста. Внесите необходимые поправки.

3. Разработка индивидуальной стратегии менее опасного поведения в отношении заражения ВИЧ.	Обсудите возможности снижения риска заражения вирусом ВИЧ и возможности снижения вреда от употребления наркотиков. Посоветуйте пациенту пригласить своего полового партнера на до-тестовое консультирование.
4. Предоставление информации.	Расскажите пациенту о возможностях лечения зависимости от наркотиков и существующих программах реабилитации применительно к местным условиям.
5. Оценка готовности к изменению поведения.	Используя приемы мотивационного консультирования, выясните степень готовности и возможности пациента к изменению поведения на менее рискованное в отношении ВИЧ-инфекции.
6. Предложение помощи, поддержка.	Выясните потребность пациента в получении помощи: медицинской, психологической, социальной. Используя имеющиеся ресурсы, совместно с пациентом запланируйте обращение к специалистам, окажите поддержку.
7. Завершение консультирования, назначение сроков следующего обследования.	Поблагодарите пациента, подведите итоги консультирования, еще раз проговорите договоренности.

Задачи консультанта, беседующего с потребителем наркотиков о результате теста:

- убедиться, что пациент понимает, о чем Вы говорите;
- донести до пациента, что Вы хотите помочь ему понять, как защитить себя от заражения ВИЧ;

- *помочь понять связь между употреблением наркотиков и заражением ВИЧ.*

Цель после - тестового консультирования будет достигнута, если пациент осознает, что необходимо:

- *не употреблять наркотики, для чего начать наркологическое лечение и продолжать его после детоксикации, т.е. участвовать в программах реабилитации, профилактики рецидива;*
- *воздерживаться от сексуальных отношений, пока партнер не обследовался или использовать средства индивидуальной защиты (презервативы).*

Пример из практики

Из группы участвовавших в углубленном наркологическом и психологическом обследовании ВИЧ-положительных наркопотребителей в количестве 96 человек, около 70% имели стаж наркотизации более семи лет. Более половины участников группы употребляли очень высокие дозы наркотика (в 96,4% случаев героин) – более 1 грамма в сутки. Около 80% из них, не имея постоянного полового партнера, достаточно регулярно вступали в незащищенные сексуальные контакты, увеличивая таким образом риск распространения ВИЧ-инфекции.

Если пациент не имеет возможности прекратить употребление наркотиков, важно информировать его о способах снижения риска инфицирования, например, никогда не использовать общее «оборудование» (шприцы, посуду, фильтры, воду), обрабатывать инвентарий при невозможности использования нового.

Чем большей информацией о службах, оказывающих медицинскую, психологическую, социальную, духовную помощь потребителям наркотиков и их семьям, будет располагать консультант, тем больше шансов, что пациент получит необходимую помощь,

и в конечном итоге будет достигнута цель консультирования – изменение рискованного поведения.

Необходимо предостеречь консультантов от установки, что не инфицированные ВИЧ потребители наркотиков являются группой, легкой для консультирования. Такое мнение складывается на основе «более легкого», как представляется специалистам, консультирования в том случае, когда не надо доводить до сведения пациента горькую новость о положительном результате теста. Проблема, однако, заключается в том, что получение человеком известия о том, что он инфицирован, вводит его в состояние психологического кризиса, и он становится более открытым для медицинского воздействия и воздействия на его поведение. Переживаемые при этом первоначально шок и эмоциональная нестабильность расчищают дорогу переосмыслению ситуации и могут способствовать изменению поведения, в то время как отрицательный результат обследования может послужить сигналом к продолжению прежнего образа жизни. В этом случае пациент не предпринимает никаких мер к защите от ВИЧ-инфекции и не стремится регулярно и добровольно проверять свой статус относительно ВИЧ-инфекции.

