



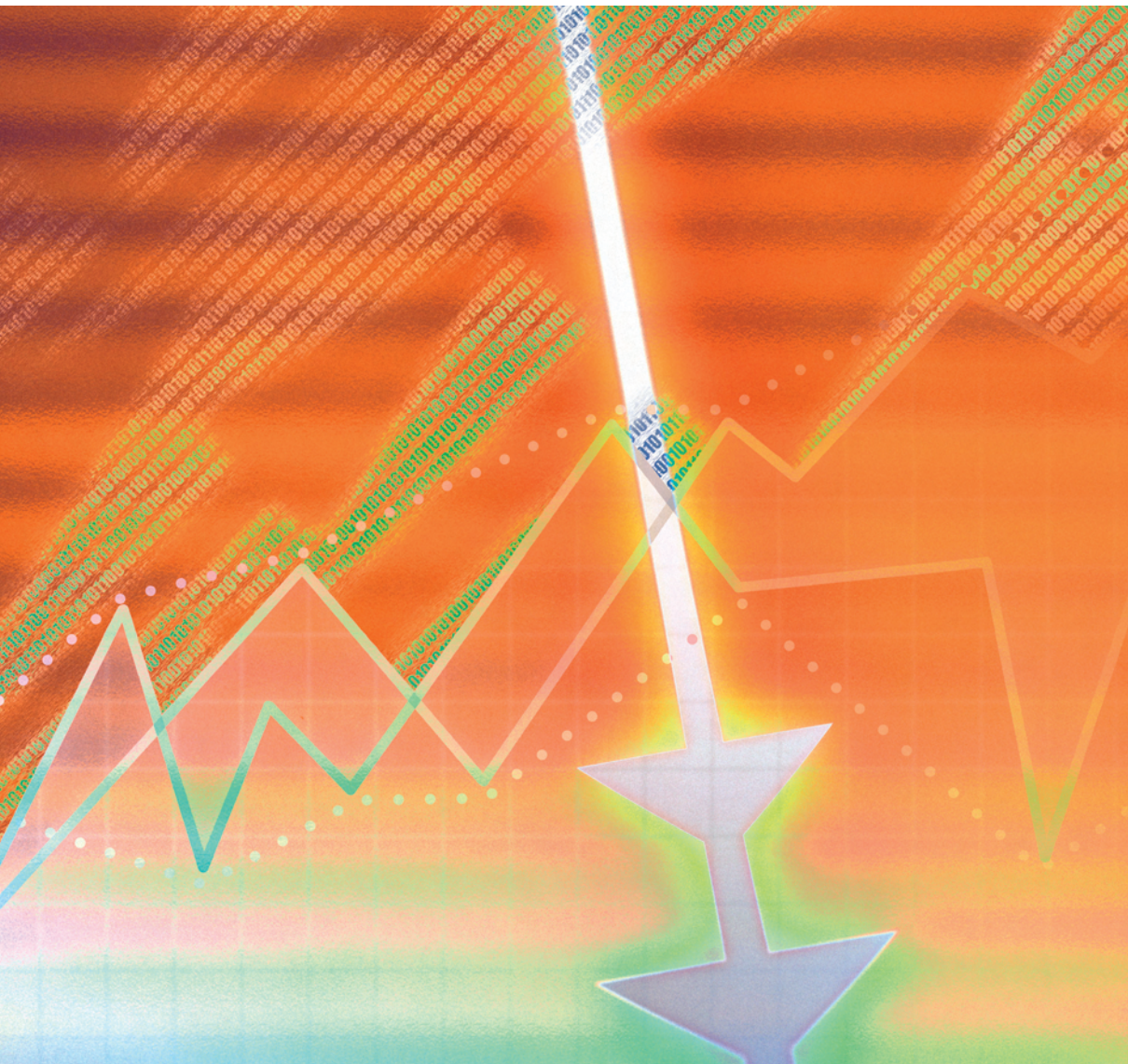
norden

Nordic Council of Ministers



Комплексная профилактика ВИЧ-инфекции в группах высокого риска

Опыт Санкт-Петербургского благотворительного
общественного фонда медико-социальных
программ «Гуманитарное действие»



Цеханович А.А., Дугин С.Г., Мусатов В.Б., Иванова А.Б.,
Харченко М.К., Головина К.А., Карнаухов Е.В., Маслова И.А.

Комплексная профилактика ВИЧ-инфекции в группах высокого риска

Опыт Санкт-Петербургского благотворительного общественного
фонда медико-социальных программ «Гуманитарное действие»

Санкт-Петербург
2010 г.

ББК 51.1(2)6

Книга «Комплексная профилактика ВИЧ-инфекции в группах высокого риска. Опыт Санкт-Петербургского благотворительного фонда медико-социальных программ «Гуманитарное действие» подготовлена сотрудниками БОФ «Гуманитарное действие» в рамках проекта «Профилактика и противодействие ВИЧ/СПИДу и оппортунистическим заболеваниям на Северо-Западе России», осуществляемого при финансовой поддержке Совета Министров Северных Стран и Датской Церковной Помощи.

ББК 51.1(2)6

Комплексная профилактика ВИЧ-инфекции в группах высокого риска. Опыт Санкт-Петербургского благотворительного фонда медико-социальных программ «Гуманитарное действие» / Цеханович А.А. и др. – СПб., 2010. - 164 с.

Настоящее издание подготовлено специалистами Благотворительного общественного фонда «Гуманитарное действие» с целью описать и обобщить многолетний опыт работы Фонда по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа в группах высокого риска. В книге рассматриваются такие аспекты практической деятельности, как установление и удержание контакта с представителями целевой группы, система оказания комплексной помощи силами мультидисциплинарной команды, принципы и методы консультирования, ориентированные на реальные потребности человека и его мотивацию к самостоятельному и осознанному решению своих проблем, система сопровождения и др.

Для сотрудников государственных и негосударственных организаций, занятых в сфере социальной работы с представителями групп высокого риска, работников медицинских учреждений, студентов социальных и медицинских факультетов ВУЗов.

ББК 51.1(2)6

ISBN 978-5-9684-1697-1

© Гуманитарное агентство «Датская Церковная Помощь»
© СПб БОФ МСП «Гуманитарное действие».

Данный материал опубликован при финансовой поддержке Совета Министров Северных Стран и Гуманитарного агентства «Датская Церковная Помощь». Содержание публикации является предметом ответственности организаций-исполнителей.

Содержание

Введение	7
Комплексное медико-социальное сопровождение уличных потребителей инъекционных наркотиков	15
Консультирование как метод полевой работы в мобильной программе снижения вреда от инъекционного употребления наркотиков (программа «Автобус»)	29
Система формирования и принципы функционирования мультидисциплинарной команды	49
Привлечение и мотивация для участия в программах представителей целевой группы	63
Доверенные врачи	69
Профилактика синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с уязвимыми группами в области профилактики ВИЧ/СПИДа	81
Заключение	119
Приложение № 1	121
Приложение №2	133
Приложение №3	151

Введение

Краткая история организации

Санкт-Петербургский благотворительный общественный Фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие» (БОФ «Гуманитарное действие»; Фонд) — одна из крупнейших и старейших благотворительных общественных организаций Санкт-Петербурга, оказывающая комплексную медицинскую, социальную, правовую и психологическую помощь беспризорным и безнадзорным детям и подросткам, потребителям инъекционных наркотиков (ПИН), женщинам, вовлеченным в сферу оказания сексуальных услуг (КСР), а также людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВ). Основным направлением работы является профилактика ВИЧ-инфекции в группах риска.

БОФ «Гуманитарное действие» зарегистрирован в июне 2001 г. и является преемником международной ассоциации «Врачи Мира» (Франция), осуществлявшей медико-социальные программы в Санкт-Петербурге с 1995 г., в том числе программу в сфере профилактики беспризорности детей «Дети улиц Санкт-Петербурга». В 1997 г. начала работу программа профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН — программа Снижения Вреда. С 2001 г., в качестве самостоятельного направления работы программы Снижения Вреда, реализуется программа профилактики ВИЧ-инфекции среди КСР. В 2003 г., в связи с открытием «Центра профилактики ВИЧ/СПИД и иных социально значимых заболеваний», начата совместная программа Фонда «Гуманитарное действие» и Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина (КИБ им. С.П. Боткина) — «Обеспечение доступа к медицинским услугам для ПИН и КСР», а с 2006 г. в качестве отдельной программы Фонда была выделена служба медико-социального сопровождения (служба кейс-менеджмента).

Миссия Фонда

Снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний, обеспечение доступа к комплексной медицинской, социальной, правовой, психологической помощи и интеграция в общество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, беспризорных и безнадзорных детей и подростков, ПИН, женщин группы риска, в том числе КСР, а также подверженных или имеющих риск оказаться жертвами различных форм насилия, трафика и дискриминации.

Основные направления деятельности Фонда

- Профилактика ВИЧ/СПИДа и других социально значимых заболеваний.
- Содействие в получении комплексной медицинской, психологической, правовой и социальной помощи представителям целевых групп.
- Обучение специалистов государственных и негосударственных организаций подходам к работе с целевыми группами.

Целевые группы

- Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, их близкие и родственники.
- Беспризорные и безнадзорные дети и подростки.
- Потребители инъекционных наркотиков и члены их семей.
- Женщины, вовлеченные в сферу оказания сексуальных услуг и их партнеры.
- Специалисты государственных и негосударственных организаций, работающие с представителями этих групп.

Сотрудники Фонда

Коллектив БОФ «Гуманитарное действие» состоит из высококвалифицированных специалистов различного профиля, таких как врачи, психологи, социальные работники и педагоги. В настоящее время в организации работает 29 постоянных сотрудников и 32 привлеченных специалиста, из них более половины имеют высшее образование.

Наши сотрудники имеют многолетний опыт работы, основанной на мультидисциплинарном подходе. Суть этого подхода состоит в объединении и вовлечении специалистов различного профиля — медицинских и социальных работников, юристов, психологов, педагогов в процесс оказания необходимых видов помощи представителям целевых групп.

Сотрудники Фонда являются признанными экспертами по работе с особо уязвимыми группами населения и проводят обучающие мероприятия для специалистов государственных и негосударственных организаций в рамках программы «Учебный центр». Некоторые члены организации являются экспертами крупнейших общественных объединений, таких как Фонд «Открытый институт здоровья», Некоммерческое партнерство «Всероссийская сеть снижения вреда», Сеть Снижения Вреда Центральной и Восточной Европы и ряда других организаций.

Программы Фонда

Программа «Дети улиц Санкт-Петербурга»

Деятельность в рамках программы начата с 1995г. по инициативе международной благотворительной организации «Врачи Мира» (Франция). **Цель программы:** Профилактика ВИЧ-инфекции и иных социально значимых заболеваний среди «уличных» детей и подростков, обеспечение доступа к медицинским услугам, социальной, психологической и правовой помощи.

Программа «Профилактика ВИЧ/СПИД и других социально значимых заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков»

Работа по программе ведется с 1997 г. и была начата по инициативе международной благотворительной организации «Врачи Мира» (Франция). Работа проводится на базе мобильного пункта профилактики «Автобус», где оборудованы специальные кабинеты для медицинских, психологических консультаций и кабинет для забора крови. Профилактическая работа осуществляется квалифицированной мультидисциплинарной командой, состоящей из медицинских, социальных работников, психологов и специалистов по индивидуальному медико-социальному сопровождению. **Цель программы:** Снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и других социально значимых заболеваний среди ПИН, партнеров и членов их семей. Профилактика насилия, дискриминации и криминального поведения среди членов целевой группы.

Программа «Комплексная профилактика ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и других социально значимых заболеваний среди женщин из особо уязвимых групп»

Программа реализуется с 2008 г. Она является гендерно-сенситивной программой, учитывающей потребности целевой группы женщин в связи с последствиями, вызываемыми вирусом иммунодефицита. В поле деятельности программы также попадает ближайшее окружение женщины, влияющее на ее психическое и физическое здоровье, а также социальное благополучие. Программа функционирует в континууме комплексной, своевременной и непрерывной помощи. **Цель программы:** Содействие снижению темпов распространения ВИЧ-инфекции и негативных медико-социальных последствий, вызванных эпидемией ВИЧ/СПИДа среди женщин из особо уязвимых групп.

Программа «Обеспечение доступа к медицинским услугам для потребителей инъекционных наркотиков и лиц, вовлеченных в сферу оказания сексуальных услуг»

Программа предназначена для ПИН и лиц, вовлеченных в сферу оказания сексуальных услуг, и осуществляется совместно с КИБ им. С.П. Боткина. **Цель программы:** Оказание комплексной медицинской, психологической и социальной помощи членам целевой группы. Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП, а также других социально значимых заболеваний.

Программа «Служба медико-социального сопровождения (Кейс-менеджмент)»

Служба медико-социального сопровождения начала свою работу как отдельное направление в 2006г. на базе уже имеющихся программ Фонда профилактики ВИЧ-инфекции и снижения вреда. Создание службы сделало процесс сопровождения более упорядоченным и эффективным. **Цель программы:** Обеспечение доступа к комплексной медицинской, социальной, психологической помощи и интеграция в общество ЛЖВ и ПИН.

Программа «Учебный центр»

Сотрудники Фонда — эксперты-практики по работе с такими целевыми группами, как беспризорные и безнадзорные дети и подростки, ПИН, женщины групп риска, ЛЖВ и их родственники. В рамках «Учебного центра» проводятся тренинги и семинары, обучающие подходам к работе с социально незащищенными группами населения. Сотрудники центра проводят обучающие программы, как в рамках собственных проектов Фонда, так и в качестве приглашенных тренеров. **Цель программы:** Передача накопленного опыта в области профилактики ВИЧ/СПИДа и других социально значимых заболеваний, обучение методам и формам эффективного межведомственного взаимодействия, а также методологии медико-социального сопровождения социально незащищенных групп населения.

ПИН и лица, вовлеченные в сферу оказания коммерческих секс-услуг, являются приоритетными целевыми группами Фонда.

Работа с ПИН и КСР осуществляется на базе специально оборудованных мобильных пунктов — «Автобуса» и микроавтобуса. На современном этапе развития эпидемии наркомании и ВИЧ-инфекции особое значение приобретает организация доступа людей, живущих с ВИЧ, заразившихся из-за употребления инъекционных наркотиков (ЛЖВ-ПИН), и других уязвимых групп к медико-социальным услугам.

Вовлечение ПИН и КСР в эпидемию ВИЧ-инфекции потребовало проведения работы, направленной на создание модели комплексной медико-социальной и психологической поддержки ЛЖВ-ПИН. В течение последних лет Фондом совместно с партнером, КИБ им. С.П. Боткина, были успешно осуществлены несколько проектов, направленных на формирование модели совместной работы общественной и государственной организации в целях улучшения качества медико-социальной и психологической помощи для ЛЖВ-ПИН. Этими проектами были: система доверенных врачей для ПИН и КСР, химиопрофилактика туберкулеза у ЛЖВ-ПИН, обучение и поддержка ЛЖВ, находящихся в больнице, медико-психологическое сопровождение беременных из числа ЛЖВ-ПИН и КСР. В настоящее время осуществляется значимый проект по формированию и поддержанию приверженности к антиретровирусной терапии (АРВТ) для «трудных» категорий пациентов. На базе отделения для ЛЖВ-ПИН работает мультидисциплинарная команда, в состав которой входят врачи, медсестра, регистратор, социальный работник, психолог и «равный» консультант. Эта команда состоит из сотрудников больницы и Фонда.

В своей работе сотрудники Фонда оказывают содействие в реализации законных прав и помогают тем социальным группам населения, которые в силу своих особенностей или обстоятельств не способны к их реализации из-за социальной изолированности. Усилия сотрудников Фонда направлены на создание устойчивой мотивации клиентов к изменению их поведения, улучшению качества жизни. Важнейшим условием нашей работы является отсутствие морализации и толерантность по отношению к клиентам.

Основной формой деятельности БОФ «Гуманитарное действие» является принцип «низкопороговости», подразумевающий максимально упрощенную процедуру доступа клиентов к услугам, предоставляемым Фондом и государственными и негосударственными организациями, занятыми решением медико-социальных проблем. Мы не заменяем собой государственные структуры, а являемся связующим звеном между группами социального риска, чей доступ к медицинским и социальным услугам затруднен, и теми структурами, которые призваны оказывать им помощь. Такая работа невозможна без взаимного сотрудничества, и одной из задач Фонда является привлечение представителей различных организаций к реализации наших программ.

Представляемое руководство представляет собой обобщение практического опыта работы и принципы формирования и реализации инновационных моделей/подходов, использованных в работе Фонда. Разделы подготовлены сотрудниками Фонда, имеющими длительную практику реализации проектов.

Комплексное медико-социальное сопровождение уличных ПИН

Социальное сопровождение как метод социальной работы

Социальное сопровождение как метод социальной работы в течение последних десятилетий активно используется во всем мире, особенно в развитых странах, и основан на индивидуальном, клиент-центрированном подходе в социальной работе, все больше подтверждающего свою эффективность. На практике это означает, что на смену ситуации, когда одинаковые социальные блага распределялись между всеми людьми, подходящими под определенные критерии (например, страдающими определенным заболеванием или имеющими определенный уровень дохода) приходит индивидуальное предоставление услуг в зависимости от конкретной ситуации, в которой оказался индивид.

Такой подход означает, что:

- социальная помощь и услуги предоставляются человеку комплексно, с учетом всех аспектов его индивидуальной ситуации. Необходимость организации медицинской помощи также рассматривается как социальная проблема;
- социальный работник является посредником между службами, оказывающими помощь, и клиентом; в его задачи входит определение набора необходимых услуг, а также обеспечение эффективного взаимодействия между клиентом и этими службами;
- социальная работа ставит своей целью не распределение благ или услуг, но улучшение индивидуальной ситуации клиента;

- социальная работа строится так, чтобы клиент научился более эффективно справляться с трудностями, и в дальнейшем мог без посредников обращаться за услугами или помощью.

Первые службы сопровождения возникли в США при туберкулезных больницах. Необходимость их создания была продиктована длительностью и чрезвычайно сложной схемой лечения пациентов, а также принадлежностью большинства из них к низшим, социально дезадаптированным слоям общества. Чтобы поддерживать мотивацию к лечению и восстанавливать социальные навыки и связи таким пациентам требовалась постоянная поддержка и помощь. Такой помощью и является сопровождение.

Когда следует говорить о необходимости сопровождения?

1. Если мы работаем с клиентами с нестойкой мотивацией к изменению поведения или лечению.
2. Если мы имеем дело с целым комплексом взаимосвязанных проблем (наркозависимость, ВИЧ-инфекция, правовые и социальные проблемы).
3. Если очевидно, что разового вмешательства или однократного предоставления помощи недостаточно для того, чтобы жизненная ситуация клиента изменилась в лучшую сторону.
4. Если мы работаем с социально дезадаптированными клиентами, которые, в силу различных причин, не способны обратиться за помощью самостоятельно.

Медико-социальное сопровождение — это осуществляемый в рамках мультидисциплинарного подхода пошаговый процесс организации доступа к комплексной медицинской, социальной и психологической помощи представителям труднодоступных/закрытых групп населения, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, направленный на создание у них позитивных изменений в сознании и формирование устойчивых навыков самостоятельного решения проблем.

Особенности медико-социального сопровождения наркопотребителей

Хотя алгоритм социального сопровождения не сильно различается для разных социальных групп, медико-социальное сопровождение наркопотребителей имеет ряд особенностей.

Поиск клиентов и установление контакта

Сложности поиска клиентов медико-социального сопровождения определяются, в первую очередь, тем, что многие из них являются действующими наркопотребителями. Государственные социальные службы избегают оказывать помощь наркозависимым, ибо не владеют спецификой работы, наркологические диспансеры и клиники оказывают наркологическую, но не социальную помощь. Контакт с потенциальными клиентами сопровождения происходит, как правило, на улице, в процессе аутрич-работы, в Мобильных центрах по профилактике ВИЧ-инфекции и иных инфекционных заболеваний (программы «Автобус», «Микроавтобус»), в низкороговых центрах, включая пункты обмена игл и шприцев, кабинеты тестирования крови на ВИЧ-инфекцию. Главным критерием возможного участия человека в программе медико-социального сопровождения является наличие мотивации к решению человеком насущных задач, которые он не может решить самостоятельно. Дополнительным компонентом медико-социального сопровождения являются мероприятия, направленные на изменение рискованного поведения. Для того чтобы определить, присутствуют ли в конкретном случае такие критерии, как правило, не хватает одной встречи, поэтому первый контакт с клиентом редко заканчивается подписанием «Договора о сопровождении» (см. Приложение). Ситуация осложняется также тем, что довольно часто наркозависимые не озабочены состоянием своего здоровья. Отправной точкой для начала сопровождения зачастую становится критическая ситуация, в которой оказывается клиент в силу своей наркозависимости: состояние здоровья серьезно ухудшается и требует немедленного вмешательства, родные и близкие отказывают в дальнейшей поддержке, возникают проблемы

с милицией. До этих пор клиенты могут пользоваться разовыми консультациями, но процесс медико-социального сопровождения начинается только тогда, когда клиент осознанно принимает решение предпринять действия для улучшения ситуации при поддержке социального работника (кейс-менеджера).

Заключение «Договора о сопровождении»

С того момента, как клиент сообщил социальному работнику о своем ответственном решении предпринять действия для улучшения ситуации, можно говорить о, собственно, «менеджменте случая» или «кейс-менеджменте» (*от англ. case — случай*). Это название не случайно — оно подчеркивает организаторскую функцию социального работника ведь именно он будет способствовать мобилизации необходимых ресурсов для достижения блага клиента. Разумеется, это не единственная его функция. Социальный работник также мотивирует клиента, поддерживает его в процессе выполнения принятых решений, способствует формированию навыков самостоятельного решения проблем. Чтобы регламентировать отношения клиента и социального работника (которого, в рамках сопровождения часто принято называть кейс-менеджером) между ними заключается «Договор о сопровождении» (Договор). Хотя Договор является, скорее, формальным документом, подписать его совершенно необходимо — во-первых, это способствует более осознанному и ответственному отношению клиента к планируемому сотрудничеству, а во-вторых, облегчает ведение кейс-менеджером отчетности.

Принципы сотрудничества

Подписанию Договора предшествует беседа, в процессе которой кейс-менеджер информирует клиента о методах сопровождения, проблемах, в разрешении которых оно может помочь, спектре его возможностей. Кейс-менеджер так же сообщает клиенту о тех принципах, на которых строится работа службы.

Важнейшими принципами, на которых строится социальное сопровождение, являются:

- уважение личности клиента и его права на принятие самостоятельных решений;
- ведущая роль клиента в принятии решений, касающихся его жизни и здоровья;
- толерантное отношение и отсутствие дискриминации по любым признакам со стороны кейс-менеджера и других специалистов, работающих с клиентом;
- конфиденциальность.

Задачи сопровождения

Момент определения задач, которые могут быть решены в процессе сопровождения — достаточно ответственный его этап. Это связано с тем, что, довольно часто у клиента имеется не одна–две проблемы, а целый их комплекс, в котором часто очень сложно выделить главную. В связи с этим, чаще всего, речь идет о том, чтобы сформировать общее, принимаемое обеими участниками диалога, представление об этом комплексе проблем и их значимости для клиента. Роль кейс-менеджера в этом процессе — помочь клиенту осознать свои проблемы, увидеть их «со стороны», начать формировать более ответственное отношение к ним. С другой стороны, кейс-менеджер может помочь клиенту ранжировать имеющиеся проблемы с тем, чтобы определить, что важнее сделать в первую очередь. Приоритеты, как правило, распределяются следующим образом:

1. **Острое соматическое заболевание/состояние.** Зачастую наркопотребители не обращают внимания на свои заболевания и не обращаются к врачам до тех пор, пока их состояние не станет, по сути, критическим, требующим немедленного вмешательства со стороны медиков. На этом этапе клиенту, вероятнее всего, потребуется помощь в защите его прав и интересов: многие больницы под разными предлогами отказывают ВИЧ-инфицированным пациентам в госпитализации и не предоставляют необходимой помощи.

2. **Восстановление документов.** Многие наркопотребители, в силу разных причин, не имеют даже самых необходимых документов. И даже тогда, когда паспорт удастся восстановить, этого недостаточно для получения медицинской помощи в необходимом объеме. Так, для получения бесплатной наркологической помощи нужен не только паспорт, но и регистрация по месту жительства. В экстренном случае сотрудник сопровождения может помочь клиенту, направив его к одному из «доверенных врачей», однако для получения регулярной медицинской помощи, регистрация и страховой полис все равно будут необходимы.
3. **Лечение наркозависимости и последующая реабилитация.** Реабилитация от наркозависимости, как правило, занимает довольно длительный промежуток времени, от нескольких месяцев до нескольких лет и, естественно, уместить весь период реабилитации в рамки процесса сопровождения сложно и не всегда целесообразно. В таких ситуациях сопровождение чаще всего нацелено на помощь в первых шагах на этом трудном пути.
4. **Восстановление разрушенных социальных связей.** Поддержка и помощь близких людей очень важна для человека и особенно для наркозависимого, страдающего ВИЧ-инфекцией и другими заболеваниями. Кроме восстановления контакта с семьей, близкими людьми, кейс-менеджер способствует поиску других ресурсов для оказания помощи и поддержки клиенту. Часто в качестве таких ресурсов выступают сообщества ЛЖВ, группы взаимопомощи для выздоравливающих зависимых, помощь равного консультанта. В частности, лечение наркозависимости, вероятнее всего, не даст результата, если вокруг клиента не сформируется окружение, способное оказать ему поддержку.
5. **Лечение хронических инфекционных заболеваний.** ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, туберкулез часто сопутствуют употреблению наркотиков. Лечение этих инфекций требует от пациента регулярных обследований, соблюдения предельно четкого режима приема препаратов, диеты. Многие лекарства, используемые для лечения перечисленных

заболеваний требуют длительного (иногда пожизненного) приема и могут иметь выраженные побочные эффекты. Учитывая эти обстоятельства, одной из задач социального работника становится создание предпосылок для формирования приверженности лечению. Для этого клиент может быть направлен на консультацию психолога, равного консультанта, участвовать в группах взаимопомощи.

6. **Формирование навыков самостоятельного решения проблем.** Кейс-менеджер решает эту задачу на протяжении всего процесса сопровождения, обучая клиента навыкам поиска необходимой информации, взаимодействию с чиновниками и врачами, умению анализировать сложившуюся ситуацию и находить выход из нее, навыкам преодоления трудностей.

Здесь перечислены лишь наиболее часто решаемые в процессе сопровождения задачи, однако их перечень может быть продолжен, исходя из потребностей конкретного клиента. В то же время, совсем не обязательно эти задачи будут присутствовать в каждом случае сопровождения.

План сопровождения

Составной частью договора о сопровождении является план сопровождения, который составляется клиентом и социальным работником и включает:

1. Задачи, которые должны быть выполнены в процессе сопровождения, в порядке их приоритетности.
2. Сроки выполнения этих задач.
3. Ответственность социального работника и клиента за выполнение задач (конкретно, что делает социальный работник, а что — клиент).
4. Критерии, по которым можно было бы оценить, выполнена ли поставленная задача.
5. Трудности, с которыми могут столкнуться социальный работник и клиент в процессе выполнения задач и способы их преодоления.

План сопровождения может меняться и дополняться в процессе выполнения тех или иных задач, или в случае возникновения неразрешимых трудностей, либо в случае, когда клиент или социальный работник не могут выполнить взятых на себя обязательств. Последнее обстоятельство надо особенно учитывать при работе с ПИН. Как показывает практика, нередко клиент-ПИН, стремясь «понравиться» социальному работнику и (или), в благодарность за хорошее отношение в начале сопровождения, берет на себя такое количество обязательств, которое он просто не в состоянии выполнить. Это отрицательно сказывается на дальнейшем сотрудничестве, как минимум, по двум причинам. Во-первых, оказавшись неспособным выполнить взятые на себя обязательства, клиент вполне может усомниться в собственных возможностях, что резко уменьшает его мотивацию. Во-вторых, в такой ситуации, у клиента нередко появляется чувство стыда перед социальным работником, так как клиент может посчитать, что не оправдал надежд и доверия кейс-менеджера. Это чувство может стать серьезным барьером как для новой попытки решить проблему, так и для повторного обращения к социальным работникам за помощью.

Поэтому, составляя план сопровождения, социальный работник должен быть очень внимателен, вместе с клиентом определяя сроки выполнения тех или иных задач, а также препятствия, которые могут помешать их выполнению.

Например, если одной из задач сопровождения является лечение наркозависимости и направление на реабилитацию, социальный работник, в первую очередь, должен выяснить, были ли прежде попытки отказаться от употребления и почему они закончились неудачно. Разговор на эту тему позволит социальному работнику оценить, насколько реалистично человек представляет себе процесс лечения от наркотической зависимости и насколько сильна его мотивация. Слабая мотивация, например, в форме пассивной, безответственной позиции зависимого человека по отношению к предстоящему лечению, скорее всего заставит кейс-менеджера серьезно задуматься о целесообразности и своевременности направления такого клиента на лечение наркозависимости. Естественно, что медико-социальное сопровождение, скорее

всего, будет проводиться даже и в такой ситуации — оно при этом будет сосредоточено на достижении других целей, например, восстановлении документов, медицинских обследованиях и др. При этом, как показывает практика, успех в решении других проблем, равно как и внимание к себе и своей жизни со стороны специалиста по сопровождению, создадут весьма серьезные предпосылки к тому, что клиент, в итоге, по-новому, более серьезно и ответственно подойдет и к решению проблемы лечения/реабилитации от наркотической зависимости.

