

Администрация Приморского района Санкт-Петербурга

Управление Федеральной службы исполнения наказания Российской Федерации по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

**Региональная общественная благотворительная организация
«Центр профилактики наркомании»**

**Организация модели медико-социального
сопровождения больных наркоманией
и ВИЧ-инфекцией, освобождающихся
из мест лишения свободы
(Практический опыт реализации
в Приморском районе г. Санкт-Петербург)**

Учебное пособие

Под редакцией В.М.Середы

Санкт-Петербург
2010

УДК
ББК

Авторский коллектив: В.М. Середа, О.В. Кольцова, Н.В. Бадосова, Е.Г. Латышева, В.Ю. Садченко, Е.П. Кокшарова

Рецензенты:

В.Н. Келасьев, доктор философских наук, профессор Санкт-Петербургского государственного университета;

В.И. Орел, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской Академии;

Т.В. Шипунова, доктор социологических наук, профессор Санкт-Петербургского государственного университета

Научный редактор: В.М. Середа, доктор медицинских наук, профессор Санкт-Петербургского государственного университета

Организация медико-социального сопровождения больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией, освобождающихся из мест лишения свободы. – СПб.: Изд-во «ДИТ-принт», 2010. – 146 с.

В книге представлены результаты разработки модели службы медико-социального сопровождения по предоставлению услуг лицам, освобождающимся из мест лишения свободы (включая потребителей инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфицированных в Приморском районе г. Санкт-Петербурга. Издание рекомендовано Ученым советом факультета социологии Санкт-Петербургского государственного университета для обучения студентов, а также для использования в повседневной профессиональной деятельности специалистов по социальной работе и психологов, оказывающих помощь лицам, страдающим ВИЧ-инфекцией и наркоманией и находящимся в местах лишения свободы, или на этапе освобождения.

Публикация подготовлена к изданию в рамках проекта Представительства Управления ООН по наркотикам и преступности в Российской Федерации «Поддержка программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и наркомании».

Издание этого руководства стало возможным благодаря поддержке Американского народа, оказанной через Агентство США по Международному Развитию (АМР США) в рамках программы Президентского чрезвычайного плана по борьбе со СПИДом (PEPFAR). Ответственность за содержание несет РОБО «Центр профилактики наркомании»; мнение авторов, выраженное в данном издании, может не совпадать с мнением АМР США, Правительства США или Управления по наркотикам и преступности ООН.

© Коллектив авторов, 2010





СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Введение	4
Тема 1. Проблемы наркомании и ВИЧ-инфекции среди осужденных. Планы и методы профилактики в рамках модели медико-социального сопровождения «Координация мероприятий». Цели, задачи, этапы.	6
Тема 2. Первый этап реализации модели медико-социального сопровождения. Исходная оценка ситуации	10
Тема 3. Второй этап реализации модели. Построение межведомственной партнерской сети	13
Тема 4. Основные принципы медико-социальной работы, учитывающие особенности целевой группы.	21
Тема 5. Третий этап реализации модели. Реализация мероприятий проекта по организации медико-социального сопровождения	28
5.1. Содержание мероприятий по работе с осужденными, находящимися в местах лишения свободы	28
5.2. Содержание мероприятий по работе с осужденными после освобождения из мест лишения свободы	37
Заключение	78
Литература	80
Приложения	83
Приложение 1. Анкета «Оценка потребностей лиц, готовящихся к освобождению из мест лишения свободы»	
Приложение 2. Форма направления в Социальное Бюро	
Приложение 3. Программа тренинга для осужденных «Профилактика ВИЧ-инфекции в российских учреждениях уголовно-исполнительной системы»	
Приложение 4. Программа социально-психологического тренинга для подготовки осужденных к освобождению из исправительной колонии.	
.....	
Приложение 5. Программа семинаров «Школа пациентов» ..	
Приложение 6. Положение о Социальном Бюро.	
Приложение 7. Положение о функциональных обязанностях руководителя Службы «Социальное Бюро»	
Приложение 8. Положение о функциональных обязанностях специалиста по медико-социальному сопровождению (кейс-менеджера) службы «Социальное Бюро»	
Приложение 9. Информированное согласие на получение медико-психологических и социальных услуг при подготовке к АРВТ	
Приложение 10. Соглашение о сотрудничестве в рамках партнерской сети	
Приложение 11. Комплексная межведомственная программа Приморского района Санкт-Петербурга по медико-социальному сопровождению наркозависимых ВИЧ-инфицированных лиц, в том числе освободившихся из мест лишения свободы.....	
Приложение 12. Перечень нормативных документов	

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АРВТ** – антиретровирусная терапия
БОМЖ – лицо, без определенного места жительства
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ГНБ – городская наркологическая больница
ИК – исправительная колония
ИУ – исправительное учреждение
ЛЖВС – люди, живущие с ВИЧ/СПИД
МКБ-10 – международная классификация болезней десятого пересмотра
МЛС – места лишения свободы
МСС – медико-социальное сопровождение
ОМС – обязательное медицинское страхование
ООН – Организация Объединенных Наций
ПАВ – психоактивное вещество
ПИН – потребители инъекционных наркотиков
СБ – Социальное Бюро
СИЗО – следственный изолятор
СПТ – социально-психологический тренинг
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита
УИС – уголовно-исполнительная система
УНП ООН – Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций
УФСИН – Управление Федеральной службы исполнения наказания
ЮНЭЙДС – Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ЮСЭЙД /АМР США/ – Агентство США по Международному развитию





Введение

В июле 2006 г. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД и Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации подписали соглашение по сотрудничеству в рамках проекта «Координация в действии: применение “трех ключевых принципов” эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации». Данная инициатива была направлена на предоставление поддержки в разработке национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции, усилению координационного механизма и созданию единой системы мониторинга и оценки мероприятий по борьбе со СПИДом в нашей стране.

В рамках реализации данной инициативы УНП ООН поддерживает усилия Правительства Российской Федерации по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа среди наиболее уязвимых групп населения, в частности развитие сотрудничества и поддержка программ профилактики наркомании и ВИЧ/СПИД для потребителей инъекционных наркотиков и осужденных. Одним из приоритетных направлений деятельности является развитие и укрепление сотрудничества организаций для обеспечения доступа к услугам по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе для потребителей инъекционных наркотиков. Данные мероприятия направлены на достижение следующих целей:

- Ранняя диагностика ВИЧ/СПИДа и других опасных инфекций, рискованных паттернов поведения среди представителей данной группы населения;
- Мотивация и содействие в обеспечении доступа к услугам по профилактике, тестированию, лечению и реабилитации наркопотребителей;
- Сокращение случаев рискованного поведения среди потребителей инъекционных наркотиков.*

В 2007-2009 гг в Санкт-Петербурге и Ленинградской области при технической и финансовой поддержке УНПООН в Российской Федерации разрабатывалась модель организации медико-социального сопровождения по предоставлению услуг лицам, освобождающимся из мест лишения свободы, страдающих наркоманией и ВИЧ-инфекцией. Данная работа осуществлялась Региональной общественной благотворительной организацией «Центр профилактики наркомании» в сотрудничестве с различными государственными и неправительственными организациями.

В настоящем учебном пособии представлен опыт разработки организационно-методической модели по координации мероприятий медико-социального сопровождения и оказания услуг лицам, освобождающимся из мест лишения свободы (МЛС), страдающих наркоманией

* Сайт Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (<http://www.unaids.org/>)

и ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Система медико-социального сопровождения – это взаимосвязанная функциональная структура, включающая учреждения Федеральной службы исполнения наказаний и гражданского сектора, предоставляющих информационные, социальные и медицинские услуги лицам в период до и после освобождения. Для эффективного функционирования этой системы необходимо создание службы, которая на местном уровне координировала бы организацию медико-социального сопровождения и исполняла роль ресурсного центра по вопросам сопровождения лиц, страдающих наркоманией и ВИЧ/СПИД, освобождающихся из мест лишения свободы.

Партнерами «Центра профилактики наркомании» выступили такие общественные организации как:

- Региональная благотворительная общественная организация «ИМЕНА+»;
- Санкт-Петербургский благотворительный общественный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие»;
- Межрегиональная общественная организация «Общество ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом»;
- Фонд социальной поддержки и охраны здоровья «Позитивная волна»;
- Программно-целевой Благотворительный Фонд «Свеча» (самоорганизация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом).

Реализация проекта осуществлялась в сотрудничестве с Администрацией Приморского района Санкт-Петербурга, Управлением Федеральной службы исполнения наказания по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, Санкт-Петербургским государственным учреждением здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Санкт-Петербургским государственным учреждением здравоохранения «Межрайонный наркологический диспансер №1».

Пособие разработано при поддержке кафедры теории и практики социальной работы факультета социологии Санкт-Петербургского государственного университета.





Тема 1. Проблемы наркомании и ВИЧ-инфекции среди осужденных.

Планы и методы профилактики в рамках модели «Медико-социального сопровождения». Цели, задачи, этапы

Эпидемия ВИЧ-инфекции считается самой разрушительной на планете. По информации объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД ЮНЭЙДС в мире зарегистрировано 30-36 миллионов человек, живущих с ВИЧ.*

Россия по темпам прироста числа ВИЧ-инфицированных людей занимает одно из лидирующих мест среди других стран. На 1 января 2009 г. в Российской Федерации зарегистрировано 471 676 случаев ВИЧ-инфекции, из них в 2008 г. было выявлено 54 046 человек. Высказывается мнение, что реальное число людей, зараженных вирусом, может быть существенно больше.**

Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге в 3-5 раз превышают среднее число по России. На 1 января 2009 г. в городе зарегистрировано более 26 тыс. больных ВИЧ-инфекцией. Среди ВИЧ-инфицированных более половины составляют лица молодого возраста (15-29 лет). Около 70% заразились ВИЧ при внутривенном введении наркотиков.***

Пенитенциарная система, в свою очередь, является неотъемлемой частью общества и отражает его состояние и проблемы. На 1 января 2008 г. в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) России содержалось 891,7 тыс. человек, причем 90% из них имели различные острые и хронические заболевания: 340 тыс. человек – больные социально значимыми заболеваниями, 25 тыс. – инвалиды различных групп тяжести. Свыше 150 тыс. больных страдают от наркомании или имеют различные психические расстройства.****

Как и среди гражданского населения, в Федеральной службе исполнения наказания России наибольшую опасность в плане распространения ВИЧ-инфекции по-прежнему представляют лица, употребляющие нар-

* Сайт Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (<http://www.unaids.org/>)

** Сайт Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (<http://www.hivruussia.org/>)

*** Сайт Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (<http://hiv-spb.ru/>)

**** Сайт Федеральной службы исполнения наказания Российской Федерации (<http://www.fsin.su/>)

котики инъекционным путем. Потребители внутривенных наркотиков составляют 90% от числа всех ВИЧ-инфицированных осужденных.

Из общего числа ВИЧ-инфицированных лиц содержащихся в учреждениях ФСИН России 90,9% составляют мужчины, 8,5% – женщины, 0,6% – подростки. Следует отметить, что ежегодно в следственные изоляторы ФСИН России поступают более 7000 ВИЧ-инфицированных лиц.

Особую опасность представляет сочетанное поражение людей наркоманией, ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. В учреждениях ФСИН России с 2003 по 2006 годы отмечается увеличение указанной сочетанной патологии, а по наиболее тяжелой форме, объединяющей наркозависимость, ВИЧ-инфекцию и туберкулез отмечается увеличение в 3,5 раза.

За последние 10 лет количество больных ВИЧ-инфекцией в учреждениях пенитенциарной системы увеличилось в десятки раз. В настоящее время их 48 тыс. человек, что составляет 11% от общего количества ВИЧ-инфицированных лиц, зарегистрированных в Российской Федерации; из общего количества ВИЧ-инфицированных лиц в УИС 6,8% составляют дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей.*

Доля осужденных среди зарегистрированных больных ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге в 1987-2000 гг. составили 16% (1514 человек), в период 2001-2003 гг. – 35% (5270 человек). С 2003 г. по настоящее время на фоне снижения общей наполняемости учреждений ГУФСИН России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области ежегодное количество ВИЧ-инфицированных лиц практически не меняется и сохраняется на уровне 3 тыс. человек. У 97% осужденных заражение связано с употреблением инъекционных наркотиков.**

В 2006 г. Центром СПИД при участии ГУФСИН России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области было проведено добровольное и анонимное анкетирование среди 99 ВИЧ-инфицированных осужденных женщин, содержащихся в исправительной колонии №2. Целью анкетирования стало изучение социальной структуры осужденных ВИЧ-инфицированных женщин и путей передачи ВИЧ-инфекции в этой группе.**

Среди ВИЧ-инфицированных женщин преобладали лица в возрасте 20–24 лет и 25–29 лет, на долю которых приходилось 66,8% всех участвующих в анкетировании женщин. Лица в возрасте 30–39 лет составили 25,2%, старше 40 лет – 8%. Женщины имели, в основном, среднее (42,4%)

* Сайт Федеральной службы исполнения наказания Российской Федерации (<http://www.fsin.su/>)

** Бадосова Н.В., Виноградова Е.Н., Смирнова О.Б., Кокишарова Е.П., Руксин Д.В. «Отчет о работе в исправительных колониях ГУФСИН России и Ленинградской области за период 2006-2009 гг.», ГУЗ Центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями», СПб, 2009.С





и среднее специальное образование (36,4%). До пребывания в колонии 45,5% из них имели постоянную или временную работу, 25,2% – не работали, 21,2% женщин были домохозяйками. Среди опрошенных лиц количество учащихся было незначительным и составило 6,1%. Среди ВИЧ-инфицированных осужденных преобладали одинокие женщины: 56,5% никогда не состояли в браке, 15,2% были разведены и 3% из них были вдовами. В данной группе в официальном или гражданском браке состояли 19,2% женщин. 45,5% ВИЧ-инфицированных осужденных женщин имели детей. 46,7% детей проживают с родителями осужденных женщин, 20% – с отцом ребенка, 11% детей находятся в детских домах. Из опрошенных ВИЧ-инфицированных женщин 15,6% не ответили на вопрос о том, где находятся их дети. В результате проведенного анкетирования у ВИЧ-инфицированных осужденных женщин в 100% случаев установлен парентеральный путь инфицирования ВИЧ при инъекционном употреблении наркотиков.*

Среди используемых наркотических веществ основными были героин (56,6%) и другие наркотики из группы опиатов (31,2%). Среди опрошенных осужденных 23,2% лиц начали употреблять инъекционные наркотики до 15 лет; 59,4% ВИЧ-инфицированных женщин – в возрасте 16 – 25 лет. 8% женщин впервые применили инъекционные наркотики в возрасте 26 – 30 лет. Двое из опрошенных осужденных женщин указали возраст начала употребления наркотиков – 32 года и 37 лет. Не ответили на поставленный вопрос 7,3% осужденных женщин. Поводом для начала употребления инъекционных наркотиков были, в основном, «любопытство, интерес» (46,5%); а также «несчастье, стресс, депрессия» (17,2%), «влияние друзей» (8,1%), «глупость» (5,1%), «под влиянием мужа» (4%) и другим причинам (19,1%).

На вопрос о кратности введения наркотических веществ ответили 35 ВИЧ-инфицированных лиц (35,4%). Большинство женщин (82,8%) употребляли инъекционные наркотики ежедневно. 66,7% ВИЧ-инфицированных женщин вводили наркотические вещества шприцами, использованными для этой цели другими лицами. 43,4% женщин, употреблявших инъекционные наркотики, обращались в специализированные наркологические медицинские учреждения, а 67,3% опрошенных лиц не считали целесообразным обращаться к врачам-наркологам для получения медицинской помощи.

Таким образом, проведенное добровольное и анонимное анкетирование позволило установить, что ВИЧ-инфицированные осужденные женщины

*Бадосова Н.В., Виноградова Е.Н., Смирнова О.Б., Кокшарова Е.П. Руксин Д.В. «Отчет о работе в исправительных колониях ГУФСИН России и Ленинградской области за период 2006-2009 гг.», ГУЗ Центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями», СПб, 2009.

– социально незащищенная группа общества: молодые одинокие женщины репродуктивного возраста, имеющие детей, употребляющие инъекционные наркотические вещества, находящиеся в тяжелом материальном положении. Выявленные неблагоприятные социальные факторы, безусловно, оказывали негативное влияние на здоровье этих женщин.

Также необходимо отметить большой процент рецидивной преступности среди бывших осужденных. Такая ситуация связана с тем, что возвращение в тот же социум, без особого внимания и участия общества в их судьбе, часто заканчивается повторным попаданием в места лишения свободы [9].

С целью профилактики ВИЧ/СПИДа, сохранения жизни и здоровья ЛЖВС и наркозависимых, освобождающихся из мест лишения свободы необходимо улучшение системы преемственности медико-социальных услуг до и после освобождения, что и послужило основной идеей разработки модели службы медико-социального сопровождения в г. Санкт-Петербург и Ленинградской области. Авторы модели ставили перед собой несколько задач.