Именно в этой ситуации, когда фактически нет явных рычагов и пошаговых мер воздействия на рискованное поведение, консультанту необходимо приложить все усилия, чтобы наладить доверительный контакт с пациентом и мотивировать его на длительное сотрудничество. Таким образом, консультирование потребителей наркотиков при сообщении им отрицательного результата в отношении ВИЧ является чрезвычайно ответственным видом консультирования, направленным на построение длительного доверительного контакта, без которого невозможна работа по изменению поведения пациента.

При сообщении положительного результата обследования на ВИЧ-инфекцию консультанту необходимо пройти несколько этапов:

Таблица 7. Сообщение положительного результата теста

Содержание этапа	Рекомендации
1. Информирование о результате	Сообщите результат ясно и кратко. Убедитесь в том, что пациент правильно понял его значение.
2. Предоставление времени	В некоторых случаях пациентам нужно дать время на осознание результата теста. В это, обычно непродолжительное время (несколько минут), консультант молчит и наблюдает за реакцией пациента.
3. Ответы на вопросы	Наиболее тяжелая реакция пациентов на получение известия о положительном результате теста заканчивается, когда пациент начинает задавать вопросы. Содержание вопросов позволяет оценить наиболее значимые последствия определения положительного ВИЧ-статуса для конкретного пациента.
4. Предоставление информации	<p>Оцените степень понимания пациентом ситуации и важности получения помощи, как в связи с ВИЧ-инфекцией, так и по вопросам употребления наркотиков.</p> <p>Скажите о том, что обнаружение инфекции первый шаг к ее лечению.</p> <p>Расскажите об имеющихся возможностях получения медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, зависимостью от наркотиков. Информировуйте о возможности получения психологической и социальной помощи.</p>

<p>5. Предоставление поддержки</p>	<p>Помогите пациенту выразить и принять его чувства. Спросите, хочет ли он с кем-нибудь поделиться этим. Практика показывает, что желание поделиться горькой новостью с близкими людьми, порой не облегчает, а утяжеляет ситуацию и состояние пациента: реакция может быть не поддерживающей, а осуждающей, новость начинает распространяться по нежелательным каналам. Поэтому очень важно обсудить, кому и с какой целью пациент намерен сообщить свое известие, и предложить ему не спешить с этим. Должна быть предложена помощь и поддержка конкретных специалистов, с указанием их приемных часов.</p>
<p>6. Обсуждение дальнейшего плана действий.</p>	<p>Обсудите важность получения помощи и лечения в специализированном медицинском учреждении – Центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, а также наркологического лечения. Рассмотрите конкретные шаги, направленные на получение помощи. Оцените реальную готовность пациента справиться с ситуацией.</p>
<p>7. Завершение консультирования</p>	<p>Подведите итоги консультирования, еще раз проговорите все основные моменты.</p>



Результаты исследования


Несмотря на проводимую специалистами работу по направлению пациентов на обследование и возможное лечение по жизненным показаниям, только 1 из 4-х наркозависимых ВИЧ - положительных пациентов начал это делать.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Потребители наркотиков – это лица, к которым трудно найти подход. Они нуждаются в специализированной помощи и лечении. Как правило, они имеют негативный опыт общения с государственными, в том числе и медицинскими, службами и в связи с этим обнаруживают крайне низкий уровень доверия к этим службам. Оказание медицинской помощи потребителям наркотиков на начальном этапе представляется крайне сложным из-за их социальной закрытости и физической удаленности их сообщества от магистральной культуры. На начальном этапе работа с потребителями наркотиков должна быть нацелена на решение вопроса о их личном недоверии специалистам помогающих служб. Это значит, что, будучи доступным физически, то есть, находясь в контакте (очном или заочном - по телефону) со специалистом, потребитель наркотиков достаточно критично относится к получаемой информации.

С другой стороны, многие медицинские работники испытывают нежелание работать с ВИЧ-инфицированными пациентами, особенно неуверенно чувствуя себя в ситуации оказания помощи пациентам, зависимым от наркотиков.