Распределение ответственности

Распределение ответственности между клиентом и специалистом по сопровождению является одним из ключевых моментов процесса медико-социального сопровождения, и он особенно важен при работе с наркопотребителями. Распределение ответственности между кейс-менеджером и клиентом в практике медико-социального сопровождения означает, что клиент является активным участником всех событий, а не просто «получателем услуг», «реципиентом помощи». Это позволяет клиенту формировать навыки самостоятельного решения своих проблем, планирования своих действий, осознания препятствий, возникающих на пути к достижению поставленной цели. Очевидно, что никаким договором нельзя детально регламентировать распределение ответственности в таком сложном процессе, как медико-социальное сопровождение, и требуется огромный опыт и профессионализм специалиста, чтобы, с одной стороны, не делать за клиента его работу и действительно поддержать клиента в необходимый момент — с другой. Четкое понимание как границ своей ответственности перед другим человеком, так и права другого человека на совершение собственного выбора, в частности, позволяет уберечь социального работника от эмоционального и профессионального сгорания. В противном случае, разочарование, связанное с тем, что «клиент не делает того, что ему поможет» и вина за то, что «я не могу дать клиенту то, что ему нужно», ведут к хронической неудовлетворенности результатами работы и, в конечном итоге, к сгоранию.

Взаимодействие с другими службами

Одной из важнейших задач сопровождения является организация взаимодействия клиента с различными службами, предоставляющими услуги по лечению и профилактике ВИЧ-инфекции и наркопотребления и взаимодействия таких служб между собой. В таком взаимодействии реализуется один из важных принципов кейс-менеджмента — комплексный (мультидисциплинарный) подход.

Необходимость деятельности кейс-менеджера по организации взаимодействия обусловлена:

- Спецификой отношения сотрудников государственных медицинских и немедицинских организаций к представителям целевых групп. Наши клиенты представляют собой дискриминируемые, презируемые обществом группы, и очень часто сталкиваются с отвержением и дискриминацией в тех службах, где им должна быть оказана помощь. Это ведет к тому, что клиенты избегают обращений в такие службы, даже в случае крайней необходимости (например, не проходят обследований в поликлиниках и профильных медицинских центрах, не занимаются восстановлением утраченных документов и т.д.). Специалист по сопровождению стремится организовать ситуацию так, чтобы контакты с представителями организаций и учреждений были для клиента максимально полезны и, с другой стороны, не демотивировали его. Добиться этого можно разными способами:
 - организовывать и поддерживать связи с организациями — направлять клиентов только к тем врачам, за отношение которых можно «ручаться»;
 - сопровождать клиента к врачу или другому специалисту, защищая его интересы и, в то же время, наглядно демонстрируя, как именно можно построить эффективное взаимодействие;
 - консультировать клиента с целью формирования у него навыков построения эффективного контакта, способности отстаивать свои интересы, защищать свое достоинство.

Кейс-менеджер, будучи независимой фигурой, оказывает огромное позитивное влияние на всю систему оказания помощи наркозависимым лицам. Сотрудники государственных служб не смогут высказать кейс-менеджеру свои эмоциональные замечания о «недостаточном воспитании наркопотребителя», о «неправильной роли родителей» и т. д. С другой стороны, кейс-менеджер является представителем негосударственной, но официальной организации, он выполняет свою работу по сопровождению клиента. В этой ситуации нерадивые исполнители не смогут просто выгнать наркопотребителя, отказать ему в приеме, не принять документы. Присутствие в такой ситуации «стороннего» человека, являющегося представителем клиента, очень помогает решать многие вопросы, которые остались бы неразрешимыми, если бы клиент пришел один.

- Плохой адаптированностью графика и форм работы медицинских и социальных учреждений в России к особенностям наших целевых групп. Например, посещение большинства медицинских учреждений требует наличия паспорта и медицинского полиса. Многие наши клиенты не имеют документов, а восстановление их сопряжено с трудностями, преодолеть которые мешает отсутствие социальной ловкости и социальная дезадаптация. В сочетании с низкой мотивацией и отсутствием поддержки данные факты приводят к тому, что наши клиенты годами не обращаются за необходимой помощью.

Если говорить о группе ПИН, то необходимо также учитывать физическое состояние, в котором находятся клиенты большую часть времени. Действия, связанные с дальними перемещениями, длительными ожиданиями в очередях, необходимостью быть собранным и сосредоточенным, становятся практически нереальными. В то же время, перемещение по городу (особенно в масштабах мегаполиса) требует денег, которыми клиенты часто не обладают. В результате получение помощи так же откладывается на неопределенный срок. Эти обстоятельства трудно изменить усилиями

службы сопровождения, так как она не может подменить собой работу медицинских учреждений, однако их необходимо учитывать при организации деятельности Службы: в частности, в мобильных автобусах БОФ «Гуманитарное действие» существует возможность пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию в любое время.

- Отсутствием координации деятельности различных служб, оказывающих помощь клиенту. Для того, чтобы помощь была эффективной, различные ее компоненты должны быть взаимосвязаны и последовательны. Однако, к сожалению, механизмы взаимодействия между различными службами, оказывающими помощь одним и тем же целевым группам практически отсутствуют. Например, клиент, имеющий диагноз «туберкулез» и страдающий наркозависимостью, получает помощь в двух диспансерах – противотуберкулезном и наркологическом. Однако у него нет общей медицинской или социальной карты, где специалисты этих учреждений могли бы видеть результаты работы по другим направлениям, чтобы соответственно координировать и свои действия.

В отсутствие отлаженных механизмов такой взаимосвязи эту функцию берет на себя кейс-менеджер. Он становится координирующим центром, куда стекается вся информация о клиенте, обеспечивает взаимодействие различных специалистов, работающих с клиентом, фактически, формируя вокруг него команду специалистов.

Оценка эффективности (мониторинг) сопровождения

Оценка эффективности социальной работы – достаточно сложное мероприятие и, к сожалению, им часто пренебрегают. Это происходит по двум причинам: во-первых, вызывает сложности определение критериев оценки, а во-вторых, все еще дей-

ствуется наследие того периода, когда эффективность социальной помощи определялась количеством распределенных благ. То есть столько-то человек получили определенную услугу, а уж насколько это им помогло — не имеет значения.

Эффективность социальной помощи, в том числе социального сопровождения, определяется степенью, в которой затраченные усилия способствовали достижению поставленных целей. И если мы вспомним, что целью комплексного медико-социального сопровождения является достижение позитивных изменений в сознании клиента, то станет ясно, почему возникают сложности с определением критериев такой оценки. Поэтому для того, чтобы оценка эффективности все же была возможна, в процессе составления плана сопровождения рекомендуется формулировать более конкретные, практические цели, достижимость которых можно оценить. Это может быть получение документов, прохождение детоксикации, получение результата тестирования на ВИЧ или обследование по поводу гепатита. Немаловажно, чтобы поставленные цели могли быть достигнуты в сравнительно краткий промежуток времени: средняя продолжительность процесса медико-социального сопровождения обычно не превышает нескольких месяцев. Таким образом, формируется двойная система критериев: с одной стороны, необходимо оценить, достигнуты ли поставленные цели, с другой — какое количество услуг оказано.

Для самого клиента и специалиста, ведущего случай, эффективность сопровождения часто измеряется несколько другими понятиями, чем просто достижение результата. Это изменения, происходящие в сознании клиента, в его отношении к себе и окружающему миру, в способах, которые он применяет для решения проблем. И хотя эти изменения гораздо труднее заметить и внести в отчет, они не менее важны.

Перспективы развития службы комплексного медико-социального сопровождения в работе с ЛЖВ-ПИН

Одним из приоритетных направлений развития кейс-менеджмента — внедрение этой методики в государственные социальные службы для оказания помощи ПИН, так как, несмотря на то, что определенная работа уже ведется — в районных центрах социальной защиты населения Санкт-Петербурга с недавнего времени открыты отделы по работе с ВИЧ-инфицированными матерями, — ПИН, в основной своей массе, по-прежнему находятся вне поля зрения этих служб. Одним из очевидных барьеров на пути к улучшению имеющейся ситуации является отсутствие у сотрудников государственных служб навыков работы с ПИН. БОФ «Гуманитарное действие» видит одной из своих первоочередных задач передачу уже накопленных нами знаний и опыта этим службам, что, как мы надеемся, позволит изменить имеющуюся ситуацию с оказанием помощи ПИН в лучшую сторону. Надеемся, что в скором времени и в профильных учебных заведениях появятся соответствующие учебные программы.

Перспективным направлением развития кейс-менеджмента, является распространение этой методики на целевые группы, ранее ей неохваченные. Очевидной особенностью этого направления развития является необходимость изменения уже имеющихся методик медико-социального сопровождения применительно к каждой конкретной социальной группе.

Например, при медико-социальном сопровождении людей, имеющих ВИЧ-инфекцию в сочетании с туберкулезом, которое относительно недавно стало проводиться сотрудниками БОФ «Гуманитарное действие», исходная методика уже претерпела существенные изменения, именно вследствие определенных специфических особенностей этой целевой группы.

Опыт показывает, что комплексное медико-социальное сопровождение действительно создает условия для позитивных изменений как в социальном, так и в личностном аспектах жизни человека, следовательно, границы его применения будут и дальше расширяться.

Консультирование как метод полевой работы в мобильной программе снижения вреда от инъекционного употребления наркотиков (программа «Автобус»)

Почему это необходимо

Для современной российской системы оказания помощи (не только медицинской, но и социальной, и даже психологической) понятие «консультирование» все еще является сравнительно новым.

Консультирование — это конфиденциальный диалог между человеком, обратившимся за помощью (клиентом или пациентом), и консультантом, дающим возможность преодолеть психоэмоциональный стресс и (или) принять решение.

Медицинские работники «лечат» — назначают препараты, делают анализы, ставят диагноз. Выбор стратегии лечения, сбор анамнеза, назначение рекомендаций в таких случаях полностью является ответственностью врача — пациент лишь исполняет (или не исполняет) его рекомендации.

В социальной сфере процесс консультирования часто сводится к «информированию» — где и какую помощь можно получить, как оформить документы, с чего лучше начать решение проблем.

Психологическое консультирование по-прежнему остается достаточно редким явлением. Не каждому известно, чем может помочь психолог, бытует мнение, что к психологам обращаются «ненормальные», к тому же не всегда известно, где же этого психолога найти — психологические консультации в частных медицинских центрах оказываются за достаточно высокую плату, а где оказываются бесплатные консультации, известно далеко не всем.

Наркозависимость и часто сопутствующие ей заболевания (ВИЧ-инфекция, туберкулез, вирусные гепатиты) являются именно такими проблемами, в решении которых помощь профессионального консультанта не только желательна, но и является необходимым компонентом лечения. Проблема наркозависимости не имеет простого и быстрого решения, так как затрагивает все сферы жизни человека и требует длительного, последовательного вмешательства и серьезных усилий.

Консультант может помочь в принятии ответственных решений, касающихся лечения, в преодолении стресса, связанного с получением диагноза, в формировании устойчивой мотивации к лечению, несмотря на то, что оно может быть длительным и изматывающим, в восстановлении разрушенных социальных связей. Часто в подобных случаях роль консультанта берут на себя родственники и близкие друзья, однако далеко не во всех случаях они могут помочь. Оказание такой помощи требует специальных навыков, знаний, профессионализма.

Однако ряд трудностей ограничивает, а порой делает невозможным доступ ПИН к консультированию и профессиональной помощи:

- почти все ПИН имеют опыт дискриминации как со стороны работников государственных медицинских и социальных учреждений, так и со стороны общественных организаций, предоставляющих им услуги;
- длительное употребление наркотиков часто ведет к тому, что на другие дела не остается ни сил, ни времени — поездка в определенное учреждение к определенному времени становится проблемой;

-
- так как употребление наркотических препаратов в России ведет к административному преследованию, многие ПИН избегают контактов с государственными учреждениями, поскольку такие контакты могут привести к раскрытию персональных данных, постановке на наркологический учет и т.д.;
 - у потребителей наркотиков (впрочем, как и у тех, кто их не употребляет) часто не хватает позитивного опыта обращения за помощью — нет уверенности, что другой человек отнесется с сочувствием и принятием, сможет понять существующую проблему, и что у этой проблемы может быть решение;
 - чтобы получить помощь в государственных медицинских и социальных учреждениях, как правило, необходимо предоставить довольно много документов: паспорт, прописку, разные справки. У потребителей наркотиков документы могут быть потеряны, не оформлены, а восстановление их, опять же, требует длительных усилий;
 - частная психологическая помощь, особенно если дело касается лечения наркотической зависимости, стоит немалых денег, которыми ПИН, как правило, не располагают. Кроме того, к сожалению, оказание психологической помощи в рамках лечения от наркотической зависимости нередко превращается в выкачивание денег из кармана родственников и близких зависимого, которые не настолько хорошо осведомлены об особенностях этого заболевания, чтобы объективно оценить качество предоставляемой помощи.

В результате этих и других причин существенно затруднен доступ ПИН к лечению не только наркозависимости, но и других заболеваний, которые часто сопутствуют длительному употреблению наркотиков: ВИЧ-инфекции, гепатитов, туберкулеза, а это с неизбежностью ведет к тому, что эпидемия ВИЧ-инфекции и туберкулеза распространяется, а число потребителей наркотиков становится все больше.

«Полевое» консультирование — ликвидация барьеров на пути получения помощи для ПИН

Проблема оказания помощи ПИН потребовала новых методов взаимодействия структур, оказывающих помощь, и людей, нуждающихся в ней. Привычные в структуре здравоохранения и социального обслуживания методы оказались неэффективными в работе с потребителями наркотиков. Несмотря на наличие возможностей для получения помощи, клиенты не обращались за ней. Чтобы сделать помощь доступной для представителей целевой группы, необходимо было организовать максимально открытый «низкопороговый» доступ клиентов к предоставляемым услугам. С этой целью в 1997 г. БОФ «Гуманитарное действие» впервые в России реализовал проект по созданию мобильного пункта профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов и гемоконтактных инфекций среди уличных наркопотребителей — программу «Автобус». Нарботанные в этой программе схемы и модели функционирования легли в основу многих более поздних проектов и программ Фонда. Так, например, в 2003 г. при активном участии БОФ «Гуманитарное действие» в структуре КИБ им. С.П. Боткина был создан низкопороговый консультационный пункт.

Спектр услуг, которые ПИН мог получить в мобильном пункте, формировался при непосредственном участии самих потребителей этих услуг и первоначально включал обмен шприцев, выдачу презервативов, оказание первичных консультаций. При этом вскоре именно консультирование стало одним из основных направлений деятельности программы «Автобус» и тому было несколько причин.

Во-первых, как уже отмечалось, по ряду причин ПИН не обращались за помощью в государственные организации, а мобильный пункт зачастую был единственным местом, где такая консультация могла произойти.

Во-вторых, клиенты обращались на «Автобус», не только с «техническими» вопросами (поменять шприц, взять литературу, презервативы и т.п.), но и за получением различного рода консультативной помощи, за полезной и актуальной информацией — возможности лечения и реабилитации от наркозависимости, форми-

рование приверженности к лечению инфекционных заболеваний, выработка и поддержание мотивации к лечению, трудности во взаимоотношениях с родственниками и многое другое.

И, наконец, в системе оказания комплексной медико-социальной помощи наркозависимым и ВИЧ-инфицированным первичное консультирование занимает очень важное место и становится шагом к участию в более длительных комплексных программах помощи, таких, как «медико-социальное сопровождение». На сегодняшний день, именно привлечение к участию в таких программах — одна из основных задач консультанта, поскольку очевидно, что лечение наркомании и сопутствующих ей заболеваний, в первую очередь, таких, как ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты, туберкулез требует длительного и последовательного сопровождения.

Консультирование как метод взаимодействия и оказания помощи

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

- В консультировании акцентируется ответственность клиента, т.е. признается, что независимый, ответственный индивид способен в соответствующих обстоятельствах принимать самостоятельные решения, а консультант создает условия, которые поощряют волевое поведение клиента.
- Консультирование в значительной степени сосредотачивается на принятии решений, и обеспечении достижения целей, сформулированных и поставленных самим клиентом.
- Отношения «клиент–консультант», возникающие в процессе консультирования, являются равноправными, в том смысле, что консультант, как правило, не использует методы и техники, суть которых не известна клиенту, ориентируется только на цели, которые клиент определил как важные

для себя (а не на те, важность которых очевидна для консультанта), с уважением относится к личности клиента.

Консультант, таким образом, принимает клиента (пациента) как автономного индивида, за которым признается и уважается право свободного выбора, самоопределения, право жить собственной жизнью. Такой подход реабилитирует человеческое достоинство индивида, позволяет активизировать ресурсы личности, формирует более ответственное отношение к своей жизни и здоровью.

На самом деле, такие отношения между клиентами и сотрудниками проектов, которые можно условно определить как «равный–равному», являются одним из центральных элементов программ снижения вреда и проявляются не только в процессе консультирования, но и на всех этапах работы. Так как употребление наркотиков является административно наказуемым деянием, считается в обществе скорее преступлением, нежели болезнью, а для воздействия на него употребляются, в основном, карательные меры, потребители наркотиков крайне редко встречают подобное отношение не только среди специалистов (врачей, социальных работников, психологов), но и среди родственников и близких людей. Консультация, которую может провести не только психолог, но и врач, и социальный работник, в зависимости от запроса клиента, может продемонстрировать такое отношение, и, таким образом, привлечь клиента к дальнейшему участию в проекте.

Другой важной особенностью консультирования является ориентация на принятие или реализацию конкретного решения, как правило, имеющих конкретные временные рамки. Это означает, что в процессе консультирования рассматриваются не столько обстоятельства, приведшие к ситуации, требующей вмешательства, сколько сама ситуация и возможные пути выхода из нее. Консультант, таким образом, может работать с конкретными проблемами, не имея цели изменить всю жизнь клиента, а также ограничивать свое вмешательство рамками этих проблем. Это делает процесс консультирования менее затратным и длительным, чем, скажем, процесс психотерапии.

Формы консультирования в процессе полевой работы

Первичное консультирование

Первичное консультирование происходит на том этапе работы с клиентом, когда его запрос еще не дифференцирован, или когда этого запроса еще нет. Как правило, это происходит, когда клиент обращается за помощью первый раз, или в процессе аутрич-работы, когда аутрич-работники сами выходят на контакт с клиентами и предлагают воспользоваться услугами, которые предоставляет программа снижения вреда. Может показаться, что в таких случаях достаточно простого информирования, однако на самом деле, первичная консультация служит нескольким целям:

1. Первичной мотивации клиента к изменению рискованного поведения. На этом этапе речь, как правило, не идет о принятии решений или конкретных действиях, а, скорее, о размышлениях, к которым может подтолкнуть клиента первичная консультация, и результатом которых могут стать решения и действия.
2. Созданию у клиента положительного отношения к программе, в рамках которой происходит консультирование. Как уже отмечалось, многие потребители наркотиков и другие клиенты низкопороговых программ не обращаются за помощью, так как имели опыт отказа в предоставлении помощи по причине дискриминации, пренебрежительного отношения, равнодушия со стороны государственных служащих или медицинских работников. В процессе первичного консультирования консультант демонстрирует гуманное и уважительное отношение к личности человека и сообщает, что именно на этих принципах будет строиться оказание помощи в дальнейшем.
3. Выявлению первичных потребностей клиента. Длительное употребление наркотиков ведет к тому, что люди часто перестают осознавать другие свои потребности, кроме потреб-

ности в наркотиках. Беседа с консультантом может способствовать актуализации и осознанию таких потребностей, особенно если консультант сообщает, как именно потребность можно удовлетворить. Все перечисленные цели служат, по сути, одной: расширению у клиента представлений о возможностях изменения своей жизненной ситуации в лучшую сторону и мотивации к таким изменениям. В этой связи первичное консультирование приобретает огромное значение в программах снижения вреда и очень важно, чтобы сотрудники, которые его проводят (а это, как правило, не профессиональные консультанты, а аутрич-работники и социальные работники) имели навыки его проведения.

Консультирование до и после тестирования на ВИЧ-инфекцию

Тестирование на ВИЧ-инфекцию является важным компонентом работы с наркозависимыми людьми не только потому, что своевременное выявление болезни позволяет снизить риск передачи инфекции другим людям, но и потому, что решение о прохождении тестирования может стать для наркозависимого серьезным шагом к изменению отношения к своему здоровью и своей жизни. В силу причин, о которых было сказано выше (недостаточной доступности медицинских услуг, и, в том числе, тестирования на ВИЧ-инфекцию для потребителей наркотиков), мобильные пункты профилактики ВИЧ-инфекции предоставляют каждому человеку возможность пройти тестирование. Консультирование до и после тестирования на ВИЧ-инфекцию имеет ряд особенностей, на которых мы здесь не будем останавливаться, так как такого рода консультациям посвящены отдельные руководства. Заметим лишь, что такое консультирование способствует более осознанному отношению клиента к тестированию и его результатам. Когда тестирование проводится «в полевых условиях» (например, в мобильном пункте), могут возникнуть дополнительные сложности: нехватка места для консультации, посторонние шумы, другие отвлекающие факторы. Это ни в коем случае не означает, что консультацией можно пренебречь или подойти к ней формально.

Консультирование по вопросам наркозависимости

Хотя прямой целью работы программы «Автобус» не является мотивация к лечению клиентов от наркозависимости, употребление наркотиков и связанные с ним проблемы наиболее часто становятся предметом консультаций. Очень условно такие консультации можно разделить на несколько типов:

- мотивационное консультирование;
- консультирование по вопросам выбора программы лечения и реабилитации;
- профилактика срывов;
- постреабилитационная социализация.

В рамках консультирования в мобильном пункте можно говорить о двух первых типах: мотивации и выборе способа реабилитации, консультирование же по поводу профилактики срывов и социализация чаще проводятся в ходе медико-социального сопровождения, которому посвящена отдельная глава этого руководства.

Мотивационное консультирование

Многие наркозависимые признают, что употребление наркотиков отрицательно сказывается на качестве их жизни и здоровья, однако до тех пор, пока не будут затронуты жизненно важные потребности, не чувствуют необходимости в лечении зависимости. Когда же такая необходимость становится очевидной, жизненная ситуация клиента может быть настолько сложна, а количество проблем так велико, что без посторонней помощи человек не может даже приступить к их разрешению. Таким образом, многие наркозависимые оказываются в амбивалентной ситуации: вроде бы очевидна необходимость отказа от употребления наркотиков, но проблемы, связанные с лечением, представляются неразрешимыми, а выгода — неочевидной.

Толчком для формирования мотивации к лечению наркозависимости в таких случаях может стать актуальная и требующая немедленного решения проблема в какой-либо другой обла-

сти жизни человека, например, в области здоровья или семейных отношений. Для женщин серьезным стимулом может стать беременность и желание родить ребенка. Внутренний конфликт, который возникает на почве противостояния двух равнозначных интересов клиента и становится почвой для мотивационного консультирования.

В процессе консультирования консультант не убеждает клиента в том, что наркозависимость требует немедленного лечения, а способствует определению и мобилизации внутренней системы ценностей клиента, на основе которых и может строиться мотивация. Хотя такой процесс оказывается зачастую гораздо более длительным, чем прямое убеждение, мотивация, основанная на ценностях и актуальных потребностях клиента, оказывается значительно более стойкой и жизнеспособной.

Поскольку мотивация к лечению наркозависимости формируется не сразу, консультант не ставит цели направить клиента на лечение немедленно, как только он выразит такое желание. Неудачные, плохо продуманные попытки лечения лишают человека сил, формируют отрицательный опыт, снижают мотивацию к дальнейшему лечению. Поэтому мотивационное консультирование, начавшись в рамках полевых программ, часто переходит в программу индивидуального медико-социального сопровождения (см. *соответствующий модуль*).

Принципы, лежащие в основе мотивационного консультирования, таковы:

1. Мотивация к изменению поведения возникает у клиента, а не навязывается ему извне. Консультант не применяет методов давления, не конфронтирует с клиентом, не навязывает ему своих убеждений и не манипулирует им.
2. Консультант предоставляет клиенту возможность (зачастую, впервые в жизни) взвесить все «за» и «против» употребления наркотиков и на основе этого анализа принять осознанное решение. Задача консультанта — способствовать осознанию и прояснению мотивов самим клиентом.
3. Взаимоотношения клиента и консультанта являются партнерскими и равноправными. Консультант не занимает экс-

пертной позиции человека, который знает, как нужно действовать, но использует свои навыки и опыт для того, чтобы клиент мог научиться лучше понимать мотивы своих действий, свои ценности и стремления.

Консультирование по поводу выбора способа лечения и дальнейшей реабилитации

Программы снятия физической зависимости (детоксикация), предлагаемые редко превышают по длительности 14 дней, тогда как следующий за этим процесс реабилитации может занять многие месяцы и даже годы. Правильный выбор программы реабилитации очень важен для положительного исхода лечения. При этом сами потребители наркотиков далеко не всегда думают об этом. Нередко среди ПИН бытует мнение, что «главное — «переломаться», а там уж — как-нибудь». Для эффективного лечения наркозависимости необходимо помочь клиенту выбрать наиболее приемлемый для него вариант лечения и последующей реабилитации. Для этого консультанту требуются актуальные знания о том, какие программы лечения и реабилитации существуют в регионе, в чем их специфика и отличия. Чтобы помочь клиенту взвесить все преимущества и недостатки каждой из программ реабилитации и подобрать наиболее подходящую, можно использовать следующие приемы.

1. Вместе с клиентом проанализировать опыт предыдущих попыток лечения и определить, что именно сделало лечение неэффективным. Немаловажно в процессе анализа подчеркнуть значимость таких попыток, и помочь клиенту извлечь из них положительный опыт.
2. Мотивировать клиента узнать как можно больше о той программе реабилитации, которую он планирует выбрать: прочитать брошюры, встретиться с теми кто прошел эту программу, подорожнее узнать о правилах, распорядке, принципах этой организации. Это поможет как снизить тревогу по поводу будущей реабилитации, так и способствует

повышению ответственности клиента за этот выбор и его последствия.

3. Промоделировать будущее. Основываясь на имеющейся у консультанта и клиента информации, предложить клиенту представить себе, каким будет один из дней предстоящей реабилитации: что он там делает? что чувствует? о чем думает?
4. Составить вместе с клиентом список трудностей, с которыми он, возможно, столкнется в процессе реабилитации, и способов их преодоления. Причем важно помочь клиенту трезво оценить свои силы, не брать на себя обязательств, которые он не в состоянии будет выполнить. Некоторые реабилитационные программы требуют, например, отказаться не только от наркотиков, но и от алкоголя и курения, а другие — четкого следования определенным религиозным нормам.

Основной задачей консультанта в процессе консультирования по вопросам выбора программы реабилитации является помощь клиенту в совершении осознанного и ответственного выбора.

Особенности консультирования на мобильном пункте

Будучи, по сути, уникальной методикой, которая создавалась непосредственно «в поле», во взаимодействии с клиентами и с учетом их потребностей, консультирование в мобильных пунктах и в автобусах имеет ряд существенных особенностей.

- Клиенты, обращающиеся в мобильный пункт, зачастую не мотивированы на получение помощи. **Пункт является лишь местом, где контакт клиента и консультанта может произойти**, и именно от консультанта зависит, насколько этот контакт будет эффективен. Поэтому на мобильном пункте консультант очень много внимания должен уделять созданию доверительной обстановки, установлению прочного контакта с клиентом, прояснению его запроса, даже если при первом знакомстве клиент вообще отрицает, что нужда-

ется в какой-либо помощи. Это не значит, что консультант становится навязчивым, однако он не ожидает от клиента готового запроса, а, скорее, готовит почву для того, чтобы такой запрос мог возникнуть.

- Спектр проблем, с которыми ПИН обращаются к консультанту, как правило, очень широкий и включает как психологические, так и социальные, медицинские вопросы, поэтому консультанту необходимо обладать определенными устойчивыми знаниями и в этих областях. Консультирование при наличии у клиента ВИЧ-инфекции зачастую включает в себя и помощь в принятии диагноза, и повышение приверженности терапии, и формирование более безопасного образа жизни. Соответственно, консультант должен владеть информацией по всем этим вопросам.
- В мобильном пункте консультант не может ожидать длительного, а, тем более, регулярного взаимодействия с клиентом, хотя именно на таком взаимодействии обычно строится классическое психологическое консультирование. В связи с этим, для консультанта становится особенно важно обозначить тему именно этой консультации и то пусть небольшое, но решение, которое клиент примет в ее итоге. В то же время, роль личной ответственности клиента существенно повышается — консультант не может рассчитывать, что будет поддерживать клиента постоянно, и, таким образом, для клиента особенно важным становится научиться действовать самостоятельно.

Именно принятие клиентом ответственности за свою жизнь и здоровье часто является явной или скрытой темой консультирования.

- Консультирование ПИН само по себе имеет ряд особенностей, независимо от того, какие вопросы обсуждаются. Некоторые аспекты личности наркозависимого сильно меняются вследствие употребления наркотиков, и консультанту важно учитывать это, чтобы консультация была эффективной.
- Наркозависимые клиенты часто обращаются со специфическими проблемами — не только профилактика ВИЧ-инфекции, но и передозировки, юридические про-

блемы, психические нарушения. Безусловно, консультант не может быть одновременно и юристом, и психиатром, и психологом, но система помощи наркозависимым, которую реализует БОФ «Гуманитарное действие» предполагает наличие «доверенных специалистов» (*см. соответствующий модуль*), которые способны оказать профильную помощь, и к которым консультант при необходимости может направить клиента.