Во-первых, создание сети организаций по оказанию медико-социальной помощи заключенным и освобождающимся из мест лишения свободы больным наркоманией и ЛЖВС.

Во-вторых, организация работы по профилактике ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы.

В-третьих, организация преемственности оказания медико-социальных услуг больным наркоманией и ЛЖВС в местах лишения свободы и после их освобождения.

В-четвертых, организация работы по оказанию медико-социальной помощи больным наркоманией и ЛЖВС после освобождения из МЛС.

В-пятых, разработка методических материалов по медико-социальному сопровождению наркозависимых и ЛЖВС, освобождающихся из мест лишения свободы.

В-шестых, внедрение пилотной модели медико-социального сопровождения больных наркоманией и ЛЖВС на территории Приморского района г. Санкт-Петербурга.

Реализация модели осуществлялась поэтапно – всего было разработано 6 этапов: I – исходная оценка ситуации; II – построение межведомственной партнерской сети; III – реализация мероприятий по организации медико-социального сопровождения наркозависимых и ЛЖВС, освобождающихся из мест лишения свободы; IV – мониторинг и оценка эффективности работы разработанной модели; V – разработка и издание методических материалов по построению модели медико-социального сопровождения наркозависимых и ЛЖВС, освобождающихся из мест лишения свободы; VI – внедрение модели медико-социального сопровождения наркозависимых и ЛЖВС, освобождающихся из мест лишения свободы.





Тема 2. Первый этап реализации модели медико-социального сопровождения.

Исходная оценка ситуации

ИСТОЧНИКИ

1. Оценка потребностей целевой группы

Прежде всего, необходимо было оценить потребности осужденных наркозависимых и лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, в местах лишения свободы. С этой целью в 2006 году РОБО «Центр профилактики наркомании» совместно с УФСИН по Санкт-Петербургу и Ленинградской области и Санкт-Петербургским Центром профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями было проведено социологическое исследование.

В данном исследовании приняло участие 63 ВИЧ-инфицированных осужденных, находящихся в МЛС Санкт-Петербурга и Ленинградской области, и готовящихся к освобождению, метод исследования – анкетирование* (см. Приложение №1). Общая характеристика данной группы предстала в следующей картине. Место проживания: Санкт-Петербург (63%), Ленинградская область (26,5%), Российская Федерация (9,4%), БОМЖ (0,8%). Возрастная особенность целевой группы отразилась в преобладании молодежи, по гендерному признаку преобладали женщины (мужчин – 33%, женщин – 67%). Абсолютное большинство ВИЧ-инфицированных осужденных (97%) имеют опыт внутривенного употребления наркотиков, при этом 77% из них ранее не обращались за наркологической помощью, 84% не обследовались и не наблюдались по поводу ВИЧ-инфекции. Только 16% людей знали о своем ВИЧ-статусе до судимости. Средний стаж употребления наркотиков составил 7,5 лет. Имеют первую судимость только 8% женщин и 4% мужчин.

В процессе подготовки к освобождению ВИЧ-инфицированные и наркозависимые осужденные озвучили потребности в *содействии в трудоустройстве* (94%), получению *психологической* (77%), *социальной* (46%), *юридической* (35%) и *медицинской помощи* (31%). Отметили наличие целого комплекса проблем и, соответственно, потребность в *медико-социальном сопровождении* после освобождения 41,3% больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией.

После выхода из исправительного учреждения, как показывает наблю-

*Бадосова Н.В., Виноградова Е.Н., Смирнова О.Б., Кокшарова Е.П., Руксин Д.В. «Отчет о работе в исправительных колониях ГУФСИН России и Ленинградской области за период 2006-2009 гг.», ГУЗ Центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями», СПб, 2009.

дение, у наркозависимых и ЛЖВС отмечается высокий уровень злоупотребления алкоголем и наркотиками, несмотря на декларируемые ими до освобождения заверения о намерениях вести трезвый образ жизни. Среди больных наркоманией, освободившихся из МЛС, можно выделить две условные группы по темпам развития рецидива наркомании. Для первой группы характерны срывы с первых дней освобождения, для второй – отсроченное начало злоупотребления наркотиками (приблизительно через 2–4 недели). Как правило, лица, употребляющие наркотики после освобождения, обращаются за помощью через 2–3 месяца после срыва. Основной запрос в этом случае – *наркологическая помощь*. Рецидив наркомании является причиной повторных преступлений, которые чаще всего совершаются ради денег на приобретение наркотиков [4].

Одна из основных проблем в процессе социальной адаптации для бывших осужденных – трудоустройство. Помимо ограниченного числа вакансий на рынке труда, они сталкиваются с маскированной дискриминацией со стороны работодателей. Большинство освободившихся людей попросту не готовы к активному самостоятельному поиску работы. Отсутствие справки о доходах с последнего места работы в местах лишения свободы не позволяет встать на учет по безработице в Службе занятости населения, что особенно актуально для лиц с ослабленным здоровьем, нуждающимся в материальной поддержке, и лицам без профессионального образования, которое они могут получить за счет государства.

Даже при наличии официального места проживания, у человека могут возникнуть *проблемы с жильем*. Часто бывает, что люди, которые совместно проживали с ним в одной квартире, заявляют о нежелании далее жить вместе с бывшим осужденными, и препятствуют разными способами его нахождению на совместной площади. Отсутствие юридической грамотности, а также навыков обращения за юридической помощью, зачастую приводят бывших заключенных к бездомности.

Проблемы здоровья. Помимо сочетания ВИЧ-инфекции, наркозависимости и вирусных гепатитов В и С, присущего для подавляющего большинства представителей целевой группы, после освобождения отмечается обострение других хронических заболеваний. Это связано, прежде всего, со стрессовой ситуацией в период адаптации, а также с нарушением режима питания и злоупотреблением психоактивными веществами.

2. Оценка ресурсов исправительных учреждений по организации медико-социальных мероприятий для наркозависимых и ЛЖВС в местах лишения свободы

В ходе рабочих встреч с представителями ГУФСИН по Санкт-Петербургу и Ленинградской области были определены возможности





учреждений исполнения наказания в организации медико-социального сопровождения в местах лишения свободы.

В соответствии с нормативными документами ГУФСИН, социальная работа в исправительных колониях возложена на сотрудников группы социальной защиты осужденных с участием начальников отрядов и психологов. В медицинских службах исправительных колоний выделены ставки психиатра – нарколога и врача – инфекциониста.

Во всех колониях организованы «Санитарно-бытовые секции» из числа осужденных; в ряде колоний работает «Секция по ВИЧ/СПИДу», организованная из числа ВИЧ-инфицированных осужденных.

Также определены территориальные государственные и общественные организации, оказывающие медико-социальную помощь осужденным в местах лишения свободы.

На данном этапе построения модели был изучен положительный опыт работы с осужденными и определены потребности специалистов в работе с ВИЧ-инфицированными и наркозависимыми осужденными. В частности, со стороны ГУФСИН был сформирован запрос в повышении информированности и навыков сотрудников исправительных колоний по работе с целевой группой. Отмечен недостаток информационно-просветительских материалов для заключенных по проблемам наркомании и ВИЧ/СПИДа, выражена потребность в привлечении большего числа территориальных организаций, работающих с данной категорией осужденных в МЛС, потребность в развитии программ равного обучения и создания групп взаимопомощи среди наркозависимых и ВИЧ-инфицированных осужденных.

3. Оценка ресурсов учреждений Санкт-Петербурга и Ленинградской области по оказанию медико-социальной помощи наркозависимым и ЛЖВС, освободившимся из мест лишения свободы

В соответствии с выявленными потребностями осужденных, готовящихся к освобождению, были определены медицинские и социальные службы, общественные организации, административные органы Санкт-Петербурга и Ленинградской области, оказывающие специализированную помощь лицам, освободившимся из мест лишения свободы, больным наркоманией и ВИЧ-инфицированным, а также возможности каждой организации по участию в Программе сопровождения.

Тема 3. Второй этап реализации модели. Построение межведомственной партнерской сети

Наркомания и ВИЧ/СПИД – социально значимые заболевания, характеризующиеся наличием комплекса медико-социальных проблем, решение которых невозможно без тесной кооперации различных служб, деятельность между которыми зачастую законодательно не регламентирована. Проблемы лиц, страдающих наркоманией и /или ВИЧ-инфекцией, усугубляются их социальной дезадаптацией, являющейся следствием длительного пребывания в местах лишения свободы. В связи с этим, организация взаимодействия между различными службами составляет основу для достижения положительных результатов Программы.

В проекте «Координация мероприятий в рамках создания службы медико-социального сопровождения в г. Санкт-Петербург и Ленинградской области по предоставлению услуг лицам, освобождающимся из мест лишения свободы (включая ПИН и ЛЖВС)» организация партнерской сети была возложена на Региональную общественную благотворительную организацию «Центр профилактики наркомании».

Партнерская сеть – это форма межведомственного и межсекторного взаимодействия организаций, чья деятельность направлена на оказание услуг конкретной целевой группе, в данном проекте – оказание медико-социальных услуг осужденным, больным наркоманией и ВИЧ-инфекцией, находящимся в местах лишения свободы, и после их освобождения (см. Приложение №10).

Партнерские сети в рамках проектов по социальному сопровождению создаются с определенной целью – организовать клиенту программы доступ к широкому спектру качественных медико-социальных услуг.

Цель деятельности сети четко определяет функции организаций-участников. Главными из них являются:

- предоставление доступа к услугам (по возможности бесплатно);
- оказание услуг с соблюдением клиент-центрированного и не дискриминационного подхода;
- соблюдение требований конфиденциальности;
- предоставление информации об оказанной услуге в службу сопровождения;
- направление в программу сопровождения новых клиентов;
- предоставление в службу сопровождения четкой и достоверной информации об условиях предоставления того или иного вида услуг.

Организации, входящие в партнерскую сеть, можно разделить на две группы. В первую группу входят специализированные организации, чья деятельность направлена:

- на работу с осужденными, находящимися в местах лишения свободы



и после их освобождения;

- на оказание специализированной помощи наркозависимым и ВИЧ – инфицированным.

Вторую группу составляют организации, оказывающие социальную помощь различным категориям населения, находящимся в трудной жизненной ситуации, услуги которых востребованы также представителями целевой группы проекта. Индикаторами выбора партнера из этой группы организаций будут предоставляемые услуги. Например, такие как трудоустройство, оказание материальной помощи, предоставление жилья, оформление пособий, инвалидности и т.д.

Этапы построения партнерской сети:

1. Проведение оценки рынка медико-социальных услуг и их качества, предоставляемых целевой группе на территории реализации проекта;

2. Определение общей цели и задач медицинских и социальных служб в рамках построения партнерства по оказанию медико-социальных услуг наркозависимым и ЛЖВС, освобождающимся из мест лишения свободы. Установление сотрудничества с:

- 2.1. УФСИН по Санкт-Петербургу и Ленинградской области;

- 2.2. административными органами на территории реализации модели – Администрацией Приморского района Санкт-Петербурга;

- 2.3. региональными государственными и общественными организациями, чьи услуги востребованы целевой группой проекта;

- 2.4. территориальными (районными) службами, чьи услуги востребованы целевой группой проекта.

3. Определение вклада каждой из сторон (административный, информационный, кадровый и т.д.) в рамках реализации модели;

4. Установление регламента сотрудничества между партнерскими организациями, определяющего содержание, права и ответственность сторон по предоставлению услуг в рамках проекта:

- 4.1. заключение двухсторонних соглашений о сотрудничестве с основными государственными партнерами проекта – ГУФСИН по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», СПб ГУЗ «Межрайонный наркологический диспансер №1»;

- 4.2. создание Целевой территориальной программы Приморского района Санкт-Петербурга, определяющей взаимодействие организаций и учреждений, оказывающих помощь целевой группе проекта по месту жительства.

5. Создание мультидисциплинарных команд специалистов:

- 5.1. в местах лишения свободы;

- 5.2. на территориальном (районном уровне);

- 5.3. на региональном уровне.

6. Организация взаимодействия и преемственности в оказании помощи целевой группе программы между специалистами Управления Федеральной службы исполнения наказания по Санкт-Петербургу и Ленинградской области регионального и районного уровней.

Оценка рынка медико-социальных услуг

Для построения партнерской сети необходимо провести оценку рынка медико-социальных услуг, предоставляемых целевой группе на территории реализации проекта, учитывающую следующие параметры:

1. Нормативные документы, регламентирующие предоставления данной услуги: Федеральные и региональные законы, целевые программы, ведомственные приказы и инструкции, функциональные обязанности специалистов;

2. Наличие услуги на территории реализации проекта;

3. Кто оказывает данную услугу: организации, конкретные специалисты;

4. Какие требования предъявляются к получателю данной услуги;

5. Каковы возможности для получения данной услуги представителю целевой группы проекта;

6. Возможности установления партнерских отношений с организацией, предоставляющей данную услугу.

При наличии требуемой услуги на конкретной территории, необходимо объективно определить ее качество, для чего следует использовать следующие источники информации:

- официальные отчеты организации об оказываемой услуге;
- отзывы и заключения специалистов внешних организаций;
- информация от специалистов, предоставляющих данную услугу;
- отзывы клиентов, ранее получавших услугу от данной организации;
- собственный анализ полученной информации.

Выбор партнеров по работе с осужденными наркозависимыми и ВИЧ-инфицированными в местах лишения свободы

Поскольку модель направлена на оказание услуг лицам, освобождающимся из мест лишения свободы, ключевым партнером в работе выступило Управление Федеральной службы исполнения наказания по Санкт-Петербургу и Ленинградской области (УФСИН по Санкт-Петербургу и Ленинградской области). В соответствии с задачами для реализации модели были определены подразделения УФСИН по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, в чью компетенцию входят вопросы медико-социальной работы с осужденными в местах лишения свободы, а имен-



но, медицинская и воспитательная службы. Совместно с медицинской службой были определены исправительные колонии, на территории которых реализовывалась программа. При выборе исправительных колоний учитывалась возможность использования уже имеющихся ресурсов территориальных организаций, работающих с наркозависимыми и ВИЧ-инфицированными осужденными в местах лишения свободы. В результате пилотными площадками проекта стали исправительные колонии, где велась работа специалистами Санкт-Петербургского Городского и Ленинградского Областного «Центров по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», а также общественной организации «Имена +», специалисты которой уже проводили профилактические мероприятия с целевой группой на момент начала проекта.

Рисунок 1. Схема партнерской сети по медико-социальному сопровождению наркозависимых и ВИЧ-инфицированных в местах лишения свободы



Выбор партнеров по работе с осужденными наркозависимыми и ВИЧ-инфицированными, освободившимися из мест лишения свободы

В настоящее время в Санкт-Петербурге действует двухуровневая система учреждений медико-социального обслуживания населения, реализующаяся на городском и районном уровнях. В соответствии с существующей практикой оказания помощи ВИЧ-инфицированным и наркозависимым в качестве партнеров для реализации модели были определены:

1. на городском уровне:

1.1. специализированные медицинские государственные учреждения:

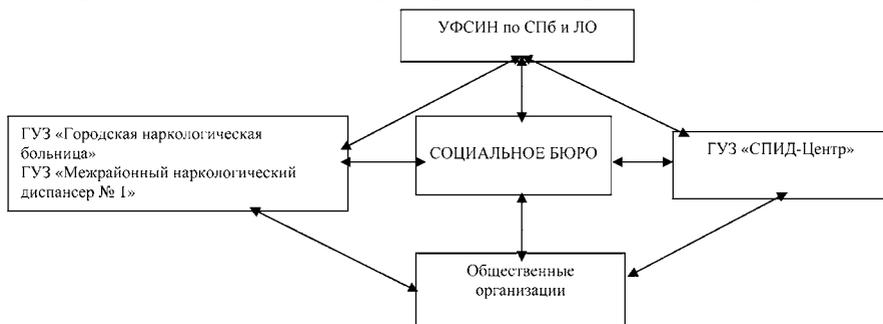
- СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»;

- СПб ГУЗ «Городская наркологическая больница»;
- СПб ГУЗ «Межрайонный наркологический диспансер №1».

1.2. общественные организации по оказанию помощи наркозависимым и ЛЖВС:

- Фонд социальной поддержки и охраны здоровья «ПОЗИТИВНАЯ ВОЛНА»;
- Межрегиональная общественная организация «Общество ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом»;
- Программно-целевой Фонд «Свеча»;
- Реабилитационный центр Фонда Преподобного Серафима Вырицкого;
- Некоммерческое партнерство «Общенациональный союз людей, вернувшихся из мест лишения свободы «KRIS»
- Общественная организация по оказанию социальной помощи бывшим заключенным НП «Общество социальной реабилитации».

Рисунок 2. Схема партнерской сети по медико-социальному сопровождению наркозависимых и ВИЧ-инфицированных на региональном уровне



2. на районном уровне:

Административно Санкт-Петербург разделен на 19 районов. Для разработки и внедрения территориальной модели организации медико-социального сопровождения наркозависимых и ВИЧ-инфицированных осужденных, освободившихся из мест лишения свободы, по месту жительства была выбрана территория Приморского района Санкт-Петербурга.