Для успешного преодоления взаимного недоверия и непонимания необходимо, помимо повышения знаний об особенностях потребления наркотиков, развивать навыки коммуникации. Это возможно в рамках консультирования, которому и посвящено настоящее пособие. При этом необходимо предоставить сотрудникам возможность специальной подготовки на тренингах, обсуждения с коллегами и психологами, имеющими опыт работы с ВИЧ-позитивными потребителями наркотиков, проблемных ситуаций из своей практической деятельности.



ПРИЛОЖЕНИЕ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

Потребление наркотиков имеет давние корни. Оно возникло на этапе, когда первобытные люди сделали открытие, что некоторые растения обладают лечебными свойствами. «Токсические вещества природного происхождения», такие как алкоголь или кофеин получены из дикорастущих растений, однако, в современную эпоху появился незаконный оборот опиума и каннабиса, а также других наркотических средств. Поведение или практика, связанная с приемом наркотиков, носят локальный и динамический характер. Таким образом, понимание употребления наркотиков и практики их применения в современную эпоху является важной предпосылкой к консультированию потребителей наркотиков, направленному на изменение их поведения, в рамках обследования на ВИЧ-инфекцию.

Наркотическую зависимость можно охарактеризовать как состояние, психическое и иногда физическое, которое возникает вследствие взаимодействия между человеком и наркотическим средством, и характеризуется поведенческими и другими реакциями, обязательно включающими постоянное или периодически возникающее желание принять наркотик, чтобы ощутить его психическое воздействие или избежать чувства дискомфорта, вызванного его отсутствием. Важно понять, что наркотическая зависимость связана с влечением, которое кажется недостижимым в трезвом состоянии, и что влечение к наркотику приходит с опытом употребления лицом наркотических веществ. «Наркотическая зависимость», в действительности, это зависимость от состояния, а не от принимаемого вещества.

Факторы, способствующие формированию наркотической зависимости, можно разделить на несколько групп.

Существуют генетические факторы, предрасполагающие повышен-

ный риск развития зависимости (то есть дети алкоголиков скорее станут алкоголиками, так как унаследовали ряд специфических генов) и социальные факторы, препятствующие этому (умение быть хорошим учеником) или факторы риска (например, ровесники, принимающими наркотики).


Факторы, способствующие формированию зависимого поведения, можно разделить на несколько групп.

- *Биологические, генетические или медицинские предпосылки: врожденные и приобретенные:*

а) к врожденным предпосылкам можно отнести генетически обусловленные особенности ферментативной системы, врожденную патологию центральной нервной системы. Наличие пристрастия к наркотикам и наркотической зависимости в семейном анамнезе. Это важно учитывать при изучении рискованного поведения у детей,

б) приобретенные медицинские предпосылки могут сформироваться во время внутриутробного развития плода, в процессе появления младенца на свет, после рождения. Состояние центральной нервной системы, как биологического субстрата «Я», особенно тесно связано через высшую нервную деятельность с формированием психических и психологических расстройств в развитии индивида и личности.

- *Социальные предпосылки: потрясения в государстве и обществе на уровне отдельной семьи переживаются как дезориентация родителей: непредсказуемость завтрашнего дня, сомнения в отношении правильного выбора образования, работы, стиля поведения и самой ценности и целей жизни и т.д. В этой ситуации дети, воспринимающие мир через родителей, могут воспринять значительные негативные события, происходящие в жизни и приводящие к стрессу, как требующие разрядки. Поэтому важными социальными факторами, защищающими детей*



от употребления наркотиков, являются полные семьи и успехи в учёбе в школе. К числу факторов риска относится употребление наркотиков ровесниками.

- *Психологические предпосылки.* Одним из самых сильных неблагоприятных факторов воспитания является его непоследовательность или плохие отношения между родителями и детьми. Это формирует у ребенка недоверие к миру, родителям (значимым взрослым, власти, авторитету), самому себе. На фоне не прогнозируемости мира, непредсказуемых действий взрослых по отношению к ребенку, происходит формирование чувства собственной «малоценности», неспособности овладеть знаниями о мире, закрепление поведения, направленного на получение выгоды (манипулятивного).