- Организация системы тестирования на ВИЧ-инфекцию непосредственно в программе «Автобус» определяет обязательное проведение как до-, так и послетестового консультирования. В условиях мобильного пункта такое консультирование приобретает особое значение. Это связано с тем, что для ПИН решение о тестировании на ВИЧ часто является первым шагом к более осознанному отношению и к другим аспектам своего здоровья, поэтому особенно важно поддержать такое отношение, сделать его основой для дальнейших действий клиента, и это тоже, в большой степени, задача консультанта.
- Одной из основных целей консультирования в мобильных пунктах становится психологическая поддержка. Высокий уровень дискриминации, с которой сталкиваются в социуме потребители наркотиков и ВИЧ-инфицированные, существенно снижает их самооценку, вызывает постоянное чувство тревоги, изоляцию и одиночество. Консультант проявляет уважение и заинтересованность к обратившемуся за помощью человеку независимо от его личных качеств, а также от того, болен он или здоров, создает атмосферу доверия и понимания. Такая поддержка дает возможность клиенту преодолеть тревогу и страх, повышает степень его уважения к себе, позволяет мобилизовать ресурсы на решение своих проблем.

Консультант в мобильном пункте.

Необходимые знания, навыки и качества

Учитывая вышеизложенное, формировались требования к сотрудникам, осуществляющим консультирование в условиях мобильного пункта. Эти требования можно разделить на профессиональные и личные, хотя такое разделение очень условно.

Профессиональные навыки

- **Специальное образование.** Важно, чтобы это образование было прикладным — включало бы не только теорию, но и практику психологического консультирования, социальной работы, работы с незащищенными и дискриминируемыми группами.
- **Дополнительное образование** — обучение принципам снижения вреда, особенностям работы с целевыми группами (ПИН, секс-работники [СР], уличные дети и т.д.), профилактика профессионального выгорания, методология работы с активными потребителями наркотиков и ВИЧ-инфицированными — мотивационное консультирование, информационное консультирование, оказание экстренной психологической помощи, работа по формированию приверженности лечению и другие аспекты. Такое обучение, как правило, проводится в форме тренингов и семинаров.
- **«Профессиональная гибкость».** Хотя консультирование в условиях мобильных и консультационных пунктов ограничивает спектр методик, которые может применить консультант, тем не менее необходимо искать свой подход и свою методику для каждого клиента. Велик соблазн назвать всех клиентов «наркоманами» и применять к ним ко всем одну и ту же методику консультирования, но это будет не просто неэффективно, а еще и губительно для консультанта — его работа превратится в рутину и станет ему неинтересна.
- **Знания из смежных областей:** медицина, психология, вопросы права и социальной работы, и умение применить эти знания на практике.

Однако не менее, чем знания, для профессионалов, осуществляющих консультирование в мобильных и профилактических пунктах, важны «личные», человеческие качества, а такие качества сформировать гораздо сложнее чем получить знания по той или иной специальности, хотя и здесь помогает участие в тренингах и профессиональная супервизия.

- Необходима очень высокая степень толерантности к людям, дискриминируемым обществом; способность принять точку зрения и образ жизни другого человека, даже если они разительно отличаются от общепринятого. Глубоко укорененное в нашем обществе дискриминирующее отношение к ВИЧ-инфицированным и ПИН зачастую ведет к тому, что консультант неосознанно, ставит себя по отношению к ним в доминирующее положение, что ведет к морализированию, управлению жизнью клиента, и, в конечном счете, к утрате доверия между консультантом и клиентом.
- **Высокая степень личной осознанности**, позволяющая отделять свои стремления и желания от стремлений и желаний клиента. Например, далеко не всегда потребители наркотиков стремятся избавиться от привычки к употреблению, ВИЧ-инфицированные не всегда хотят лечиться, и консультанту важно признавать право клиента распоряжаться своей жизнью. Задачей консультанта является не столько изменение образа жизни клиента, сколько помощь ему в совершении осознанного выбора модели поведения и принятия ответственности за последствия такого выбора.
- **Осознание степени своей ответственности перед клиентами.** Необходимо, одновременно, не оставаться равнодушным к проблемам клиента, но и не подменять усилия клиента своими. Для того, чтобы в жизни клиента, употребляющего наркотики, произошли серьезные изменения, иногда требуются годы, и специалисты, работающие с такими клиентами, часто не способны справиться с личным разочарованием, испытывают фрустрацию, что ведет к профессиональному выгоранию.
- **Психологическая устойчивость.** Консультантам мобильных пунктов часто приходится сталкиваться с действительно

тяжелыми для восприятия историями и жизненными обстоятельствами клиентов, оказывать экстренную помощь.

- **Умение работать в команде.** Консультации, которые клиент получает в профилактических пунктах, являются частью комплексной системы оказания помощи, поэтому для консультанта важна способность работать наравне и в сотрудничестве с другими специалистами. Консультация, полученная в мобильном пункте, может стать и толчком к дальнейшей работе, и основой, на которой она будет строиться. В процессе такой консультации клиент может узнать, какие услуги он может получить в рамках программы.

Цель и задачи консультирования на мобильном пункте

Цель консультирования на мобильных пунктах — сохранение как психического, так и физического здоровья клиента, путем формирования ответственного отношения клиента к своей жизни и здоровью.

В рамках работы на мобильных пунктах консультирование может решить следующие задачи.

- **Психологическая поддержка клиента.** Во многих случаях обращение в мобильный пункт для ПИН является первым шагом к изменению поведения, хотя он сам может этого и не осознавать. Поводом для такого обращения не обязательно будет запрос на консультацию — это может быть и обмен шприца, и тестирование на ВИЧ, но для клиента даже такой шаг очень важен и во время первичной консультации его необходимо поддержать. Психологическая поддержка важна и во время повторных консультаций — она способствует удержанию клиента в программе и созданию длительных партнерских отношений с клиентом.
- **Реабилитация человеческого достоинства клиента.** Большинство ПИН имеют огромный негативный опыт дискрими-

нации со стороны общества, считают себя неполноценными и неспособными справиться со своими проблемами. Даже в рамках одной встречи консультант может способствовать изменению такого отношения, пусть и в минимальном объеме. Разумеется, в решении этой задачи должен быть задействован не только консультант, но и другие специалисты.

- **Создание и поддержание у клиента мотивации к изменению поведения.** В работе с ПИН мотивационное консультирование особенно важно. Устойчивая мотивация к изменениям является необходимым компонентом лечения. Разумеется, невозможно говорить о создании мотивации за одну консультацию, однако консультанту необходимо постоянно «держать в голове» эту необходимость, «возвращать» клиента к тем целям, которые были поставлены им самим во время предыдущих консультаций, ориентироваться на них, с тем, чтобы вместе с клиентом лучше планировать дальнейшие действия.
- **Мотивация клиента к участию в программе медико-социального сопровождения.** Как уже отмечалось, проблемы, с которыми сталкиваются ПИН, в большинстве не могут быть решены в рамках одной и даже нескольких консультаций, т.к. требуют длительных и последовательных действий во многих аспектах жизни клиента. Участие в программе медико-социального сопровождения дает клиенту возможность совершать такие действия, имея постоянную поддержку различных специалистов.
- **Предоставление необходимой достоверной информации.** Как уже отмечалось, консультанту необходимо обладать достаточным набором знаний в различных областях. Однако это не означает, что консультант обязан незамедлительно ответить на любой вопрос клиента. Во многих случаях будет достаточно направить клиента к специалисту, который может дать более подробную и грамотную консультацию по вопросам, например, лечения вирусного гепатита или приема АРВТ. Можно также предоставить клиенту брошюры или посоветовать поискать информацию на соответствующих сайтах.

Обстоятельства, затрудняющие консультирование на мобильных пунктах.

- В условиях мобильного пункта часто бывает сложно прояснить цель каждой конкретной консультации, и она рискует превратиться в «простой разговор». Даже если клиент не может сформулировать свой запрос, что случается достаточно часто, консультанту важно выявить, какая проблема в данный момент для клиента наиболее актуальна, и какая конкретная задача будет решаться в течение этой конкретной консультации.
- Консультация в мобильном пункте может оказаться «первой и последней», случается, что клиенты не возвращаются, и у консультанта нет возможности узнать, принесла ли встреча какой-то результат. Из-за этого консультант может как преувеличивать значение этой встречи, так и недооценивать его. Только признание ответственности клиента за свои действия (или их отсутствие) может помочь консультанту в таких случаях работать профессионально и включенно, но избежать фрустрации.
- Клиенты могут обратиться с запросами, которые невозможно удовлетворить «на месте» — юридическими, медицинскими, социальными. В таких случаях у консультанта может возникнуть опасение (не лишенное оснований), что если помощь не будет оказана на месте, клиент не обратится за ней повторно. Однако в таких случаях, консультант может использовать запрос клиента для того, чтобы вовлечь его в систему оказания помощи.
- Возникают сложности в организации пролонгированного консультационного процесса — чаще всего клиенты не готовы к длительному взаимодействию с консультантом и регулярным встречам. Консультант может испытать фрустрацию от того, что не видит результатов своей деятельности. В этих случаях особенно важно взаимодействие в команде специалистов, оказывающих помощь, что даст возможность консультанту узнать о дальнейших шагах клиента в программе.

- Консультант часто сталкивается с тем, что потребители наркотиков обращаются в автобус в состоянии наркотического опьянения, или, напротив, абстиненции, что снижает эффективность консультирования или делает его невозможным. Необходимо распознавать такие состояния и оценивать эффективность своей работы в таких случаях.
- В полевых условиях (мобильный, стационарный пункт, аутрич-работа) трудно обеспечить спокойную и доверительную обстановку для консультации — мешает дефицит пространства, невозможность уединиться с клиентом, другие факторы. Консультанту необходимы навыки, позволяющие даже в таких условиях создать у клиента чувство безопасности и доверия.

Перспективы развития консультирования в программах снижения вреда

Консультирование в программах снижения вреда занимает очень важное место. Как составная часть оно присутствует во всех сферах деятельности таких программ — от полевой работы до медико-социального сопровождения. Однако учебных программ, которые готовили бы специалистов именно в этой области, на сегодняшний день практически нет. Дело в том, что, помимо навыков консультирования специалисту такого профиля необходимы и другие навыки и знания, позволяющие работать с целевой группой программ снижения вреда. Мы надеемся, что в скором времени будут созданы учебные модули, позволяющие получить именно такую квалификацию.

Система формирования и принципы функционирования мультидисциплинарной команды

Почему это необходимо

Классический медицинский подход предполагает успешное лечение человека, имеющего конкретную, желательную одну, медицинскую проблему. При этом пациент должен четко исполнять все задачи, которые ставит перед ним врач, посвящать лечению значительную часть своего времени, финансово обеспечивать процесс лечения. Пациент полностью посвящает себя и своих родственников процессу лечения, является четким исполнителем «лечебной воли» врача, вкладывает в процесс лечения немалые духовные силы и материальные средства. Такую модель оказания помощи можно условно назвать «патерналистическая медицина».

Серьезно осложнять ситуацию могут как сугубо медицинские аспекты — например, наличие у одного пациента нескольких медицинских диагнозов, каждый из которых является приоритетным, так и социальные проблемы — в частности, отсутствие помощи со стороны родственников, нехватка денег на приобретение продуктов питания (не говоря уже о лекарствах). Он не только не знает, на что купить лекарства, но у него нет денег на реализацию первоочередных потребностей в питании.

Таким образом, можно констатировать, что «классическая» модель оказания помощи пациенту эффективна лишь в случае его высокой мотивации к процессу лечения и при наличии благоприятных социальных условий. В своей практической работе врачи любой специальности сталкиваются с более «сложными» пациентами. К ним можно отнести пациентов-иностранцев, больных, имеющих психические изменения, пациентов, заразившихся из-за

употребления наркотиков, бездомных и других. Такие пациенты в силу психологических, психических, социальных или иных условий не имеют сформированной мотивации к процессу лечения, сохранение здоровья не является их приоритетной целью. Большинство таких «сложных» пациентов оказываются под наблюдением врачей, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях.

Дополнительной сложностью, которая накладывается на проблему мотивации пациента к лечению, является длительность процесса лечения и отсутствие ощущения опасности необратимого исхода заболевания. При остром течении болезни пациент испытывает значительные страдания, связанные с болезнью или травмой. Это могут быть боль, нарушение функции органа, отчетливая перспектива инвалидизации при неоказании медицинской помощи. Эти мощные психологические факторы на короткое время начинают доминировать и бывает, что этого периода достаточно для получения медицинской помощи. Как правило, это ситуации, с которыми сталкиваются врачи хирургических специальностей. Иная ситуация складывается при обсуждении процесса лечения для пациентов, имеющих хронические заболевания, при которых прогрессирование болезни происходит относительно медленно. Пациент свыкается с мыслью о болезни, а вероятнее, выталкивает психологическое понятие «болезнь» из сферы ежедневного внимания.

Врачи-инфекционисты столкнулись с неэффективностью классических методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний в конце 1980-х гг. Этот период характеризовался катастрофическим ростом новых случаев вирусного гепатита с парентеральным (гемоконтактным) механизмом заражения из-за инъекционного применения наркотиков. Однако наиболее серьезная проблема была впереди. Начиная с 90-х гг. в России начался эпидемический подъем ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Именно тогда система здравоохранения столкнулось с двойной эпидемией — ВИЧ-инфекции и наркозависимости. Результатом этого процесса стало появление в обществе значительного числа пациентов, нуждающихся в оказании пролонгированного сопро-

вождения и лечения. Однако стойкой мотивации к лечению и дисциплинарному наблюдению у них не было. В этих условиях классическая модель оказания медицинской помощи таким пациентам, равно как и принудительное оказание помощи или иные формы насильственного лечения, не могли решить эту проблему.

Формирование элементов комплексной помощи наркозависимым пациентам с инфекционными заболеваниями в условиях инфекционного стационара (на примере КИБ им. С.П. Боткина)

Двойная эпидемия, ВИЧ-инфекции и наркомании, определила новые вызовы, стоящие перед классической системой медицинской помощи, и одновременно показала неэффективность использования ранее работавших схем оказания медицинской помощи.

В 1990-е гг. в инфекционном стационаре одновременно находилось несколько сотен человек, имевших инфекционное заболевание (вирусный гепатит В или С), заразившихся из-за употребления инъекционных наркотиков. Этим пациентам могла быть предложена лишь помощь врача-инфекциониста. При этом большинство таких больных нуждалось не только в получении медицинской помощи силами врачей-инфекционистов, но и в решении социально-психологических и наркологических проблем.

В этих условиях в КИБ им. С.П. Боткина были осуществлены организационно-методические мероприятия, заложившие основу для дальнейшего построения системы комплексной помощи наркозависимым лицам в условиях инфекционного стационара.

В больнице была сформирована система оказания наркологической помощи инфекционным больным («снижение спроса» на наркотики внутри стационара), которая включала введение в штатную структуру должностей врачей-наркологов; создание специализированных отделений для инфекционных больных, заразившихся из-за употребления наркотиков; формирование модели оказания медицинской помощи таким пациентам; обучение медицинского персонала принципам работы с указанными

пациентами. Наряду с этими мерами осуществлялось силовое воздействие на ситуацию («снижение предложения наркотиков» в стационаре). Это подразумевало работу сотрудников отдела по борьбе с незаконным оборотом наркотиков по выявлению и пресечению каналов поступления и распространения наркотиков в больнице.

Важным элементом успешного взаимоотношения в системе «пациент–медицинский работник» было обучение последних психологической устойчивости при оказании помощи «сложным» пациентам, понимание психологических особенностей наркопотребителей, формирование элементов командной работы при оказании помощи наркозависимым инфекционным больным.

Начиная с 1999 г., Санкт-Петербург столкнулся с проблемой катастрофического роста числа новых случаев ВИЧ-инфекции. Это было связано со стремительным распространением этой инфекции среди ПИН. Появление инфекционных пациентов, нуждающихся в проведении длительного диспансерного наблюдения, а, при необходимости, пожизненного лечения, заставило искать решение новых проблем, стоящих перед медицинскими работниками.

Впервые перед сотрудниками больницы была поставлена задача по организации новой системы оказания помощи «сложным» пациентам, как в период круглосуточного пребывания в стационаре, так и после выписки из больницы. Ключевым моментом решения этой задачи явилось внедрение в практику работы инновационной модели оказания помощи «сложным» пациентам, которая успешно использовалась в деятельности партнерской организации — БОФ «Гуманитарное действие». Впервые в практике работы больницы была использована модель оказания помощи силами сотрудников мультидисциплинарной команды.

Взаимодействие государственного учреждения здравоохранения и общественных организаций при формировании мультидисциплинарной команды

Принцип «открытых дверей», продекларированный администрацией больницы в конце 90-х гг., подразумевал, в том числе, и тесное взаимодействие больницы с некоммерческими организациями, работающими в сфере социальной медицины Санкт-Петербурга. Наиболее успешная модель взаимодействия сложилась между КИБ им. С.П. Боткина и БОФ «Гуманитарное действие».

Фонд на протяжении ряда лет использует на практике систему осуществления комплексной помощи силами мультидисциплинарных команд. Указанная модель подразумевает приоритетность нужд и потребностей конкретного человека, оказавшегося в сложной жизненной ситуации, оказание ему комплексной помощи силами специалистов различного профиля.

Совместная работа членов мультидисциплинарной команды применяется во всех профильных программах Фонда — профилактика гемоконтактных инфекций среди ПИН; профилактика ИППП среди КСР; медико-социальная и психологическая помощь уличным детям и др.

Значительный практический опыт сотрудников Фонда позволил определить наиболее важные элементы эффективной работы мультидисциплинарной команды. К ним относятся:

- объединение специалистов различного профиля, работающих над одной проблемой;
- мотивация сотрудников к совместной работе, готовность оказать помощь нуждающемуся человеку;
- высокий профессионализм специалиста в своей области, в сочетании с хорошими базовыми знаниями в смежных областях;
- постоянный мониторинг нужд и потребностей представителей целевой группы;
- привлечение представителей целевой группы к процессу планирования и оказания помощи.

Примером успешной работы мультидисциплинарной команды может служить программа Фонда «Автобус». В состав команды входят: руководитель проекта (врач), психолог, социальный работник, водитель-социальный работник и медицинская сестра. Все сотрудники прошли обучение по медицинским, психологическим и социальным вопросам профилактики ВИЧ-инфекции у ПИН. Благодаря системе непрерывного образования члены команды имеют хороший уровень знаний в смежных областях. Так, например, психолог может провести консультирование наркопотребителя по вопросам инфекционной безопасности, а социальный работник — рассказать о принципах лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции. Все сотрудники имеют многолетний опыт практической работы в проекте.

Важным компонентом в работе каждого участника мультидисциплинарной команды является осуществление постоянного мониторинга потребностей целевой группы и получение «обратной связи» от участников проекта. Это позволяет наиболее эффективно планировать работу. Система мониторинга дополнена включением в состав команды в качестве волонтеров и сотрудников людей, ранее применявших наркотические препараты. Эта схема позволяет своевременно получать «запросы с мест», оценивать целесообразность и адекватность предлагаемых проектом услуг.

Залогом успешного функционирования мультидисциплинарной команды является проведение регулярных встреч (собраний) членов команды для обсуждения и оценки текущей ситуации, перспективного планирования, обсуждения потребностей и нужд целевой группы.

Модель мультидисциплинарной команды, реализуемая сотрудниками БОФ «Гуманитарное действие», показала свою эффективность в процессе совместной работы фонда и больницы в 2003–2004 гг. в рамках реализации совместного проекта по формированию и поддержанию приверженности в процессе химио-профилактики туберкулеза у ЛЖВ, ранее не контактировавших с государственными учреждениями здравоохранения. Успех взаимодействия подтвердил возможность и целесообразность использования модели мультидисциплинарной команды для осу-

ществления не только активной профилактической работы, но и реализации сугубо медицинских задач.

Важным компонентом успешного взаимодействия Фонда и больницы явилась система обучения и подготовки специалистов из числа сотрудников больницы силами профессиональных тренеров Фонда. Обучение включало в себя проведение тематических занятий с элементами тренинга по вопросам психологических особенностей ПИН, системы психологической устойчивости команды, формирования эффективного «горизонтального взаимодействия» в структуре команды.

Формирование мультидисциплинарной команды в структуре КИБ им. С.П. Боткина

Формирование мультидисциплинарной команды на базе КИБ им. С.П. Боткина для осуществления мониторинга и лечения ВИЧ-инфекции у ЛЖВ, заразившихся из-за употребления наркотиков, было начато в 2005 г. Именно в этом году в Санкт-Петербурге началась реализация III раунда проекта Глобального фонда по борьбе с туберкулезом, ВИЧ и малярией — проекта ГЛОБУС. Данный проект обеспечил значительное расширение доступности АРВТ среди жителей города. Уникальность проекта определялась тем, что на момент его начала в Санкт-Петербурге, благодаря целевому финансированию из средств городского бюджета, был ликвидирован «лист ожидания» для начала лечения. При этом было понятно, что в городе реально существует неучтенная группа пациентов, нуждающихся в АРВТ, но не находящихся на диспансерном наблюдении в специализированных медицинских учреждениях, по разным причинам не доходящих до них. Таким образом, в городе сложилась ситуация, при которой «все желающие» получали АРВТ, но при этом все равно не все нуждающиеся были обеспечены необходимыми жизнесохраняющими лекарствами. Этот феномен был связан с недоверием части пациентов из числа ЛЖВ к системе государственных учреждений здравоохранения, неготовностью последних оказывать помощь «сложным» пациен-

там, неспособностью самой КИБ им. С.П. Боткина осуществлять такую деятельность.

Все это потребовало введения в практику работы КИБ им. С.П. Боткина новых инновационных моделей по оказанию помощи ЛЖВ-ПИН, одним из элементов которых явилось создание в структуре больницы мультидисциплинарной команды по АРВТ.

Создание команды включало в себя:

- изменение штатной структуры и введение новых сотрудников — членов мультидисциплинарной команды: администратора дневного стационара, социального работника, психолога, врача-клинического фармаколога;
- включение в состав мультидисциплинарной команды сотрудника БОФ «Гуманитарное действие», являющегося «равным» консультантом, получающим АРВТ;
- регулярные заседания команды для обсуждения медицинских и социально-психологических вопросов, связанных с АРВТ для «сложных» пациентов;
- совместное принятие решений всеми членами команды.

Краеугольным элементом формирования команды была подготовка специалистов для работы в команде. В нее вошли специалисты из разных областей, включая медицинских работников, социального работника, психолога и «равного консультанта». Необходимо было достичь совместной слаженной работы. В процессе формирования команда прошла несколько этапов.

- Подбор специалистов на основе приглашения, а не направления на работу в мультидисциплинарную команду. Любой специалист мог отказаться от участия в работе команды;
- Обучение специалистов, входивших в команду, что подразумевало повышение их квалификации и получение новых знаний как в своей «узкой» области, так и в смежных областях;

- Постоянный характер обучения: прохождение как базового курса подготовки, так и периодических дополнительных краткосрочных курсов обучения в процессе работы;
- Сочетание специальной подготовки отдельного специалиста и формирования «командного духа»;
- Формирование и укрепление «горизонтальных связей» между членами команды.

Обучение сотрудников мультидисциплинарной команды по немедицинским вопросам было выполнено силами специалистов БОФ «Гуманитарное действие». Тренеры Фонда, в соответствии с запросом и проведенной психологической диагностикой команды, подготовили и провели обучение врачей по вопросам психологии, социальной работы, профилактике синдрома выгорания и другим темам. Довольно сложной задачей при формировании команды явилось установление партнерских «горизонтальных связей» между сотрудниками. Формальная модель оказания медицинской помощи подразумевает четкую вертикаль осуществления системы лечения. Использование мультидисциплинарной команды для лечения «сложных» пациентов, с одной стороны, расширяет число участников процесса лечения и включает в него специалистов немедицинского профиля, с другой стороны, сам пациент является не только объектом, но и субъектом процесса лечения. Без принятия самим пациентом решения о начале и проведении терапии невозможно осуществлять эффективную систему лечения.

Принципы функционирования мультидисциплинарной команды

В соответствии с принципами работы мультидисциплинарной команды АРВТ начинали только тогда, когда пациент был готов к ней. Нужно было предоставить ему не только информацию, но также и время для принятия сознательного и самостоятельного решения.

На первом приеме врач-инфекционист информировал больного, что его будет сопровождать мультидисциплинарная команда. На начальном этапе врач знакомил пациента со всеми членами

команды. В дальнейшем эту функцию взял на себя администратор дневного стационара.

Очень важно, что все специалисты мультидисциплинарной команды работали в одно рабочее время и в одном отделении. Ежедневно проводились заседания команды для решения вопросов индивидуального сопровождения пациентов. Окончательное решение о включении пациента в программу АРВТ в рамках проекта принималось совместно сотрудниками мультидисциплинарной команды с внесением этой информации в историю болезни пациента и протокол собрания.

На начальном этапе функционирования мультидисциплинарной команды на заседание выносились все новые случаи, по каждому высказывался врач, психолог, социальный работник и «равный» консультант. При едином мнении принималось решение о начале терапии. В случае выявления препятствий для начала приема — медицинских (отсутствие каких-либо обязательных тестов), социальных (нерешенность вопросов с регистрацией в Санкт-Петербурге), психологических (пациент не принял свой статус) или негативного решения «равного» консультанта — вырабатывалась индивидуальная тактика работы с пациентом. В дальнейшем случай повторно представлялся по мере решения проблем или изменения ситуации.

По мере приобретения опыта на заседания команды выносились случаи как новых пациентов, так и пациентов, находящихся на лечении, при выявлении у них различных факторов, которые влияли на приверженность.

Краткий перечень функциональных обязанностей отдельных сотрудников мультидисциплинарной команды

Руководитель команды — высококвалифицированный врач-инфекционист, имеющий практический опыт оказания помощи сложным категориям больных и административный ресурс для координации деятельности всей команды. Подбор персонала, организация устойчивых горизонтальных связей между участниками команды, внешние взаимоотношения, привлечение при необходимости иных специалистов, коммуникация между мульт-

тидисциплинарной командой и БОФ «Гуманитарное действие» и другими общественными организациями (в первую очередь самоорганизациями ЛЖВ) — наиболее важные направления работы, за которые отвечает руководитель команды.

Врач-инфекционист играет важную роль не только в назначении и проведении терапии, но и в обеспечении информирования ВИЧ-инфицированных пациентов. Прежде чем назначить терапию и объяснить механизм ее действия, необходимо убедиться в том, что пациент имеет четкое представление не только о методах профилактики заражения (т. е. о защите окружающих людей от инфицирования ВИЧ), но и о том, что представляет собой ВИЧ-инфекция, как протекает это заболевание, какие возможны оппортунистические инфекции. Уровень знаний пациента о болезни, о препаратах оказывают прямое влияние на его мотивацию к лечению.

Медицинская сестра ведет учет и выдачу АРВ-препаратов, организует лабораторное обследование, осуществляет учет результатов анализов. Она совместно с социальным работником и «равным» консультантом ведет график выдачи препаратов с указанием даты последнего визита и контрольной даты следующего прихода за препаратом. С помощью этого графика можно отследить своевременность получения препаратов больными и дату ожидаемого визита.

Социальный работник играет большую роль в социальной поддержке больного. В его обязанности входит установление контакта с пациентом и его близкими (родители, родственники, супруг/супруга), получение контактной информации (адрес, номера телефонов), выяснение и, по возможности, решение социальных проблем пациента. Социальный работник, наряду с «равным» консультантом, несет ответственность за очередные визиты пациентов. В соответствии с графиком он определяет, кто из пациентов должен прийти в ближайшее время, напоминает о необходимости визита, в случае необходимости осуществляет поиск пациента. Социальный работник оказывает помощь при восстановлении документов — паспорта, медицинского полиса.

«Равный» консультант. Появляется все больше доказательств эффективности стратегии повышения приверженности, осно-

ванной на подходе «равный — равному». «Равный» консультант, работающий над повышением приверженности, сам получает антиретровирусную терапию. При консультировании пациента, планирующего или начавшего прием антиретровирусных препаратов, он объясняет, в том числе опираясь на личный опыт, с какими трудностями может столкнуться человек, какие пути их преодоления. «Равный» консультант является «мостиком» при общении медицинских работников с пациентами — активными потребителями инъекционных наркотиков. Эффективно привлечение «равного» консультанта к проведению беседы с пациентом при постановке диагноза, это помогает человеку принять диагноз. Во многом именно от результата первой беседы зависит, как регулярно будет пациент посещать медицинское учреждение, будет ли он привержен терапии.

Психолог работает совместно с «равным» консультантом и социальным работником. Как правило, именно эти специалисты определяют необходимость проведения консультации психолога и организуют эту встречу. Психолог очень востребован группой пациентов с закрытым ВИЧ-статусом, имеющих проблемы во взаимоотношениях с родными и близкими; востребован пациентами, испытывающими психологические проблемы.

Заключение

Современная социальная медицина оказывает помощь наиболее «сложным» пациентам из числа потребителей инъекционных наркотиков, женщин, вовлеченных в сферу коммерческого секса, уличным детям, бездомным, иным пациентам, имеющим коморбидную патологию. Такие пациенты, наряду с медицинскими проблемами, имеют массу нерешенных вопросов социального, психологического, юридического характера.

Классическая модель оказания им медицинской помощи демонстрирует свою неэффективность при встрече с такими пациентами. Итогом такого контакта часто является потеря пациентом веры в возможность получения медицинской помощи, прогресси-

рование заболевания, негативное отношение медицинских работников к таким группам пациентов.

Изменение сложившейся ситуации, формирование новой системы оказания комплексной помощи нуждающимся в ней «сложным» пациентам — вот насущная необходимость сегодняшнего дня. Ответом на этот вызов является внедрение в практику работы государственных учреждений здравоохранения мультидисциплинарных команд.