Выступление данного района Санкт-Петербурга в качестве пилотной территории для построения модели было поддержано Администрацией Приморского района.

Совместно с Администрацией района были проведены следующие мероприятия по реализации модели:

1. Презентация модели для специалистов районных служб, в чью компетенцию входит оказание услуг наркозависимым и ВИЧ-инфицированным лицам, освободившимся из мест лишения свободы, а также условно осуж-



денным. Кроме того, для участия в работе были привлечены социальные службы, оказывающие помощь лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, чьи услуги востребованы целевой группой проекта;

2. Цикл семинаров по медико-социальному сопровождению для специалистов медицинских, социальных служб и правоохранительных органов Приморского района;

3. Определение партнерских организаций на уровне района по реализации проекта;

4. Разработка Целевой программы Приморского района Санкт-Петербурга по медико-социальному сопровождению больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией, освободившихся из мест лишения свободы (см. Приложение №11).

Государственным заказчиком программы является Администрация Приморского района Санкт-Петербурга.

Реализация Программы осуществляется путем выполнения комплекса мероприятий, направленных на снижение заболеваемости наркоманией и ВИЧ-инфекцией за счет обеспечения комплексного межведомственного медико-социального сопровождения больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией по месту жительства.

Для управления реализацией мероприятий Программы в рамках Антинаркотической комиссии Приморского района создается координационный совет (далее – совет).

В состав совета входят: руководитель совета – координатор Программы и члены совета из числа представителей администрации и учреждений Приморского района, являющихся исполнителями Программы. Состав совета утверждается председателем Антинаркотической комиссии Приморского района.

В задачи совета входит обеспечение межведомственного подхода в реализации мероприятий Программы, подготовка отчетов по реализации мероприятий и предложений для повышения эффективности с учетом достигнутых результатов Программы.

Оценка эффективности Программы проводится на основе сравнения с данными по состоянию проблемы наркомании и ВИЧ-инфекции в Приморском районе за предыдущий год.

Для оценки эффективности Программы разрабатываются целевые индикаторы, отражающие медицинские и социальные показатели динамики состояния больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией участвующих в Программе.

Эффективность реализации мероприятий Программы будет выражена в улучшении качества и увеличении продолжительности жизни больных, сохранении трудового потенциала, снижении преступности, снижении социальной и психологической напряженности, в результате внедрения

комплексного межведомственного медико-социального сопровождения больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией.

Рисунок 3. Схема партнерской сети по медико-социальному сопровождению наркозависимых и ВИЧ-инфицированных на районном уровне (по месту жительства).



Сотрудничество между партнерскими организациями

Координация деятельности партнерской сети осуществляется за счет совместного сопровождения представителя целевой группы, и включает в себя: преемственность в оказании услуг, обмен информацией об оказанных услугах по каждому клиенту, совместному разбору (консилиуму) результатов сопровождения клиента специалистами партнерских учреждений.

Для организации преемственности в оказании услуг в каждом учреждении определяются ответственные лица по обеспечению взаимодействия с партнерской сетью. Ответственные лица, в свою очередь, назначают специалистов, непосредственно оказывающих помощь клиенту программы, и организуют процесс сопровождения внутри собственного учреждения.

Из числа ответственных лиц от каждой организации образуется координационный совет по обеспечению медико-социального сопровождения



целевой группы проекта. Координатор программы несет ответственность за обеспечение общего взаимодействия партнерских организаций и решает задачи: а) мотивирования на участие в работе сети; б) обучение правилам и методам работы в составе сети.

Кооперация работы партнерской сети строится на учете потребностей специалистов, согласовании совместных действий и порядка передачи клиента из одной службы в другую, разработки сквозной документации и формы отчетов.

Работа в рамках партнерской сети – не дополнительная нагрузка, а серьезное преимущество: участие в работе партнерской сети позволяет организациям-участникам приобретать компетентных, грамотных, подготовленных и мотивированных клиентов в свои собственные программы, тем самым, облегчая жизнь своим сотрудникам и повышая собственные показатели эффективности работы.

Организация партнерских встреч является частью работы службы социального сопровождения [30].

Основные вопросы, которые следует обсуждать на партнерских встречах:

- обсуждение работы с проблемными клиентами;
- представление результатов работы сети за определенный период;
- представление новых видов услуг и новых участников сети;
- обсуждение проблемных ситуаций;
- представление, обсуждение, утверждение информационных материалов, используемых сетью при работе с клиентами [30].

Для улучшения взаимодействия между специалистами необходимо предусмотреть проведение совместных мероприятий – семинаров, тренингов, рабочих встреч. Это поможет создать мультидисциплинарную команду, которая позволит специалистам из партнерских организаций лучше понимать работу коллег, будет способствовать повышению квалификации, даст возможность каждому сотруднику видеть весь процесс сопровождения клиента и свою роль в этом процессе.

Тема 4. Основные принципы медико-социальной работы, учитывающие особенности целевой группы

При организации и осуществлении медико-социального сопровождения лиц, освободившихся из мест лишения свободы, необходимо учитывать специфику целевой группы, ориентироваться на их проблемы и особенности, вызванные их психологическим или социальным статусом.

Специалист, работающий в системе медико-социального сопровождения, должен обладать знаниями и навыками, которые помогут ему решать три задачи:

- планировать и реализовывать процесс социального сопровождения клиентов.
- вести работу с партнерскими организациями, с тем, чтобы постоянно совершенствовать качество и расширять перечень предоставляемых услуг, доступных клиенту Программы сопровождения.
- сохранять профессиональную компетентность и владеть навыками профилактики синдрома профессионального сгорания.

Руководитель Программы должен обладать и развивать в себе следующие навыки:

- подбор персонала для работы с клиентами;
- взаимодействие с партнерскими организациями и решение административных вопросов;
- организация и функционирование службы сопровождения в соответствии со стандартами качества;
- организация процесса мониторинга Программы и анализ результатов ее работы (см. Приложение №7).

Работники службы социального сопровождения должны владеть базовой информацией по вопросам:

- функционирования системы обязательного медицинского страхования;
- функционирования системы организации содействия занятости;
- постановления и снятия с наркологического учета и связанных с этим ограничений;
- содержание статей уголовного и административного кодексов по правонарушениям, связанным с наркотиками (см. Приложения №12).

Компетентность отдельного специалиста, проводящего профилактическое вмешательство, и всего персонала имеет большое значение для реализации гуманистической направленности деятельности. Быть компетентным для персонала означает «комплекс совокупных действий, процессов и состояний – изучать, искать, думать, сотрудничать, адаптироваться» [38].



Изучать – значит уметь извлекать пользу из опыта, упорядочивать свои знания, уметь решать проблемы, заниматься собственным обучением и организовывать собственные приемы обучения. Искать – значит опрашивать окружение, консультироваться у экспертов, постоянно получать новую информацию, уметь работать с документами и классифицировать их. Мыслить – значит фиксировать взаимосвязь прошлых и настоящих событий, критически относиться к проблемным аспектам развития общества, уметь противостоять неуверенности и сложности, занимать определенную позицию в дискуссиях и отстаивать собственное мнение, видеть важность политического и экономического окружения, в котором проходит работа; оценивать социальные привычки, связанные со здоровьем, потреблением, а также с окружающей средой; уметь оценивать произведения искусства и литературы. Сотрудничать – значит уметь работать в группе, уметь принимать решения, улаживать разногласия и конфликты, уметь договариваться, разрабатывать и выполнять контракты. Организовывать работу – это значит включаться в работу с клиентом, уметь нести ответственность, входить в группу или коллектив и вносить свой вклад, уметь пользоваться вычислительными и моделирующими приборами. Адаптироваться – это значит уметь использовать новые технологии информации и коммуникации, обладать гибкостью в ходе быстрых изменений, иметь толерантность к трудностям, уметь находить новые решения [29].

Профессиональная компетентность и личная гибкость позволяет специалисту социальной сферы решать следующие этические дилеммы:

- независимость и манипулирование;
- патернализм и самоопределение;
- принцип информированного согласия;
- необходимость говорить правду;
- конфиденциальность и частный характер сообщений клиента;
- законы и благополучие клиента;
- личные и профессиональные ценности [36].

В работе по медико-социальному сопровождению специалист может использовать разные виды вмешательства, но должен при этом действовать в интересах клиента, основываясь на *принципах социальной работы* [24]:

- адресности;
- клиентоцентризма;
- доступности;
- добровольности;
- универсальности;
- охраны социальных прав;
- социального реагирования;
- опоры на собственные силы;
- максимизации социальных ресурсов;

- толерантности;
- гуманности;
- конфиденциальности;
- профилактической направленности.

Целью социальной работы с данной целевой группой является своевременное обеспечение клиентов со сложными потребностями необходимыми услугами и использование общественных ресурсов для обеспечения независимого существования клиента в обществе [2]. В рамках оказания социальной поддержки предусмотрено активное участие клиента во всех аспекта процесса управления социальными услугами. В практике сформировались правила, которые запрещают работнику социальной сферы в некоторых ситуациях идти на поводу у клиента, поскольку это наносит ему вред, ограничивает степень его самостоятельности [6]. Среди этих правил отмечают следующие:

- никогда не помогайте «третьему лицу» – тому, кого вы не видели и с кем не обсуждали сложившуюся ситуацию;
- не верьте, что человек беспомощен (за исключением тех случаев, когда он без сознания) [10];
- не пытайтесь заставить другого человека, во что бы это ни стало, чувствовать себя лучше;
- не принимайте решения за другого человека и не пытайтесь убедить человека сделать выбор по вашему желанию.

Отсюда вытекает принцип *разделения ответственности*. Ответственность между специалистом и клиентом необходимо разделять.

Названные принципы и правила применимы к медико-социальной работе в пенитенциарной системе, социальной защите и здравоохранении [23]. В то же время, работа с осужденными в местах лишения свободы или после освобождения дополняется такими специфическим принципом, как гуманизм.

«Гуманизм – это признание за каждым возможности вернуться к законопослушной жизни в обществе. Это признание сотрудниками уголовно-исполнительной системы осужденных как равных себе по их человеческому естеству и сущности. Однако в то же время принцип гуманизма не означает всепрощенчества, строгость режима исполнения наказания может даже усиливаться, но подобные меры не должны вести к разрушению человеческого в человеке, подрывать здоровье осужденного, превращать его в объект манипулирования. Принцип гуманизма отражается в международных документах об обращении с осужденными. Таким образом, принцип гуманизма – это действенный инструмент в руках социального работника всей своей деятельностью призванного опровергать расхожее мнение о том, что тюрьма делает ужасным плохого человека, а хорошего – плохим» (Ромм М.В.) [35].





Клиент-центрированный подход – специалист работает с клиентом на его уровне и продвигается с его скоростью, позволяя клиенту лидировать для того, чтобы помочь ему удовлетворить собственные потребности. Этот принцип кратко можно сформулировать как необходимость «идти за» клиентом, а не «бежать впереди» него. Социальное сопровождение всегда исходит из принципа: специалист, прежде всего, слушает клиента, а не свой внутренний голос. Следствием реализации клиент-центрированного подхода является принцип *добровольности* [30].

Осуществление психодиагностики и психологической коррекции предполагает строгое следование добровольности участия и предоставление осужденному возможности выразить свою точку зрения в процессе оказания помощи и необходимость принимать её во внимание. Клиент всегда имеет право отказаться от той или иной услуги. Задача специалиста – объективно объяснить последствия данного шага.

Необходимо соблюдать принцип *конфиденциальности*. Программы медико-социального сопровождения работают именно на принципе конфиденциальности и не являются анонимными. Раскрытие анонимности является обстоятельством, необходимым для принятия клиента в программу. Если клиент не готов к тому, чтобы раскрыть анонимность, с ним можно проводить мотивационную работу [30]. Медицинский диагноз является медицинской тайной. Пациент сам решает и распоряжается, кому сообщать о своем заболевании, а кто ничего о нем не должен знать. Такие заболевания как ВИЧ-инфекция и наркомания связаны со стигматизацией и дискриминацией, поэтому люди, имеющие их, чрезвычайно уязвимы, и зачастую скрывают свою болезнь даже от самых близких людей [7].

Результаты обследования на ВИЧ-инфекцию из всех медицинских учреждений города и области, а также из исправительных учреждений, передаются в Центр СПИД, городской или областной. По специальному запросу Центр СПИД обязан предоставить сведения о заболевании в суд и на донорскую станцию переливания крови. Информацию о ВИЧ-инфицированных пациентах получают инфекционисты районных поликлиник, что связано с необходимостью патронажа некоторых больных, состоящих на учете в Центре СПИД и длительное время не проходящих обследований. Никто другой – работодатели, сотрудники социальных служб, общественных организаций и т.п. – не может получить информацию о ВИЧ-статусе, если сам человек, живущий с ВИЧ, не даст на это свое письменное согласие.

Часть 1 ст. 23 Конституции Российской Федерации устанавливает право каждого гражданина на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну. Врачебная тайна, являясь личной тайной, относится к так называемым профессиональным тайнам. Таким образом, право на неразглашение врачебной тайны принадлежит к числу основ конституционных прав человека и гражданина.

Если диагноз пациента разгласили лица, которые узнали о нем при исполнении служебных обязанностей, они могут быть привлечены к ответственности по статье 61 Основ законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан». К сведениям, составляющим врачебную тайну, относятся информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Под «иными сведениями» понимается, в частности, информация о семейной и интимной жизни, о здоровье родственников.

При передаче пациента из Центра СПИД в учреждение социальной защиты или общественную организацию необходимо подписывать с ним информированное согласие на раскрытие информации о диагнозе определенному сотруднику (см. Приложение №9). Сотрудник немедицинского учреждения должен понимать, что если в силу служебных обязанностей ему стало известно о ВИЧ-инфекции его клиента, он должен соблюдать медицинскую тайну и не разглашать сведений о больном другим сотрудникам без разрешения клиента.

Принцип конфиденциальности опирается на *этику профессиональных отношений*. Этическая обязанность, например, специалистов здравоохранения состоит в получении информированного согласия на проведение тестов на ВИЧ и других здравоохранительных мероприятий в связи с ВИЧ/СПИДом, а также на раскрытие информации о пациентах/клиентах в связи с ВИЧ, включая раскрытие другим людям его/ее ВИЧ-статуса.

ВИЧ-инфицированный человек должен быть убежден в следующем: «Я несу ответственность за то, чтобы поделиться информацией; я получаю преимущество в том, что меня будет поддерживать кто-то еще; я сам решаю, что именно я сообщу, кому и когда».

Поощряя человека к раскрытию своего статуса, работник здравоохранения признает право ВИЧ-инфицированного лица на сохранение независимости в принятии решений. Но, если он испытывает страх перед раскрытием, работник здравоохранения может попытаться изменить ситуацию с помощью убеждений.

Для примера можно рассмотреть следующий случай из практики Центра СПИД:

На прием к психологу пришла молодая женщина, которой в этот день врач объявил диагнозы «ВИЧ-инфекция и хронический вирусный гепатит С». Она имеет двух детей 9 и 5 лет от разных отцов. Ее муж, отец младшего ребенка, находится в местах лишения свободы. У них скоро будет трехдневное свидание. Психолог спросил, когда и как она собирается сказать мужу о своем ВИЧ-статусе, и что ей известно о его результатах теста на ВИЧ, пояснив, что все заключенные подвергаются обязательному тестированию на эту инфекцию. Пациентка ответила, что о его статусе ей





ничего неизвестно, и что, если он инфицирован ВИЧ, то ей никогда об этом не скажет. Потом она добавила, что, если она сообщит ему свой диагноз, он ее убьет: «Вы даже не представляете себе, на что он способен. Я ни за что ему не скажу о ВИЧ».

Пациентка допускает, что ее муж является источником заражения. Он очень сильно волновался, когда родилась дочка, активно интересовался ее анализами еще во время беременности, объясняя свое беспокойство тем, что у него гепатит «С».

Предложение по использованию презервативов сразу же были отклонены: 1) «потому что никогда раньше ими не пользовались»; 2) «ни я, ни он не готовы воспринимать секс с использованием презервативов».

Срок заключения у мужа заканчивается через 7 месяцев. У пациентки есть время подумать и принять решение. На время краткосрочного свидания пациентке было все же рекомендовано использовать средства контрацепции под предлогом лечения у гинеколога. Обсудили способы благоприятного раскрытия партнеру своего ВИЧ-статуса и преимущества ситуации, когда оба супруга знают результаты теста на ВИЧ своего партнера.

Договорились, что если пациентка не сможет сказать ему о своем диагнозе, тогда после освобождения мужа она может поручить врачу или психологу Центра СПИД пригласить его на консультацию, сообщив, что он подвергался риску заражения, не называя «источника» (имени пациентки). Если муж придет на консультацию, и окажется ВИЧ-инфицированным, психолог постарается убедить его раскрыть свой статус жене.