Человек склонен к зависимому поведению, если он:

- не находится в согласии с самим собой и своими чувствами;
- не способен к адекватному выражению чувств;
- не поддерживает здоровые, полноценные отношения с другими людьми;
- не может позаботиться о себе.

Кроме того, зависимость от наркотика является проблемой «духовно-социальной». С помощью наркотических веществ пытаются достичь:

- чувства самоуважения и одобрения и признания со стороны других людей;
- чувства близости и защищенности;
- чувства контроля и власти;
- чувства какого-либо ценного достижения;
- устранения боли и других неприятных ощущений;

- *ощущения комфорта и других приятных ощущений.*

Таким образом, потребитель наркотиков может употреблять наркотики и стать наркозависимым в попытке пережить чувства, которые важны ему, но недостижимы для него вне приема наркотиков. И наоборот, употребление наркотиков может быть отчаянной попыткой овладеть чувствами, которые иначе кажутся неподвластными.

Пациенты с зависимостью от наркотика часто жалуются на свою склонность к крайним проявлениям эмоций. С одной стороны их переполняют непереносимые чувства и наркотики используются для облегчения страданий. С другой - им кажется, что чувства отсутствуют вовсе или ощущаются столь смутно, что их невозможно дифференцировать, в этом случае наркотики используются для того, чтобы разнообразить свои переживания.

Каково же мнение российских медицинских работников (организаторов здравоохранения, врачей различных специальностей, медицинских психологов, медико-социальных работников, медицинских сестер) о психологических особенностях людей употребляющих наркотики?

Каковы, по мнению специалистов, их личностные «сильные» и «слабые» стороны, которые можно использовать для преодоления зависимости?

Таблица 1. «Сильные» стороны потребителей ПАВ с точки зрения российских медицинских работников

«Сильная» сторона	Комментарии
«Хорошие психологи»	<p>Активные потребители ПАВ наблюдательны, обладают способностью к быстрому считыванию и обработке информации об особенностях личности другого человека, особенностях ситуации и использованию этой информации в собственных целях. Эти способности зачастую являются вынужденно приобретенными в ходе наркотического стиля жизни.</p> <p>В медицинском учреждении потребители ПАВ любят использовать лесть, демонстрировать особенное доверие тому или иному специалисту, порой сталкивая персонал между собой и добиваясь для себя определенных выгод (назначения или отмены препарата, получения медицинских процедур без очереди, ослабления режима и т.д.)</p>
«Устойчивы к стрессу»	<p>Жизнь, перенасыщенная риском, конфликтными отношениями, физической опасностью расширяет порог чувствительности или способности чувствовать физическую, психологическую, социальную и духовную боль и стресс.</p> <p>События и воздействия, высокотравматичные для обычного человека:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>криминальный образ жизни,</i> • <i>нахождение под судом и следствием,</i>

- отбытие наказания,
- увольнение с работы,
- исключение из учебного заведения,
- разрыв отношений с родителями,
- смерть людей из близкого окружения,
- отсутствие еды и крова,
- физическое насилие и проституция,
- травмы,
- передозировки,
- острые и хронические заболевания,

Потребители наркотиков выглядят более устойчивыми к стрессам, «закаленными» по сравнению с другими людьми, не имеющими опыт употребления наркотиков. Следует подчеркнуть, что это качество позитивно условно, и реализуется лишь в рамках решения задач наркопотребления.

Пример из практики

Пациент:

«Я считаю, и это мнение многих, что мы, наркозависимые, употребляющие героин, в среднем умнее и психически сильнее любых других людей. Вы согласны?»

Консультант:

Да, вы научились выживать, но беда в том, что вы разучились жить.