Эта форма работы применяется для активной профилактической работы рядом общественных организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере социальной медицины. БОФ «Гуманитарное действие» на протяжении многих лет эффективно использует в своей каждодневной работе принцип работы мультидисциплинарных команд. Сотрудники Фонда адаптировали этот уникальный опыт и внедрили его элементы в практику работы ряда государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, в том числе в работу крупнейшего специализированного центра по оказанию помощи ЛЖВ — Клинической инфекционной больницы им. С. П. Боткина.

Использование модели работы мультидисциплинарной команды в ежедневной работе специалистов КИБ им. С.П.Боткина позволило обеспечить системой диспансерного наблюдения и осуществить жизнесохраняющее лечение многих сотен пациентов из числа ЛЖВ-ПИН. Мультидисциплинарная команда больницы, включающая врачей, медсестер, психолога, социального работника, администратора является единым коллективом, эффективно решающим сложные проблемы оказания пролонгированного наблюдения и пожизненной терапии «сложным» пациентам.

Мультидисциплинарная команда как инновационная модель доказала свою эффективность для решения различных задач при работе со «сложными» пациентами. Она является универсальным вариантом решения многих проблем при работе с такими пациентами.

Привлечение и мотивация для участия в программах представителей целевой группы

На сегодняшний день существуют 3 модели реализации проектов профилактики ВИЧ-инфекции среди СР.

Первая модель — это обязательный скрининг на инфекционные заболевания и регистрация СР. Медики обосновывают свою позицию необходимостью контролировать распространение эпидемии инфекций, передающихся половым путем и ВИЧ-инфекции, но это приводит к усилению стигматизации СР, их обособлению, изоляции от общества, что делает их еще более уязвимыми перед лицом эпидемии. А усиление социального контроля над сообществом СР может привести к увеличению интенсивности их работы и оборота клиентов: воспринятые риски снизятся, в то время как реальные риски будут возрастать.

Вторая модель — организация доступного и адекватного медицинского обслуживания СР. Модель отражает представление о том, что медицинские работники должны адекватно оценивать потребности своих клиентов и оказывать услуги в соответствии с их потребностями. Услуги, которыми никто не пользуется, не могут считаться качественными, несмотря на свой высокий технический уровень, так как они не отвечают своему основному назначению - удовлетворять потребности клиентов. Аутрич-работа в этом случае служит приближению услуг медицинских служб к клиенту. Это достигается завоеванием доверия клиентов на этапе привлечения и благодаря сбору информации, позволяющей более точно приспособить услуги к потребностям клиентов.

Третья модель — превращение СР в центральную заинтересованную фигуру в укреплении собственного здоровья. Эта модель предполагает более высокий уровень развития аутрич-работы. Основной акцент делается на управлении запросами целевой группы. Наилучшие результаты достигаются, когда СР интегрируются в проекты аутрич-работы, начинают проводить самостоятельную работу в сообществе. Как показывает практика, именно эта модель является наиболее эффективной и устойчивой.

Почему в реализацию проектов надо привлекать «равных» консультантов

- Программа «равный–равному» обладает значительной гибкостью, возможностью перестраиваться исходя из меняющихся потребностей целевой группы.
- «Равные» консультанты способствуют максимально быстрому и качественному распространению информации в целевой группе. Привлечение на добровольной основе «равных» консультантов позволяет увеличить показатель охвата целевой группы.
- Повышается качество и достоверность полевых отчетов, в т. ч. информация о ситуации в среде, а также достоверность качественной оценки услуг проекта. Участие «равных» консультантов на всех этапах реализации проектов обеспечивает наибольшую прозрачность работы.
- Предоставление возможности активной самостоятельной деятельности способствует повышению уровня ответственности и самооценки у «равных» консультантов.
- Обеспечивается пролонгация работы с целевой группой даже после окончания проекта.
- После соответствующей подготовки можно привлекать «равных» консультантов в качестве со-тренеров по обучению целевой группы и специалистов.
- Добровольцы и равные консультанты хорошо дополняют мультидисциплинарную команду специалистов и врачей.

Вопросы мотивации

Возникает абсолютно законный вопрос: «А почему и зачем секс-работники в качестве волонтеров сотрудничают с общественной организацией?».

Для того, чтобы ответить на этот вопрос, сначала рисуем среднестатистический портрет секс-работницы. Это женщина 24–28 лет, употребляющая инъекционные наркотики в данный момент или имевшая опыт их употребления, или злоупотребляющая алкоголем. Мама одного или двоих детей, имеющая на своем иждивении мужа или полового партнера. Образование среднее или средне-специальное. Пережившая насилие в детстве, с низким уровнем самооценки. Подвергающаяся стигматизации и самодискриминации. Зачастую отсутствуют документы и медицинский полис, потеряны навыки социализации. НО... при этом все девушки являются хорошими психологами, — жизнь заставила! Очень хорошо разбираются во взаимоотношениях мужчины и женщины. Очень отзывчивы к вниманию и искренней заинтересованности в их судьбе. Умеют находить выход из сложных и опасных ситуаций. Обладают навыками эффективной коммуникации и самопрезентации. Зачастую выступают для клиента в роли психоаналитика.

Именно эти сильные стороны и ложатся в основу привлечения и развития «равных консультантов».

Итак, во-первых, это человеческие отношения, основанные на искренней заинтересованности в каждом человеке. Нам важна каждая из этих женщин, ее судьба. Ее жизнь, ее потенциал, о котором даже она часто не догадывается. Мы — первые, кто видит в ней человека и женщину. И как у каждого человека, у СР есть внутренние потребности (осознанные и неосознанные). Удовлетворяя эти потребности, мы привлекаем представителей целевой группы в наши проекты и программы.

Вот некоторые из таких потребностей и ожиданий:

- осознание собственных проблемных зон и поиск путей для их решения,
- ожидания, направленные на личностный рост;

- ожидания познавательного характера: получить информацию о ВИЧ-инфекции, способах профилактики, об ИППП, юридические аспекты секс-работы, международный опыт организаций, защищающих права СР;
- самореализация и возможности применения собственного опыта в наших программах;
- коммуникативные навыки, навыки успешного решения конфликтных ситуаций, лидерство и добровольчество.

Удовлетворяя личные цели и ожидания, СР осознают собственную причастность к миссии, целям и задачам организации. Следующий этап развития равных консультантов — осознание индивидуальной и коллективной ответственности за изменение ситуации в целевой группе. Это касается и ситуации с ВИЧ-инфекцией, и самоопределения сообщества.

Существуют два самых главных вопроса, на которые СР отвечают, прежде всего себе: «Почему лично мне необходимо заниматься улучшением ситуации с ВИЧ-инфекцией?» и «Что лично я могу сделать?». Так рождается декларация приверженности профилактическим программам. Поэтому в сильных группах взаимопомощи и самоорганизациях СР существует девиз: «Ничего о нас без нас!».

И, во-вторых, — это поощрения за определенную работу, как материального, так и не материального плана. «Равными» консультантами очень ценятся билеты в театр и совместные выезды на природу или на каток. Ничто не поднимает так личную значимость, как внедрение в программы идей, предложенных самими «равными» консультантами.

Виды обучения

«Начало начал» отбора волонтеров из числа целевой группы — это установление прочных доверительных взаимоотношений. В нашем случае на формирование таких взаимоотношений оказали влияние, как минимум, три фактора.

1. Длительный тесный контакт сотрудников программ БОФ «Гуманитарное действие» с целевыми группами.
2. Личный пример, а именно, присутствие в рядах организации людей, которые сами прошли путь от клиентов программ до сотрудников организации.
3. Тренинги, проводимые регулярно в рамках различных проектов. Вот только некоторые из них :
 - «Профилактика ВИЧ-инфекции»
 - «Профилактика ИППП»
 - «Наркозависимость»
 - «Лидерство»
 - «Коммуникативные навыки»
 - «Умей себя защитить»
 - «Школа красоты»
 - «Основы консультирования»
 - «Секс-работники на страже здоровья нации». Название и весь дизайн тренинга придумали сами девушки, они его проводят самостоятельно в новых борделях, куда им удается войти благодаря своим знакомствам.

Длительность процесса обучения различна. Это может быть и полноценный однодневный тренинг (8 часов), и мини-тренинг (3–4 часа). Наш опыт свидетельствует, что наиболее эффективными оказываются многодневные выездные тренинги.

Перечисленные тренинги и индивидуальная работа с СР способствуют повышению личностной самооценки, дают навыки работы в команде (формирование командного духа и командного мышления).

Очень важно не дать «сгореть» «равным» консультантам! Для этого используются групповые и индивидуальные супервизии, поддерживается процесс непрерывной обратной связи, проводятся регулярные формальные и неформальные встречи.

При этом важно создать и прозрачную систему отбора, отчетности, критерии эффективности деятельности. Возможно оформление договора с «равными» консультантами. Очень хорошо себя зарекомендовали дополнительные стимулы и поощрения, бонусы и награды.

Итоги и выводы

Мотивирование лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату, для их вовлечения в деятельность проектов и программ профилактики ВИЧ/СПИД является одной из приоритетных задач любой программы СВ. Однако не менее важно поддерживать мотивацию добровольцев и после их привлечения к работе того или иного проекта, а также создавать условия для их дальнейшей самореализации, оказывать им помощь при выполнении взятых на себя обязательств и создавать возможности для их продвижения по пути личностного развития.

Вся работа с «равными» консультантами, поддержка и работа по созданию групп взаимопомощи очень трудоемка и занимает достаточно много времени, энергии и сил, но дает как неоценимый опыт тем, кто это делает, так и является реальной помощью представителям сообщества/целевой группы! Участие в волонтерской деятельности дает реальный шанс кардинально изменить свою жизнь. В результате «равные» консультанты нередко выходят из сообщества и покидают программу и организацию. Это, с одной стороны, несомненно, приносит сотрудникам организации удовлетворение и радость, а с другой, — порождает необходимость начать новый поиск и подготовку новых добровольцев. Те же, кто остаются, как правило, становятся постоянными и активными сотрудниками НКО...

Заключение (притча «все в твоих руках»)

Жил в одном городе мудрец. И знал он ответы на все вопросы. Но нашелся завистливый человек и решил обмануть мудреца. Пошел он в поле и поймал бабочку. Зажав ее в руке, он подумал: «Я пойду к мудрецу и спрошу, жива ли бабочка. Если он ответит, что да, то я раздавлю ее и скажу, что он не прав, а если он ответит, что нет, то я раскрою ладонь и бабочка улетит!». Итак, он подошел к мудрецу и спросил: «Мудрец, вот, говорят, что ты все на свете знаешь, так ответь же ты мне, жива ли бабочка?». На что мудрец ответил: «Все в твоих руках!».

Доверенные врачи

Актуальность

Все мы знаем, что медицинская помощь время от времени нужна любому человеку. Каждый из нас в любой момент может обратиться к врачу. У нас есть паспорта, медицинские полисы (у кого-то даже платная страховка) и средства для того, чтобы пройти платное обследование (если это необходимо для нашего здоровья).

Ситуация резко изменяется, если человек принадлежит к социально-уязвимой группе, будь то употребление психоактивных веществ (ПАВ), секс-работа или жизнь на улице.

Как правило, человек, принадлежащий хотя бы к одной из этих категорий (чаще один и тот же человек принадлежит к двум из перечисленных групп, а иногда и ко всем трем) остается за порогом медицинского сервиса.

Ему недоступно то, что для нас является самой обычной процедурой. У него нет паспорта, прописки, регистрации и медицинского полиса. Единственная возможность для него получить медицинскую помощь — попасть в больницу на машине «Скорой помощи». Думаю, не нужно говорить о том, как часто люди, принадлежащие к уязвимым группам, вызывают «скорую». А поскольку уровень стигматизации и дискриминации по отношению к ним крайне высок, то и в качестве сервиса можно усомниться.

Общество беспокоится о распространении ИППП, вирусных гепатитов и эпидемии ВИЧ-инфекции. При этом люди, которые максимально уязвимы по отношению ко всем перечисленным проблемам, часто не имеют возможности просто сдать анализ крови или обратиться к врачу-специалисту (дерматовенерологу или гинекологу). Сказывается отсутствие все тех же пресловутых паспорта, прописки и полиса.

Вряд ли кто-то сомневается в необходимости лечения от наркотической зависимости, но, опять-таки, отсутствие документов является одним из серьезных препятствий в получении бесплатной наркологической помощи. Стоимость же платных услуг зачастую превышает все разумные пределы.

Помимо этого барьером для многих ПИН на пути к получению наркологической помощи становится необходимость пройти обследование на ВИЧ-инфекцию, сифилис, вирусные гепатиты, флюорографию легких и, самое главное, получить направление от нарколога. На этом этапе влияет не только отсутствие документов, но и страх перед официальной постановкой на наркологический учет («Как же я встану на учет? Мне ж потом права не дадут!»).

Оценив ситуацию и проанализировав наш опыт работы, мы задались целью организовать **для клиентов наших программ качественный и, самое главное, нужный сервис с тем порогом доступа, который они могли бы легко перешагнуть.**

В своей работе мы используем, так называемую, «лестничную систему», потому что знаем, получить медицинскую помощь — это еще не все!

Важно чтобы человек был так или иначе интегрирован в общество и мог решать свои проблемы самостоятельно. Часто для этого его еще нужно поддерживать, подсказывать и где-то учить и, **в первую очередь, помогать научиться расставлять приоритеты! Именно поэтому, мы всегда работаем в комплексе и для клиента!**

Поиск и подготовка доверенных специалистов является всего лишь компонентом (хотя и очень важным) огромной профилактической клиент-центрированной работы, которую каждый день выполняет «Гуманитарное действие».

Идентификация и Поиск

Идентификация

На первом этапе важно определиться, врачи каких именно специальностей необходимы. Проще всего это сделать, ориентируясь на запрос клиента. Нужно просто спросить людей, которые приходят в программы профилактики, какую медицинскую помощь они хотели бы получить (**что?**), как давно они последний раз были у врача (**когда?**), и если давно, то по какой причине (**почему?**). Получив ответы на эти вопросы, вы с легкостью определитесь, каких сервисов не хватает для улучшения качества работы.

В нашем случае первоначально были необходимы: врач-инфекционист, гинеколог, дермато-венеролог и возможность бесплатно сдать кровь на ВИЧ-инфекцию, сифилис, вирусные гепатиты В и С.

Идентификация произошла. Дальше начинается самое сложное — поиск!

Поиск

Программы профилактики ВИЧ, реализуемые БОФ «Гуманитарное действие», работают в нескольких районах города. Поэтому нам пришлось вычленил тот район, где клиенты нуждаются в медицинских сервисах больше всего. С него мы и начали.

Мы понимали, что нам придется столкнуться со многими трудностями. Одна из них — дискриминация врачами пациентов из социально уязвимых групп. Но и этот вопрос в дальнейшем нам удалось решить.

К сожалению, структура любого медицинского учреждения, бюрократическая. Поэтому сначала со своими предложениями лучше всего обратиться к главному врачу или заведующему. Так мы и поступили.

Мы обратились к главному врачу КВД Кировского района с предложением принимать клиентов наших программ по направлениям, разработанным Фондом. В обоснование своего предложения мы привели статистику по району, которая накапливалась

у нас благодаря работе двух мобильных пунктов профилактики ВИЧ-инфекции: «большого» и «маленького» автобусов.

Важно замотивировать главного врача медицинского учреждения на работу. Показать какая польза может быть для учреждения от взаимодействия с НКО. Это, например, привлечение пациентов. Необходимо помнить, что врачи ведут учет «заболевшим» и «излечившимся». В идеале и при четко отработанном длительном взаимодействии такое партнерство государственного учреждения и НКО снижает уровень заболеваемости в районе.

Встреча прошла успешно, и нам выделили двух врачей дерматовенерологов, для работы с нашими клиентами. На этом этапе основная задача замотивировать врача, который будет непосредственно заниматься направленными клиентами.

К сожалению, мы не могли доплачивать врачам за прием. Но мы обладали и обладаем другими ресурсами. Например, можем показать нашу работу изнутри, то есть взять врача в один или оба мобильных пункта. Таким образом, мы смогли показать сложность и важность нашей работы.

Очень важно при работе с врачами проявлять заботу, настойчивость и заинтересованность.

Объективно, мы получили двух специалистов, которые от работы с нашими клиентами не имеют ничего, кроме головной боли. Поэтому необходимо было выделить человека, который бы отвечал за контакт с врачами. В его задачи входит посещение учреждения, сбор данных о клиентах, посетивших специалиста, предоставление врачам необходимой им информации о работе НКО, ну и просто выражение благодарности за помощь.

Кроме того, есть и еще один немаловажный ресурс, которым, в частности, обладает БОФ «Гуманитарное действие» — опыт организации и проведения тренингов, обучения, круглых столов и рабочих встреч.

Здесь начинается следующий этап нашей работы

Поскольку подход, который мы используем, клиент-центрированный, мы понимаем, что часто клиент просто не может добраться из одного конца города в другой, чтобы обратиться к врачу. Поэтому мы начали расширяться.

Мы не ставили перед собой цели охватить весь город. Мы выделили те его районы, в которых проходит профилактическая работа.

Когда среди государственных медицинских учреждений есть хотя бы один партнер, дальше работать становится легче.

Необходимо организовать круглый стол или рабочую встречу с представителями медучреждений, где государственный партнер, уже вовлеченный в работу, красочно расскажет о том, какую пользу несет взаимодействие с некоммерческой организацией.

Параллельно мы проводили тренинги для врачей по основам консультирования при постановке диагноза «ВИЧ-инфекция» (или, иными словами, по до- и послетестовому консультированию). В программу такого мероприятия, кроме базовой информации по консультированию, важно включить такие блоки, как «Специфика работы с целевой группой» и «Толерантность».

Если специалисты впервые участвуют в тренинге, необходимо включить в него несколько ролевых игр с погружением (самые известные: «Степной огонь» и «Ярлыки»). Это послужит отличной мотивацией к работе.

Приглашали на тренинги следующим образом: в медицинские учреждения отсылали факс с краткой информацией об организации и примерной программой тренинга за подписью генерального директора. Потом звонили и спрашивали, хочет ли руководитель медицинского учреждения направить кого-нибудь на наше мероприятие.

Как правило, в большинстве случаев, ответ оказывается положительным. Дальше выходили лично на кандидата на обучение, еще раз предоставляя всю информацию об организации и намеченном мероприятии.

Всегда лучше, если тренинги выездные и не однодневные. Хорошо, если длительность мероприятия 2–3 дня. Это позволяет врачам не думать все время о приеме, а нам — спокойно работать.

Качественно проведенный тренинг — это способ заинтересовать и привлечь новых специалистов. Не стоит рассчитывать, что все присутствовавшие на нем сразу же примут профилактическую деятельность среди уязвимых групп.

По нашему опыту, с одного мероприятия, в котором приняли участие 15 человек, можно получить от 3 до 5 специалистов, готовых помогать в нашем нелегком деле. И это отличный результат!

Однако, чем больше новых специалистов мы привлекаем, тем больше работы у человека, ответственного за контакт с врачами. Теперь это уже не одно учреждение.

Мы также помним о важности периодического обучения! Это и способ поддержания мотивации к работе, и актуализация уже имеющихся знаний и навыков в работе с нашими целевыми группами.

Первых клиентов, направленных в новое учреждение, лучше сопровождать кому-нибудь из сотрудников организации. Идеальный вариант, если сопровождение будет осуществлять направивший клиента сотрудник. Это, с одной стороны, поможет получить достоверную информацию о качестве предоставляемого сервиса, с другой — будет являться профилактикой возможного конфликта между врачом и нашим клиентом.

Мы сделали и еще один большой шаг на пути снижения порогов доступа к медицинским сервисам для наших клиентов! В партнерстве с крупнейшей инфекционной городской больницей (КИБ им. С.П.Боткина) открыли Пункт профилактики ВИЧ-инфекции, где анонимно и бесплатно любой заинтересованный человек может сдать анализы на ВИЧ-инфекцию, сифилис и вирусные гепатиты В и С.

В пункте также постоянно присутствует врач-инфекционист, социальный работник и психолог.

Этого не могло бы произойти без мощной поддержки администрации больницы!

Работа врача

На сегодняшний день наша схема взаимодействия выглядит следующим образом: консультация клиента — выяснение запроса клиента — идентификация необходимого медицинского учреждения — выдача специально разработанного направления — поход клиента к врачу/сопровождение клиента — прием/контакт «врач-клиент» — ежемесячные посещения сотрудником организации специалистов (сбор и анализ статистики по направленным и дошедшим клиентам, поддержание контакта и мотивации на работу) — составление отчетности по районам.

Врач принимает клиента по нашему направлению без паспорта и полиса. Проводит осмотр, консультирует, назначает лечение. В некоторых учреждениях есть возможность лечить профильные заболевания (в основном, венерические) бесплатно в рамках бюджетного финансирования. Это еще больше снижает порог доступа для наших клиентов.

В процессе работы мы столкнулись со следующей трудностью: мы выдаем анонимные направления (используем кодировку клиентов), а в медицинском учреждении требуют называть имя и фамилию клиента.

К сожалению, это неизбежно. Поскольку совершенно анонимное обследование во всех медицинских учреждениях традиционно платное.

Мы объясняем нашим клиентам необходимость раскрытия имени и фамилии, поскольку врач несет ответственность за назначаемое обследование. Но ведь паспорт и полис с клиента все равно не требуют. И это одна из немногих возможностей получить качественную и квалифицированную медицинскую помощь!

Мы благодарны врачам, которые вот уже на протяжении многих лет принимают наших клиентов и предоставляют так необходимые им сервисы!

Однако, мы не можем останавливаться на достигнутом, поскольку и клиенты и эпидемиологическая ситуация требуют предоставления все новых сервисов.

На сегодняшний день нас беспокоит ситуация с распространением туберкулеза среди социально-уязвимых групп населения, а также ситуация с наркологической помощью представителям наших целевых групп.

Поэтому сейчас мы ведем активную работу по вовлечению в партнерскую деятельность среди руководителей противотуберкулезных и наркологических служб.

Привлечение специалистов этих специальностей в сеть доверенных врачей позволит нам не только расширить объем уже имеющихся сервисов, но и посредством обучения и взаимодействия повысить качество предоставляемых услуг в самих учреждениях.

Привлечение клиентов

Несмотря на то, что большинство наших клиентов нуждаются во врачебной помощи и заявляют о своих потребностях, существенным компонентом нашей работы является мотивирование клиентов на посещение доверенного специалиста.

В своей работе мы используем различные методы. Один из них — **мотивационное консультирование**. Данный метод направлен на осознание клиентом своей проблемы и потребности в посещении специалиста. Это касается всех категорий наших клиентов (ПИН, КСР, дети улиц).

Без сомнения все они нуждаются в квалифицированной медицинской помощи.

Но как объяснить клиенту что та или иная помощь ему действительно в данный момент необходима? Для каждого конкретного клиента надо искать свой собственный «якорь». Эта работа проводится в процессе индивидуальных консультаций.

Однако можно говорить и об общих для каждой категории моментах. Мы признаем важность и ценность жизни каждого нашего клиента, поэтому при мотивировании делаем упор на повышение качества жизни.

Говоря с потребителем инъекционных наркотиков или секс-работницей, мы не забываем проконсультировать их о принципах

и иерархии снижения вреда, профилактике передозировок и опасности инфицирования ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП.

В процессе консультации мы всегда выясняем возможные риски клиента и обращаем его внимание на возможные негативные изменения в его жизни при постоянной практике рискованного поведения.

На каждой консультации психологи и социальные работники БОФ «Гуманитарное действие» предоставляют информацию об имеющихся медицинских сервисах и по запросу клиента выдают направление в то или иное медицинское учреждение. Мы знаем, что между выдачей направления и посещением доверенного специалиста может пройти не одна консультация и даже не один месяц.

В случаях, когда после оценки актуальной жизненной ситуации клиента специалистом-психологом или социальным работником мы видим, что помощь необходима экстренно, в работу вступает еще один практикуемый нами метод — **социальное сопровождение** (очное сопровождение клиента в медицинское учреждение).

Этот метод как повышает доверие клиента к медицинскому специалисту, так и обеспечивает необходимую ему поддержку во время первичного посещения врача. Кроме того, социальное сопровождение позволяет нам «проконтролировать» посещение клиентом медицинского специалиста. В процессе сопровождения также удобно проводить повторное мотивационное и психологическое консультирование. Важно отметить, что первичное сопровождение клиента в медицинское учреждение и помощь в общении со специалистом дает ему необходимые навыки для повторного уже самостоятельного обращения к врачу.

Если мы в последствии получаем от врача информацию, что клиент обращается к нему самостоятельно, значит мы достигли того к чему стремились: самостоятельность клиента — первый шаг на пути к полноценной интеграции в общество.

Система доверенных врачей, так или иначе, уже встроена в систему актуального медицинского сервиса: доверенными специалистами, например, называют врачей, которые занимаются ВИЧ-инфекцией.

Своей работой мы лишь расширяем смысловую нагрузку термина «доверенный специалист» (ключевое слово «доверенный»), поскольку каждый человек, работающий в БОФ «Гуманитарное действие» понимает значимость и важность слова «доверие» для клиентов наших программ.

Резюме

Создание и развитие эффективно действующей сети доверенных врачей — кропотливый и ежедневный труд огромной команды людей БОФ «Гуманитарное действие», действующей в интересах и на благо клиента.

Привлечение новых доверенных врачей — комплексный процесс, направленный на осознание медицинскими специалистами различных профилей важности профилактических программ среди уязвимых групп населения.

Расширение сети доверенных врачей зависит от интенсивности взаимодействия НКО и медицинского учреждения, а также от качества обучения и предоставляемой информации. Немаловажным моментом является повышение заинтересованности медицинских структур и учреждений к развитию такой работы

Работа с клиентами, направленная на мотивацию к посещению медицинских учреждений и обучение взаимодействию «врач-пациент» важна не меньше, чем работа с врачами по повышению толерантности к потребителям наркотиков и секс-работницам.

Изменяющаяся эпидемиологическая ситуация требует постоянного расширения сервисов. Поэтому никогда нельзя останавливаться на достигнутом.

Доверие к нам наших клиентов обязывает нас находить и продвигать все новые и новые сервисы.

На сегодняшний день мы имеем доверенных специалистов в КВД и женских консультациях всех районов, где нами реализуется профилактическая аутрич-работа.

У наших клиентов есть возможность проходить бесплатное обследование на туберкулез в городском противотуберкулезном диспансере. Без документов.

Мы предоставляем клиентам возможность бесплатно и анонимно сдать кровь на ВИЧ-инфекцию, сифилис и вирусные гепатиты В и С на базе КИБ им. С.П. Боткина. Или в любом из доверенных учреждений.

Сейчас наши усилия направлены на снижение порога доступа и улучшение качества предоставляемой помощи в наркологических службах.

Наша основная задача — дать нашим клиентам возможность реализовать их право на здоровье и интегрировать их в общество независимо от того, к какой из социально-уязвимых групп они принадлежат. Нам важно, чтобы они не были изолированы и не оставались за порогом жизненно важных для них сервисов!

P.S.

Мы помним, что наши клиенты могут быть недовольны врачами, а врачи — клиентами!

Мы знаем, что бывают и более сложные ситуации, когда медицинские учреждения по каким-то причинам не находят компромиссов во взаимодействии друг с другом.

Во всех этих случаях, ответственность перед клиентами ложится на некоммерческую организацию.

Именно нам важно оставаться объективными! Только тогда мы сможем предоставлять действительно качественные сервисы для тех людей, которые в них нуждаются!

Профилактика синдрома эмоционального выгорания у специалистов, работающих с уязвимыми группами в области профилактики ВИЧ/СПИДа

Есть профессии, окрашенные ореолом служения. Туда не идут ради сугубо прагматичных целей, ради денег. Их выбирают по зову сердца, следуя высоким целям и идеалам. Одним из таких «служений» является работа в программах ухода и поддержки людей с поведением повышенного риска.

Но человек, ступивший на стезю помощи наркозависимым, секс-работникам или ВИЧ-инфицированным в качестве аутрич-работника, врача, психолога, социального работника, равного консультанта или даже волонтера еще не знает, что как профессионал он оказывается в зоне повышенного риска. О том, насколько велика опасность, и как уберечься от синдрома эмоционального выгорания при уходе и поддержке людей из социально уязвимых групп (ПИН, ЛЖВС, КСР) и пойдет речь в данном разделе.

Сегодня вопрос подготовки квалифицированных кадров в сфере профилактики ВИЧ-инфекции становится объектом особого внимания специалистов различного профиля. Проблема повышения эффективности этой деятельности весьма актуальна, и в экономически развитых странах ей оказывается должное внимание. В России же подход к решению вопроса о повышении каче-

ства профессиональной подготовки специалистов в определенной мере односторонен. Интерес, в основном, уделяется узкопрофессиональным знаниям и квалификационным навыкам работников, а социально-психологическая подготовленность специалиста к трудовой деятельности и взаимосвязь этого фактора с качеством труда изучается недостаточно глубоко. Главным фокусом в этой области является влияние профессии на личность человека, а именно искажение личностного развития работника при воздействии производственных стресс-факторов, проявляющееся в профессиональной деформации или возникновении синдрома эмоционального (профессионального) выгорания (СЭВ).

Чаще всего профессиональное выгорание встречается у лиц «помогающих» профессий, вынужденных на протяжении длительного времени общаться с клиентами, в роли которых выступают правонарушители, неблагополучные дети и подростки, больные с тяжелой судьбой и жертвы катастроф. Признаки синдрома выгорания часто встречаются у врачей, медицинских сестер, психологов, педагогов, социальных работников. Весьма предрасполагает к выгоранию работа с трудными клиентами, зависимыми от наркотических веществ, вовлеченных в сферу оказания сексуальных услуг, «уличными» детьми.