Из руководства по благоприятному раскрытию, этически обоснованному консультированию партнеров и надлежащему использованию отчетности о случаях ВИЧ «Раскрытие эпидемии ВИЧ/СПИДа», ЮНЭЙДС, Женева, 2001 г.: «Учитывая возможные серьезные последствия в связи консультированием партнеров (дискриминация, разрыв отношений, насилие) или отсутствием консультирования (передача ВИЧ-инфекции), консультанты и медицинские работники должны уметь принимать этически трудные решения в каждом отдельном случае. В большинстве случаев, если консультирование сопровождается оказанием поддержки, ВИЧ-инфицированное лицо соглашается на уведомление партнеров. Поддержка может выражаться в том, что уведомление партнеров происходит в присутствии консультанта и/или члена семьи, которые при необходимости придут на помощь и обеспечат защиту» [31].

Также возможно консультирование партнеров без согласия пациента-источника, но в этом случае важно, чтобы работник здравоохранения соблюдал существующие правила.

Прежде всего, надо убедиться в наличии следующих условий:

- ВИЧ – положительное лицо (пациент-источник) получило обстоятельное консультирование с разъяснением необходимости уведомления/

консультирования партнеров;

- с помощью консультирования не удалось добиться соответствующего изменения поведения, включая практику безопасного секса;
- пациент-источник отказался от уведомления партнеров или не дал согласия на консультирование своих партнеров;
- существует реальная угроза передачи ВИЧ лицу, которое может быть идентифицировано;
- работник здравоохранения заранее сообщил пациенту-источнику о намерении провести консультирование;
- при наличии практической возможности, личность пациента-источника не сообщается его партнерам;
- проводится последующее наблюдение, обеспечивающее необходимую поддержку и предупреждающее возможное насилие, распад семьи и т.п.

Тема 5. Третий этап реализации модели. Реализация мероприятий проекта по организации медико-социального сопровождения

5.1. Содержание мероприятий по работе с осужденными, находящимися в местах лишения свободы

Работа в исправительных учреждениях проводится при наличии соответствующей договоренности с руководством Управления федеральной службы исполнения наказания. При заключении договора о сотрудничестве необходимо четко определить права и обязанности сторон, а также строго следовать правилам внутреннего распорядка, установленным в исправительном учреждении. Нормы работы с клиентом в гражданском секторе не всегда приемлемы в условиях исправительного учреждения, и игнорирование специфических особенностей в местах лишения свободы могут нанести вред, как специалистам внешней организации, так и самим клиентам – осужденным. Поэтому до начала и в процессе работы с заключенными необходимо консультироваться у специалистов исправительного учреждения о планируемых методах и формах работы с целевой группой.

Работа с персоналом исправительных колоний является важным аспектом реализации проекта, и включает в себя:

- мотивацию на профилактическую работу с наркозависимыми и ЛЖВС;
- повышение уровня информированности специалистов Федеральной службы исполнения наказания по вопросам ВИЧ-инфекции и наркомании;
- проведение обучения сотрудников ИУ по работе с ВИЧ-инфицированными и наркозависимыми осужденными в рамках подготовки к освобождению;
- организацию преемственности помощи наркозависимым и ЛЖВС между специалистами Федеральной службы исполнения наказания в местах лишения свободы и территориальными медико-социальными службами.

Работа с персоналом исполнительных колоний проводится в форме индивидуальных консультаций, проведения обучающих семинаров, распространения информационных и методических материалов.

Исполнители – консультанты проекта, которые в процессе реализации проектной деятельности должны обучить персонал колоний и волонтеров из числа заключенных методам профилактической работы с наркозависимыми и ЛЖВС с целью продолжения профилактических мероприятий силами сотрудников ИК и волонтеров после окончания проекта.

Мероприятия по **работе с осужденными** в местах лишения свободы включают в себя:

- оказание психологической помощи в традиционном смысле: диагностические консультативные и профилактические мероприятия, в том числе изучение личности осужденного и становление его «преступной карьеры» [5];
- социально-психологическая помощь в адаптации к среде исправительно-трудовых учреждений, улучшение психологического состояния осужденных в целях предупреждения деструктивных конфликтов и негативного восприятия исправительных воздействий, проведение психологической коррекции осужденного с целью устранения или понижения степени его криминогенности;
- проведение информационно-образовательных мероприятий в области профилактики ВИЧ/СПИДа и наркомании в форме индивидуальных консультаций, групповых занятий, тренингов (см. Приложение №3)
- распространения информационно-профилактических материалов [1];
- диагностика состояния здоровья, включая ВИЧ-инфекцию, методами анкетирования и консультирования;
- формирование приверженности к лечению ВИЧ/СПИДа, сопровождение в процессе данного лечения;
- организация «Школы пациентов» (см. Приложение №5);
- формирование команды волонтеров из числа осужденных, организация секций по профилактике ВИЧ-инфекции для работы внутри ИК по принципу «равный – равному»;
- развитие групп самопомощи наркозависимых заключенных по программе «12 шагов»;
- комплексная подготовка к освобождению из МЛС, проведение тренингов для подготовки осужденных к освобождению (см. Приложение №4)
- разработка индивидуального плана помощи осужденному после освобождения.

Повышение уровня информированности. Эмпирические исследования показывают, что люди нуждаются в информации по проблемам здоровья, но часто испытывают затруднения в понимании того, что им говорит специалист. Для усиления эффективности деятельности, направленной на повышение информированности, необходимо соблюдать несколько важных требований. В частности, все самое важное следует сказать в начале беседы, подчеркнуть и повторить ключевые моменты, давать конкретные и точные советы, четко структурировать предоставляемую информацию, стараться не использовать профессиональную терминологию, длинных слов и предложений. Кроме того, необходимо использовать наглядные материалы (буклеты, письменные инструкции), избегать предоставления слишком большого количества информации за короткий промежуток времени, убедиться в том, что совет дан в соответствии с ситуацией, в которой





оказался клиент, получить от него обратную связь и убедиться в том, что он все правильно понял [36].

Выработка практических навыков. Работа должна быть основана не только на предоставлении клиентам информации и их обучении использованию этой информации, но и на внимании к чувствам клиента. Если человек боится выглядеть глупо или опасается того, что его действия будут неправильными, он вряд ли добьется успехов. Поэтому навыки необходимо вырабатывать постепенно. Выделяют три основных стадии процесса формирования новых навыков: демонстрация, репетиция и практика. На первой стадии клиент только наблюдает, на второй и третьей – активно включается в процесс. На всем протяжении процесса выработки практических навыков важно, чтобы клиент не терял уверенности в том, что он сможет выработать новый навык. Для этого сначала можно создать более легкие условия обучения и постепенно их усложнять [30].

Подготовка осужденного к освобождению является стартовым этапом в процессе медико-социального сопровождения до и после его выхода из исправительного учреждения. Организация работы с осужденными на данном этапе во многом определяет успешность их социальной адаптации после освобождения.

Подготовка к освобождению лиц, отбывающих наказание в ИУ, начинается не позднее, чем за 6 месяцев до окончания срока лишения свободы и включает в себя следующие мероприятия:

- обеспечение необходимыми документами: паспорт, трудовая книжка (ч.4 ст.181 УИК Российской Федерации), документами об освобождении осужденного от наказания, документами о его трудовой деятельности в ИК (ч.3 ст.173 УИК Российской Федерации), в том числе документами о прохождении обучения;

- проведение групповых занятий с осужденными в «Школе подготовки заключенных к освобождению»;

- проведение индивидуальной консультации с каждым осужденным, в процессе которой выясняются его жизненные планы после освобождения из мест лишения свободы, наличие связи с родственниками и характер взаимоотношений с ними. Разъясняются обязанности осужденного после освобождения, в частности, необходимости прибыть к избранному месту жительства, и не позднее семи дней явиться в орган внутренних дел для регистрации, а также в органы местного самоуправления и службу занятости для своевременного устройства на работу или учебу;

- рассмотрение заявлений от освобождаемых и принятие соответствующих решений по оказанию содействия в устройстве по избранному месту жительства;

- формирование мотивации на решение медико-социальных проблем после освобождения;

- информирование осужденного о территориальных службах медико-социальной помощи и его правах на получение необходимых услуг.

Правовой основой подготовки осужденных к освобождению является Приказ Минюста Российской Федерации от 13 января 2006 г. №2 «Об утверждении Инструкции об оказании содействия в трудовом и бытовом устройстве, а также оказании помощи осужденным, освобождаемым от отбывания наказания в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы» (с изменениями от 8 сентября 2006 г.) [11].

В соответствии с данным Приказом, осуществление мероприятий по оказанию помощи лицам, освобождаемым из исправительных учреждений, возлагаются на сотрудников группы социальной защиты осужденных с участием начальников отрядов, психологов и других заинтересованных служб. В их задачи входит проведение консультаций по наиболее актуальным вопросам с привлечением специалистов территориальных социальных служб. Администрация ИУ взаимодействует в решении вопросов социальной адаптации лиц, освобождаемых от отбывания наказания, с органами местного самоуправления, внутренних дел, опеки и попечительства, управления здравоохранением, образованием, социальной защиты населения, комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав, и федеральной службой занятости населения по избранному ими месту жительства

За полгода до истечения срока лишения свободы администрация учреждения, исполняющего наказание, уведомляет органы местного самоуправления и федеральную службу занятости по избранному месту жительства о предстоящем освобождении человека, наличии у него жилья, его трудоспособности и имеющихся специальностях. В орган внутренних дел по избранному осужденным месту жительства направляются запросы о возможности проживания по указанному адресу. А также, на основании письменного заявления осужденного, направляется запрос в органы местного самоуправления, органы федеральной службы занятости населения по избранному месту жительства о возможности его трудоустройства, предоставления регистрации и жилья. Предварительные результаты, полученные при переписке, доводятся до осужденного. При освобождении из мест лишения свободы осужденному, в отношении которого предварительно решен вопрос о трудоустройстве, выдается соответствующее письмо в службу занятости, предприятие или организацию. В необходимых случаях ведется переписка с родственниками осужденных о возможности их совместного проживания после освобождения.

Особенности подготовки к освобождению из мест лишения свободы осужденных беременных женщин и женщин с детьми

Подготовка к освобождению из мест лишения свободы беременных женщин, а также женщин, имеющих при себе малолетних детей, прово-





дится сотрудниками группы социальной защиты осужденных в контакте с медицинскими работниками ИУ. Выясняется возможность регистрации и трудового устройства освобождаемых, а также определения детей в дошкольные детские учреждения по избираемому ими месту жительства или по месту жительства родственников. В отношении освобождаемых женщин, имеющих при себе малолетних детей, больных острыми заболеваниями или с обострением хронических заболеваний, сотрудники группы социальной защиты осужденных совместно с медицинскими работниками ИУ оказывают содействие в помещении таких детей в учреждения государственной или муниципальной системы здравоохранения по избранному ими месту жительства.

Особенности подготовки к освобождению из воспитательных колоний несовершеннолетних осужденных

Несовершеннолетние осужденные, подлежащие освобождению из воспитательных колоний, направляются, как правило, к месту жительства родственников, либо иных лиц. При освобождении несовершеннолетнего осужденного приглашаются его родственники для сопровождения к месту жительства.

Если у освобождаемого несовершеннолетнего осужденного нет родственников или лиц их заменяющих, администрация колонии направляет запрос в орган опеки и попечительства по его прежнему месту жительства с просьбой решить вопрос устройства подростка на работу или учебу и обеспечения его жилой площадью.

К решению вопросов социальной защиты, трудового и бытового устройства освобождающихся несовершеннолетних осужденных привлекаются попечительские советы, создаваемые при каждой воспитательной колонии.

Администрацией ИУ, исполняющего наказание, при необходимости обеспечивает освобождаемых осужденных бесплатным проездом к месту жительства, продуктами питания или деньгами на время проезда.

Особенности подготовки к освобождению ВИЧ-инфицированных и наркозависимых осужденных

В рамках проекта по работе с ВИЧ-инфицированными и наркозависимыми осужденными на этапе подготовки к освобождению организовано сотрудничество специалистов исправительного учреждения из числа врачей-инфекционистов, психологов, социальных работников, наркологов и представителей медико-социальных служб Санкт-Петербурга: врача-инфекциониста Центра СПИД, консультантов проекта по медико-социальному сопровождению «Центра профилактики наркомании», пси-

холога и социальных работников общественной организации « Имена + ».

Задачами процесса подготовки к освобождению в рамках модели являются:

- выявление ВИЧ-инфицированных и наркозависимых осужденных;
- установление контакта и формирование доверительных отношений с осужденными, нуждающимися в помощи после освобождения и желающими принять участие в программе медико-социального сопровождения;
- выявление проблем осужденного, которые он не может решить самостоятельно, и нуждается в помощи со стороны сотрудников ИУ и территориальных медико-социальных служб;
- определение возможностей ИУ и территориальных медико-социальных служб в решении проблем осужденного в период подготовки к освобождению;
- координация работы специалистов ИУ и территориальных медико-социальных служб, участвующих в оказании помощи осужденному в период подготовки к освобождению;
- формирование мотивации осужденного к решению собственных проблем после освобождения. Прежде всего, формирование мотивации на сохранение наркологической ремиссии, на укрепление здоровья, приверженности к лечению ВИЧ-инфекции, а так же на обращение в службу медико-социального сопровождения для лиц, освободившихся из МЛС – Социальное Бюро.

Первым шагом в планировании работы с осужденными является выявление ВИЧ-инфицированных и наркозависимых, нуждающихся в медико-социальной помощи после освобождения. Для этого необходимо совместно с сотрудниками ИУ провести мероприятия, включающие в себя:

- информирование осужденных о Программе медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных и наркозависимых осужденных, освобождающихся из МЛС. Для решения данной задачи среди осужденных распространяются информационные материалы в виде буклетов, визиток, листовок, содержащих информацию о данной Программе, и контактной информации территориальных служб, оказывающих помощь лицам, освободившимся из мест лишения свободы, наркозависимым и ВИЧ-инфицированным.
- проведение анкетирования среди ВИЧ-инфицированных и наркозависимых осужденных с целью выяснения их потребностей и желания принять участие в Программе после освобождения (см. Приложение №4). Результаты проведения анкетирования среди данной группы осужденных свидетельствуют о существовании потребности в получении комплексной медико-социальной помощи после освобождения в среднем у 40% опрошенных, в том числе по вопросам трудоустройства – 94%, психологической помощи – 77%, социальной – 46%, юридической – 35%, медицинской





– 31%. Как правило, комплекс социальных проблем имеет явное преобладание над медицинскими.

- проведение консультаций с осужденными по вопросам медико-социального сопровождения, разъяснение возможностей Программы по оказанию им содействия в решении проблем после освобождения. В целевую группу Социального Бюро необходимо включать тех осужденных, кто отметил у себя комплекс медико-социальных проблем и потребность в получении помощи по их решению после освобождения. Для остальной группы заключенных, готовящихся к освобождению, необходимо провести информационное занятие об имеющихся в регионе медико-социальных услугах и их услугах, которые могут получить наркозависимые и ВИЧ-инфицированные после освобождения.

- проведение индивидуальных консультаций и групповых занятий (лекций, семинаров, тренингов) для наркозависимых и ВИЧ-инфицированных осужденных по проблемам наркомании и ВИЧ-инфекции.

- организация взаимопомощи осужденных по программе «Равный обучает равного»: «Секции осужденных по ВИЧ/СПИДу», группы «Анонимные наркоманы».

Программа «Равный обучает равного» – это информационно – просветительская деятельность, в ходе которой подготовленные осужденные (волонтеры) организуют группу из числа своего окружения.

Целью и задачами организации группы является [18]:

- информирование о проблеме ВИЧ-инфекции и обучением навыкам безопасного и здорового поведения в обществе доступным для понимания языком;

- пропаганда здорового образа жизни среди осужденных с целью профилактики социально – значимых заболеваний;

- повышение санитарной культуры с целью снижения инфекционной заболеваемости;

- профилактика правонарушений, организация полезной занятости свободного времени осужденных;

- профилактика зависимого поведения;

- обучение навыкам безопасного для здоровья поведения;

- обучение навыкам группового общения с целью социальной адаптации, укрепления дисциплины в местах лишения свободы и предварительного заключения;

- организация вовлечения и обучения волонтеров из числа осужденных в профилактическую работу в местах лишения свободы.

Для ВИЧ-инфицированных и наркозависимых осужденных, готовящихся к освобождению, проводятся социально-психологические тренинги [12]. Они включают в себя следующие тематические блоки:

1. Социальный блок: обучение техникам установления контакта, обу-

чение техникам эффективного межличностного общения, противостояние манипулятивному давлению, профориентация.

2. Стратегическое планирование: целеполагание, анализ ситуации, принятие решений, формирование жизненных планов, эффективное планирование времени (работа, отдых).

3. Семья: формирование новых отношений с родственниками, принятие изменений в близком окружении, семейные роли.

4. Психологический блок: формирование адекватной самооценки и принятие себя, коррекция ценностных ориентаций, формирование уверенности, формирование ответственности, техники выхода из стресса.