<i>«Целеустремленные»</i>	Жизнь потребителя ПАВ разделена на короткие временные циклы, каждый из которых регулируется одной целью - употреблением наркотика. Потребителей ПАВ можно сравнить со спринтерами, они эффективны на короткой дистанции. Процесс приближения к цели - употребление наркотика полностью поглощает все силы.
<i>«Гибкие, творческие»</i>	Многие люди творческих профессий – художники, музыканты имели опыт употребления психоактивных веществ с целью стимулировать раскрепощение, творческий процесс, однако зависимость в конечном итоге разрушает творческий процесс.

Так как консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции базируется на состоянии, потребностях, ресурсах пациента, специалистам важно знать, каковы психологические особенности «невыздоровливающих», погруженных в потребление наркотиков, и «выздоровливающих», накапливающих позитивные ресурсы и продвигающихся к здоровой самодостаточной и независимой жизни пациентов.


Таблица 2. Психологические особенности «выздоровливающих» и «невыздоровливающих» зависимых от наркотиков пациентов

«Выздоровливающие» пациенты стремятся:	Пациенты, зависимые от наркотиков, демонстрируют:
<p>Приобрести <i>внутренний (интернальный) локус контроля</i> – «пункт контроля и управления» поведением и самой жизнью находится в руках самого человека».</p>	<p><i>Внешний (экстернальный) локус контроля</i></p> <p>Поведением и жизнью человека управляет, по его мнению, не он сам, а ряд внешних факторов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Жизненные обстоятельства» (чаще – неблагоприятные), • другие люди (недоброжелательные, нечуткие), • фатальное невезение, рок и т.д.
<p>Принять на себя ответственность за плохое и хорошее, происходящее в собственной жизни.</p>	<p>Ответственность перекладывается на других людей, обстоятельства, «судьбу».</p>
<p>Иметь удовлетворительную самооценку и работать по принятию себя как уникальной личности с трудным жизненным опытом, способной осознать этот опыт и распорядиться им конструктивно. «Все то, что нас не убивает, делает нас сильнее». Формировать самоуважения и здоровой любви к себе.</p>	<p>Неустойчивая самооценка</p>



<p>Четко принимать решения на основе осознания альтернатив, взвешивания «за и против» методом подведения баланса.</p>	<p>Амбивалентность: наличие и борьба противоположных тенденций и устремлений.</p> <ul style="list-style-type: none">• С одной стороны – необходимо прекратить употребление наркотика и есть желание это сделать.• С другой – еще немного можно потянуть, отложить «отрыв», и есть желание продолжать употребление.
<p>Реалистическое мышление – человек чувствует себя достаточно сильным, чтобы смотреть правде в глаза.</p>	<p>Магическое мышление – свойственное потребителям наркотиков упование на везение, которое переменит жизнь, вера в исключительный, чудесный случай, который произойдет с ними, вылечит, спасет - без приложения каких-либо сил с их стороны.</p> <ul style="list-style-type: none">• «Сегодня мне так ужасно плохо, сегодня я не могу обойтись без наркотика, но завтра обязательно брошу».• «Встречу девушку, настоящую любовь, она поможет мне во всем, все будет по-другому».• «Устроюсь на хорошую работу, буду зарабатывать, куплю машину, наркотики мне будут не нужны».
<p>Отказ от манипуляций, возможность выдержать отказ</p>	<p>Манипулятивное поведение - нацелено на достижение своей цели любой ценой</p>


<p><i>Альтруизм</i> – нет необходимости защищать себя и сосредотачиваться на своих страданиях. «Внутренний человек» достаточно развит, чтобы верить себе и людям, и чтобы делиться с людьми лучшим, что в нем есть.</p>	<p><i>Нарциссизм</i> – пациент сосредоточен на своих переживаниях, жалеет себя.</p>
<p><i>Принятие реальности</i></p>	<p><i>Избегание/отказ от реальности</i> – по мере нарастания стажа наркотизации люди уходят в параллельный наркотический мир все дальше и глубже</p>
<p><i>Интеграция</i> – нет отвергаемых частей собственной личности, личность становится все более цельной и гармоничной</p>	<p><i>Расщепленность</i> на различных уровнях: попеременное нахождение в «двух мирах», расщепленность представления о себе.</p>
<p><i>Уважение границ</i> другого человека и установлений, принятых в человеческом обществе как следствие появившегося чувства собственного достоинства.</p>	<p><i>Крушение границ</i> – как границ персональных – личности другого человека, так и социальных границ. Нарушение закона.</p>
<p><i>Способность встречать проблемы «лицом к лицу» и находить решения проблем</i></p>	<p><i>Избегание проблем.</i> Бегство в другое состояние или бегство в «другое пространство» вне или внутри себя: другие мысли, другие чувства, во все, что может отвлечь от решения проблем.</p>