Распространение ВИЧ-инфекции в среде людей с поведением повышенного риска потребовала поисков новых подходов к профилактике, отличающихся от принятых в официальной медицине и социальной защите. В это время начали появляться общественные организации, ставящие во главу угла универсальный доступ к услугам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся в них группах населения, в том числе считающихся в обществе маргинализированными (ПИН, КСР, ЛЖВС, МСМ). Неправительственные организации образовывались путем объединения людей зачастую ранее никогда не планирующих своей профессиональной деятельности в области здравоохранения. Фонд «Гуманитарное действие» (до 2001 г. — Санкт-Петербургское отделение французской гуманитарной организации «Врачи мира») в 1997 г., одним из первых в России, в ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения открывает программу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гемоконтактных вирусных гепатитов

и других социально значимых заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков», основными сотрудниками которой становятся аутрич-работники — единомышленники и активисты идеологии снижения вреда.

Взрывной характер эпидемии ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в начале 2000-х гг. значительно увеличил нагрузку на сотрудников организации: появилась необходимость в расширении охвата целевой группы, развитии новых направлений работы, совмещении деятельности в разных проектах, проведении ряда адвокационных мероприятий, обучении дополнительным навыкам сотрудников, а затем подготовке других специалистов общественного и государственного здравоохранения проведению эффективной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН.

Возросшая нагрузка и повышенные требования к команде Фонда, диктуемые эпидемиологической обстановкой, заставили идти по пути структуризации и бюрократизации в управлении организацией, отказываясь от части «семейных» ценностей. Эти реформы, вместе с активизацией работы организации на благо общества, принесли с собой целый букет психоэмоциональных перегрузок для ее персонала. Одновременно с ростом компетентности сотрудников в вопросах профилактики нарастала их усталость, наблюдалось снижение уровня активизма, стала появляться неудовлетворенность работой. Многие из сотрудников, в настоящее время работающие в программе профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН, трудятся в Фонде с момента его основания и прошли в своем профессиональном развитии ряд кризисов, вызванных «выгоранием». Сохранивший свое «ядро» коллектив Фонда сумел выработать определенный «иммунитет» к СЭВ и накопить за эти годы значительный опыт по его профилактике и преодолению среди своих сотрудников. В этом разделе руководства отражены примеры как лучшей практики участников профилактических программ по управлению СЭВ, так и теоретические основы синдрома выгорания, приводятся рекомендации по профилактике и преодолению, основанные на непосредственном опыте организации, а также содержатся специальные техники медитации, релаксации и управления стрессом.

Надеемся, что представленная информация поможет лучше понять причины возникновения этой проблемы у вас лично и у сотрудников вашей организации и успешно преодолеть ее, а также повысить мотивацию и удовлетворение от работы.

Что такое синдром эмоционального выгорания

Профессиональное становление представляет собой длительный процесс формирования профессионально необходимых качеств личности, профессиональной позиции и мировоззрения специалиста, его мотивационной сферы, овладения определенными специфическими знаниями, умениями и навыками, необходимыми для работы в выбранной области деятельности. Центральное звено в этом процессе принадлежит профессиональному самоопределению — способности человека самостоятельно и осознанно согласовывать свои профессионально-психологические возможности с содержанием и требованиями профессиональной деятельности, а также находить личностный смысл в профессиональном труде.

Профессионализация представляет собой непрерывный процесс становления личности специалиста, который начинается с момента выбора будущей профессии и заканчивается по прекращению активной трудовой деятельности. На протяжении этого длительного периода неизбежны профессиональные кризисы, вызванные синдромом эмоционального выгорания.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — термин, который возник в психологии в последние 30 лет и был впервые введен американским психологом Фреденбергом в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами (клиентами) в эмоционально напряженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. СЭВ — это процесс постепенной утраты эмоционально-энергетических и личностных ресурсов, проявляющийся в симптомах эмоциональной опустошенности, умственного перенасыщения, физической усталости, со снижением профессиональных достижений и возникновением чувства некомпетентности в своей деятельности и осознание неуспеха в ней.

Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них. Опасность выгорания состоит в том, что это не кратковременный преходящий эпизод, а долговременный процесс «сгорания дотла». «Выгорание» отчасти является формой психологической защиты, поскольку позволяет дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его пагубные последствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с клиентами и коллегами по работе. Для отдельного человека выгорание может стать очень серьезной проблемой, на уровне же организации стресс и выгорание сотрудников приводят к снижению эффективности работы и большой текучести кадров.

Феномен «сгорания» не является сюрпризом для тех людей, которые знакомы с работой в нашей области. Из-за наличия альтруистических мотивов и желания «спасти человечество и весь мир» происходит крушение иллюзий и накапливается разочарование, которое и приводит к «синдрому выгорания сотрудников». Фактически это обыкновенный кризис, пройдя через который работник вынужден будет искать новый баланс между собственными ожиданиями, способностями и нагрузкой.

Такие кризисы вполне предсказуемы и должны восприниматься как нечто естественное. Проходя через кризис «выгорания», работник отказывается от неэффективного профессионального поведения и устремляется на поиски новых путей в своем профессиональном развитии.

После любой работы рано или поздно возникает чувство усталости. Особенно это касается работы с людьми, тем более, если эти люди являются наркозависимыми или ВИЧ-инфицированными, чьи психологические, социальные, медицинские проблемы и негативное отношение к ним общества могут откладывать огромный отпечаток на состоянии специалиста.

Что происходит при межличностном общении специалиста с клиентом, отягощенным целым комплексом проблем можно проиллюстрировать на таком образном примере. Если взять банку чистой воды и банку грязной воды, а затем слить воду из этих двух

банок в третью, то в третьей банке вода уже не будет такой чистой, но уже и не такой грязной. То есть произойдет некоторое смешение двух составляющих. Таким образом, если специалист, который работает с наркозависимыми или ВИЧ-инфицированными, здоровее физически и психологически (что представляется важным) своих клиентов, то после общения с ними уровень его здоровья несколько снижается и ему будет необходимо предпринять некоторые усилия для того, чтобы восстановиться. Если же по ряду причин он не успевает восстанавливаться, то тогда, в конце концов, и возникает, «синдром выгорания», который проявляется в виде депрессии, чувства огромной усталости, нежелании дальше заниматься этой работой. Впоследствии возможно развитие какого-либо телесного недуга или заболевания в результате хронического профессионального стресса.

Однако спорным является вопрос: можно ли «восстановить» навсегда потраченное время жизни? Вернуть то, что необратимо ушло в прошлое: силы, здоровье, молодость?... Наверное, нет. Мы в любом случае что-то безвозвратно теряем, то есть в прямом смысле выгораем. И мы можем отдать себя лишь безвозмездно, так как материальный эквивалент никогда не заменит части человека, части его души.

В процессе деятельности мы все равно отдаем часть себя, свое время, свои силы, свои эмоции и умственные способности другим людям. Горение человека как «отдавание» себя — это один из глобальных смыслов жизни человека. Прежде всего, этот смысл заключается в том, что в горении человек реализует себя ради других.

Таким образом, «горение» специалиста в работе, то есть отдача своих сил, чувств и ума — это нормально. Сомнительно, если этого не происходит — тогда это сложно назвать оказанием помощи. Важнее, наверное, то, как относиться к своему «горению», с каким чувством «гореть» и, возможно, в том, где «гореть», в какой обстановке, в какой области, в каком коллективе, с какой целью. Представляется, что лучше, если это будет добровольное «горение» в присутствии таких же «горящих» людей, объединенных единой целью, которые видят смысл в этом «горении» и всячески поддерживают его.

Таковыми горящими людьми, как правило, богаты благотворительные организации, работающие в области профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения. Зачастую сотрудники подобных НКО являются активистами и потому, что сами лично или их близкие были затронуты проблемами, связанными с употреблением наркотиков, ВИЧ-инфекции или оказанием сексуальных услуг и разделяют те проблемы, которые присущи этим людям. В аутрич-команде Фонда «Гуманитарное действие» каждый второй сотрудник является бывшими ПИН, КСР и лично затронут проблемами ВИЧ/СПИДа. Принадлежность аутрич-работников, проводящих работу со своими друзьями, коллегами, сверстниками, к одному сообществу, способность говорить на одном языке, их компетентность, доступность и привлекательный имидж — все это увеличивает положительный эффект такой работы. С другой стороны, из-за излишней эмоциональной вовлеченности в судьбу клиентов, стремления использовать все имеющиеся личные ресурсы для оказания им помощи, сотрудник, вышедший из сообщества, через определенное время начинает обнаруживать у себя симптомы СЭВ.

Синдром эмоционального выгорания наиболее свойственен для изначально более мотивированных, равнодушных сотрудников (те, кто сразу относятся к работе «равно», от выгорания не страдают). Опыт же преодоления СЭВ дает человеку своего рода «иммунитет»: если в начале своего профессионального развития человек пережил период выгорания, но не бросил работу, а нашел ресурсы для восстановления жизненного баланса и возрождения энтузиазма, в дальнейшем маловероятно, что у этого человека разовьется синдром выгорания. Люди, «иммунные» к выгоранию, очень увлечены своей работой и сами являются источником поддержки для своих коллег и тех, кто обращается к ним за помощью.

Однако и руководителям профилактических лечебных программ нельзя забывать о психическом благополучии сотрудников проектов и о том, каким образом они «выживают» на своей работе.

Настоящая поддержка со стороны руководителей организаций должна заключаться в том, чтобы помочь людям в их работе, под-

держат их так, чтобы одновременно улучшить условия их работы в организации и повысить качество предоставляемых ею услуг.

Факторы риска синдрома эмоционального выгорания у сотрудников профилактических программ

Особенностью профессиональной деятельности аутрич-работников является ежедневное общение с клиентами, находящимися в трудной жизненной ситуации. Посещение мест их пребывания постоянно связано с напряжением, стрессом и настороженностью, так как возможно столкновение с неправомерными действиями милиции или агрессивно настроенными гражданами в местах, где ведется работа. В большинстве случаев аутрич-работники не владеют навыками психо-физического расслабления, рационального планирования времени работы и отдыха.

Профессиональная деятельность специалистов профилактических программ, вне зависимости от вида исполняемой работы, относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом. Она требует большой эмоциональной нагрузки, ответственности и имеет весьма неопределенные критерии успеха. Негативное влияние на здоровье оказывают постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает этот работник в процессе социального взаимодействия с клиентом, постоянного проникновения в суть его проблем, а также по причине личной незащищенности и других морально-психологических факторов.

Вероятность возникновения СЭВ увеличивается в следующих условиях: вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточном признании; работа с «немотивированными» клиентами, постоянно сопротивляющимся усилиям помочь им; недостаточность условий для самовыражения на работе; напряженность и конфликтность в профессиональной среде; неудовлетворенность своей работой.

Очевидна связь СЭВ у специалистов профилактических программ с характером профессиональной деятельности, сопряженной с ответственностью за судьбу, здоровье и жизнь людей. Стрессогенность данной работы обусловлена тем, что общение зачастую длится часами, повторяется в течение многих лет, а клиентами выступают больные люди с тяжелой судьбой, потребители инъекционных наркотиков, ВИЧ-инфицированные, пострадавшие от дискриминации, рассказывающие о своем сокровенном, страданиях, страхах, ненависти. Однако профессиональный стресс — это проблема не столько «трудных» людей, сколько «трудных» (неразрешенных) ситуаций во взаимоотношениях и в структуре межличностного взаимодействия, нечеткого обозначения социальных ролей и функций, недостаточной эмоциональной поддержки со стороны коллег и руководства.

Причины или факторы, приводящие к синдрому эмоционального выгорания можно разделить на три основные группы:

1. Индивидуальные.
2. Личностные.
3. Организационные.

Индивидуальные факторы

Возраст

Более всего подвержены психическому истощению молодые австрий-работники в возрасте 18–25 лет и люди более старшей возрастной (старше 40 лет). Склонность более молодых по возрасту к выгоранию объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто не соответствующей их представлениям. У более молодых специалистов также недостаточно подготовки и им приходится постоянно встречаться с большим числом клиентов из уязвимых групп, которые «обваливают» на них все свои проблемы. Люди зрелого возраста подвержены СЭВ в связи с уже накопившейся усталостью и закрепившимися стереотипами поведения. Им

сложнее приспосабливаться к меняющейся ситуации в среде клиентов или в организации.

Пол

Риск подвергнуться выгоранию зависит от того, насколько выполняемые работниками функции соответствуют их половой принадлежности. Обычно мужчины оказываются более чувствительными к воздействию стрессоров в тех ситуациях, которые требовали от них демонстрации мужских качеств, таких, как физические данные, мужская отвага, эмоциональная сдержанность, показ своих достижений в работе. В то же самое время женщины оказываются более чувствительны к стрессовым факторам при выполнении тех обязанностей, которые требуют от них сопереживания, воспитательных умений, подчинения. В то же время, по сравнению с мужчинами, работающая женщина испытывает более высокие рабочие перегрузки из-за дополнительных домашних и семейных обязанностей.

Иногда сотруднику мужского пола затруднительно работать с ВИЧ-позитивными женщинами, а женщине — с мужчинами, имеющими секс с мужчинами.

Личностные факторы

Идеалистические мотивы работника

При обсуждении причин, по которым аутич-работники приходят заниматься деятельностью в области профилактики, обычно упоминаются следующие: «желание помогать людям», «изменить мир к лучшему» и «развитие собственного личностного роста через помощь окружающим».

Здесь-то сотрудников и ожидают две хитрые ловушки: стремление к излишней близости с клиентами и иллюзия собственного могущества. Запутавшись в них, работник сталкивается с неспособностью отделить потребности клиента от собственных, не принося в жертву те или иные — он не может решить вопрос об интимности, дистанции или близости в рабочих отношениях.

Возникает ощущение, что, сколько ни старайся, мир все равно не меняется к лучшему, и пока мы помогаем одному человеку, страдает десять. Очень хочется иногда сказать: «Остановите Землю, я сойду».

Неумение устанавливать личные границы

В профессиональной деятельности, общаясь с людьми, мы постоянно находимся в тесном соприкосновении личных границ с границами клиента. Если аутрич-работник совсем забывает о себе и полностью растворяется в клиенте — сгорание неизбежно. Человек, который полностью поглощен другим, чаще всего слабо осознает себя и свои границы (невидимые, но существующие у каждого из нас, границы «персонального пространства человека»). Когда вы общаетесь на слишком близкой дистанции — и пространственной, и эмоциональной, происходит «заражение» состоянием другого человека: вы как бы втягиваетесь в него, как в воронку, где растворяетесь и теряете «чувство себя». Если клиент испытывает подавленность и находится в состоянии депрессии, то при нарушении личных границ это состояние может легко передаться аутрич-работнику и привести его к истощению сил. Уставший от чужого эмоционального груза сотрудник будет ощущать, что не в состоянии помочь клиентам, сопереживать им, от чего может также появиться чувство вины перед нуждающимися в психологической поддержке людьми.

Между ЛЖВС, наркозависимыми и аутрич-работниками зачастую складываются глубокие и интенсивные взаимоотношения. Эта интенсивность может носить как позитивный характер (сотрудники дают почувствовать клиентам, что они не одиноки, поддерживают их, взамен получая чувство того, что они занимают полезной и стоящей работой), так и негативный (часто эти отношения подобны отношениям между любовниками, которые ссорятся и причиняют друг другу страдания; те же самые эмоциональные проблемы могут возникать между сотрудниками и клиентами, особенно когда клиенты начинают испытывать сильные физические страдания, проходят через период депрессий и негативизма).

Комплекс спасателя

Лучше «горят» те, кто ассоциирует свою работу с предназначением, миссией. Тогда у специалиста может развиваться «комплекс спасателя»: вмешаться и исправить, спасти любой ценой! Само по себе намерение хорошее, но такой профессионал бросается на амбразуру гораздо чаще, чем это нужно и полезно тем, ради кого он работает. Аутрич-работники такого склада позволяют звонить себе в любое время. Кейс-менеджеры берут на сопровождение слишком большое количество клиентов. Стирается всякая граница между профессией и частной жизнью. Они ведут домой клиентов, несут все дела, мысли, проблемы. Эти люди готовы 24 часа в сутки быть консультантами или наставниками, и в конце концов, загоняют себя в ловушку чрезмерной эмоциональной и мыслительной вовлеченности в работу.

Пассивная стратегия адаптации к профессиональной деятельности

Пассивная стратегия адаптации к профессиональной деятельности представляет собой уход от решения проблем. В этой ситуации специалист, как правило, ожидает помощь извне, преуменьшая собственные возможности находить правильные решения в сложных ситуациях и преодолевать возникающие трудности. В случае отсутствия посторонней помощи особый смысл приобретает поиск виновников, по отношению к которым демонстрируется явная или скрытая неприязнь. Агрессия может быть направлена на себя, и, как правило, сопровождается самообвинительными переживаниями, снижением самооценки и негативной оценкой собственного профессионального мастерства.

Такая стратегия, приводящая к дезадаптации, формирует определенный психологический портрет личности, для которого характерны пассивность, низкий уровень эмпатии, эмоциональная неустойчивость, педантичность, отсутствие творческой активности, тенденция к безусловному принятию социальных норм. Основу составляют негативные эмоциональные переживания: тревога, депрессия, сопровождающиеся ощущением несправедливости и обиды.

Повышенная требовательность к себе

У людей, которые подвержены «сгоранию», как правило, очень высокие требования к себе. Их представление о хорошем консультанте или враче включает образ профессиональной неуязвимости, совершенства. От столкновения с реальностью этот образ довольно быстро начинает давать трещины, вызывая чувство неудовлетворения. С каждой неудачей или просто с накоплением усталости усиливаются раздражение и агрессия, которые требуют выхода. Специалист пытается работать скорее как придуманный, нежели реальный человек. К примеру, он не использует своих недостатков, не умеет реализовать, например, свою агрессию.

Вместе с тем, личная потребность делать все только хорошо, не испытывать ощущения «у меня не получается» заставляет действовать беспроязвительно.

Каким образом? Обычно человек спонтанно становится на тупиковый путь: из того, что умеет, он выбирает только те приемы, которые всегда получаются. И постепенно профессионал загоняет себя во все более узкий коридор. Оказавшись в этом туннеле, он в какой-то момент чувствует: «У-у-у! Опять одно и то же, больше не могу».

Отсутствие признания со стороны близких людей

Часто бывает так, что стремление помогать и сильная приверженность социальной работе или волонтерская деятельность не встречают понимания со стороны близких и друзей человека: «Ну что ты все об умирающих от СПИДа или наркоманах, что, поговорить больше не о чем? Я больше не могу о них слушать». В лучшем случае это: «Занимайся, чем хочешь, только не забивай мне этим голову», в худшем: «Ты с ума сошел, зачем тебе все это надо, глупости это все, чужих людей спасаешь, а своих детей забросил». Специалисты профилактических программ стараются помочь тем, от кого уже все отказались, и очень больно бывает слышать от кого-нибудь из знакомых: «Ты этим занимаешься, потому что у тебя психологические проблемы» или «...вместо того, чтобы решать свои проблемы». Помимо того, что эти слова обесценивают то, из-за чего человек не может не помогать другим, они еще и заставляют усомниться в себе, перестать доверять близким и

делиться с ними, тем, что происходит. В результате — конфликты, непонимание, растущая стена между бывшими близкими и друзьями. Человек, стремясь защитить то, что ему дорого, от нападок, сокращает общение со своим прежним кругом или вообще перестает с ним общаться. Иногда бывает и наоборот: человек сам своим поведением отталкивает от себя близких, которые считают его «святошествовающим».

Изоляция

Когда профессионал много времени проводит на работе, скажем так, укоренен в своем коллективе, естественно, «горит» не он один. Это массовое явление. Поэтому абсолютное погружение в реальность, где есть только коллеги, опасно. Человеку важно получать признание и подтверждение себя и того, что для него важно в жизни. Рабочая тусовка становится «форумом для признания» в том, что касается Дела. Новые друзья из правозащитной или аутрич тусовки сами достаточно «задерганы», перегружены, чтобы говорить с ними о чем-то еще, помимо дела, приходится делать специальное усилие, а ресурсов, чтобы это усилие делать, часто не хватает. Жизнь становится менее разнообразной, менее многомерной, в чем-то становится беднее, а параллельно — интенсивнее, напряженнее.

Рутинa

Однообразии ситуаций, с которыми приходится иметь дело (очередной больной человек, очередные проблемы с милицией и т. п.) порой «зацикливает» на себе восприятие, не дает вспомнить о том, почему и ради чего человек когда-то решил посвятить этому делу свою жизнь. По этой причине возникает ощущение: «Сколько бы ты ни делал, этого недостаточно». Недаром часто люди, которые начинают «гореть», говорят об образе колеса, конвейера. У работников, выполняющих обмен шприцев или административные обязанности, часто возникает ощущение монотонности. По утрам они испытывают почти паническое состояние при мысли о том, что все события предстоящего дня можно предсказать до минуты. В 9.30 принесут почту, которую надо обработать, в 10.00 все соберутся в зале для собрания, в 10.30 нужно отправить письмо. Сами по себе

эти события вовсе не являются неприятными или стрессовыми, однако их предсказуемость достигает такой степени, что вызывает ощущение вязкого кошмара, который никак не кончится.

Беспомощность

Сильный стресс может вызвать не только необходимость принимать решения в сложной обстановке, но и противоположная ситуация, когда человек осознает свою неспособность повлиять на происходящие события и вынужден смириться с чужими решениями как с неизбежностью. Возможность влиять на события вызывает ощущение собственной значимости и уменьшает опасность стресса. Причиной того, что человек ощущает свою беспомощность, может быть авторитарное руководство, при котором начальник принимает все решения единолично, ни с кем не советуется и стремится полностью контролировать каждый шаг своих подчиненных. Другая причина, заставляющая работников ощущать свою беспомощность — это плохая коммуникация между подразделениями и сотрудниками, создающая дефицит информации. Существуют профессии, в которых человек довольно нередко испытывает чувство беспомощности по совершенно объективным причинам. Например, врач, который не в силах помочь умирающему больному, или кейс-менеджер, который несколько раз договаривался с клиентом о встрече, а тот так ни разу и не пришел. Отсутствие эффективного лечения или возможности повлиять на ситуацию (это особенно актуально для современной ситуации в России) — в таких ситуациях у работника может возникнуть совершенно иррациональное чувство обиды на клиента или ощущение личного поражения и сомнения в своей профессиональной пригодности.

Отсутствие взаимоотдачи

К выгоранию ведет нарушение баланса между «брать» и «давать». Человек считает, что «раздает себя» или «всех на себе тащит», тогда как сам не получает необходимого и от этого истощается. У специалиста рождается возмущение: «Ну почему все время им и им. И всегда я и я?».

Хотелось бы отметить, что это становится реальностью, когда человек в это верит. А именно, верит в то, что он ничего не получает взамен от тех, кому помогает. Это определенный взгляд на мир, не единственно возможный.

Трудоголизм

Когда человек постоянно думает только о работе — это один из признаков синдрома сгорания. С трудоголизмом неразрывно связан надуманный «героизм». Здесь можно вспомнить лозунг из нашего недавнего прошлого: «В жизни всегда есть место подвигу». Излюбленный стиль работы тех, кто страдает трудоголизмом — вначале создавать себе трудности, чтобы затем героически их преодолевать. Такие сотрудники всегда заняты кипучей деятельностью по разрешению очередных чрезвычайных ситуаций. Для них сами эти кризисные ситуации просто жизненно необходимы, буквально как воздух, и все для того, чтобы загрузить себя работой свыше обычного. В результате организация, в которой «у руля» стоят трудоголики, находится в ситуации хронического аврала и бесконечного (хотя отчасти инадуманного) кризиса.

Ответьте честно: является ли для вас работа наркотиком? Если да, прогноз такой: как всякий наркоман, вы будете увеличивать дозу. Раньше или позже станете свою работу выполнять не лучше, а хуже.

С трудоголизмом можно бороться, как с любой другой зависимостью. Разница будет лишь в том, что человека, который бросил пить, обязательно кто-то вознаградит — друг или жена скажет: молодец, у тебя сильная воля. О человеке, который перестал быть трудоголиком, как правило, говорят: сошел с дистанции. Все мы воспитаны на том, что «сгореть на работе» почетно, человек, получивший инфаркт на месте работы — герой. Простая мысль — «себя надо беречь хотя бы для того, чтобы долго и успешно работать», почему-то не приходит нам в голову.

Организационные факторы

Организационные факторы зачастую не замечаются или игнорируются из-за тенденции искать причину «сгорания» в личных качествах того или иного человека: коллеги по работе могут подумать, что один сотрудник «перегорел», «просто потому, что... ну, такой уж он человек», а другая сотрудница «стрессует», «просто потому, что она воспринимает все близко к сердцу». Действительно, личные качества могут играть роль при «сгорании», но чаще всего причины кроются вовне — в самой работе или определенной ситуации.

Низкий социальный статус.

Для большинства сотрудников НКО работа составляет наиболее значимую часть жизни, и если общество оценивает эту работу как малозначительную и недостойную высокого вознаграждения — это унижает достоинство человека. Высокая зарплата и хорошие условия труда ценны не только сами по себе, но и как доказательство того, что окружающие на самом деле ценят вас и ваш труд. У работников, получающих низкую зарплату, стресс возникает в результате ущемления их потребностей. Как правило, аутрич-работники получают за свою работу, пускай и приносящую моральное удовлетворение, достаточно скромное вознаграждение. Существование проектов зависит напрямую от грантодателей, и руководители НКО не могут гарантировать своему сотруднику стабильное рабочее место. Специалисты могут испытывать депрессию и чувство безнадежности, постоянное ощущение, что время уходит, а никаких перспектив не появляется. Даже в нашей организации, насчитывающей более 60 человек, не настолько развита вертикальная структура, чтобы у многих сотрудников была возможность повышения по должности.

Наличие психологически трудного контингента.

Работа с клиентами, с которым приходится иметь дело профессионалу в сфере общения (больные, страдающие хроническими или неизлечимыми заболеваниями, конфликтные, «трудные» подростки и т.д.). Профессиональная беспомощность и бесперспективность, отсутствие возможности предоставлять ква-

лифицированную помощь оказывают особое патогенное влияние на развитие СЭВ.

Требования к личностным качествам специалистов

Давление определенных социальных норм, предписывающих стереотипы эмоционального реагирования, необходимость соответствовать модели социально одобряемых отношений. Например, необходимость быть сдержанным, терпеливым, вежливым, сочувствующим и т. д.

Негативное отношение общества к клиентам программ СВ.

Противозаконный статус употребления наркотиков и стигматизирующий характер ВИЧ-инфекции естественно накладывают отпечаток на работу людей, работающих в поле с представителями этих групп. Проблемы стигмы и дискриминации пронизывают все аспекты жизни клиентов и, конечно же, проявляются при контактах клиентов с работниками. Это создает депрессивную, часто негативную рабочую атмосферу и восприятие окружающего мира в целом.

Любой, кто работает с потребителями наркотиков, может подтвердить, что его работа отнюдь не становится легче, от того что героин, амфетамин и т. д. являются незаконными наркотиками. Перед нами, людьми, работающими с наркозависимыми, возникают все новые и новые задачи: мы должны вытащить потребителей с улиц, успокоить их, снабдить их лечением, сделать их менее больными, преодолеть их изоляцию от общества и так далее, и так далее...

Изгнанные (через стигматизацию и криминализацию) из общества, ПИН будут все сильнее от него изолироваться, удаляться в субкультуру или в среду, где существуют совсем иные нормы и ценности. Таким образом, складываются весьма сложные условия работы для людей, занимающихся помощью этим людям.

Высокий уровень профессиональной ответственности.

Как ни тяжело бывает смириться с положением низкооплачиваемого работника, быть начальником иногда гораздо труднее. Координаторы проектов, которым по роду своей деятельно-

сти приходится принимать ответственные решения, от которых зависит судьба аутрич-команды, по-своему приспосабливаются к этому постоянному стрессу, вырабатывая в себе профессиональную «толстокожесть» — нечувствительность к последствиям собственных решений для других людей: подчиненных, клиентов, партнеров.

Те профессионалы, которым не удается выработать в себе защитный цинизм, часто переживают «синдром выгорания» — критическую стадию в работе, когда человек больше не может принимать решения, затрагивающие жизнь других людей. Это довольно часто случается с хирургами после неудачной операции, с полицейскими, случайно застрелившими человека, или с руководителями, которым сообщили, что уволенный ими бухгалтер выбросился из окна. В ситуации «выгорания» человек либо становится очень осторожным, предпочитая бездействие как наименьшее из зол, либо принимает любое случайное решение, боясь, что его обвинят в бездействии. И то и другое может стоить очень дорого.

Значительный рабочий стаж.

Риск возникновения синдрома старения значительно повышается к третьему–четвертому году, когда уже нет новизны, о человеке больше не говорят, что он молодой, неопытный, ему надо помогать и вообще с него пока не очень-то спросишь. Теперь он сам начинает предъявлять требования к себе, повышаются требования со стороны окружающих.

Перегрузки.

Ситуация жесткого временного прессинга является стрессовой для большинства работников. Такая ситуация может быть связана с плохой организацией труда (когда организационные процедуры отнимают львиную долю рабочего времени), недостатком персонала (когда один человек вынужден совмещать обязанности нескольких сотрудников), а также с самим характером деятельности, в которой периодически случаются «авралы». Причинами перегрузок могут быть также нереалистично высокие личные притязания или требования начальства. Специалисты с завышен-

ными притязаниями всегда ждут от себя слишком многого, заставляют себя трудиться в ущерб отдыху и здоровью, но в результате все равно остаются недовольны достигнутыми результатами.