5. Медицинский блок: формирование навыков здорового образа жизни, ответственного отношения к здоровью, профилактика ВИЧ-инфекции, профилактика рецидивов наркомании, формирование приверженности к лечению ВИЧ-инфекции и диспансерному наблюдению.

В целях формирования стойкой приверженности антиретровирусной терапии и диспансеризации для осужденных целесообразно проведение «Школы пациентов с ВИЧ-инфекцией». Данная программа представляет собой систему мероприятий информационно-просветительского характера, направленную на повышение эффективности лечебно-профилактических мер и развитие приверженности к АРВТ у пациентов с ВИЧ путем проведения регулярных групповых занятий по установленной программе, а также организации индивидуального консультирования пациентов по медико-социальным вопросам. Ведущими «Школы пациентов» являются прошедшие предварительную подготовку в рамках тренинга «Проведение “Школы пациентов”» врач СПИД-центра, назначающий антиретровирусную терапию, и «равный» консультант, желателен – получающий терапию [39]. Допускается участие консультанта-психолога.

Для участия в занятиях «Школы пациентов», в первую очередь, привлекаются ЛЖВ:

- получающие антиретровирусную терапию вне зависимости от продолжительности лечения;
- нуждающиеся в антиретровирусной терапии и планирующие в ближайшее время (в пределах двух месяцев) начать лечение;
- прекратившие прием АРВТ, но имеющие показания для продолжения лечения.

При отсутствии возможности проведения «Школы пациентов с ВИЧ-инфекцией» в рамках исправительного учреждения, такие занятия желателен организовать после освобождения в рамках программы социальной адаптации и медико-социального сопровождения.

В соответствии с действующим законодательством (См. Приложение №11), информация о лицах, освобождающихся из мест лишения свободы, направляется в отдел внутренних дел и службу занятости населения, до-





полнительно о наркозависимых сведения передаются в наркологическую службу, о ВИЧ-инфицированных – в кабинет инфекционных заболеваний по месту жительства.

На следующем этапе подготовки к освобождению организуются мероприятия по направлению ВИЧ-инфицированных и наркозависимых осужденных в Программу сопровождения (см. Приложение №5). Для привлечения целевой группы в Программу, целесообразно при подготовке к освобождению давать рекомендации по обращению в «Социальное Бюро» – специализированную службу медико-социального сопровождения наркозависимых и ЛЖВС – и СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ориентируя на отделение медико-психологической и социальной помощи. С учетом результатов проведения анкетирования с осужденными, консультант Социального Бюро проводит индивидуальную консультацию для осужденных, нуждающихся в комплексном медико-социальном сопровождении. В ходе данной консультации уточняются проблемы осужденного, составляется предварительный план действий по их решению, определяются проблемы, которые могут быть разрешены до освобождения, например, получение необходимых документов, установление контактов с родственниками, определение возможности получения медико-социальных услуг в территориальных службах, и выбор конкретных учреждений, в которые заключенный планирует обратиться после освобождения. Консультант Программы, с согласия осужденного, устанавливает контакты и проводит консультации со специалистами медицинских и социальных служб по вопросам предоставления помощи осужденному после его освобождения. Выявляются ресурсы семьи на оказание поддержки освободившемуся родственнику, проводится работа по выстраиванию тактики поведения родных, способствующей поддержке мотивации освободившегося на укрепление здоровья и решение социальных проблем.

5.2. Содержание мероприятий по работе с осужденными после освобождения из мест лишения свободы

Программы медико-социального сопровождения являются средством, создающим условия для изменения рискованного поведения данной целевой группы на безопасное или менее опасное. Они позволяют обеспечить успешное функционирование и видимые результаты других программ. Программы медико-социального сопровождения – это ключевой инструмент работы с людьми, имеющими комплекс медико-социальных проблем, который они не в силах решить самостоятельно. Сопровождение позволяет человеку при помощи специалиста разобраться в проблемах, построить

план поиска их решения и получить необходимую поддержку в процессе получения доступа к необходимым видам помощи.

Для организации медико-социального сопровождения наркозависимых и ЛЖВС, освободившихся из мест лишения свободы, на базе РОБО «Центр профилактики наркомании» создана специализированная служба – «Социальное Бюро» (см. Приложение №6) – которая оказывает следующие услуги для целевой группы:

- помощь клиенту в определении его нужд и потребностей в решении проблем, связанных или вызванных злоупотреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией;

- составление индивидуального плана сопровождения;

- осуществление связи между клиентом и службами, способными оказать ему помощь в решении существующих проблем;

- содействие в получении медицинской помощи в процессе отказа от наркотиков;

- содействие в получении медицинской помощи по поводу ВИЧ-инфекции, заболеваний, передающихся половым путем, а также общесоматических заболеваний;

- содействие в получении реабилитационной помощи в режиме, оптимальном для каждого конкретного клиента;

- оказание психологической поддержки и консультирования на всех этапах сопровождения клиента в форме очного и телефонного консультирования;

- оказание социальной помощи – содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении, в получении материальной помощи, оформлении необходимых документов, инвалидности и т.д.;

- содействие в получении юридической помощи;

- осуществление мониторинга динамики медико-социального статуса клиента;

- ведение индивидуальной карты клиента с отражением всех изменений клиента и содержания работы с ним [22].

Основными стадиями медико-социального сопровождения являются [13]:

- включение в программу МСС;

- оценка потребностей клиента;

- создание плана оказания услуг;

- психологическая поддержка и консультирование в процессе сопровождения;

- координация деятельности служб по оказанию различных услуг клиенту;

- мониторинг ситуации, динамики изменений и потребностей клиента;

- окончание программы по достижении клиентом запланированных результатов.

Рассмотрим их подробнее.

СТАДИЯ 1: Включение в Программу медико-социального сопровождения

Прием в Программу осуществляется по личному запросу потенциального клиента. Консультация по приему в Программу, как правило, назначается после установления первичного контакта с клиентом, который возникает с консультантом Социального Бюро в процессе индивидуальных и групповых занятий с осужденными в местах лишения свободы в период их подготовки к освобождению. При самостоятельном обращении клиента в Социальное Бюро, консультацию проводит специалист по сопровождению (см. Приложение №8).

Первичный контакт выполняет две задачи:

- определяет, может ли человек стать клиентом Программы.
- информирует клиента о том, что Программа делает, и что значит «стать участником Программы».

Важным элементом в первичном контакте является формирование доверительных отношений между клиентом и специалистом, которые во многом определяют возможность и эффективность дальнейшего взаимодействия.

На этой стадии формулируется предварительная устная договоренность о последующем оказании помощи и поддержки. Необходимым условием является самоидентификация субъекта с ролью клиента, а специалист должен определить, что решение проблем клиента находится в компетенции Социального Бюро [22].

Однако может возникнуть сопротивление со стороны клиента и нежелание продолжения контактов. Одной из причин данного сопротивления является несоответствие ожиданий клиента в отношении предоставляемой помощи. Чтобы избежать подобной ситуации, специалист должен в начале консультации выяснить, что клиент знает о Программе и как он представляет возможности службы в решении его проблем. Иногда клиент неверно истолковывает деятельность организации и принципы получения помощи – чаще всего встречаются варианты «потребительского» отношения. В таком случае, клиент не готов брать на себя определенные обязательства, и настроен на то, что специалист будет решать все вопросы за него. В процессе установления первичного контакта специалист также может столкнуться с тем, что клиент отказывается признавать наличие у него той или иной объективно существующей проблемы и, как следствие, необходимости ее решения. Специалист может выразить свое отношение к возникшей ситуации и постараться разъяснить степень возможного влияния нерешенной проблемы на благополучие клиента. Он предлагает клиенту обсудить эту проблему в будущем, когда он сочтет нужным о ней поговорить. При этом специалист не дает оценку клиенту, не требует от него

признания проблемы и необходимости ее решения.

Основной задачей специалиста при первичном контакте является четкое информирование клиента о целях Программы, принципах оказания помощи, его правах и обязанностях в качестве клиента. Специалист должен объяснить, чем данная Программа может быть полезной для клиента в сложившихся обстоятельствах, определив преимущества участия в Программе по сравнению с самостоятельным решением клиентом своих проблем.

В случае согласия клиента на участие в Программе, специалист должен определить наличие комплекса проблем, мотивации клиента на изменения его жизненной ситуации, адекватность восприятия проблем, а также способность клиента и наличие ресурсов к данным изменениям. По итогам первичной консультации специалист дает заключение о целесообразности участия конкретного лица в Программе.

Основные требования, предъявляемые к клиенту Программы медико-социального сопровождения [22]:

- наличие комплекса медико-социальных проблем;
- наличие мотивации на изменение жизненной ситуации;
- наличие способностей и личностных ресурсов для решения проблем;
- адекватная оценка проблем и путей их решения;
- согласие с условиями сотрудничества в рамках Программы.

Причины отказа клиенту в участии в Программе медико-социального сопровождения:

- несоответствие клиента формальным требованиям Программы;
- нахождение клиента в состоянии наркотического или алкогольного опьянения;
- наличие проблем, которые он может решить самостоятельно;
- наличие комплекса проблем, решение которых нецелесообразно, либо невозможно в рамках данной программы;
- отсутствие мотивации, личностных ресурсов, адекватной оценки ситуации;
- несогласие с условиями сотрудничества в рамках Программы.

Если клиенту отказано в сотрудничестве, ему разъясняются причины отказа и возможность обращения в Социальное Бюро после устранения данных причин в дальнейшем. Например, если клиент находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, ему рекомендуется прийти повторно на консультацию в трезвом состоянии. В случае, когда у клиента отсутствует комплекс проблем, ему даются рекомендации по самостоятельному решению заявленной проблемы и предоставляется контактная информация о других службах, где его запросы могут быть удовлетворены в полной мере. Если клиент не готов вступить в Программу возможно предоставление разовой услуги, которая впоследствии может



мотивировать его на включение в медико-социальное сопровождение. Специалист Социального Бюро работает в режиме консультирования с теми, кому нужна разовая помощь. Некоторые лица после освобождения хотят остаться на постоянное место жительства в Санкт-Петербурге, не являясь жителями города, а иногда и не имея гражданства России, – в таких случаях клиенту рекомендуется вернуться по адресу последнего места жительства, поскольку решать его проблемы наиболее оптимально по месту регистрации. При этом он может получать консультации специалиста Социального Бюро по телефону или посредством переписки, находясь в другом городе.

Независимо от того, как происходит знакомство клиента с Программой, он должен получить стандартное информационное сообщение о ней. Итогом удачного первичного контакта служит решение стать участником Программы.

Стандартное информационное сообщение должно включать:

- название Программы;
- изложенную доступным языком информацию о возможностях Программы, что она делает;
- объяснение роли специалиста по сопровождению;
- разъяснение о продолжительности нахождения клиента в Программе;
- заявление о сохранении конфиденциальности;
- информацию об условиях Программы [30].

Если ничто не препятствует включению клиента в Программу, ему предлагается заключить контракт.

Собственно реализация Программы медико-социального сопровождения осуществляется с момента подписания контракта, который обеспечивает построение отношений в процессе взаимодействия на основе соблюдения прав и обязанностей обеих сторон – клиента и специалиста Социального Бюро. Перед заключением контракта важно провести разъяснительную работу с клиентом относительно условий сотрудничества и последствий при их нарушении.

Условия сотрудничества клиента и специалиста Социального Бюро в рамках Программы медико-социального сопровождения [32]:

- предоставление достоверной информации;
- разделение ответственности;
- активное участие в принятии решений;
- выполнение взятых на себя обязательств в обозначенные сроки, своевременное информирование о невозможности их выполнения;
- поддержание контакта в установленном режиме;
- соблюдение конфиденциальности.

* Документация: контракт.

СТАДИЯ 2: Оценка потребностей клиента

Оценка состояния и потребностей клиента является значимым этапом сопровождения, поскольку ее результаты служат основанием для построения плана индивидуального сопровождения и представляют собой исходную оценку жизненной ситуации клиента, на которой в дальнейшем будет основываться мониторинг изменений его состояния. Результатом оценки является понимание и специалистом, и клиентом того, какие последующие шаги надлежит совершать им обоим в процессе совместной работы по улучшению жизненной ситуации клиента. Формальным результатом проведения оценки являются заполненные формы, которые затем помещаются в личное дело клиента.

Правила проведения исходной оценки состоят в следующем:

1. Проведение исходной оценки – это не опрос, а беседа, в ходе которой специалист получает необходимую для работы информацию. Поэтому заполнение формы – это не цель, а результат, который является итогом общения между двумя людьми.

2. Клиенту нужно еще раз объяснить цель проведения оценки и еще раз подчеркнуть конфиденциальность предоставляемой информации.

3. Проведение оценки подчиняется алгоритму, который выстраивается в зависимости от принадлежности человека к определенной целевой группе.

4. Итогом оценки являются: а) выяснение запроса, и при необходимости – переформулирование запроса в проблему; б) определение дальнейших шагов в отношении оказания помощи клиенту. Эти шаги должны быть предложены клиенту и одобрены им.

В ходе проведения исходной оценки и далее, при составлении плана сопровождения, специалисту не следует забывать о клиент-центрированном подходе и о том, что жизненная история каждого клиента и его поступки имеют под собой серьезные причины, которые нельзя игнорировать [30].

Оценка потребностей строится на принципе доверия специалиста к информации, предоставляемой клиентом. Если в ходе дальнейшей работы часть сведений окажется ложной, специалисту следует скорректировать свои действия, профессионально объяснив клиенту, что попытки обмана лишь затрудняют совместную работу. Специалист проводит оценку, используя метод мотивационного интервью. Как правило, основной мотивацией при обращении клиента в службу является решение наиболее актуальной проблемы, например, трудоустройство или жилье. Проблемы, связанные с состоянием здоровья, часто отходят на второй план. Целью работы специалиста по оценке состояния клиента является определение всего комплекса проблем.



Оценка состояния клиента включает выявление следующих показателей [22]:

- общее и профессиональное образование;
- трудовые навыки, в том числе в местах лишения свободы;
- наличие жилья; наличие регистрации по месту жительства;
- наличие необходимых документов;
- материальное положение, источники дохода;
- информация о судимостях: количество судимостей, статьи, по которым человек был осужден, сроки отбывания наказания в местах лишения свободы;
 - социальная сеть: наличие детей, родителей, родственников, знакомых; их взаимоотношения с клиентом и роль в его жизни; наличие групп поддержки, специалистов, чьими услугами клиент пользуется;
 - состояние здоровья. Общее состояние здоровья, наличие соматических, психических расстройств и заболеваний, хронических вирусных гепатитов, туберкулеза. Уточнение, состоит ли человек на учете по имеющимся заболеваниям, как часто наблюдается у специалистов, имеет ли инвалидность;
 - употребление наркотиков и алкоголя. История употребления наркотиков, алкоголя; основной наркотик и способ его употребления; длительность употребления наркотиков/алкоголя; проходил ли наркологическое лечение, реабилитации; продолжительность ремиссии, причины рецидива, состоит ли на учете в наркологической службе, участвует ли в реабилитационных программах;
 - наличие ВИЧ/СПИДа. ВИЧ-статус, дата последнего обследования на ВИЧ; имеются ли в анамнезе ВИЧ-ассоциированные условно-патогенные инфекции. Приверженность лечению ВИЧ-инфекции. Состоит ли на учете в СПИД-Центре, получает ли АРВТ;
 - психическое здоровье. Анамнез психического здоровья клиента и его родственников; проходил ли психиатрическое лечение, была ли госпитализация по психиатрическим показаниям, попытки суицида; состоит ли на учете в психоневрологическом диспансере.

По каждому вопросу необходимо выяснить:

- причины и степень остроты проблем;
- способность клиента к решению проблем;
- возможности социальной сети клиента в содействии решения текущих проблем;
- наличие ресурсов учреждений по решению проблем клиента.

Исходя из выявленных проблем, формулируются задачи и приоритетность их решения. Определяются возможности клиента, его потенциал по решению каждой из поставленных задач. Необходимо определить наличие предыдущего опыта решения той или иной проблемы, информирован-

ности клиента о стратегиях поведения в различных жизненных ситуациях. Если у клиента есть отрицательный опыт по решению актуальных проблем, консультанту требуется проанализировать вместе с ним предыдущий опыт, определить причины неудачного результата и дать рекомендации по конструктивному решению проблемы в будущем.

При проведении оценки ситуации клиента, специалист использует информацию и рекомендации по его сопровождению, полученные от специалистов учреждения исполнения наказания: психолога, социального работника, врача-инфекциониста, врача психиатра-нарколога.

Необходимо составить заключение потребностей клиента, которое будет содержать:

- резюме основных анкетных данных;
- перечень основных потребностей клиента;
- перечень приоритетных проблем клиента;
- описание состояния здоровья, психологического и социального статуса;
- наличие факторов риска в решении проблем;
- наличие поддерживающей социальной сети;
- заключение о мотивации и способностях клиента в решении проблем.