Итак, потребители ПАВ представляют собой особую группу пациентов, что следует учитывать при проведении с ними до- и после-тестового консультирования при обследовании на ВИЧ-инфекцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при инфекции ВИЧ. Пособие для врачей. – Москва, 2003, 77 с.
2. Беляева В.В., Афонина Л.Ю., Дмитриева Е.В., Рюмина И.И., Макки Н. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ инфекции. Пособие для медицинских работников. – Москва, Проект «Здоровая Россия 2020», 2005, 109 с.
3. Беляева В.В., Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Юрин О.Г. Антитретровирусная терапия в России. Учебный модуль. Под редакцией В.В.Покровского. - Москва, 2007, 154 с.
4. Беляева В.В. Методические рекомендации по повышению приверженности пациентов к антитретровирусной терапии. Методическое руководство. – Москва, 2007, 52 с
5. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень (<http://hivrussia.ru/stat/2007.shtml>)
6. Городнова М.Ю., «О работе с ВИЧ-инфицированными наркопотребителями в СПб ГУЗ МНД-1 «Детско-подростковый реабилитационный центр», семинар-тренинг по проекту «Создание мультипрофессиональных команд для формирования приверженности ВААРТ у пациентов», в рамках Программы Глобального Фонда «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИД», СПб РОО «Возвращение», С.-Петербург, 2006г
7. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Распространенность наркологических расстройств в России в 1999-2003 годах. Статистический сборник. М., 2004, 96 с.
8. Литвиненко В.И. Парадоксы алкоголизма. - Полтава: АСМИ, 2003.- 144с.
9. «Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики», Программа USAID по снижению спроса на наркотики (DDRP) для аутрич-работников, работающих в сфере про-



филактики ВИЧ/СПИД и наркопотребления. <http://www.ddrprogram.org/news228>

10. Покровский В.В. Выступление на пресс-конференции, приуроченной ко Всемирному Дню Борьбы со СПИДом 29 ноября 2007 г. Центральный Дом Журналиста, Москва (<http://hivrussia.ru/files/press-release29.11.07.doc>)

11. Рюль К., Покровский В., Виноградов В. Компьютерная модель “Экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции в России”, 15 мая 2002. (<http://www.worldbank.org.ru/rus/statistics/hiv/>)

12. Smolskaya T., Dehne K.L. Development, adaptation and field testing of the tools for measuring of biological and behavioural markers used in HIV surveillance in the groups of intravenous drug users in the selected cities of the Russian Federation., UNAIDS/WHO: St Petersburg., 2002, 108 p..

13. Ханнула М., «Кюми А-Клиника», Финляндия. «Сетевая работа в наркологии», тезисы выступления на семинаре СПб РОО «Возвращение», С.-Петербург, 23-26 апреля 2004.

14. Проект «Автобус» (по снижению вреда), СПб РОО «Возвращение», 1998

15. Проект «Разработка и внедрение на территории Санкт-Петербурга муниципальной модели выявления ВИЧ-инфицированных пациентов нуждающихся в ВААРТ (имеющих в анамнезе наркоманию), а также формирование и сохранение у них приверженности к терапии силами мультипрофессиональных команд, работающих на базе районных КИЗов» в рамках Программы Глобального Фонда «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИД», СПб РОО «Возвращение», 2007