Слишком много ЛЖВС, наркозависимых, лиц, вовлеченных в сферу оказания сексуальных услуг, и слишком мало людей, которые в состоянии что-либо для них сделать. У каждого клиента целый спектр своих проблем, и, для того чтобы помочь им, сотрудники пытаются сделать гораздо больше, чем они могут и чему обучены; подобное расширение роли приводит к бесконечно расширяемому спектру деятельности, вскоре сотрудники уже не знают, достаточно ли они делают или слишком мало, хорошо или плохо они справляются со своей работой.

Ненужные ритуалы и процедуры.

Обычно сотрудники жалуются на обилие бумажной работы, отчетности, которую требуется предоставить в жесткие временные рамки. На оформление документов иногда уходит больше времени, чем на саму работу. Бумажная работа часто вызывает больший стресс у работников, чем основная деятельность.

Часто раздражение возникает также из-за слишком большого количества заседаний, обсуждений, конференций и деловых встреч, особенно если они плохо подготовлены. У участников подобных мероприятий часто возникает ощущение впустую потраченного времени, которое можно было бы употребить с большей пользой.

Неопределенность.

Очень немногие люди чувствуют себя уверенно в ситуации неопределенности. Неопределенность на рабочем месте может возникать из-за частых перемен в политике организации, когда сотрудники толком не знают, что происходит, и не могут планировать свою деятельность. Самая худшая форма неопределенности — это когда человек не знает, удастся ли ему удержаться на рабочем месте. Те руководители, которым кажется, что их служащие будут работать лучше, если перед ними постоянно маячит перспектива увольнения, глубоко заблуждаются. Подобные проблемы также возникают, когда сотрудники не совсем понимают, какова их роль

в общении с клиентами, чего от них ожидает организация, в которой они работают и чего от них ожидают сами клиенты; конфликт между этими различными запросами увеличивает стресс.

Отсутствие навыков работы.

Работа в сфере, связанной с потребителями наркотиков и ЛЖВС, предъявляет особые требования к человеку, команде и организации, которые ей занимаются. Для того чтобы каждый день работать с людьми, жизнь которых совершенно не устроена с психологической и социальной точки зрения, необходимо обладать не только интересом к работе и участливым отношением к людям, но и обширными знаниями и широким спектром навыков.

Однако, когда дело доходит до подготовки специалистов в этой области, мы так и не можем точно определить, какого рода знания и навыки им необходимы. Мы видим, что выявить логические, причинные связи между знаниями и эффективной работой совсем не просто — невозможно сказать с уверенностью, что, обучив человека какому-либо конкретному навыку, ты добьешься улучшения качества его работы. И даже если мы знаем, какие именно навыки необходимы работнику, то, как правило, найти информацию о них в опубликованных статьях/книгах или в виде профессионально подготовленной программы тренинга совсем не легко.

В нашей области пропасть между теорией и практикой, между искусством и знанием весьма значительна.

В результате сотрудники находятся в постоянном процессе проб и ошибок, обучаются самостоятельно тому, что им необходимо знать, формируют свой индивидуальный стиль, который снова и снова будет подвергаться изменениям в процессе поиска.

Работники часто будут совершать ошибки, попадать в непредвиденные ситуации и т. д., и если им помочь, они смогут извлечь из этого уроки. Необходимо уделять пристальное внимание молодым работникам, которым предстоит пройти через отказ от некоторых иллюзий. Если в этот момент предоставить их самим себе, кризис, неизбежный на данном этапе, обострится и они «сгорят».

Конфликт между личными потребностями специалистов и требованиями организации.

Конфликт такого рода возникает вследствие несоответствия между тем, что хотят и считают нужным делать сотрудники, и тем, что позволяет структура организации. Большинство людей, помимо достижения высоких целей, провозглашаемых организацией, приходят в ту или иную деятельность для реализации личных амбиций и потребностей. В том случае, если сотрудникам не предоставляется возможность проявить индивидуальные способности и раскрыть свой потенциал, не принимаются их мнения, а инициатива является «наказуемой», организация волей-неволей будет терять опытных специалистов, «сгорающих» от недостатка свободы.

Проявления СЭВ

Как ни парадоксально, синдром эмоционального «выгорания» — это наша психологическая защита. Мы будем ближе к истине, если на первые симптомы «сгорания» посмотрим не как на опасность, которая непременно подстерегает каждого профессионала, а как на знак, который дается для того, чтобы защитить рост личности и ее профессиональный потенциал.

Если говорить о зрелых, состоявшихся профессионалах, то они «сгорели», и не раз. Это не значит, что после первого раза от них «остаются одни угольки» — люди восстанавливаются. Потом, на другом этапе, опять обнаруживаются тревожные признаки — вестники того, что человек созрел для роста, для развития, что в его жизнь просятся изменения.

У русского народа сложилось много пословиц типа «от работы кони дохнут», «работа не волк, в лес не убежит». Если человек любит свое дело и чувствует себя в нем, «как рыба в воде» — то это говорит о том, что он в своей среде, в своей стихии. Каждый из нас пришел в этот мир вовсе не для того, чтобы делать то, что ему крайне неприятно, вызывает у человека отрицание. Вывод прост: важно найти деятельность по себе и для себя. Если, например, вам

трудно работать с людьми, значит это — не ваша деятельность, ищите себе работу по душе.

В настоящее время выделяют около 100 симптомов, так или иначе связанных с СЭВ. О том, что это именно эмоциональное «выгорание», свидетельствует прошлое: раньше таких ощущений не было, и личность переживает их появление. Однако при диагностике данного явления следует учитывать возможное влияние других причин или заболеваний, способных вызвать появление подобных симптомов. Для диагностики синдрома профессионального «выгорания» чаще всего используется опросник ПВ («психическое выгорание»), разработанный Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой, методику оценки уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко, по которым можно пройти самодиагностику.

Оценить степень «сгорания» можно ознакомившись с его проявлениями на уровне организации, физическом и личном уровнях.

Проявления СЭВ специалистов на уровне организации

«Сгорание» — это не только личная неудача или провал, его следует рассматривать еще и как организационную дисфункцию. Поскольку организация, человек и все, что их окружает, являются частью динамического процесса, «сгорание» отдельного работника можно считать индикатором скрытых проблем в этой организации.

На уровне организации сгорание сотрудников проявляется в следующих формах:

- частые и длительные заболевания сотрудников, продление больничных отпусков и внеочередные отпуска;
- частое отсутствие специалиста на работе, стремление к общению с клиентами и коллегами безличными способами, например, по телефону или электронной почте;
- постоянно, без необходимости сотрудники берут работу домой, но дома ее не делают;
- высокая текучесть кадров;

- частые конфликты между сотрудниками;
- неэффективное выполнение работы: затягивание сроков и плохая подготовка мероприятий, частые ошибки в работе, опоздание или пропуски встреч;
- сотрудники не воспринимают критику в свой адрес, с другой стороны сами все выносят больше критических замечаний, время от времени всплывают темы безнадежных клиентов, неразрешимых ситуаций, неудовлетворенности работой, поиска виноватых;
- невыполнение важных, приоритетных задач и «застревание» на мелких деталях, не соответствующих служебным требованиям, трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или не осознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий;
- в разговоре сотрудников слышны нотки раздражения, появляется цинизм, теряется чувство юмора;
- принимаются необдуманные и безответственные решения;
- падение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам в решении проблем;
- малое участие или отказ от участия в развивающих экспериментах — тренингах, повышении уровня образования, исследованиях.

Проявления СЭВ на личностном уровне

- снижение самооценки;
- неуверенность в себе, завтрашнем дне, профессии;
- тревожное состояние, чувство вины, душевные терзания, непрекращающееся беспокойство;
- агрессивность, раздражительность;
- сужение круга общения, стремление к одиночеству;
- скука, тоска, апатия, падение вкуса и интереса к жизни;
- чувство гиперответственности и постоянный страх, что «не получится» или «не справлюсь»;
- ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее — все труднее и труднее;
- пессимизм, цинизм и черствость в работе и личной жизни;

-
- большее предпочтение отдается стандартным шаблонам, рутине, нежели творческому подходу;
 - низкая социальная активность, падение интереса к досугу, увлечениям;
 - ощущение изоляции, непонимания других и другими, недостаток поддержки со стороны семьи, друзей, коллег.

Проявления синдрома «сгорания» на физическом уровне

- появляется бессонница или сонливость, которая не проходит даже после отдыха;
- накатывает давящая усталость, ощущение тумана в голове, затуманенности сознания;
- постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;
- переедание у одних и отвращение к еде у других, изменение веса в ту или иную сторону;
- неспособность сконцентрировать внимание и логически мыслить, забывчивость;
- тошнота, головная боль, одышка, чрезмерная потливость, дрожь;
- частые беспричинные головные боли, постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта; «скачки давления»;
- падения, травмы, аварии и пр.;
- заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений;
- неряшливый, унылый вид, однообразие в одежде: когда человек замечает, что уже сросся с этой рубашкой и штаны прилипли к телу;
- злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств.

Динамика СЭВ

Профессиональное становление представляет собой длительный процесс формирования профессионально необходимых качеств личности, профессиональной позиции и мировоззрения специалиста, его мотивационной сферы, овладения определенными специфическими знаниями, умениями и навыками, необходимыми для работы в выбранной области деятельности. Центральное место в этом процессе принадлежит профессиональному самоопределению — способности человека самостоятельно и осознанно согласовывать свои профессионально-психологические возможности с содержанием и требованиями профессиональной деятельности, а также находить личностный смысл в профессиональном труде. Конечным результатом этого процесса является достижение определенного уровня личностного самосознания, позволяющего человеку выработать активную позицию и направленность на самореализацию.

Профессионализация представляет собой непрерывный процесс становления личности специалиста, который начинается с момента выбора будущей профессии и заканчивается по прекращению активной трудовой деятельности. На протяжении этого длительного периода неизбежны профессиональные кризисные ситуации.

В какой-то момент специалист замечает, что на пике ситуации, когда надо действовать, у него возникает странное равнодушие и даже желание повернуться и уйти. Врачу хочется запереться в своем кабинете и никого не видеть. Психолог, который ведет консультирование, вдруг перестает слышать собеседника и ловит себя на мысли: скорее бы все закончилось. Социального работника посещает фантазия: прогулять бы сегодняшний день и не отвечать на звонки клиентов. Однажды подобное чувство испытал каждый. Но если оно повторяется вновь и вновь, профессионал с ужасом обнаруживает: то, что вчера ему было интересно и важно сделать хорошо, сегодня становится безразличным и, более того, начинает отталкивать. В высказываниях о работе появляется обесценивание ее значимости, цинизм.

Эмоциональное «выгорание» — динамический процесс и возникает постепенно и одновременно незаметно для человека, тем

оно и коварно. Его условно можно разделить на три фазы: напряжение, сопротивление и истощение.

Фаза 1. «Напряжение»

Фаза «напряжения» иногда воспринимается как «кайф», вдохновение, увлеченность. Для этого состояния характерно представление о том, что «возможно все». Человек может отдавать работе 24 часа в сутки, чувствовать возбуждение и прилив энергии от преодоления трудностей и от результатов своей работы. Специалист берется решать самые безнадежные ситуации клиентов, его личный телефон становится круглосуточным «телефоном доверия», а дом время от времени может становиться временным приютом для клиентов, находящихся в кризисной ситуации. Критика в отношении трудоголизма на этом этапе, как правило, отмечается, а критикующие воспринимаются как «отстающие». Однако нервное (тревожное) напряжение нарастает и является предвестником и запускающим механизмом в формировании эмоционального «выгорания». Появляется осознание психотравмирующих факторов деятельности, которые трудно устранить. Например, возникающие время от времени перебои с профилактическими материалами на мобильных пунктах, на которые аутрич-работник никак не может повлиять но именно ему приходится каждый раз объяснять клиентам, что это временные трудности. Если ситуация остается нерешенной через определенное время возникает ощущение «загнанности в клетку».

Фаза 2. «Сопротивление»

Человек стремится к психологическому комфорту и поэтому старается снизить давление внешних обстоятельств. Но если специалист регулярно испытывает профессиональный стресс, то для того, чтобы каким-то образом сохранить внутреннее равновесие он начинает неадекватно «экономить» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на ситуации. Действует принцип «хочу или не хочу»: сочту нужным — уделю внимание клиенту, будет настроение — откликнусь

на его состояние и потребности. Избирательное эмоциональное реагирование воспринимается клиентами как неуважение к их личности.

Логическом образом развиваются следующие признаки «сгорания». Профессионал не только осознает, что не проявляет должного эмоционального отношения к своему подопечному, он еще и оправдывается: «таким людям нельзя сочувствовать», «почему я должен за всех волноваться», «он еще и на шею сядет» и т. п. Подобные мысли и оценки говорят о том, что нравственные чувства специалиста остаются в стороне. Постепенно симптомы эмоционального «выгорания» проявляются вне профессиональной деятельности — дома, в общении с приятелями, знакомыми. Случай известный: на работе вы до того устаете от контактов, разговоров, что вам не хочется общаться даже с близкими. На работе вы еще держитесь, а дома замыкаетесь или вообще «рычите» на супруга и детей. Кстати, именно домашние часто становятся жертвой эмоционального «выгорания».

Переутомление от работы проявляется в попытке облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. Медсестра предпочитает общению с клиентом выполнение медицинских манипуляций, ведение регистрационных карт, социальный работник ограничивается выдачей клиентам направлений к «доверенным врачам» вместо консультирования или сокращает затрачиваемое на него время. Клиентов обделяют элементарным вниманием.

Фаза 3. «Истощение»

Характеризуется падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. «Выгорание» становится неотъемлемым атрибутом личности.

К профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он не может помочь своим клиентам, подопечным. Не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать. Появляется раздражительность, обиды, резкость, грубость.

Человек постепенно научается работать как бездушный автомат. Он почти полностью исключает эмоции из сферы профессио-

нальной деятельности. Реагирование без чувств и эмоций — наиболее яркий симптом «выгорания». Он свидетельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб партнерам по общению. Клиент может быть глубоко травмирован проявленным к нему безразличием. Особенно опасна демонстративная форма эмоциональной отстраненности, когда профессионал всем своим видом показывает: «наплевать на вас», «ваши проблемы — ваше личное дело».

В дальнейшем эмоциональный дефицит проявляется не только на работе, но и вне сферы профессиональной деятельности. Вам ничего не хочется, и раздражает общение даже с близкими людьми. Вы бесцельно слоняетесь по дому или валяетесь на диване, бессмысленно уставившись в экран телевизора, поглощаете один за другим бутерброды или, напротив, с отвращением смотрите на холодильник... Возникает антигуманистический настрой. Человек в таком состоянии утверждает, что работа с людьми не интересна, не доставляет удовлетворения, не представляет социальной ценности. В наиболее тяжелых формах «выгорания» он рьяно защищает свою антигуманистическую философию: «ненавижу...», «презираю...», «взять бы автомат и всех...». Возникает чувство эмоционального истощения (когда больше не волнует, хорошо ли себя чувствуют те люди, с кем вы работаете, живут они или умирают). Специалист больше не способен относиться к потребителям наркотиков или ЛЖВС как к личностям, вместо этого возникает отношение к ним как к объектам с определенным набором проблем или как к безличным «клиентам», неодушевленным предметам.

Если с нравственностью у человека все нормально, он не может себе позволить «плевать» на людей, а «выгорание» продолжает нарастать — могут происходить отклонения в соматических или психических состояниях. Порой даже мысль о трудных клиентах, больных людях вызывает плохое настроение, дурные ассоциации, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения или возникновение хронических заболеваний.

Индивидуально-психологические характеристики, снижающие вероятность развития синдрома «выгорания» у профессионалов:

- общительность,
- открытость,
- высокая самооценка,
- самостоятельность и стремление опираться на собственные силы,
- ориентация на сотрудничество и компромисс,
- высокая мотивация к саморазвитию и профессиональному росту,
- креативность подхода к решению профессиональных задач,
- высокий уровень коммуникативных умений,
- готовность к самоизменению.

Способы профилактики и преодоления синдрома «выгорания»

Психическое здоровье предполагает состояние полного душевного равновесия, умение владеть собой, способность быстро приспособливаться к сложным ситуациям и их преодолевать, в короткое время восстанавливать душевное равновесие. СЭВ является одной из форм психического неблагополучия, снижающего качество жизни человека.

Профессиональная помощь при эмоциональном «выгорании» может осуществляться в двух направлениях: работа с сотрудниками, подверженными «выгоранию», и смягчение действия организационного фактора.

Для того, чтобы надежно справляться со стрессами, чтобы они не мешали успешной профессиональной деятельности, специалистам необходимо научиться своеобразной технике психологической безопасности, служащей для защиты от развития СЭВ. В первую очередь, научиться правильно обращаться со своими эмоциями, бережно относиться к собственной нервной системе. Для этого служат практические навыки «угашения» отрицательных эмоций, снятия стресса и психологической напряженности

с помощью расслабления мышц, нормализации состояния нервной системы, успокаивающих дыхательных упражнений, а также активизации скрытых резервов подсознания для решения различных задач, принятия решений в нестандартных ситуациях.

Согласно классификации ВОЗ, выделяют первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. Первичная психопрофилактика направлена на предупреждение возникновения нервно-психических расстройств, вторичная — на раннюю диагностику и профилактику неблагоприятной динамики и хронизации уже возникшего заболевания. Третичная психопрофилактика предупреждает возникновение рецидивов заболевания. В основе вторичной психопрофилактики лежит комплексная фармако- и психотерапия, в основе третичной — социальная реабилитация.

Ведущая роль в предупреждении развития профессионального «выгорания» принадлежит первичной психопрофилактике. Главными направлениями социальных мероприятий, обеспечивающих профилактику, являются улучшение условий труда и отдыха, изменение системы оплаты труда, социальная защита и поддержка, а также организация мероприятий, направленных на развитие компетентности, мотивации, поддержание здоровья сотрудников.

Рекомендации по профилактике СЭВ

Для руководителей служб помощи

Четко распределяйте функциональные обязанности сотрудников. Руководители организаций должны реалистично оценивать, с каким объемом работы могут справиться те или иные специалисты. Организация должна обеспечить составление детального описания должностных обязанностей и четко объяснить сотрудникам, что от них ожидается. Кроме того, необходимо обеспечивать команду положительной оценкой их работы в том случае, если она с ней справляется, и четко описать схему реализации процесса поддержки и разрешения проблем (например, использование консультаций психолога), в случае, если проблемы возникают. Также в случае необходимости надо четко описать

дисциплинарные меры и процесс отстранения от работы. Из-за все большего увеличения стресса, связанного с необходимостью проведения работы с ЛЖВС и наркозависимыми необходимо ставить четкие, краткосрочные и конкретные цели на каждую неделю и месяц работы, чтобы сотрудники могли реально ощутить результаты своей работы. Четкое формулирование целей и их достижение способствуют повышению чувства удовлетворения от работы.

Проводите обучение специалистов навыкам распознавания и преодоления СЭВ. Работник должен иметь представление о различных формах проявления профессионально обусловленного кризиса как норме профессионального становления. Важно широкое информирование специалистов о причинах, ранних признаках «выгорания» и факторах его риска, обучение самопомощи с целью активизации защитных сил организма и ресурсов личности.

Создавайте комфортные условия на рабочем месте. Даже в условиях мобильных пунктов профилактики возможно повышение комфортности обстановки, например, можно повесить фотографию вашей команды с корпоративного праздника, при взгляде на которую настроение ваших сотрудников будет повышаться или украсить стены цветными плакатами, соорудить полочки для профилактической литературы и папок с документами. Выбирайте такие места для стоянки мобильного пункта профилактики (МПП), где ваша работа не будет вызывать конфронтации с местным населением (подалеке от жилых домов или детских площадок). Старайтесь позаботиться о тепле в осенне-зимнее время и достаточном освещении, установить на передвижных пунктах дополнительные отопительные и осветительные приборы. Даже если сотрудники занимаются пешей аутрич-работой, обеспечение их «форменной» одеждой, по которой клиенты сами смогут их узнать и обратиться за помощью, а также удобными сумками для профилактических материалов будет способствовать более комфортному состоянию специалистов. Продумайте способы безопасности для специалистов на рабочем месте, разработайте инструкции по поведению в случае «внештатных» ситуаций (задержаний команды милицией, случаях профессиональной травматизации, технических неполадок МПП). Предусмотрев заранее меры обе-

спечения оптимальных для работы условий, сотрудники организации будут чувствовать себя уверенно и защищенно, что позволит снизить риск профессиональных стрессов, связанных с организационными факторами выгорания.

Развивайте корпоративную культуру вашей организации.

Устраивайте свои внутренние праздники, которые с радостью бы отметили большинство сотрудников, например, день основания организации или день аутрич-работника. Старайтесь проводить их активно, с конкурсами и веселыми выступлениями. В Фонде «Гуманитарное действие» с этой целью перед общими праздниками собирается оргкомитет (по одному сотруднику-добровольцу из каждого проекта), который работает над творческим заданием и организацией активного досуга для коллектива Фонда. Поздравление сотрудников с персональными праздниками, такими как день рождения или повышение должности, позволит работникам почувствовать, по крайней мере, в определенные периоды, себя в центре внимания и повысит мотивацию к работе.

Улучшайте условия оплаты труда. Вознаграждение в виде премиального поощрения сотрудников, увеличения заработной платы, даже на 500 руб. в год будет поддерживать позитивное настроение сотрудников и позволит им почувствовать, что руководство организации заботится о своих подчиненных. Предоставьте возможность сотрудникам совмещать деятельность в одном проекте с деятельностью по другому направлению вашей организации за дополнительное вознаграждение, при условии, что и та и другая работа будет выполнена добросовестно. И для сотрудника, и для организации будет лучше, если специалист будет работать в одной организации над общими целями, чем если по причине материальных трудностей свободное от работы в проекте время он будет посвящать другой службе. Главное здесь — регуляция рабочего времени сотрудника, с тем, чтобы он в стремлении улучшить материальное положение не перегружался работой сверх своих возможностей, не начал относиться к ней формально и попросту не «сгорел» на работе.

Создавайте возможность для перспективы роста сотрудников. Человек не может жить без будущего. Поэтому руководителям организаций важно обговорить с сотрудниками перспективы

их роста в вашей организации. Вы можете, например, назначить аутрич-работника, проявившего высокую ответственность в проекте, менеджером аутрич или сотрудника в адрес, которого поступают позитивные отзывы в отношении его обучающих навыков — ведущим тренером. Повышение по должности будет давать стимул для максимального раскрытия потенциала сотрудников и повышать их психологическую устойчивость благодаря видению растущих перспектив.

Организируйте супервизию в вашей организации. Заключите договор со службой психологической помощи или подайте проект по профилактике эмоционального выгорания специалистов, занятых оказанием помощи уязвимым группам населения. Если в вашей организации есть специалист с высоким лимитом доверия со стороны персонала, вы можете поручить ему проведение супервизорской работы. Супервизия (индивидуальная и групповая) — метод подготовки и повышения квалификации специалистов: психологов, социальных работников, врачей. Ее суть в том, что более опытный профессионал анализирует работу специалиста, дает оценку этой работе и формулирует рекомендации. Супервизия буквально означает — наставничество. Супервизия позволяет консультанту поделиться своими чувствами, выявить и обозначить затруднения, возникшие в работе с клиентом (например, клиент вызывает сильные и/или негативные чувства, непонятно, как дальше с ним работать; сопровождение кажется неэффективным и пр.), получить обратную связь, проанализировать причины своих затруднений, расширить свои теоретические представления, наметить пути дальнейшей работы с клиентом. Таким образом, в процессе супервизии консультант развивает и совершенствует свое профессиональное мастерство.

Часто специалист сидит в своем закрытом со всех сторон коконе, видит мир только из него, со своей стороны. Но далеко не всегда этот взгляд верен и незамутнен. Именно поэтому иногда необходимо как бы посмотреть, услышать от стороннего профессионала или коллеги, как твоя работа смотрится со стороны, услышать анализ и замечания другого специалиста.

Способствуйте сплочению коллектива. Этой цели служат решение проблем ролевой неопределенности и конкуренции

между сотрудниками; создание адекватной психологической атмосферы на рабочем месте и поощрение совместного досуга вне работы, внесение разнообразия в работу, создание новых проектов и их реализация и т. п.). Постоянные собрания команд могут предотвратить изоляцию тех работников, которые имеют какие-либо проблемы на работе. Обсуждаться могут следующие темы: сотрудничество, выявление симптомов «перегорания» и разрешение конфликтов. Иногда руководителю организации или супервизору приходится выступать в роли огнетушителя, однако обычно его усилия направлены на то, чтобы повысить огнестойкость работников и команды в целом!

Стремитесь к повышению престижа социально ориентированных профессий. Средства массовой информации должны широко освещать достижения их представителей и особенности их работы, способствовать проведению общественных мероприятий, повышающих значимость профессии в соответствующих социальных слоях (деловые игры, конференции, симпозиумы, круглые столы и т. п.). Необходима перестройка деятельности соответствующих общественных организаций с целью более полного и активного выражения интересов специалистов социально-ориентированных профессий.

Для сотрудников организаций

Развивайте свои знания, навыки и умения. Активно интересуйтесь, какие проходят семинары и тренинги по темам, в которых вы чувствуете пробелы и (или) неуверенность в вашей работе. Кроме повышения своего профессионального уровня вы сможете развить более широкие социальные связи, получить опыт партнерских организаций и на какое-то время морально отдохнуть. Всякое ученичество дает ощущение более широкого мира, чем тот, который существует внутри профессионального, и гораздо менее ответственную позицию ученика. В ней можно удовлетворить потребность получать, а не только отдавать. Сотрудники также должны иметь возможность принять участие в семинаре по проблемам стресса и «сгорания» среди людей, работающих с уязвимыми группами.

Придерживайтесь активной позиции и творческого отношения к работе. Основной способ бытия личности — развитие, профессиональная деятельность должна постоянно ставить перед человеком новые задачи. «Застревание» на одном профессиональном уровне, даже при высокой эффективности, «консервирует» личность. Наличие активности и творческого подхода к деятельности повышает устойчивость личности к неблагоприятным рабочим условиям.

Признайте, что работа — это только часть жизни. Перестаньте искать в работе счастье или спасение. Она — не убежище, а деятельность, которая хороша сама по себе. Находите время на себя. Вы имеете полное право не только на рабочую, но и на частную жизнь. Четко разделяйте рабочее и личное время. Проинформируйте клиентов, в какое время вы находитесь на рабочем месте, и в какое время с вами можно связаться по телефону. Не берите работу на дом. Посвятите время с близкими обсуждению совместного проведения отпуска, воспитанию детей, созданию уюта в доме и пр., а не впечатлениям от рабочего дня и трудностям борьбы за права клиентов.

Находите личную пользу в работе. Те, кому мы помогаем, помогают нам. Не только специалист оказывает влияние на жизнь клиента, но и клиент оказывает влияние на жизнь помогающего. От встречи с социальным работником или психологом жизнь клиента как-то меняется, но, в тоже время, в результате такого общения меняется и жизнь профессионала. Он получает новый опыт, некое новое понимание, которого он не получил бы, если бы пошел в это время не в больницу к нуждающемуся, а, например, в кино. Полезно задавать себе вопросы: «Чему этот человек, которому я помогаю, учит меня?», «Каков его дар мне?», «За что я его уважаю, какие его поступки и (или) убеждения вызывают у меня чувство гордости?» Может быть важно, ответив себе на эти вопросы, поделиться своими ответами с человеком, которому оказывается помощь. Так он поймет, что даже в том тяжелом положении, в котором он оказался, он может делать что-то важное для других. А это — мощная моральная поддержка.

Научитесь распределять ответственность между вами и клиентом. Вы несете ответственность за достоверность информации,

которую вы предоставляете клиенту, качество консультирования и рациональное использование имеющихся ресурсов проекта для оказания помощи, но не за жизнь клиента. Клиент сам несет ответственность за свою жизнь: перестаньте жить за других их жизнью. Живите, пожалуйста, своей. Не вместо людей, а вместе с ними. Человек имеет право страдать, мучиться и умереть, если он этого хочет. Любой осознанный выбор человека — это его выбор, который нужно уважать, несмотря на то, что «в его ситуации» вы выбрали бы другое. Если вам очень хочется срочно кому-то помочь или сделать за него его работу, задайте себе вопрос: так ли уж ему это нужно, а может, он справится сам, и что случится, если вы этого не сделаете?

Введите в систему использование методов психологической разгрузки. Давайте себе в течение рабочего дня и после его окончания «тайм-ауты», отдых от работы — это важно для физического и психического благополучия. Один из путей преодоления внутреннего напряжения состоит в том, чтобы овладеть методами релаксации и медитации — они доступны любому, и часто не требуют ни каких-либо вспомогательных средств, ни особого времени. Тело и психика, придя в равновесие и внутреннюю гармонию, способны сопротивляться «ударам судьбы» гораздо большей силы, благополучно при этом приравниваясь и собирая ресурсы всех разновидностей, а не тратя их в бестолковом разрушении нервных клеток.