* Документация: Анкета клиента

СТАДИЯ 3: Создание плана оказания услуг

Как правило, при обращении за помощью наркозависимый ориентирован на решение одной, наиболее актуальной для него проблемы. При выявлении всего комплекса проблем и необходимости последовательного, возможно долговременного процесса их решения, он может быть не готов к устранению других, не менее значимых для него проблем. Помочь осознать необходимость комплексного решения всех поставленных задач может составление индивидуального плана социального сопровождения.

Таблица 1. Этапы планирования

Этап	Содержание	Вопросы для изучения	Деятельность
1	Сбор информации	Что необходимо сделать?	Сбор и оценка информации
2	Концептуализация	Что возможно?	Моделирование
3	Дизайн	Что реально?	Выработка стратегии
4	Претворение в жизнь	Какие шаги необходимо предпринять?	Планирование действий
5	Оценка	Что необходимо изменить?	Выработка нового плана





План сопровождения определяет направление, в котором клиент движется в рамках Программы. Это последовательность шагов, которые клиент и специалист совместно вырабатывают и выполняют.

План сопровождения должен быть структурированным, определенным во времени и непрерывным. План индивидуальной работы основывается на полученной в ходе оценки информации, и содержит описание краткосрочных и долгосрочных целей, задач и этапов их решения. Задачи должны быть конкретными и достижимыми. Индивидуальный план содержит описание действий по решению каждой задачи, ожидаемые результаты, распределение ответственности (кто и за что отвечает) и определение сроков решения задач. Важным в процессе разработки плана является активное участие наркозависимого. План не может быть навязан консультантом. Задача консультанта – обсуждать варианты правильных решений по каждой из выявленных проблем, и объяснять их целесообразность для клиента.

У клиента всегда есть альтернативные решения, соответственно, важным фактором является самостоятельность, когда он принимает на себя ответственность за решение и его последствия, когда он в состоянии сам выдвигать и оценивать альтернативу. Необходимо помнить, что социализация, усвоение социального опыта, в конечном счете, заключается не только в том, чтобы дать индивиду представление о социальных нормах, санкциях и ролевых предписаниях, но и перевести их во внутренний план, превратить во внутренние поведенческие регуляторы.

Процесс принятия решения состоит из нескольких этапов:

1. Сбор всех возможных вариантов решения проблемы. На этом этапе задача сопровождаемого и консультанта состоит в рассмотрении как можно большего числа вариантов. Консультант предлагает сначала клиенту высказать возможные варианты с его точки зрения, а затем вносит свои предложения, не озвученные клиентом. При этом необходимо определить все возможности без учета реальности их выполнения и обоснованности. Все варианты записываются.

2. Сбор дополнительной информации по каждому варианту решения. Чем более полная информация будет собрана, тем с большей уверенностью можно будет принять или отвергнуть каждый из возможных вариантов решения.

3. Обсуждение возможностей клиента в достижении каждого из выбранных вариантов решения. Клиент отвечает на вопрос: «Могу ли я на деле добиться решения данного варианта?»

4. Обсуждение каждого варианта с точки зрения соответствия принципам клиента, его этическим нормам и жизненным целям. На данном этапе выбираются варианты, которые учитывают эти факторы. Клиент отвечает на вопрос: «Хочу ли я на деле добиться данного варианта решения проблемы?»

5. Разработка конкретного плана действий и определение факторов, способствующих или препятствующих выполнению определенного варианта решения проблемы.

6. Формулировка плана действий, позволяющего решить поставленные задачи, и при этом предполагающего новые возможности и развитие. Принимать решение по возможному варианту необходимо с учетом его перспективности для развития клиента в целом. Решение не должно быть «тупиковым». Для удобства выбора можно предложить клиенту составить следующую таблицу.

Таблица 2. Сравнение вариантов решения проблем

Вариант	необходимые условия	возможность	желание	преимущества	недостатки
1.					
2.					
3.					

Клиент берет на себя обязательства по выполнению задач, определенных планом, а консультант, со своей стороны, гарантирует содействие в их решении. Данные обязательства подтверждаются подписями клиента и консультанта в индивидуальном плане. Таким образом, осуществляется разделение ответственности, что позволяет сопровождаемому осознать собственную, активную роль в процессе, с другой стороны, план позволяет специалисту видеть четкие рамки ответственности перед клиентом, и тем самым устраняется возможность манипуляции со стороны клиента. Такая форма сотрудничества является фактором защиты в возникновении синдрома эмоционального выгорания у специалиста.

В разработке индивидуального сервисного плана социальный работник и клиент участвуют в равной степени. Это подталкивает клиента к принятию собственных решений и активному включению в процесс планирования. Консультант, прежде всего, ответственен за разработку подобного плана вместе с наркозависимым и, если уместно, с членами его семьи. Сюда должно входить обсуждение ожидаемых результатов или последствий выбора одного из вариантов осуществления разработанного плана.

Роль консультанта состоит, в основном, в координировании деятельности различных служб помощи по поддержке клиента, участие которых предусмотрено сервисным планом. Специалист по сопровождению призван, по возможности, устранять административные и организационные препятствия и сложности, возникающие в ходе предоставления клиенту необходимых услуг. Функция службы социального сопровождения состоит в том, чтобы осуществлять контакт с лицами, официально и неофициально предоставляющими услуги социального сопровождения, с целью



достижения договоренности о предоставлении подобных услуг, согласно плану работы с клиентом. Действия, которые предстоит предпринять клиенту, социальному работнику и другим лицам, в том числе членам семьи клиента, должны быть четко определены. Представляется важным, чтобы на стадии разработки плана работы консультант обладал обширными знаниями относительно местных ресурсов с тем, чтобы использовать их для удовлетворения потребностей клиента. Если же социальному работнику потребуются дополнительные специальные знания или навыки, он должен проконсультироваться с другими специалистами на этот счет [14]. План работы с клиентом является документом, в который постоянно вносятся изменения, в силу того, что он систематизируется, подкрепляется текущей документацией, рассчитан на определенный период времени и дополняется необходимыми данными. Корректировка плана происходит не реже, чем один раз в три месяца. В нем уточняется, как будет измеряться успех работы с клиентом, и прописываются те данные, на основании которых будет возможно определить степень эффективности деятельности социального работника, а также обосновать необходимость предоставления услуг или направления на их оказание. Итак, индивидуальный план должен содержать краткосрочные и долгосрочные цели, ограниченные по времени достижения, адекватные ситуации клиента и соотносимые с возможностями консультанта и конкретной службы социального сопровождения. Предполагается, что в процессе разработки плана активную роль играет клиент, поскольку только он в состоянии адекватно сформулировать цели работы, направленной на решение его проблем. Для составления плана сопровождения можно использовать только проверенную, достоверную информацию о доступных услугах. Индивидуальный план должен базироваться на информации, собранной во время оценки, и содержать:

- описание потребностей клиента, систематизированных по степени их приоритетности;
- определение специфических, фиксированных по времени, шагов по достижению поставленных целей;
- информацию о разделении ответственности между участниками Программы сопровождения;
- описание усилий, направленных на координацию процесса предоставления услуг;
- описание ожидаемых результатов;
- информацию о мероприятиях по использованию услуг;
- информацию по вновь появившимся потребностям, вносимым изменениям и оценке.

Структура индивидуального плана достаточно проста и практична:

- имя клиента;
- имя ответственного сотрудника;

- выявленные потребности;
 - дата, когда была идентифицирована потребность;
 - перечень мероприятий, необходимых для решения выявленных потребностей;
 - ответственные за выполнение мероприятий специалисты;
 - дата начала мероприятия;
 - дата выполнения мероприятия и его результат;
 - подписи сторон (клиента и консультанта).
- * Документация: Индивидуальный план сопровождения

СТАДИЯ 4: Психологическая поддержка и консультирование в процессе сопровождения

Контроль выполнения индивидуального плана работы и различные координирующие действия являются обязанностью специалиста по сопровождению, и начинаются сразу же после того, как был составлен план работы. Консультант оказывает клиенту, членам его семьи и лицам, имеющим к нему непосредственное отношение, необходимую помощь в целях изменения жизненной ситуации самого клиента, связываясь со специалистами или организациями, предоставляющими соответствующие услуги. Если план работы недостаточно соответствует нуждам сопровождаемого, членов его семьи и лиц, имеющих к нему непосредственное отношение и т. д., он может быть изменен. Все действия по изменению плана должны быть согласованы с клиентом, одобрены им и зафиксированы. По мере возможности, следует предоставлять клиентам выбор относительно доступных и квалифицированных лиц или организаций, предоставляющих услуги социального сопровождения. Чтобы это оказалось возможным, социальным работникам необходимо развивать взаимоотношения с различными специалистами данного профиля. Консультант должен обсуждать с клиентом преимущества и недостатки каждого возможного варианта, а также, при его желании, помогать в выборе конкретного лица или организации, к которому/в которую он мог бы обратиться за помощью. Организации, предоставляющие соответствующие услуги, должны принимать непосредственное участие в разработке плана работы с клиентом, в той степени, в которой это возможно. Даже в случае, если личная встреча с клиентом в организации, которая будет предоставлять ему определенные услуги, невозможна, необходимо определить ответственное лицо, отвечающее за контроль над процессом их предоставления в соответствии с установленными индивидуальным планом временными рамками.

В процессе сопровождения следует «приучить» клиента сообщать специалисту обо всех изменениях, достижениях и неудачах, которые происходят по мере выполнения плана сопровождения. При этом клиент должен знать, что в случае, если он не появился и не сообщил о себе в момент,





когда это было предусмотрено договоренностью, специалист по сопровождению имеет право связаться с ним. Все результаты общения между клиентом и специалистом отражаются в рабочем плане.

Крайне насущным для специалистов по сопровождению является вопрос о том, что делать с клиентом, если его запрос в данный момент удовлетворить невозможно.

1. К ним нужно быть готовыми. Готовность в данном случае предполагает, что специалист не растеряется и не начнет путать и «заговаривать» клиента. Крайне нежелательна ситуация, когда специалист, не решаясь сказать о невозможности предоставления услуги, пытается заменить ее другой, действуя якобы в интересах клиента.

2. Важно помнить, что такие ситуации могут иметь разные обоснования:

- а) услуга не может быть оказана именно сейчас;
- б) условия предоставления услуги неприемлемы для клиента;
- в) услуга отсутствует, и поэтому действительно не может быть предоставлена [30].

Запросы, требующие длительного рассмотрения (например, решение проблем с жильем), рекомендуется оформлять в виде списков, «ожидающих решения». Сопровождаемому в этом случае необходимо объяснить, как протекает процесс занесения в список, и сколько времени может потребоваться на его реализацию. Социальное сопровождение включает работу консультанта по психологической поддержке и консультирование. Психологическая поддержка необходима для усиления мотивации клиента на социальную адаптацию и укрепление здоровья. Учитывая комплекс социальных проблем клиента, отношение близких, а также положение в обществе, психологическая поддержка со стороны консультанта может стать определяющей в формировании позитивной мотивации клиента, его уверенности, желании «быть кому-то нужным».

Перечень основных мероприятий сопровождения [26]:

- восстановление коммуникативных навыков;
- обучение навыкам противостояния стрессовым ситуациям;
- медико-социальная профилактика срывов; обучение определению предвестников обострения влечения к психоактивным веществам и преодолению рецидивов заболевания;
- обучение анализу и оценке саморазрушающего поведения;
- формирование ответственности за свое поведение, с акцентом на здоровый образ жизни;
- формирование или восстановление навыков систематического труда и учебы;
- стабилизации профессиональных отношений, возобновление положительных социальных контактов;

- нейтрализация наркотической субличности и ее влияния на личность в целом, осознание и развитие здоровых конструктивных частей личности;
- формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок;
- формирование реальной жизненной перспективы;
- восстановление семейных отношений;
- психологическая работа с родственниками клиента, направленная на расширение их знаний о медико-социальных последствиях наркомании и ВИЧ-инфекции, обучение навыкам оказания психологической поддержки больным и контролю их состояния с целью предупреждения рецидивов заболевания, преодоление со-зависимости;
 - расширение доступа к медицинской помощи;
 - формирование мотивации на участие в реабилитационных программах и стремление к жизни без психоактивных веществ;
 - формирование целенаправленной деятельности и повышение нормативных уровней притязаний и социальных интересов;
 - восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции, с упором на приоритет положительных эмоций при решении личных и социальных задач;
 - и в целом, повышение качества жизни клиента.

Специалист по сопровождению должен быть готов к тому, что составленный на бумаге план начнет «буксовать». Можно выделить две группы причин, которые к этому приводят, внутренние и внешние.

К внешним причинам относится все, что связано с работой организации, предоставляющей услуги. К внутренним причинам – обусловленные поведением и поступками клиента или ошибками, совершенными специалистом по сопровождению в процессе разработки индивидуального плана.

Поддерживающее консультирование является основным механизмом социального сопровождения. Задачи поддерживающего консультирования заключаются в оценке ситуации клиента на момент первичного контакта, выявлении проблемы, требующей незамедлительного вмешательства, предоставлении клиенту рекомендаций и полезной информации, а также в оказании ему психологической поддержки. При консультировании всегда используется индивидуальный подход. Работа с факторами, влияющими на изменение рискованного поведения, проводится с учетом готовности клиента к переменам: осознание риска и собственной уязвимости, понимание возможностей по преодолению социальных барьеров, наличие/отсутствие социальной поддержки и др. Клиент-центрированное консультирование является базисной составляющей социального сопровождения.

Вопрос поддержания мотивации для участия в Программе – один из ключевых в службе социального сопровождения. Процесс сопровождения длите-





лен, и он не всегда проходит гладко. Часто клиенты, получив помощь в решении насущных проблем, попросту исчезают. Взаимоотношения специалиста и клиента строятся на основе двух документов: договора и плана сопровождения. До тех пор, пока клиент не заявит о том, что более не считает нужным выполнять обязательства, изложенные в этих документах, консультант вправе требовать от клиента ранее достигнутых договоренностей. Если клиент заявляет о решении покинуть Программу – это его решения, и консультант не может и не должен пытаться повлиять на него. Другое дело – сделать так, чтобы у клиента не возникало желания уйти из Программы на полпути.

Служба сопровождения – это зона безопасности для клиента. В ней нужно предусмотреть предоставление таких услуг, как консультирование, проведение групп самопомощи или групп поддержки, школы пациентов, тренингов по снижению риска и других привлекательных для клиентов услуг. В этом случае, сопровождение как процесс встраивается в систему мотивирующих факторов и на определенный период становится органичной частью жизни клиента [30].

В своей работе специалист по социальному сопровождению обязательно сталкивается с клиентами, которые находятся в кризисном состоянии. Клиент, работа с которым еще вчера шла в нормальном русле, на следующий день может оказаться перед специалистом в совершенно «нерабочем» состоянии. Крайне обобщенно всех «кризисных клиентов» можно разделить на две группы. К первой группе относятся те, для кого наличие кризисной ситуации стало поводом обращения в службу сопровождения. Ко второй группе – клиенты, оказавшиеся в кризисной ситуации, уже будучи участниками программы сопровождения. Наличие критического состояния у клиента является для специалиста своеобразным стоп-сигналом, при котором он прекращает выполнять действия, связанные с работой в рамках цикла сопровождения, и переключается на работу с кризисным состоянием. Вне зависимости от причин и времени кризиса специалист по сопровождению должен проводить кризисную интервенцию. И только после того, как состояние клиента перестанет быть критическим, приступить к дальнейшей работе [30].

Знания, необходимые специалисту в процессе консультирования клиента по основным вопросам:

ДОКУМЕНТЫ

Первой проблемой, с которой сталкиваются лица, вышедшие из мест лишения свободы, является отсутствие документов и, прежде всего, паспорта.

В соответствии с законодательством Российской Федерации при освобождении из учреждений, исполняющих наказание в виде лишения свободы, в случае отсутствия у осужденного паспорта, он оформляется и выдается паспортно-визовым подразделением органов внутренних дел, на

территории обслуживания которых находятся исправительные учреждения. Подача документов и заявление о выдаче или замене паспорта производится не позднее, чем за 15 дней до освобождения. Осужденный своевременно должен обратиться с данным вопросом в адрес администрации исправительного учреждения, при этом расходы, связанные с выдачей паспорта, удерживаются из средств, находящихся на лицевом счете осужденного. В случае отсутствия денег на лицевом счете, выдача паспорта осуществляется за государственный счет.

Но если паспорт не был получен в исправительном учреждении, либо срок действия паспорта истек в связи с достижением определенного возраста, либо паспорт пришел в негодное состояние, осужденный занимается получением или обменом паспорта самостоятельно после освобождения. Выдача и замена паспортов производится органами внутренних дел по месту жительства.