Рационально планируйте свои цели и время. Люди часто жалуются на свои ощущения, связанные с восприятием времени: «Постоянно куча дел, ничего не успеваю», «весь день как белка в колесе, а что делал — непонятно», «все время куда-то спешу, а жизнь тем временем проходит мимо меня». Время — это ресурс, которым мы владеем с рождения. Времени у всех одинаковое количество — 24 часа в сутки, 8760 часов в год, просто расходует мы его по-разному. И от того, как мы это делаем, зависит то, как мы живем. Потратим время на обучение — получим удовлетворение от новых знаний, потратим на встречу с друзьями — получим хорошее настроение, потратим на контрастный душ — получим бодрость в награду, потратим на ссору — получим головную боль. То, насколько рационально вы планируете свое время, зависит от

постановки целей. Цель — это ваш компас, который делает осмысленным каждое ваше действие, который придает вам уверенность, что жизнь движется в правильном направлении. Формулируйте ваши цели в утвердительной форме. Избегайте в формулировках частицы «не» («не брать работу на дом», «не опаздывать» и т.д.), определитесь к какому сроку вы предполагаете достичь этой цели, убедитесь, что вы сами верите в реалистичность этого срока и конкретизируйте результат ее достижения. Ваша цель должна постоянно быть в фокусе вашего внимания. В нашей жизни столько всего, что может отвлечь нас от цели, столько соблазнов, столько причин, чтобы не делать трудных для нас шагов, что просто удивительно, что кто-то все-таки доходит до конца. И когда ваша цель будет достигнута, вам нужно обязательно отметить этот факт, какой бы ни была эта цель — маленькой или масштабной, шли вы к ней неделю или долгие годы. Вы сделали огромный подарок самому себе — вы подарили себе уверенность в собственных силах, веру в свои возможности. У вас должны быть цели и ценности одновременно в нескольких областях. Представьте себе стул всего с одной ножкой. Как долго вы сумеете на нем усидеть? Малейшее сотрясение — и вы полетите вниз и разобьете себе лоб. Так и в жизни — люди, чьи ценности лежат только в области работы, живут обычно недолго и несчастливо.

Поддерживайте хорошую физическую форму. Не стоит забывать, что между состоянием тела и разумом существует тесная связь: неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение веса или ожирение усугубляют проявления СЭВ. Помните: в здоровом теле — здоровый дух.

Заключение

Работа по профилактике ВИЧ-инфекции в группах высокого риска требует скоординированной деятельности государственных и негосударственных организаций, занятых решением медико-социальных проблем. Благотворительный Фонд «Гуманитарное действие», выступающий в качестве связующего звена между группами социального риска и теми структурами, которые призваны оказывать им помощь, на протяжении многих лет помогает наиболее уязвимым группам населения Санкт-Петербурга.

В настоящее время Фонд осуществляет комплексную работу с уличными детьми, потребителями инъекционных наркотиков, лицами, вовлеченными в сферу оказания коммерческих сексуальных услуг, людьми, живущими с ВИЧ-инфекцией и другими.

Вся работа фонда строится на принципе «низкопороговости», что подразумевает оказание помощи всем нуждающимся. «Низкопороговость», готовность налаживать контакт и работать с несоциализированными клиентами дает шанс охватить услугами системы здравоохранения и социальной защиты те группы населения, которые в противном случае фактически оказываются «за бортом» государства и общества, создается «мостик» между государственными медицинскими и социальными учреждениями и социально исключенными группами. Такой подход дает возможность как оказать необходимую помощь нуждающимся в ней людям, так и улучшить ситуацию в сфере здоровья населения в целом.

Наиболее эффективные модели оказания помощи уязвимым группам включают обеспечение доступа к медико-социальной и правовой помощи, участие специалистов разного профиля в работе, направленной на снижение темпов распространения

ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний и в сопровождении «сложных» пациентов, вовлечение ЛЖВС в деятельность по профилактике распространения ВИЧ-инфекции.

Важнейшими элементами работы команды фонда является установление и удержание контакта с представителями целевой группы, система оказания комплексной помощи силами мультидисциплинарной команды, принципы и методы консультирования, ориентированные на реальные потребности человека и его мотивацию к самостоятельному и осознанному решению своих проблем, система сопровождения. Именно этим аспектам и посвящено настоящее руководство. В нем сотрудники организации постарались донести основные принципы эффективной работы с уязвимыми лицами.

Авторы надеются, что представленное в данном издании обобщение многолетнего опыта работы БОФ «Гуманитарное действие» будет способствовать расширению числа эффективных практик оказания помощи уязвимым группам населения.

Приложение № 1

Специальные методы профилактики и преодоления СЭВ

Методы «спасения» на физическом уровне

Антистрессовая диета

В стрессовой ситуации врачи рекомендуют увеличить прием жидкости, поскольку физиологические последствия стресса включают обезвоживание организма. Чай, кофе и алкоголь — мочегонные средства, поэтому пользы от них нет. Лучше употреблять несладкие фруктовые соки.

В состоянии стресса возрастают нагрузки на сердце, поэтому диетологи рекомендуют придерживаться диеты, снижающей риск сердечных заболеваний. Ее основные принципы: сокращение количества жиров, содержащихся в мясе, сыре, сметане и сливочном масле, употребление как можно большего количества свежих овощей и фруктов, лучше всего в сыром виде, как можно больше клетчатки (хлеб с отрубями, злаки и т. п.); как можно меньше сахара и соли, обязательный прием витаминов группы В; контроль веса.

Противострессовое дыхание

Стресс вызывает кислородное голодание; в гневе и страхе оно учащается — это приводит к спазмам. В состоянии стресса дыхание сбивается, организм недополучает кислород, и, как следствие, появляются темные круги под глазами, бледность и проблемы с сердечной деятельностью. Одним словом, два простых действия,

вдох и выдох, играют очень важную роль. Осталось научиться правильно дышать.

1. **Полное дыхание** сочетает в себе три вида дыхания: верхнее, среднее и нижнее, обладает мощным физиологическим воздействием на вегетатику, стимулирует обмен веществ, способствует оптимизации психоэмоционального состояния.

Сделайте выдох. *Диафрагмальным дыханием* наполните воздухом нижнюю часть легких (живот увеличивается). Затем без паузы, продолжая вдох, расширяете грудную клетку, и воздух поступает *в среднюю часть легких*. Заканчиваете вдох *ключичным дыханием*, наполняете воздухом верхнюю часть легких. Таким образом, вдох при полном дыхании происходит плавно, без рывков, волнообразно.

После выполнения может быть небольшая пауза, и начинайте полный выдох в той же последовательности, что и вдох, т.е сначала происходит *нижний выдох* с втягиванием живота, а затем *средний* и *верхний* с одновременным опусканием ребер и ключиц.

Время выдоха при правильном полном дыхании примерно в 2 раза больше времени вдоха. Повторить 5 раз.

При правильном выполнении возникает чувство умиротворения, покоя, снижается частота пульса и кровяное давление, повышается работоспособность.

2. **Дыхание поочередно каждой ноздрей** рекомендуется при упадке сил, переутомлении. Чередуя поток воздуха посредством ноздрей вы испытаете приятное чувство релаксации, и это окажет на ваш мозг уравнивающее и успокаивающее воздействие.

Вдох одной ноздрей, выдох другой, а затем наоборот.

После очередного выдоха закрыть левую ноздрю средним пальцем и сделать вдох через правую ноздрю. Небольшая пауза. Затем большим пальцем закрыть правую ноздрю и, открыв левую, сделать выдох. Пауза. Сделать вдох через левую ноздрю. Небольшая пауза. Закрыть средним пальцем левую ноздрю и, освободив правую ноздрю, сделать выдох. Пауза.

Повторить описанный дыхательный цикл 5 раз.

3. **Очищающее дыхание** вернет силу и бодрость организму, очистит дыхательные органы, снимет напряжение и головную боль.

Сделайте максимальный выдох, затем полный глубокий вдох. Задержите в себе воздух в течение 3–5 секунд. Сложите губы так, как будто вы собираетесь свистеть. Затем воздух резко, как при кашле, выдыхайте. Таким образом, как выдыхают мужчины перед стопкой водки. Остановитесь на 2–3 секунды, а затем снова выдыхайте. Повторяйте до тех пор, пока весь воздух не выйдет из легких. Необходимо помнить, что выдыхать воздух нужно с усилием. В противном случае упражнение не даст желаемого эффекта. Тонизирующий эффект от данной техники можно сравнить с чашечкой выпитого кофе.

Помните, что противострессовое дыхание — главная составляющая психосоматического равновесия.

Релаксационные техники

Релаксация — это процесс глубокого мышечного расслабления, который помогает снятию психического напряжения, вызванного различными стрессовыми ситуациями, окружающими современного человека.

Человек — существо неделимое, и поэтому нервное напряжение влечет за собой и напряжение мускулатуры. Человек в таком состоянии, даже если он не занимается какой-либо активной деятельностью, не перестает ощущать усталость. Регулярная релаксация влияет на гормональный баланс — во время глубокой стадии расслабления в мозгу выделяются эндорфины, поднимающие настроение. Расслабиться полностью — значит отключиться от внешнего мира: убрать привычный звук телевизора, уйти от своих мыслей, и просто оказаться наедине с самым близким человеком — с самим собой.

Для получения результата напрягайте насколько хватит сил и максимально расслабляйте различные группы мышц. Для того, чтобы приступить к релаксации можно уединиться в тихое помещение, сесть в удобную позу (руки-ноги не скрещены), закрыть глаза и выполнить следующее упражнение:

- ноги на полу — расслабляйте-напрягайте стопу и пальцы ног (сжимайте-разгибайте)
- икры — стопы на полу, поднимайте пальцы ног как можно выше, напрягая мышцы икр, на выдохе опускайте, тяните пятку вперед (вдох-выдох)
- теперь ввинчивайте пятки в пол, поднимите пальцы ног, почувствуйте напряжение в ногах
- бедра — напрягайте-расслабляйте мышцы ягодиц
- поясница — на вдохе прогнитесь в пояснице, на выдохе расслабьте мышцы
- живот — надувайте-втягивайте
- плечи — одно плечо поднимайте вверх до уха, другое — вниз, и, наоборот, до напряжения
- лопатки — заключите себя в крепкие объятия, а затем отпустите, сведите-разведите лопатки
- теперь сбрасывайте напряжение с плеч, движение плечами по кругу назад со словами, обращенными к вашим проблемам: «Слезь с моих плеч»
- лицо — губы вытягивайте трубочкой, потом оскал, и так продолжайте до усталости
- вытяните вперед руки, представляйте, что захватываете ладонью все имеющиеся у нас проблемы и жмете, жмете их, потом раскройте ладонки, в середине должны почувствовать горячую точку. Если не почувствовали, то повторяйте.
- теперь представьте, что оставшиеся проблемы или ваши негативные эмоции находятся в центре помещения и стряхивайте с кончиков пальцев волшебную жидкость, от которой они исчезают. Сильно трясите всей рукой и локтем, пока не почувствуете усталость.
- подышите: вдох — живот-грудь и выдох — живот-грудь. Представляйте при этом, как вдыхаете голубой прозрачный

воздух спокойствия и выдыхаете красно-оранжевый воздух раздражения.

Медитация

Медитация — метод воздействия человека на свой внутренний мир. Это состояние интенсивной умственной сосредоточенности на чем-либо одном с устранением всех факторов, рассеивающих внимание, как внешних (звук, свет), так и внутренних (физическое, эмоциональное и другое напряжение).

Медитация — один из самых простых способов снять напряжение, это своеобразный иммунитет к стрессам. Собираясь медитировать, выдерните телефонный шнур из розетки, устройте себе перерыв. Прикрепите на двери табличку, на которой напишите, что вы заняты и в течение часа просите вас не беспокоить.

Когда входите в комнату для медитации, снимите обувь, оставьте ее у порога вместе со всеми своими заботами.

Упражнение «Медитация покоя».

Техника специально направлена на то, чтобы вызвать у себя состояние покоя. Это упражнение выполняется легко и дает очень хороший эффект. Сначала лучше начать с расслабляющих дыхательных методик. Человек при самостоятельном выполнении, закрыв глаза и полностью сосредоточившись на внутренних ощущениях, произносит про себя:

Я — покой.

Я окружен покоем.

Покой меня укрывает.

Покой меня поддерживает

В покое я в безопасности.

Покой во мне.

Этот покой — мой.

Все хорошо.

Упражнение «Убежище».

Цель этого упражнения такая же, как у предыдущего: вызвать у себя состояние внутреннего покоя и комфорта, — но оно отличается от первого.

Расслабьтесь и мысленно создайте себе убежище — такое место, где бы вы чувствовали себя очень спокойно, очень комфортно, где никто в целом свете не может вас побеспокоить без вашего согласия. Это может быть что угодно: ваша собственная комната, хижина в горах, шалаш в лесу, берег моря, другая планета. Единственное условие — чтобы вы чувствовали себя спокойно, комфортно, в безопасности. И просто побудьте там... позволяя себе полностью ощутить эти приятные чувства уверенности... покоя... комфорта... И в этом состоянии может измениться время... и несколько мгновений сейчас могут растянуться и стать несколькими часами и больше... временем, достаточным для того, чтобы можно было успокоиться, отдохнуть... набраться сил... И какое-то время не буду к вам обращаться, и это совершенно не будет вас беспокоить... Просто когда вы почувствуете себя успокоившимися и отдохнувшими, можете выйти из своего убежища и вернуться обратно... И вы знаете, что для этого достаточно глубоко вздохнуть и открыть глаза».

Самомассаж.

С помощью самомассажа можно быстро снять накопившуюся усталость. самомассаж помогает более интенсивно выполнять работу, так как повышает функциональные возможности организма, снижает утомление и способствует быстрому восстановлению сил после физических и умственных нагрузок, повышает эффективность отдыха. Полезный эффект массажа известен очень давно. Мы, например, абсолютно не думая о массаже, гладим расстроенного человека, успокаивая его или трем ушибленную ногу. Установлено, что 5–8-минутный сеанс самомассажа заменяет 20–30 мин пассивного отдыха, восстанавливает силы, возвращает бодрость, хорошее настроение. Техника самомассажа состоит из множества различных приемов. К основным приемам относятся поглаживание, выжимание, разминание, потряхивание, растирание, движения в суставах. Они не должны вызывать болезненных ощущений или оставлять на коже сине-багровые пятна.

1. Растереть кисти рук (тыльные и ладонные стороны) до ощущения тепла, захватывая лучезапястные суставы, предплечья, плечи.

2. Мягкими движениями растереть лицо.
3. Растереть ушные раковины до ощущения тепла.
4. Растереть переднюю и заднюю поверхности шеи до ощущения тепла.
5. Растереть грудь, живот, сзади, область почек, перейти на ягодицы, бедра, голени.
6. Выполнить щипцеобразное поглаживание брюшного пресса, захватите мышцу большим и указательным пальцами (как щипцами) и проводите поглаживание на всем ее протяжении.
7. Растереть подушечками всех пальцев прямолинейными и кругообразными движениями позвоночник. Пальцы при этом установите почти перпендикулярно к массируемой части рядом с позвоночником и мелкими круговыми движениями продвигайтесь то вдоль позвоночника, то на 4–5 см в сторону, причем правая рука должна двигаться вправо, а левая — влево.
8. Плотно прижатой к телу рукой в прямолинейном направлении снизу вверх произведите поглаживание груди.
9. Вибрация руками и ногами.
10. Попрыгать на месте (почувствовать опору под ногами, заземлиться).

Музыка.

Включите успокаивающую музыку, ту, которую вы любите. Постарайтесь вслушаться в нее, сконцентрироваться на ней и только на ней (локальная концентрация). Помните, что концентрация на чем-то одном способствует полной релаксации, вызывает положительные эмоции.

«Спасение» на личностном уровне

Не сдерживайте свои эмоции!

Специалисты рекомендуют не сдерживать эмоции — сердиться, бояться, расстраиваться, плакать. Плач влияет на биохимические процессы в организме человека, не давая развиваться вредным

реакциям. Меньшая частота сердечных заболеваний у женщин по сравнению с мужчинами объясняется их способностью терять самообладание и плакать, когда они испытывают такую потребность. Слезы помогают освободиться от психологического напряжения, а также получить психологическую поддержку близких.

Вообще существуют **четыре ядовитых чувства**, которые составляют эмоциональную сторону синдрома сгорания:

ВИНА — перед собой и другими за то, что не сделал, не успел

СТЫД — не так получилось, не имел права на ошибку, должен всегда быть правильным

ОБИДА — не оценили, не отблагодарили

СТРАХ — не получится, не поймут

Освобождайтесь от своих эмоций, выражайте их через действия, рисунок, обозначение своих эмоций словами.

Изменение иррациональных убеждений

Человек — активный ваятель своей жизни, стремящийся к воплощению в жизнь тех или иных принципов, ценностей, желаний, намерений и т.д. Поступки человека не есть проявление каких-либо внутренних и неотъемлемо присущих именно ему единственному мотивов, ценностей, рожденных исключительно его сознанием. Человек является частью культуры и развивающегося общества, и именно из этого культурно-общественного контекста он черпает образы и формулировки своих стремлений и желаний и активно действует, преобразуя мир. Когда-то человек сказал себе, что «я делаю то, что я делаю, потому что верю, что от этого в мире может стать больше доброты и понимания», но важно понимать, как в вашей жизни появилось представление о том, что вот это — хорошее дело, меняющее мир к лучшему. Понятия «что такое хорошо и что такое плохо» складываются еще с детства. Мы черпаем их из примеров сказочных героев, и их слова превращаются для нас в лозунги, с которыми мы идем по жизни, не подвергая их сомнению, они становятся для нас внутренними приказами, несмотря на их идеалистичность, превращаются в мифы, способствующие «сгоранию»:

1) Миф о жертвенности. Очень русский миф. В нашей культуре жертвенность почти приравнена к святости. С детства человеку внушают: «Жертвуй собой ради людей!» Если же говорить о поколении сорокалетних, то в их сознание прочно впечатана пионерская речевка: «Если я гореть не буду, кто тогда рассеет тьму?!» «Я жертвую собой, чтобы спасти вас всех и рассеять тьму!» — носитель этой установки сгорает особенно интенсивно и быстро. А ведь чтобы полноценно жить и развиваться, нужно разрешать себе и радоваться жизни. Кстати, «жертвующий» нередко подсознательно в глубине души ожидает **награды** за свою жертву.

2) Я буду вознагражден за свои усилия (работу). Со временем его начинает подтачивать обида на тех, кто не оценил его усилий, не сказал «спасибо» за сделанное. Такие завышенные требования к окружающим и себе и способствуют формированию СЭВ.

3) Лучше меня это никто не сделает. Из этого убеждения соответственно, следует неумный трудоголизм, недоверие к сотрудникам и стремление во всем их контролировать.

Подумайте, не ваши ли это мифы? Или может быть у вас имеются свои?

От иррациональных убеждений практически невозможно избавиться, если они глубоко укоренились в уме человека, но можно преобразовать в рациональные, предотвращающие развитие СЭВ:

Осмысление событий

Учитесь трезво осмысливать события каждого дня. Можно сделать традицией вечерний пересмотр событий.

Позитивный пример

В данном случае полезным оказывается, чтобы человек вспомнил о важных для него людях или персонажах: вдохновляющих, поддерживающих своей жизнью и деятельностью, придающих смысл тому, что и как делает человек. Это образцы для подражания, изменившие жизнь к лучшему, учителя, люди, которые когда-то помогли самому человеку, кто упорно, не теряя бодрости духа, каждый день преодолевает жизненные трудности. Это может быть кто-то, исходя из прошлого опыта общения с человеком, не

удивился бы и обрадовался бы, узнав, что человек стал заниматься общественной и правозащитной деятельностью.

Организационное «спасение»

Балинтовские группы

Балинтовские группы — временные объединения врачей, психологов, социальных работников или обучающихся по этим специальностям. Одна из форм групповой супервизии. Групповая работа заключается в обсуждении отдельных случаев из практики участников этих групп.

Балинтовской группой называется метод ведения группового разговора; особый стиль разговора служит для углубленного понимания отношений специалист-клиент.

Цель Балинтовской группы — повышение профессиональной эффективности через решение проблем, возникающих в отношениях «врач-пациент», «консультант-клиент».

Виды групп

1. Балинтовская группа для сотрудников одной организации.
2. Группа для профессионалов различных организаций, но одного направления, например: врачи, средние медицинские работники, социальные работники, педагоги.

Методика проведения. В классической балинт-группе участники (врачи и психологи) обсуждают своих проблемных пациентов. Руководителем группы является профессионал, располагающий достаточным опытом руководства балинтовской группой. Балинтовский метод служит для понимания и изменения проблем, существующих между специалистом и клиентом. Количество участников: 8–12 человек. Регулярность встреч: 1–2 раза в неделю. Продолжительность встреч: 1,5–2 часа. Темы: случаи из практики. Стиль ведения занятий: не директивный.

Структура проведения группы. Те из участников, которые хотели бы поработать, вкратце описывают значимые для них

ситуации, и из них выбирается ситуация, которая интересна большинству членов группы для рассмотрения. После этого участник, предлагающий вниманию группы «свой» случай, «своего» клиента, в течение 5-10 минут рассказывает о ситуации более подробно: он описывает свои взаимоотношения с клиентом, приводит дополнительные сведения, делится собственными размышлениями и чувствами по поводу данного случая и заканчивает некоторой профессиональной дилеммой, которую он предлагает рассмотреть. Потом остальные участники в течение еще 5–10 минут задают ему уточняющие вопросы, которые направлены на прояснение деталей ситуации.

После этого каждый по кругу продолжает фразу «Когда у меня была похожая ситуация я...» или «Если я бы был на твоём месте, я бы чувствовал или сделал...». Ведущий группы следит за тем, чтобы высказывания носили безоценочный характер, а предлагаемые действия были конкретными. Участник, ситуация которого рассматривалась, молча выслушивает и после завершения круга делится своими чувствами, ощущениями и мыслями что он получил в результате.

Преодолевайте изоляцию

Постоянные собрания команд могут предотвратить изоляцию тех работников, которые имеют какие-либо проблемы на работе. Обсуждаться могут следующие темы: взаимодействие в системе «клиент-работник», сотрудничество, выявление симптомов «перегорания» и разрешение конфликтов. Иногда руководителю организации или супервизору приходится выступать в роли огнетушителя, однако обычно его усилия направлены на то, чтобы повысить огнестойкость работников и команды в целом!

Избавьтесь от своих секретов: постарайтесь обзавестись друзьями, с которыми вы можете говорить о напряженных стрессовых ситуациях (и о мире, находящемся за пределами работы).

Приложение №2

Александр Цеханович:

«Сегодня основная необходимость — объединение всех сил»

Статья из журнала «ШАГИ профессионал» № 4, 2009 (стр. 14–22)

Санкт-Петербургский благотворительный общественный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие» — одна из крупнейших и старейших благотворительных общественных организаций Санкт-Петербурга, оказывающая комплексную медицинскую, социальную, правовую и психологическую помощь беспризорным и безнадзорным детям и подросткам, потребителям инъекционных наркотиков, женщинам, вовлеченным в сферу оказания сексуальных услуг, а также людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Ведущим направлением работы является оказание комплексных услуг группам населения, наиболее затронутой эпидемией ВИЧ, в том числе профилактика ВИЧ-инфекции в группах риска.

Сегодня у нас в гостях директор программ благотворительного фонда «Гуманитарное действие» Александр ЦЕХАНОВИЧ.

— Первый вопрос традиционный: с чего все начиналось?

— Это было в начале 1993 года. Я был тогда сотрудником Института истории. И вот однажды звонит мне моя хорошая подруга из Парижа и говорит: «Саша, у меня к тебе большая просьба. Есть такая серьезная организация, «Врачи мира» называется. Они

хотят приехать к вам и посмотреть, чем можно помочь проблеме уличных детей. Поможешь найти контакты людей, которые этим у вас занимаются?»

Я был, конечно, удивлен, потому что, хоть и видел оборванцев около метро, но, честно говоря, как, наверное, и любой другой обыватель только ворчал себе под нос: «Куда родители смотрят?», а так вот всерьез никогда не задумывался, что на самом деле надо ведь с этим что-то делать. И я согласился помочь. Нашел контакты, и к нам приехала первая французская миссия с ознакомительным визитом. Походили, посмотрели, потом спрашивают меня: «Не сможешь нам на первых порах?» А надо сказать, что пока я их сопровождал, мне и самому стала интересна эта тема. Я увидел этот мир как бы с другой стороны, с изнаночной. И я вновь согласился, и два года был волонтером в этой организации — «Врачи мира», помогал как мог.

В 1995 году открыли наш первый проект — Центр работы с уличными детьми, где я уже стал координатором. Подобрал себе команду хороших ребят, и начали работать. И вот тут первое, с чем мы столкнулись, это с проблемой наркомании среди подростков. И хотя тогда уже начиналось проникновение тяжелых наркотиков в наш город, но дети еще не были затронуты ими.

Тем не менее мы были в растерянности. Сообщили в Париж, что в связи со сложившейся ситуацией, нам необходим психолог. Париж дал добро, нашли ставку. Но уже в скором времени нам стало ясно, что один психолог не решит проблему наркозависимости всего Питера. Тогда «Врачи мира» прислали вторую ознакомительную миссию, уже со специалистами по наркотикам. Ознакомившись с ситуацией, они нам сказали: «Ребята! Вас ждет большая проблема. Судя по тому, что мы увидели, в скором времени вас ожидает вспышка эпидемии ВИЧ-инфекции».

Дело в том, что во Франции к тому времени, они уже прошли весь этот путь, и потому те симптомы, которые они увидели у нас в Питере, им были хорошо знакомы. И сказали, что нас ждет. Я, естественно, тогда не поверил. Мы все тогда были пленниками тезиса о том, что эпидемия обойдет Россию стороной. В Питере на тот период было зарегистрировано всего около 20 случаев

ВИЧ-инфекции и, если мне не изменяет память, всего один или два связывались с приемом наркотиков.

Но, к сожалению, французы были правы, когда предрекали большую проблему. Они-то понимали законы развития эпидемии, в отличие от нас. И жили не мифическими тезисами, а реальностью.

Вот тогда, с их подачи, и появилась у нас программа «Снижение вреда». Честно признаюсь: я был слегка в ужасе, потому что до этого времени я с наркоманами вообще не встречался. А тут такая каша заварилась: французы автобус купили — мобильный пункт профилактики. Такие автобусы действуют во всех крупных городах Франции: большой автобус переоборудуют для работы среди потребителей наркотиков в местах их скопления.

Мы тогда решили: «Или пандемия, или наша программа». Нас поддержали эпидемиологи. Чиновники и сотрудники милиции сначала не понимали сути проекта, считая, что он является едва ли не рекламой наркотиков. Но потом и они одобрили это начинание.

А суть работы автобуса такова: начинается все с установления простого человеческого контакта, необходимого для того, чтобы создать у человека мотивацию на изменение своего поведения и изменение отношения к собственному здоровью. Затем, когда достигается доверие, молодым людям предлагают прямо на месте сдать кровь на ВИЧ, причем не спрашивая документов, а просто присваивая номер. Если обнаруживается вирус или другое опасное заболевание, например, гепатит, то соцработник выдает направление в больницу. В медучреждении прием пациентов ведут врачи, с которыми у нас заключены договоры. Впрочем, договоры — это уже некое формальное закрепление результатов длительного процесса их обучения подходам в работе с наркозависимыми и включения их в эту работу. Такое обучение специалисты организации постоянно проводят для сотрудников профильных медицинских учреждений. Эти доктора знают, с кем им приходится иметь дело, и не допускают осуждения и пренебрежения к пациентам. А тогда, в уже далеком 1997 году, для меня в очередной раз началось открытие мира, теперь уже мира, связанного с наркотиками. На самом деле тяжелый был опыт. Но интересный. Тяжелый в том смысле, что, как я уже говорил, я с этим никогда не сталкивался,

а потому часто были проблемы, возникающие из-за расхождения моего представления о правильности в работе с наркозависимыми и представлениями некоторых моих коллег. Тем не менее это была замечательная школа.

— **Что было потом?**

— С 2001 года мы уже без финансовой поддержки Парижа все делали самостоятельно. И все эти годы мы старались и стараемся не уходить от реальной жизни и соответственно корректировать программу. Я думаю, что именно поэтому она до сих пор работает. Постоянно какие-то обсуждения, постоянный анализ происходящего, контакт с людьми, для которых, собственно, мы и работаем, ориентирование на их потребности, их нужды. Люди доверяют нам, приходят со всеми своими болячками. И мы должны найти ответ на их вопросы и помочь решить их проблемы. Потому что иначе нам просто перестанут доверять.

То, что происходит с программой сегодня, принято называть «дальнейшее развитие снижения вреда». Наверное это правильный термин, поскольку «снижение вреда» сегодня это далеко не только и не столько обмен шприцев, с которого все начиналось. Сегодня «снижение вреда» — это программа разработки и внедрения в общественное здравоохранение алгоритма оказания комплексной помощи наркозависимым: от консультирования по вопросам минимизации отрицательных последствий употребления наркотиков и обмена шприцев до полной реабилитации. До сих пор далеко не все понимают или не хотят понять суть программ «снижения вреда» и считают их чем-то вроде пособничества наркоманам, недопустимой работой, поскольку она поддерживает наркоманов в их желании употреблять наркотики. Как правило, так говорят люди, которые не сталкивались в реальной жизни с этой проблемой. На самом деле программа «снижения вреда» — это точка входа в сообщество, точка входа в проблему и точка отсчета на пути позитивных изменений в жизни наркозависимого. Цели, которые сегодня ставит перед собой наша программа «снижения вреда», достигаются путем обеспечения специалистами организации индивидуального комплексного

медико-социального сопровождения, что возможно только при условии тесного взаимодействия с сотрудниками государственных структур здравоохранения.

— **С какими партнерскими организациями Вы сотрудничаете?**

— На сегодняшний день у нас около 40 доверенных медицинских организаций, с которыми мы работаем, которые оказывают помощь наркозависимым в лечении соматических заболеваний, при ведении беременности. Для нас главное, чтобы наркозависимый впервые задумался о себе, своем состоянии, своем здоровье, увидел бы возможность другой жизни — без наркотиков. Сопровождение — это очень серьезный процесс. Это прежде всего создание для человека установки на изменение поведения. Человек должен сам понять, для чего это ему нужно.

Именно поэтому работа в рамках сопровождения является очень кропотливой. Примерно 600 человек в год проходит у нас через службу кейс-менеджмента. Это те люди, которых мы ведем по разным ступенькам системы здравоохранения. А всего примерно 5000 человек в год проходят через наши низкопороговые программы. Что это за программы? Первая — это уличные дети. Вторая — это, логичным образом выросшая из первой, программа «Снижения вреда», т. е. профилактики и помощи наркозависимым. Третья (выросшая из второй) — программа профилактики и помощи уличным секс-работницам. Просто в какой-то момент мы стали замечать, что в профилактический автобус начали приходить девушки немножко специфичной профессии. И стало ясно, что обычное консультирование, которое проходит в автобусе, для них не годится, потому что не касается именно их специфичных проблем. Для них консультирование должно проходить в других условиях и с другими акцентами. Поэтому для этой группы мы организовали другой профилактический автобус.

Таким образом мы имеем три базовые низкопороговые программы, из которых складывается четвертая — индивидуального комплексного медико-социального сопровождения, которая является закономерным продолжением всех наших низкопорого-

вых программ. И на сегодняшний день эта программа становится основной. В ней работают «равные» консультанты, социальные работники, психологи, а также специалисты-наркологи, доверенные врачи профильных учреждений, помогающие человеку, образно говоря, начать карабкаться вверх. Принципиально важно не заставлять человека, не толкать его или делать вместо него, а подсказать, помочь, объяснить и сделать так, чтобы человек начал действовать сам. С нашей поддержкой, естественно. Потому что если стараться делать вместо человека, то ничего не изменится. Надо сформировать в нем устойчивую мотивацию на изменение своей жизни и привить ему некоторые навыки, необходимые для того, чтобы ее (жизнь) менять. И естественно, высшей целью таких изменений в жизни человека мы видим уход из наркотиков.

Конечно было бы утопично ставить своей целью полный отказ от наркотиков всех участников программы. По некоторым данным мировых специалистов, где-то 30% наркозависимых никогда и ни при каких условиях, просто в силу физиологических особенностей, не смогут оставить наркотики. Собственно, если говорить о заместительной терапии, которая тоже считается частью программы «снижения вреда», то она нужна именно для этой части людей. Я знаю таких людей, они с нами уже много лет. Это люди, которые физически не могут оставить наркотики, несмотря на отчаянные попытки. Иногда эти попытки заканчиваются смертельным исходом. И это тяжелее всего переносить, зная, что человек мог бы еще жить и быть здоровым. Или относительно здоровым.

И когда порой я слышу споры о заместительной терапии, то понимаю, что они ведутся в абстрактной плоскости. Без обсуждения деталей. Активисты, которые в основном об этом и говорят, как правило, не специалисты по вопросам зависимости и ее лечения. Поэтому в спорах заметен такой разброс во мнениях по вопросу о заместительной терапии — от полного отрицания до превознесения ее как панацеи от всех бед. На самом деле истина, как всегда, лежит где-то посередине. Но чтобы увидеть эту истину, чтобы оценить достоинства или недостатки этой программы, нам нужны специалисты. Не приглашенные заморские специалисты, а те люди, которые в ежедневной работе сталкиваются с нашими

проблемами, с нашей реальностью и которые искренне хотят помочь людям, попавшим в беду. Однако вопрос о заместительной терапии у нас сегодня сильно политизирован. Можно принимать или не принимать это, но факт остается фактом. И сегодня, когда проблема наркопотребления и тесно связанная с ней проблема роста заболеваемости ВИЧ представляют собой одну из сложнейших задач здравоохранения, необходимо уходить от политизированности. Понятие заместительной терапии сугубо медицинское, медицинские специалисты и должны это обсуждать. А то ввиду нехватки таких специалистов и недостаточного их привлечения к решению проблемы, мы, представители гражданского общества, на конференциях о чем-то спорим, рассуждаем, но нам не хватает поддержки профессионалов, и ситуация не меняется.

До сих пор программы «снижения вреда» у многих ассоциируются лишь с обменом шприцев и раздачей презервативов, и имеют весьма формальную поддержку властей. Причина этого зачастую кроется в том, что представители программ «снижения вреда» сами не могут или не умеют донести до широких масс, что же на самом деле представляют из себя эти программы. А ведь они основаны на контакте с человеком, ставшим маргиналом, живущим уличной жизнью, наркозависимым, и предполагают кропотливую мотивационную работу, направленную на создание у человека устойчивой мотивации на безопасное поведение, на внимание к своему здоровью, на отказ от наркотиков. И все это невозможно без того, чтобы увидеть в среднестатистическом наркомане человека, личность, с его индивидуальными особенностями и проблемами. В этом смысле программа «снижения вреда» — это также пространство, в котором начинается процесс реабилитации человеческого достоинства наркозависимого. А без этого невозможно говорить о дальнейшей психосоциальной реабилитации человека, прекратившего употреблять наркотики.

При этом есть позиция Госнарконконтроля, с которым необходимо работать. Необходимо работать не одной Всероссийской сети снижения вреда или проектам по отдельности. Нужны общие усилия вместе с Минздравом, с Всероссийским объединением людей, живущих с ВИЧ, но им надо все это объяснить. Не однобоко, как это порой делается сейчас, а всесторонне. Люди должны

понимать, за что они отдают свои голоса. И совершенно очевидно, что сегодня надо добиваться единства в рядах разных организаций. Сетевых прежде всего. И находить. Собственно, решение лежит на поверхности — без встреч и обсуждения мы не сможем найти общего решения. Надо и дальше проводить рабочие встречи и конференции. Причем без «ура-патриотических» лозунгов, а просто объясняя на пальцах: что? зачем? почему? Только тогда можно что-то сделать, чего-то добиться. Сегодня основная необходимость — объединение всех сил.

— Есть ли статистика по наркопотребителям в Санкт-Петербурге?

— В Санкт-Петербурге, по данным экспресс-оценки, проводившейся в рамках проекта «ГЛОБУС», насчитывается от 150 до 250 тысяч потребителей наркотиков. В минувшем году в рамках программы «Снижения вреда» с декабря 2008 года по 31 января 2009 года было роздано на условиях обмена 67 835 шприцев, собрано же использованных 68 490. Все обратившиеся к нам наркозависимые были обеспечены спиртовыми салфетками, инъекционными иглами, профилактическими материалами. В автобус, в котором проводится работа, ежедневно обращается около 100 человек. Очень сложно найти подходящий момент для консультирования каждого клиента — и людей слишком много, и клиенты не всегда приходят в адекватном состоянии. Однако именно здесь сотрудники программы устанавливают первый контакт с участниками программы. Часто установить такой контакт помогает тест на ВИЧ и связанные с ним до- и послетестовые консультирования. В 2008 году прямо в автобусе было проведено 160 тестов на ВИЧ, у 49 человек он дал положительный результат. Тест на ВИЧ и гепатиты часто служит отправной точкой индивидуального сопровождения. Однако у наших клиентов есть и другие очень сложные проблемы, которые мы стремимся помочь им решить, а их решение также является частью процесса сопровождения.

— **Кризис, о котором сейчас все говорят, как-то сказался на Вашей работе?**

— Нет, мировой финансовый кризис пока не затронул финансовую сторону наших проектов, так как западные доноры продолжают выполнять свои обязательства. Но к осени 2009 года заканчивается финансирование Глобального фонда, будут сворачивать донорскую деятельность ряд агентств ООН, поэтому мы пребываем в тревожном состоянии, так как о социальной ответственности российского бизнеса, тем более в условиях кризиса и по отношению к нашим клиентам, говорить пока рано. Напомню, что наши программы в настоящее время охватывают в Санкт-Петербурге такие группы, как: уличные дети и подростки, мигранты, работницы коммерческого секса и наркозависимые. И если говорить о кризисе, то его экономические последствия (ухудшение материального положения многих семей, потеря родителями работы) привели к тому, что за последние полгода увеличилось число уличных детей и подростков, 105 таких детей были выявлены нами только за последние два месяца.

— **Вы начали свой рассказ как раз с уличных детей. Мне бы хотелось поподробнее об этом.**

— С уличными детьми несколько другая специфика работы, чем со взрослыми. Там свое сопровождение, хотя принципиально схема та же. Но проблем больше, потому что подавляющее большинство их страдает той или иной формой зависимости. И если взрослых наркоманов еще как-то можно держать в поле зрения, то юных, уличных, у которых нет семьи, которые ночуют по подвалам и чердакам, как их удержишь? Конечно, наши сотрудники ведут постоянную аутрич-работу на улицах, на «тусовках». Однако как решать проблему лечения от наркозависимости, если они живут на улице? Есть дружественное нам наркологическое отделение при 3-й детской инфекционной больнице, с которым мы работаем. Госпитализируем и стараемся, чтобы они оставались там подольше. После лечения в этом отделении детей раньше определяли в наш партнерский центр — там и наша мобильная школа

для них работала. Но сегодня этот центр реабилитации подростков не работает — деньги закончились и нет его. А у города, в связи все с тем же кризисом, тоже нет средств на его содержание. Вот и продолжаем уличных подростков, употребляющих психоактивные вещества, отправлять все в ту же больницу №3. Там же теперь работает и наша мобильная школа. Однако скольким из них в состоянии помочь это отделение, в котором ограниченное количество мест и специалистов? Да и нет возможности обеспечивать необходимую последующую реабилитацию. А самое главное — эти дети и подростки чаще всего, несмотря на наши усилия, остаются на улице. И это сегодня основная проблема. Ведь по сути, в отличие от сложившихся каких-то стереотипов, уличные подростки не ожесточенные, они не отвергают мир, они просто ждут. У них есть надежда, что кто-то наконец придет и поможет им. А не дождавшись, они снова выходят на улицу. И самое страшное, что многие становятся ВИЧ-инфицированными. И тогда уже их надо лечить. И вот тут возникает следующая проблема: если взрослых ВИЧ-положительных наркоманов, благодаря хорошему сотрудничеству, прежде всего, с Боткинской больницей, мы пристраиваем на антиретровирусную терапию и помогаем соблюдать приверженность, то как лечить подростков, которые дома-то не живут и мало чего понимают в приверженности? И первоочередные задачи у них другие: как выжить, где найти поесть?

В настоящее время в Санкт-Петербурге, по разным данным, насчитывается около 10 тысяч уличных детей и подростков, при этом около 40% из них инфицированы ВИЧ, подавляющее большинство страдают от тех или иных зависимостей.

К тому же сейчас уличные дети стали уже иными, чем были в девяностые годы, — они, если можно так сказать, переместились с улиц во дворы, в клубную культуру. Они зачастую выглядят более прилично, при этом девочки нередко становятся содержанками, мальчики продают наркотики и тоже занимаются проституцией. И мы уже видим плоды девяностых годов — на наших глазах выросли уличные дети перестроечной поры, многим из них никто не смог помочь, они дезадаптированы и пополнили ряды бездомных.

— **Но может, как-то привлечь всеобщее внимание к этой проблеме?**

— В период предвыборной президентской компании мы, в числе других организаций, занимающихся вопросами помощи безнадзорным детям и подросткам, профилактикой поведения высокой степени риска среди детей и молодежи, подписали обращение к властям Санкт-Петербурга и в средства массовой информации.

Вот прочтите:

Обращение государственных и общественных организаций, занимающихся вопросами помощи безнадзорным детям и подросткам, профилактикой поведения высокой степени риска среди детей и молодежи, к властям Санкт-Петербурга и в средства массовой информации

Уважаемые господа!

Мы начинаем свое обращение с цитаты из послания президента России Владимира Путина к Совету Федерации потому, что знаем эту проблему с самой острой ее стороны: мы каждый день из года в год пытаемся вернуть к нормальной жизни сотни, тысячи уличных детей и подростков. Стараемся увести их с улицы, собираем по подвалам, отмываем, лечим, делаем все от нас зависящее, чтобы они не вернулись снова на улицу. Именно мы знаем ситуацию с безнадзорностью и сиротством в Петербурге и России не по официальным отчетам власти накануне очередной выборной кампании, а изнутри. И с сожалением можем утверждать: безнадзорных детей и асоциальных молодых людей до 18 лет и старше за последнее время становится больше, несмотря на выделяемые для решения этой проблемы миллионные дотации. Деньги расходуются, а дети и подростки по-прежнему гниют на чердаках и подвалах, умирают от гепатитов и ВИЧ, зарабатывают на жизнь и наркотики проституцией, приобщаются к криминальной деятельности.

Точной статистики — сколько же юных россиян ведет асоциальный образ жизни — фактически нет. В середине 2002 года на парламентских слушаниях в Госдуме была озвучена цифра — 3 млн беспризорников по стране. Накануне Дня защиты

детей в 2006 году прозвучали очередные данные: почти миллион детей-сирот живет в социозащитных учреждениях, на улице обитает, по данным разных организаций, от 2 до 5 млн. Но самое сильное впечатление производят даже не цифры, а выводы комиссии ООН, обследовавшей уровень социальной защиты детей в мире: после России в этом списке стоят только африканские страны, где идут гражданские войны, — российских детей, хотя бы не привлекают к участию в военных действиях.

По данным Комитета по труду и социальной защите населения Санкт-Петербурга и Регионального центра «Семья», общее количество детей до 17 лет за последние 15 лет в нашем городе неуклонно снижается. Одна из причин этого — высокая смертность среди безнадзорных детей и подростков. А ведь они могли бы стать полноценными гражданами России, создать семьи, родить и вырастить собственных детей. Подобные потери наша страна уже несла, это были последствия мировых войн — не родившиеся дети погибших солдат. Война давно закончилась, а мы продолжаем терять миллионы детей сейчас и в будущем — воспитанники детских домов и безнадзорные дети не создают полноценных семей и выпадают из демографического процесса.

Опыт цивилизованного решения таких проблем есть и в мире, и в России. В самый острый период перестройки, когда на улицы российских городов буквально хлынули беспризорники, им на помощь пришли не только государственные учреждения, но и общественные, благотворительные фонды и организации, появились примеры эффективной гражданской инициативы — семейные детские дома, частные приюты. Не все получалось, не все шло гладко, но был и положительный опыт: в Петербурге — открытие первых в России социальных гостиниц для уличных детей, работа института уличной социальной службы («Институт подростка»). В Самарской области действует созданная на основе мирового опыта система, которая практически избавила регион от уродливого порождения социализма — детских домов. Там есть солидная служба социально-психологической помощи приемным родителям, взявшим на воспитание детей из сиротских учреждений. Конечно, не все получалось идеально, но, к сожалению, исправление ошибок пошло по традиционному для России

пути — «давить и не пущать». Довольно быстро, благодаря принятым государством мерам, была практически парализована общественная инициатива. А ведь сейчас ситуация на улице намного тяжелее, чем 5–10 лет назад. По данным Благотворительной общественной организации «Детский кризисный центр», подростки 12–16 лет практически на 100% страдают химической зависимостью. Поскольку употреблять психоактивные вещества они начинают очень рано, большинство из них страдает тяжелыми хроническими заболеваниями, инфекционными болезнями, они не способны адекватно оценить свое состояние и осознать проблему. По данным Благотворительного общественного фонда «Гуманитарное действие» 35% уличных детей заражены гепатитами, а 25% безнадзорных ВИЧ-инфицированы.

К сожалению, современное российское общество не отличается милосердием и сочувствием: к воспитанникам детских домов, интернатов и приютов россияне относятся скорее как к людям третьего сорта — их редко берут на воспитание в семьи, в обществе бытует мнение, что почти все они интеллектуально или психически неполноценные. И нынешнее российское законодательство практически не помогает решить проблему сиротства. На улице уже выросло целое поколение молодых людей, которым сейчас больше 18 лет и которых теперь крайне тяжело вернуть к нормальной жизни. Подростков и молодых людей, прошедших медицинскую реабилитацию и первичную социализацию, нигде учить, их не берут на работу, им нигде жить. Общество само опять выталкивает их на улицу.

Мы не снимаем ответственности с себя и готовы дальше работать в этой области. Но мы хотим — мы настаиваем! — на цивилизованном и реальном диалоге между всеми заинтересованными сторонами: властью, государственными, общественными организациями, СМИ и всем обществом. И очень надеемся, что и власть и общество прислушаются к нашим предложениям.

Мы предлагаем:

- изменить законодательство так, чтобы детей-сирот стало бы престижно и выгодно брать на воспитание в семьи, чтобы такую семью поддерживали бы социально-психологические

службы, чтобы такая семья пользовалась уважением и почетом в обществе;

- создать систему специальных служб для работы непосредственно в семьях кризисных детей — в их состав должны входить социальные работники, психологи, медики, юристы и другие специалисты;
- создать систему более эффективного взаимодействия между государственными и негосударственными социозащитными организациями и учреждениями:
 - законодательно закрепить возможности инспектора по опеке и попечительству;
 - издать распорядительный акт о закреплении ребенка учреждением в другом субъекте федерации — по месту фактического пребывания ребенка, включая сюда перевод средств на его содержание;
- создать систему лечебно-реабилитационных учреждений закрытого типа длительного пребывания для несовершеннолетних, страдающих тяжелыми формами химической зависимости (учреждений такого типа нет пока в России, но они есть в Европе, и, в частности, в Финляндии);
- создать систему учебно-производственных мастерских на базе предприятий (предусмотреть систему поощрений работодателям) или систему производственного ученичества для детей, не окончивших школы и училища.

Мы готовы представить более подробные проекты всех этих мероприятий и принять участие в их дальнейшей разработке.

— **Этот документ возымел действие?**

— Обращение так и не увидело свет. Тем не менее, нельзя сказать, что власти ничего не делают — делают. Сегодня в каждом районе города, создаются отделения экстренной помощи детям и подросткам, оказавшимся в сложной жизненной ситуации — названия могут отличаться, однако суть остается той же — комплексная помощь уличным детям и подросткам. Надо сказать, что модель работы, принятая на вооружение этими отде-

лениями, разрабатывалась нами в сотрудничестве с администрацией одного из районов города. Однако эти центры во многом не используют свой потенциал, поскольку не имеют достаточного опыта работы с такой группой. Именно поэтому одним из важнейших направлений нашей работы является обучение сотрудников государственных структур.

Есть еще одна проблема — когда бездомными подростками начинают заниматься структуры правоохранительных органов. В силу своей специфики они ограничиваются кратковременным помещением подростка или ребенка во временный изолятор, выясняют кто он, а потом просто возвращают в детский дом, откуда чаще всего и пополняется эта группа. Через день-два подростки снова появляются на улицах. Итог — проблема не решается.

И пока мы договариваемся между собой, бездомные дети уже все для себя решили. Они придумали, как жить, где мыться, питаться, получать первичную медпомощь. И получается, что они живут своей жизнью, а мы только пытаемся за ними успеть.

Существуют и специализированные медицинские учреждения, оказывающие помощь нашей группе. К примеру, городской консультативно-диагностический центр «Ювента». В принципе он создан для работы по вопросам репродуктивного здоровья со всеми подростками города. Но два года назад центр предоставил нам помещение, где сотрудники нашей организации принимают бездомных детей и, если необходимо, используют медицинский потенциал «Ювенты». В центре ребенок бесплатно может получить любой вариант лечения и профилактики заболеваний, в том числе и контрацепцию. В «Ювенте» не отказывают в помощи ни одному ребенку. Единственная проблема — подростка нужно привести, они не приходят сами, боятся врачей. Что касается лечения, то сразу возникает следующая проблема: бездомным детям нужен не только первичный медосмотр — им необходимо серьезное лечение, так как во многих случаях речь идет о ВИЧ. Некоторая медицинская помощь оказывается, но лечение такого заболевания должно проходить в течение всей жизни. Человеку нужно регулярно принимать препараты и проходить обследования. А когда дети живут не дома, а на улице, это невозможно.

— **Какие проекты Вы планируете в настоящее время?**

— В прошлом году при финансовой поддержке Европейского союза мы начали осуществлять проект «Равные жизненные возможности для уличных детей и подростков Санкт-Петербурга», который призван обеспечить уличным детям доступ к базовым социальным и медицинским услугам. Финансовая поддержка проекта составит 300 тысяч евро. Нашими ключевыми партнерами в реализации проекта выступают: государственный центр репродуктивного здоровья детей и подростков «Ювента», Городской центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, а также «Датская церковная помощь» — ведущее датское гуманитарное агентство.

В рамках этого проекта предусмотрены и уже проводятся тренинги для специалистов-медиков, направленные на обучение работе с такими детьми и на повышение уровня толерантности к ним; ряд круглых столов с представителями некоммерческих организаций, юристами и законодателями, с целью предложить изменения в федеральное и региональное законодательство по улучшению доступа к социальным услугам для таких детей. Кроме того, запланировано исследование, призванное выявить отношение общества к уличным детям, а также актуализировать и детализировать наше видение этих детей. Это исследование проведут социологи Санкт-Петербургского государственного университета.

Но самое главное — средства будут направлены на работу с уличными детьми, на выявление их и привлечение к нашим программам. Мы предлагаем подросткам на первых порах просто попытаться изменить жизнь — даем возможность помыться и привести себя в порядок, пройти медицинское обследование, попытаться отказаться от зависимостей. У нас есть занятия арт- и музотерапией, а также лесная терапия — выезды в лес. К примеру, в апреле ребята открыли после восстановления дот времен войны под Сестрорецком.

— **На какое время рассчитан проект?**

— На два года. Мы рассчитываем, что в рамках проекта более 5 тыс. молодых людей получат информацию о своих правах и возможностях. Внутри проекта, кроме работы с уличными детьми, предполагается большое количество встреч, круглых столов, а также, как я уже говорил, обучающих тренингов для представителей государственных учреждений, занимающихся проблемами уличных детей и молодежи.

Кроме того, мы хотим обратить внимание законодательных органов на то, что есть такие вещи, которых нет в законах или они заложены таким образом, что в реальности оказывать помощь невозможно. Например, в медицинском законодательстве написано, что помощь должна быть оказана настолько, чтобы человек не принес вред обществу. А что с человеком будет дальше?

А у детей должна быть возможность своими глазами увидеть, как может быть по-другому, и чем раньше, тем лучше. Ведь когда подростки приспосабливаются к жизни на улице, «вытащить» их в нормальную жизнь гораздо сложнее, а иногда и невозможно.

— **Пару вопросов, касающихся лично Вас. Я слышал, что Вы знакомы с директором Глобального фонда по борьбе со СПИДом Мишелем Казачкиным?**

— Да, мне повезло познакомиться с Мишелем в 1995 году, когда мы работали с ним в программах «Врачей мира». С этого времени мы регулярно встречались с Мишелем, и он всегда был открыт для оказания любой помощи. Его приверженность делу в организации доступа к лечению для потребителей наркотиков в Санкт-Петербурге была ключевым моментом для организации программы кейс-менеджмента, которую сегодня наш фонд «Гуманитарное действие» реализует совместно с больницей имени Боткина. Выдающийся профессионализм и огромная человечность являются теми качествами, которые, несомненно, делают его подлинным лидером мирового движения по борьбе со СПИДом.

— **Второй вопрос: в 2005 году Вы были награждены международной премией «За выдающийся вклад в дело защиты прав человека среди лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом и пострадавших от СПИДа». Что это за премия?**

— Да, действительно, был такой факт в моей биографии. Однако эта награда вручена не лично мне, а всей нашей организации. Эта награда присуждается Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу и Комитетом наблюдения за правами человека. Ежегодно присуждаются две награды: одна — представителю Канады, другая — представителю любой страны мира. В 2005 году этой чести были удостоены мы. Я вообще считаю, что мне очень повезло в этой жизни — рядом со мной трудятся такие люди, благодаря которым в этом мире что-то меняется в лучшую сторону. И эта награда — несомненное признание работы всей организации, каждого из ее членов.

— **И напоследок: что бы Вы хотели сказать нашим читателям?**

— Нерешенных обществом и государством проблем все еще много. К теме ВИЧ/СПИДа население нашего города в последнее время стало относиться «прохладно». Ну, надоело. Да и кризис опять же. Но не следует забывать, что Санкт-Петербург является одним из регионов, наиболее вовлеченных в эпидемию, ежегодно выявляются несколько тысяч новых случаев. Думается, что никто не хотел бы быть в их числе, но, к сожалению, это реальность сегодняшнего дня и в зоне риска вполне благополучные люди, наши близкие и дети. Это трагедия.

Но любую трагедию в конце концов можно победить. А для этого надо бороться. И не поодиночке, а только объединив усилия.

Беседу вел спецкорр Евгений Шуманский

Приложение №3

Образцы документов, используемых в программе
медико-социального сопровождения

Карта социального сопровождения № _____

Клиент (Ф.И.О.) _____

Код Пол М Ж

Уч. группа:

ПИН КСР ЛЖВС Беременная ЛЖВС

Взят на сопровождение « ____ » _____

Дата подписания соглашения « ____ » _____

Снят с сопровождения « ____ » _____

Кейс-менеджер (Ф.И.О.) _____

-
1. Место контакта _____
2. Клиент направлен из:
программы «Гуманитарное действие»
горячая линия «Гуманитарное действие»
др. НГО
государственные учреждения здравоохранения
СМИ/интернет
3. Общие сведения:
- 3.1. место жительства:
СПб
другое _____
- 3.2. наличие регистрации в СПб:
- 3.3. семейное положение:
женат/замужем
гражданский брак
в разводе
холост
вдовец(ва)
- 3.4. образование:
начальное
незконч. среднее
среднее
среднее специальное
незаконч. высшее
высшее
- 3.5. наличие детей:
есть
нет
- 3.6. занятость:
учащийся
рабочий
служащий
безработный
инвалид
группа _____
- 3.7. наличие документов:
паспорт
полис ОМС
4. Употребление ПАВ:
- 4.1. употребляет ли ПАВ:
нет
да (указать какие)
- 4.2. стаж _____
- 4.3. ремиссия _____
- 4.4. состоит ли на учете в наркологии
нет
да

5. Анамнез ВИЧ

5.1. Когда узнал(а) о диагнозе _____

5.2. Где (учреждение/организация)

больница

поликлиника

КВД

Центр СПИД

анонимный кабинет

программа профилактики ВИЧ

тюрьма/МЛС

другое

5.3. Предполагаемые пути инфицирования _____

1. _____

2. _____

3. _____

5.4. Состоит на учете в Центре СПИД

нет

да _____ дата постановки

5.5. Кто из членов семьи знает о ВИЧ

1. _____

2. _____

3. _____

5.6. Знают ли о ВИЧ-инфекции на работе

нет

да

6. Сопутствующие заболевания

6.1. Гепатит С диагноз _____ дата « ____ » _____

6.2. Гепатит В диагноз _____ дата « ____ » _____

6.3. Туберкулез диагноз _____ дата « ____ » _____

6.4. Другие заболевания _____

7. Обращение за медицинской помощью в связи с ВИЧ-инфекцией

7.1. Куда (кратность обращения) _____

7.2. Плановая госпитализация _____

7.3. Срочная госпитализация _____

8. Доп. информация

8.1. Участие в общественной деятельности

8.2. Участие в социальных реабилитационных программах

План сопровождения

Клиент (код)

Кейс-менеджер _____

Дата	Мероприятия	Комментарии
Изменения в Плане Сопровождения		
Резюме		

Соглашение

Благотворительный общественный фонд «Гуманитарное действие»

Служба социального сопровождения

Ф.И.О. клиента или код _____

Контактная информация _____

Ф.И.О. специалиста по сопровождению _____

Контактный телефон _____

Основание для заключения соглашения

Обращение в Службу медико-социального сопровождения за помощью (лечение, реабилитация, обследование, восстановление документов, решение психологических, социальных и юридических проблем)

Служба медико-социального сопровождения:

- информирует о социальных и медицинских учреждениях по запросу клиента
- совместно с клиентом планирует мероприятия по решению проблем клиента
- помогает в доступе к медицинским услугам в городе Санкт-Петербурге (в том числе, и с помощью индивидуального сопровождения)
- оказывает психологическую поддержку
- поддерживает контакт со специалистами учреждений, в которые направлен клиент
- по желанию клиента поддерживает контакт с родственниками

Специалист по медико-социальному сопровождению обязуется:

- предоставлять достоверную информацию клиенту
- вести себя уважительно по отношению к клиенту

- сообщать клиенту о возможном изменении времени консультации или встречи
- соблюдать конфиденциальность
- не вносить изменения в план сопровождения без участия клиента

**Клиент Службы медико-социального сопровождения
обязуется:**

- выполнять рекомендации специалиста по сопровождению
- информировать об осуществлении запланированных совместно со специалистом мероприятий
- сообщать о результатах лечения или обследования,
- приходить на консультации во время
- уважительно относиться к сотрудникам организации
- заранее предупреждать о невозможности приехать на назначенную консультацию или встречу.

Действие данного соглашения может быть приостановлено в любое время по желанию клиента и со стороны Службы в случаях: отсутствия контакта с клиентом или невыполнения задач и договоренностей по соглашению в течение 2 месяцев без уважительной причины.

**С условиями Соглашения ознакомлен, обязуюсь
выполнить.**

Дата « ____ » _____ г.

Подпись клиента

Подпись
сотрудника

Соглашение заключено на срок _____

При необходимости продолжить сотрудничество после выполнения данного соглашения, возможно заключение следующего.

Цеханович А.А., Дугин С.Г., Мусатов В.Б., Иванова А.Б.,
Харченко М.К., Головина К.А., Карнаухов Е.В., Маслова И.А.

Комплексная профилактика ВИЧ-инфекции в группах высокого риска

Опыт Санкт-Петербургского благотворительного общественного
фонда медико-социальных программ «Гуманитарное действие»

СПб БОФ МСП «Гуманитарное действие»
197110, Санкт-Петербург, Офицерский переулок, 6-2
Тел./факс: +7(812) 237-14-95; +7(812) 237-18-21
e-mail: office@haf-spb.org

Отпечатано в типографии ООО «Мозаика»
194156, Санкт-Петербург, пр. Энгельса, д.27, литер Ж
Тираж 1500 экз. Заказ № 12/112010