ЖИЛЬЕ

Как в период отбывания наказания, так и после освобождения за гражданином сохраняется право на жилье. Прибыв к месту жительства или к месту пребывания, гражданин обязан встать на регистрационный учет: в течение 7 дней со дня прибытия при регистрации по месту жительства; в течение 3 дней – при регистрации по месту пребывания. В случае если кто-то препятствует вселению на законных основаниях в жилое помещение, гражданин может обратиться в суд по месту нахождения этого жилого помещения с исковым заявлением на основании ст. 301 Гражданского кодекса Российской Федерации и ст. 305 Гражданского кодекса Российской Федерации.

В случае если орган паспортно-визовой службы отказал в регистрации по месту жительства, следует запросить письменный отказ, в котором будет указана причина. Если причина отказа носит «технический» характер, например, не представлены необходимые документы, то ее необходимо устранить. Если отказ вызван иными причинами, можно обжаловать его в суде.

В случае если во время отбывания наказания квартира, в которой гражданин проживал, был нанимателем или членом семьи нанимателя, и был зарегистрирован в ней, была приватизирована без его участия, он имеет право обратиться в суд по месту нахождения данной квартиры.

При отсутствии жилья у освобожденного, возможно получение места в общежитии или иного ведомственного жилья, предоставляемого организацией по месту работы.

В Санкт-Петербурге созданы государственные Центры социальной адаптации для лиц, освободившихся из мест лишения свободы, предназначенные для временного пребывания людей, по каким-либо причинам не имеющим жилья.



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС, в объеме и на условиях соответствующих программ.

Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российская Федерация имеет соглашения по данному вопросу.

При трудоустройстве человек обязан получать страховой полис у работодателя или в страховой медицинской организации. Безработные же могут получить полис обязательного медицинского страхования по месту последней постоянной регистрации в Городском пункте учета граждан Российской Федерации без определенного места жительства, где выдадут полис и разъяснят порядок получения медицинской помощи.

В соответствии с Положением о порядке организации обязательного медицинского страхования неработающих граждан в Санкт-Петербурге (Приказ Территориального фонда обязательного медицинского страхования №149-А от 29.06.2005), если гражданин имеет регистрацию по месту пребывания, то для получения медицинских услуг, предусмотренных системой обязательного медицинского страхования, ему необходимо представить в лечебном учреждении свой паспорт, свидетельство о регистрации по месту пребывания и трудовую книжку. Для неработающих граждан, не имеющих постоянной регистрации в Российской Федерации и зарегистрированных по месту пребывания, необходимо предоставление следующих документов: ксерокопия паспорта, свидетельство о регистрации по месту пребывания, листок убытия с прежнего места жительства, ксерокопия трудовой книжки.

Если нет регистрации ни по месту жительства, ни по месту пребывания, в Санкт-Петербурге человек может обратиться в общественную благотворительную организацию «Ночлежка». При наличии документа, удостоверяющего личность (паспорт или справка об освобождении), его поставят на учет и дадут соответствующую справку, которая не является полисом обязательного медицинского страхования, но принимается стационарными медицинскими учреждениями как гарантия оплаты услуг Территориальным Фондом Обязательного медицинского страхования.

При увольнении человека с постоянного места работы, организация, его страхователь, обязана получить выданный ему ранее страховой полис, который передает страховой медицинской организации не позднее десяти дней после увольнения (Распоряжение губернатора «О Правилах обязательного медицинского страхования граждан в Санкт-Петербурге»).

Что касается скорой и неотложной медицинской помощи, то она оказывается и без наличия полиса и регистрации.

ТРУДОУСТРОЙСТВО

После завершения медицинского и психологического этапов реабилитации наступает момент решения социальных проблем, таких как повышение профессиональной квалификации и трудоустройство. Из-за отсутствия опыта в решении социальных вопросов у наркозависимых именно на этой стадии происходит стагнация, а затем и постепенный регресс позитивных поведенческих изменений. Во избежание этого, на данном этапе консультант проводит социальное ориентирование сопровождаемого, включающее такие мероприятия как профессиональная ориентация, профессиональная диагностика, проигрывание различных ситуаций, например «собеседование с работодателем» или «отказ в приеме на работу». Это позволяет клиентам получить опыт, помогающий им в реальной ситуации поиска работы.

Для наркозависимых людей характерны следующие особенности состояния здоровья и социального статуса, которые влияют на организацию трудоустройства и, в целом, на успех реабилитационного процесса:

- наличие наркозависимости;
- наличие ВИЧ – инфекции и вирусных гепатитов;
- отсутствие на момент обращения за помощью какого-либо профессионального образования, а часто – отсутствие среднего образования. Сложность заключается в том, что молодые люди, как правило, не готовы получать полноценное профессиональное образование, поскольку первоочередной задачей для них является заработок;
- отсутствие документально подтвержденного опыта работы, даже при наличии такового;
- отсутствие навыков поиска рабочего места, низкая или, наоборот, завышенная самооценка, дезориентация на рынке труда;
- наличие судимостей.

При организации программы содействия в трудоустройстве необходимо оценить и учесть следующие качества личности наркозависимого клиента:

- интеллект: структура общих способностей и способностей к обучению;
- специальные способности: уровень развития специальных способностей и их структуры;
- интерес: тенденции поведения, проявляющиеся в мотивации, желании и выполнении клиентом определенных видов деятельности;
- ценностные ориентации личности в отношении трудовой деятельности. Ценности подразделяются на внутренние (содержательные) – то, что содержит в себе сам процесс труда и его непосредственный продукт как та-





ковой, и внешние (сопутствующие) по отношению к процессу труда, такие как оплата, престиж, социально-психологические условия [15];

- отношение к труду, работе и профессии. Отношение к труду является производным от системы ценностей. Оно формируется в процессе становления личности и карьеры, определяет эффективность и производительность осуществляемой деятельности;

- потребности: определение мотивов выбора профессии и ожидаемая успешность в этой профессии;

- определение наиболее общих моделей поведения, которые, в свою очередь, оказывают влияние на трудовое поведение;

- профессиональная зрелость: определение соответствия профессионального развития достигнутому возрасту.

Профессиональная зрелость является значимым фактором в процессе поиска места работы и успешной трудовой деятельности. Основными характеристиками профессиональной зрелости являются:

- заинтересованность в том, чтобы при выборе профессии использовать все имеющиеся ресурсы и информацию;

- способность к получению новой информации и планированию места работы применительно к себе;

- однородность профессиональных предпочтений в течение длительного времени в одной профессиональной области;

- зрелость интересов, независимость от других людей и обстоятельств при выборе профессии, соответствие ценностей выбираемой работы собственным интересам.

Из этих характеристик следуют основные параметры профессиональной зрелости:

- автономность. Способность человека к самоопределению, выбор профессии должен восприниматься как собственное решение, а не навязанное извне;

- информированность о мире профессий. Осведомленность об отдельных профессиях или группах профессий;

- умение принимать решения;

- умение планировать свою профессиональную жизнь;

- эмоциональная включенность в ситуацию решения проблемы трудоустройства [33].

При организации работы по содействию в трудоустройстве для целевой группы выделяются три основных направления:

1. Подготовка к трудоустройству. В рамках этого направления проводятся мероприятия по профориентации. Здесь, прежде всего, необходимо определить желания и реальные возможности человека, провести анализ уровня развития социальных навыков, необходимых для успешного трудоустройства. Детальный анализ социального статуса каждого конкретного

клиента позволяет более четко сформировать индивидуальную программу поиска рабочего места и трудоустройства. Средняя продолжительность программы составляет 2-3 недели.

2. Информационное консультирование. Это направление работы включает в себя предоставление информации по поиску вакансий через специализированные газеты, Интернет-ресурсы, информационные ресурсы Службы занятости населения. Консультант дает рекомендации о стратегии поведения при контакте с работодателем, по редакции или заполнению документов, необходимых для трудоустройства, по составлению резюме и размещению его в специализированных источниках. Это позволяет молодым людям, имеющим профессиональные навыки, пользоваться существующими информационными услугами и при этом находить те вакансии, которые соответствуют их потребностям и опыту.

3. Содействие в получении профессионального образования. Данное направление работы с клиентом является значимым условием успешности процесса поиска рабочего места. Специфические особенности целевой группы, такие как возраст, состояние здоровья и социальное положение, делают для многих невозможным процесс получения профессии общепринятым путем через учреждения профтехобразования. Главным образом это связано с длительностью учебного процесса.

Клиенты, которые обращаются за содействием в устройстве на работу, нуждаются, как правило, в быстром получении специальности и гарантированном трудоустройстве. Такой результат может быть достигнут посредством:

1. Обучения на профессиональных курсах. Это возможно в рамках системы профессиональной подготовки и переподготовки Федеральной службы занятости населения (ФСЗН), и для этого клиенту необходимо получить статус безработного.

2. Обучения на рабочем месте. Этот механизм реализуется за счет наличия на предприятиях вакантных рабочих мест, на которых организовано обучение, что позволяет клиенту получить профессиональное образование по специальности непосредственно на рабочем месте. Для организации этого процесса устанавливаются прямые контакты с отдельными предприятиями, в которых принято обучать новых сотрудников.

Поскольку, начиная выстраивать взаимодействие с клиентом, консультант опирается, в первую очередь, на предъявленный запрос, необходимо провести консультацию, целью которой является определение степени готовности к трудоустройству. Эта характеристика служит основанием для определения дальнейшей стратегии работы с клиентом. Существует ряд показателей, по которым можно определить степень готовности к участию в работе по содействию в организации занятости:

1. Продолжительность ремиссии и наркологический статус в момент





обращения. Наличие ремиссии у наркозависимых сроком более 3 месяцев является неременным условием, которое должно быть выполнено до начала работы по содействию в трудоустройстве и поиске рабочего места. Более короткий срок ремиссии, как правило, означает, что клиент еще не успел справиться с психологической зависимостью, скорее всего, испытывает влечение к наркотикам и рассматривает работу как средство «заглушить» влечение. Такой клиент решает для себя, что работа будет являться для него средством отвлечься от наркотиков и способом занять свое свободное время.

У наркозависимого с коротким сроком ремиссии, как правило, имеются проблемы с самоорганизацией, режимом дня, отсутствуют навыки рационального распоряжения денежными средствами. В таких случаях необходима дополнительная реабилитационная помощь и программа подготовки к трудоустройству.

2. Состояние здоровья. Оценка физического состояния сопровождаемого является вторым ключевым моментом в определении степени его готовности к трудоустройству.

3. Психологический статус. Трудоспособность предполагает наличие внутренних ресурсов, позволяющих самостоятельно справиться с психологическими трудностями, появляющимися в процессе поиска рабочего места и вхождения в новый коллектив. Поэтому начинать работу по подбору рабочего места целесообразно только с теми, кто не испытывает эмоциональных расстройств, в состоянии контролировать собственное настроение и эмоции и имеют собственный потенциал для того, чтобы проделать весь, необходимый для трудоустройства, алгоритм действий. Для клиентов с недостаточным потенциалом необходимо организовать дополнительную поддерживающую программу адаптации.

4. Социальный статус. Эта характеристика отражает формальные показатели, которые необходимо прояснить для успешного трудоустройства: наличие документов, судимостей (погашены/ не погашены), проблем с жильем, наличие детей/иждивенцев [20].

5. Степень ориентированности на рынке труда. Готовность к трудоустройству предполагает осознанный выбор вариантов трудоустройства, адекватную оценку собственных возможностей и реалистичный уровень притязаний. Несоответствие между этими показателями приводит к тому, что поиск рабочего места завершается неудачей. Это может привести к отказу от дальнейших поисков или даже к срыву ремиссии.

Нельзя забывать и о том, что наркозависимый человек законодательно ограничен в выборе рабочего места в силу своего заболевания. Он не может претендовать на следующие виды работ:

- персонал, обслуживающий действующие электроустановки напряжением 127В и выше;

- работы, связанные с применением взрывчатых материалов;
- работники военизированной охраны, служб спецсвязи аппарата инкассации, других ведомств и служб, которым разрешено ношение и применение огнестрельного оружия;
- газоспасательная служба, добровольные газоспасательные дружины, военизированные части и отряды по предупреждению возникновения и ликвидации открытых газовых и нефтяных фонтанов, военизированные горные, горноспасательные команды, пожарная охрана, службы экстренной медицинской помощи, специализированные медицинские бригады постоянной готовности;
- водители автотранспортных средств и городского электротранспорта;
- работы, непосредственно связанные с движением поездов;
- работы, непосредственно связанные с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Больные наркоманией допускаются к работе на транспорте только при наличии стойкой ремиссии продолжительностью не менее 3 лет.

В трудовом законодательстве также существуют нюансы, касающиеся ВИЧ-инфекции. Так, например, требование работодателя при трудоустройстве о прохождении медицинского осмотра как условие заключения трудового договора не может считаться законным, т.к. по общему правилу, обязанность пройти предварительное медицинское освидетельствование вытекает из законодательства. Если же предварительное медицинское обследование предусмотрено нормативными актами государства, работник обязан пройти его. Работодатель обязан организовать проведение такого осмотра за счет собственных средств. Данный перечень профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций является закрытым, и касается, прежде всего, медицинских работников. Поэтому если клиент трудоустраивается не в качестве медицинского работника, то требование работодателя о прохождении медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции является незаконным.

На практике можно столкнуться с требованиями о прохождении медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции не только при трудоустройстве:

- обследование обязательно для доноров крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов при каждом взятии донорского материала;
- обследование обязательно для призывников при прохождении военно-врачебной комиссии;
- обследование обязательно для иностранных граждан при нахождении на территории Российской Федерации свыше 3 месяцев или при трудоустройстве на территории Российской Федерации;



- а также при получении визы в Индию.

Обследованию на ВИЧ-инфекцию/ СПИД подлежат: больные с клиническими показаниями; больные с подозрением или подтвержденными определенными диагнозами; беременные в определенных случаях.

Консультирование по снижению риска является обязательным компонентом Программы сопровождения и проводится постоянно и одновременно с выполнением плана сопровождения. При этом мероприятия, нацеленные на снижение рисков, связанных с ВИЧ-инфекцией, обязательно должны входить являться частью целостной стратегии работы с клиентом.

Например, если клиент является активным наркопотребителем, и в ходе проведения исходной оценки выяснилось, что он не всегда использует стерильный инструментарий, задачей специалиста будет на фоне решения медицинских, социальных и других проблем, сформулированных клиентом в качестве запроса, предложить ему участие в программах, направленных на обучение навыкам безопасного поведения и обеспечения доступа к чистым шприцам. Профилактическая работа с клиентом может быть как индивидуальной, так и групповой. В личный план клиента вполне могут войти несколько тематических занятий на разные темы. Успешное прохождение плана характеризуется не только решением сложных жизненных ситуаций клиента, но и активным вовлечением в подобного рода занятия. Тематами таких тренингов могут быть: безопасный секс, профилактика ИППП, сообщение диагноза сексуальному партнеру, меры снижения рисков при употреблении наркотиков и т.д.

Консультирование по снижению риска является профилактической интервенцией [30].

ЭТАП 5. КООРДИНАЦИЯ УСЛУГ И КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА

При проведении оценки рынка услуг необходимо собрать наиболее полную и четкую информацию о поставщиках медико-социальных услуг. На основе данной информации создается База данных партнерских организаций.

База данных строится по перечню услуг и включает в себя следующую информацию:

- название организации
- адрес
- телефон организации
- контактная информация руководителя и специалистов
- график приема специалистов
- требования, предъявляемые к клиенту: пол, возраст, место жительства, состояния здоровья, наличие документов, справок, результатов анализов и т.п.

- описание услуги: продолжительность, содержание и т.п.
- информация о том, как добраться до учреждения.

Эффективная координация включает в себя наличие полной и четкой информации по графику работы, телефонам, адресам, спектре услуг, условиям приема, требуемым документам. Координация также подразумевает непосредственный контакт между консультантом и другими специалистами, оказывающими клиенту помощь, что повышает эффективность оказываемой помощи и исключает дублирование.

На практике консультант при оценке ситуации клиента, определении приоритетных задач для решения и мотивации к решению проблем, выбирает из базы данных тех организаций, которые оказывают соответствующие услуги. Консультант информирует клиента о правилах обращения, содержании услуг, расписании работы специалистов предлагаемой организации, дает координаты доверенного специалиста или самостоятельно договаривается о визите клиента к специалисту.

Наличие таких проблем как долги, заложенные документы и ценные вещи, нерешенные наркологические, юридические проблемы и т.п., выступают препятствием для получения медико-социальных услуг. В других случаях таким препятствием может быть отсутствие мотивации клиента на получение предложенной помощи или решения задачи [16]. В таких ситуациях консультант оказывает содействие клиенту в разрешении подобных трудностей, и проводит мотивационную работу.

Оптимальным вариантом является согласование со специалистами направления каждого конкретного клиента, выписка клиенту направления с описанием ситуации и рекомендаций по ее решению. Практика показывает, что согласование направления с партнерской организацией в присутствии клиента положительно сказывается на его мотивации по обращению в партнерскую организацию. Это обусловлено тем, что сформированное доверие и чувство безопасности к консультанту переносятся клиентом и на партнерскую сеть, у него появляется чувство неформального отношения к нему и благожелательного отношения со стороны медико-социальных служб, куда он направляется [13].

Консультант должен проконтролировать факт обращения клиента в направленную организацию, нахождения клиента в программе организации и результатов оказанной услуги. В свою очередь после оказания услуги клиенту специалист партнерской организации направляет консультанту свое заключение и дает дальнейшие рекомендации по сопровождению клиента.

На каждого клиента составляется план реабилитационных мероприятий, согласно которому происходит его переход из одного учреждения в другое. Задачей консультанта является обеспечение своевременного перехода клиента в соответствии с индивидуальным планом сопровождения, чтобы клиент не попадал в большие промежутки бездеятельного времени





между выпиской из одного учреждения и приемом в другое в связи с отсутствием мест или иных проблем.

Основная задача организации, входящей в партнерскую сеть – организовать социальное сопровождение лиц, освободившихся из МЛС, удерживать их в системе помощи для решения проблем со здоровьем и поведением.

Клиент может иметь план помощи, составленный совместно с социальным работником ИК. В этом случае во время приемного интервью кейс-менеджер уточняет, нуждается ли план в коррекции, насколько пациент понимает поставленные перед ним задачи, предлагает социальное сопровождение, направляет при необходимости в Центр СПИД или наркологические учреждения.

Если клиент направлен в Социальное Бюро из Центра СПИД или из наркологического центра и не имеет плана помощи, то сотрудник Социального бюро проводит оценку жизненной ситуации, консультирует и при необходимости составляет план решения проблем, предлагает социальное сопровождение.

Сопровождение в Центре СПИД

Консультирование и тестирование на ВИЧ проводится бесплатно и на добровольной основе в кабинете психосоциальной поддержки. При анонимном обследовании не требуется предъявления документов. Для получения справки о ВИЧ-статусе требуется паспорт. Перед взятием крови врач или психолог проводит до-тестовое консультирование. Получение результата обследования обязательно сопровождается пост-тестовым консультированием. При получении положительного результата тестирования на ВИЧ больному рекомендуется диспансерное наблюдение в Центре СПИД. Для получения бесплатной комплексной помощи в Центре ВИЧ-инфицированный пациент обязательно должен пройти процедуру постановки на диспансерный учет.

Если лицо, освободившееся из мест лишения свободы, является ВИЧ-инфицированным, то при посещении Центра СПИД, в первую очередь необходимо проконсультироваться у врача инфекциониста, который произведет осмотр и назначит обследование. На повторный визит к врачу инфекционисту рекомендуется приходить после сдачи анализов и профилактического осмотра специалистов (психиатра-нарколога, фтизиатра, дерматовенеролога, окулиста, невролога, стоматолога, медицинского психолога, гинеколога).

Рассмотрим разные случаи обращения к врачу инфекционисту.

Опция 1. Пациент знает о своем положительном ВИЧ-статусе, но еще не взят на диспансерный учет.

В этом случае он предъявляет свои документы в регистратуру и сообщает, когда и где он проходил тест на ВИЧ с положительным результатом.

Регистратор находит справку о проведенном исследовании, оформляет титульный лист медицинской карты и направляет пациента к доктору. Если пациент не помнит место и время обследования на ВИЧ, эти сведения могут быть найдены в электронной базе данных о случаях инфицирования ВИЧ, находящейся в Центре СПИД.

Опция 2. Пациент еще до заключения под стражу наблюдался в Центре СПИД, на него заведена медицинская карта, он ранее не получал антиретровирусную терапию (АРВТ).

В этом случае больной должен обратиться в регистратуру поликлиники Центра СПИД и подтвердить свою личность (исходя из требования конфиденциальности обращения) и наличие регистрации (в городе – при обращении в городской Центр СПИД, в Ленинградской области – при обращении в областной Центр СПИД). Если у больного паспорт утерян, он может предъявить справку об освобождении или свидетельство о рождении вместе со справкой о регистрации (форму 9). Регистратор сообщает номер кабинета врача, к которому следует обратиться, и относит туда медицинскую карту больного. Карта не дается в руки пациенту (так как помимо сведений о больном является финансовым документом, за который отвечает медицинский персонал Центра СПИД). Врач назначает обследование и профилактический осмотр специалистов

Опция 3. Пациент узнал о диагнозе ВИЧ-инфекция в МЛС и там же начал АРВТ, в Центр СПИД впервые обратился после освобождения.

Пациент проходит процедуру постановки на учет, так же как описано в опции 1. предъявляет доктору медицинские справки о назначенной терапии и последних результатах обследования иммунной системы. Врач инфекционист после оформления медицинской карты и сбора анамнеза направляет пациента к врачам фтизиатру, психиатру-наркологу и психологу. При необходимости может быть назначено лабораторное обследование. Получив результаты анализов и заключения специалистов, лечащий доктор представляет случай на комиссии по АРВТ для подтверждения схемы начатого в МЛС лечения или для подбора новой схемы препаратов. Дальнейшее лечение пациента проводится на основании решения комиссии по АРВТ.

Опция 4. Пациент наблюдался в Центре СПИД, получал АРВТ, но прервал лечение в связи с заключением под стражу.

Больной должен заказать свою медицинскую карту в регистратуре (предъявив документы), посетить доктора и объяснить причину перерыва приема терапии. Для возобновления АРВТ доктор направляет его на обследование и осмотр специалистов. Комиссия по АРВТ назначает схему лечения.

Врач-инфекционист направляет больного к специалистам, в том числе к психологу или специалисту по социальной работе. Для примера приведем





случай:

Молодой человек, 1976 года рождения, взят на учет в Центре СПИД с 2006 г.

Получал лечение АРВ-препаратами (комбивир, стокрин) с положительной динамикой, но оказался в заключении на 1,5 года, из-за чего терапия была прервана.

После освобождения недолгое время употреблял героин, прошел курс детоксикации в городской наркологической больнице (ГНБ). Воздерживается от употребления наркотиков 2 недели, хочет возобновить АРВТ (CD4 - 175 кл./21%, ВН – 41401 коп/мл).

Не работает, но высказывает желание получить помощь в трудоустройстве.

Врач-инфекционист направил пациента к специалисту по социальной работе для подготовки к возобновлению АРВТ.

Вместе с пациентом специалист по социальной работе составил план помощи:

1. Консультирование по вопросам приверженности АРВТ.
2. Консультирование по вопросам зависимости, помощь в выборе наркологического центра и подходящей реабилитационной программы.
3. Направление в общественную организацию, осуществляющую помощь бывшим осужденным, в том числе по трудоустройству и профессиональному обучению.
4. Получение подтверждения через доверенных специалистов об обращении пациента в рекомендуемые центры, после чего назначение АРВТ.
5. Если не обращался в организации, выяснить причины.

В Городском Центре СПИД к началу 2009 г. на диспансерном учете состояло 18000 ВИЧ-инфицированных пациентов, из них около 3000 получали антиретровирусную терапию.* Эти цифры отражают большую нагрузку врачей-инфекционистов, за каждым из которых закреплено по 3 административных района города. В течение одной шестичасовой смены врачу приходится принимать от 12 до 25 пациентов. В таких условиях трудно говорить о возможности создания «зеленого коридора» для участников проекта. Поэтому необходимо при освобождении пациента из МЛС ориентировать их на дополнительную помощь со стороны психологов и специалистов по социальной работе Центра СПИД, которые объяснят им необходимость, смысл и порядок получения комплекса услуг в данном учреждении.

На доврачебном этапе специалист по социальной работе осуществляет следующие функции:

- устанавливает эмоциональный и интеллектуальный контакт.

*Г.В. Волкова, В.Е. Жолобов, О.В. Кольцова, А.Г. Рахманова, Е.З. Чикадзе. Медико-психологическая и социальная помощь с ВИЧ/СПИДом. СПб, 2009.

- изучает и анализирует социальную ситуацию пациента.
- проводит индивидуальное и семейное консультирование.
- совместно с психотерапевтом/психологом оценивает выполнение пациентом графика намеченных посещений, его дисциплинированность и открытость.
- осуществляет сопровождение пациента и его ближайшего окружения.
- мотивирует пациента на визит к врачу во время беседы с ним лично или по телефону. Напоминает о дате следующего посещения, предоставляет необходимую информацию.

На врачебном этапе лечащий врач:

- устанавливает/поддерживает контакт с пациентом.
- определяет наличие показаний для начала терапии, либо оценивает динамику субъективных клинических и лабораторных показателей в процессе лечения.
- оценивает уровень информированности пациента, его готовность начать/продолжать лечение.
- знакомит пациента с информированным согласием. Отвечает на возникшие вопросы (см. Приложение №9).
- получает информированное согласие на обследование, консультации специалистов, психологическое тестирование, прием противоретровирусных препаратов, диспансерное наблюдение.
- консультирует по приему препаратов.
- направляет на консультацию к психотерапевту/психологу.
- при наличии показаний направляет на консультацию к наркологу.

Если врач и специалист по социальной работе обнаруживают у пациента, недавно освободившегося из МЛС, комплекс проблем, они рекомендуют ему обратиться к кейс-менеджеру в Социальное Бюро «Центра профилактики наркомании».

Передавая пациента в сопровождение сотрудника общественной организации, специалисты по социальной работе и психолог Центра СПИД, совместно с лечащим врачом, продолжают наблюдать его и оказывать всестороннюю консультативную помощь, в которой нуждается пациент.

Сотрудник общественной организации должен иметь представление о специфике социальной работы с пациентом в Центре СПИД и психологической помощи, которая ему необходима на разных этапах сопровождения.

Состояние физического здоровья людей, живущих с ВИЧ, отличается нестабильностью, которая становится все более выраженной на поздних стадиях заболевания. Так как защитная система организма страдает, большим угрозам подвержены развитию синдрома приобретенного иммунодефицита, и они чаще подвержены разного рода заболеваниям, которые переносятся тяже-





ло и протекают длительно. Нестабильность соматического состояния отражается на состоянии психики и затрудняет социальную адаптацию.

Принятие диагноза «ВИЧ-инфекция» и сопутствующих ему ограничений во многом определяется личностной реакцией на болезнь. Для одних людей получение подобного диагноза через страдания приводит к осознанию ценности жизни и побуждает беречь ее, стремиться к положительным изменениям. Например, человек начинает вести здоровый образ жизни, выбирает более безопасную по своим условиям работу или более щадящий график работы. Другими людьми, получившими диагноз ВИЧ-инфекция, овладевает страх приближающейся смерти, они становятся обидчивыми, раздражительными, что ведет к деструктивному поведению, потере смысла жизни. Помощь нужна и тем, и другим, но социальный работник должен предлагать ее очень деликатно, так как пациенты могут ее воспринимать по-разному, и в некоторых случаях считать вмешательством в их личную жизнь. Чтобы получить доверие пациентов, предлагаемую помощь необходимо обосновывать.

ВИЧ-инфицированным необходимы знания о мерах профилактики, о перспективе АРВТ, о системе получения социальной поддержки. Чтобы вовлечь пациентов с ВИЧ в динамическое диспансерное наблюдение, настроить на правильный прием антиретровирусной терапии (АРВТ), а также подготовить к осознанному материнству, важно, в первую очередь, основательно и на доступном языке предоставить информацию о результатах обследования иммунной системы, течения заболевания, как действуют профилактические меры и лечение ВИЧ-инфекции.

У больных может отсутствовать навык обращения за медицинской помощью и опыт динамического наблюдения в медицинском учреждении, тогда необходимо его сформировать.

Болезнь одного человека меняет жизнеустройство всех членов его семьи. Социальный работник оказывает поддержку лицам, осуществляющим постоянный уход за больным, так как они могут иметь серьезные проблемы в социальной сфере, такие как, к примеру, потеря работы в результате того, что они заботятся о родственнике в ущерб своим рабочим обязательствам.

Для сбора информации социальный работник может использовать директивные и недирективные техники, а также их комбинацию.

Открытые вопросы, такие, например, как: «на что жалуетесь?», «кто в семье знает о вашем диагнозе?» – позволяют пациенту высказаться, выразить свою обеспокоенность. Недирективный подход позволяет проникнуть в индивидуальную ситуацию, но не дает возможности структурировать беседу, часто занимает много времени, отчего может сократиться время приема других больных. Недирективные техники сбора информации используются, главным образом, в беседе с больными, переживающими пси-

хологический кризис.

Интервьюирование по строго заданной схеме имеет свои преимущества, так как позволяет собрать основную информацию о базовых потребностях человека, но требует от интервьюера хороших коммуникативных навыков, умение переключаться с одной темы на другую, ведя за собой пациента.

Учитывая реалии современной системы здравоохранения, специалисты часто используют сокращенные процедуры проведения приемного интервью.

При оценке жизненной ситуации специалист по социальной работе Центра СПИД руководствуется международной классификацией болезнью 10-го пересмотра (МКБ-10), в первую очередь, разделами, стоящими под заголовком Z00–Z99 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения»:

- проблемы, связанные с обучением и грамотностью;
- проблемы, связанные с работой и безработицей;
- проблемы, связанные с обстоятельствами жилищного и экономического характера;
- проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни;
- другие проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства;
- проблемы, связанные с определенными психосоциальными обстоятельствами;
- проблемы, связанные с другими психосоциальными обстоятельствами;
- проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни;
- проблемы, связанные с зависимостью от лица, обеспечивающего помощь и уход.

В каждом из разделов приводятся более детальные формулировки проблемных ситуаций. Например, раздел Z60 включает в себя следующие темы:

- проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни;
- нетипичная ситуация с родителями;
- проживание в одиночестве;
- трудности, связанные с принятием другой культуры;
- социальная изоляция и остракизм;
- жертва ощущаемой дискриминации и гонения;
- другие проблемы, связанные с социальным окружением;
- проблема, связанная с факторами социального окружения.

Во время первичных бесед больной получает необходимую для него информацию об основном заболевании. Социальный работник может раскрыть ряд тем на доступном для пациента языке:





- как вирус иммунодефицита вызывает болезнь;
- значение показателей CD4 и вирусной нагрузки;
- каким образом можно предупредить передачу ВИЧ-инфекции с достаточной степенью надежности;
 - о необходимости остерегаться других инфекций, передающихся половым путем, так как они отягощают течение ВИЧ-инфекции, а также о существовании риска заражения другим, более патогенным или устойчивым штаммом ВИЧ;
- как проходит лечение ВИЧ-инфекции, и насколько успешным оно может быть;
 - как правильное сбалансированное питание, прогулки на свежем воздухе и другие профилактические меры позволяют улучшить прогноз;
 - где можно получить дополнительную информацию;
 - об учреждениях, оказывающие помощь в районе проживания, где есть подготовленные специалисты по вопросам ВИЧ.

Проведенная во время приемного интервью оценка жизненной ситуации позволяет выделить те факторы, которые могут помешать формированию приверженности лечению ВИЧ-инфекции. Пациенту, возможно, потребуется ряд консультаций по выявленным во время приемного интервью проблемам. При планировании консультаций можно так же ориентироваться на МКБ-10 по следующим разделам Z70 и Z71:

- Консультации, касающиеся сексуальных отношений, поведения и ориентации:
 - консультирование, касающееся отношения к сексуальным вопросам;
 - консультирование, касающееся сексуального поведения или сексуальной ориентации;
 - консультирование, касающееся сексуального поведения и ориентации третьей стороны;
 - консультирование, касающееся сложных проблем, связанных с сексуальными отношениями, поведением и ориентацией;
 - другая консультация, касающаяся секса.
- Обращение в учреждения здравоохранения для получения других консультаций и медицинских советов, не классифицированные в других рубриках:
 - обращение за консультацией по поручению другого лица;
 - жалобы, вызванные страхом болезни, при отсутствии диагностированной болезни;
 - обращение за разъяснениями результатов исследования;
 - консультирование по вопросам питания;
 - консультирование и наблюдение по поводу алкоголизма;
 - консультирование и наблюдение по поводу наркомании;
 - консультирование и наблюдение по поводу курения;

– консультирование по вопросам, связанным с вирусом иммунодефицита человека;

– другое уточненное консультирование.

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, создает предпосылки для возникновения депрессии, напряжения, тревожности, низкой самооценки, социальной изолированности и деструктивного поведения. Эти факторы, в свою очередь, могут препятствовать проведению доступных на сегодняшний день лечебных мероприятий.

Можно выделить несколько групп социально уязвимых пациентов, которые нуждаются в продолжительной, последовательной и, в некоторых случаях, интенсивной психосоциальной помощи и поддержке, например:

- беременные женщины, подверженные высокой степени риска вследствие социальных проблем;

- женщины, воспитывающие маленьких детей;

- хронические больные с комплексом проблем;

- больные с низкими способностями к физическим и психологическим нагрузкам;

- клиенты, страдающие наркотической и алкогольной зависимостями.

Чтобы сформировать приверженность лечению у таких пациентов необходимо обеспечить длительное сотрудничество на основе взаимного доверия между пациентами и специалистами разного профиля: инфекционистами, наркологами, гинекологами, педиатрами, медсестрами, психологами, социальными работниками. На роль посредника более всего подходит сотрудник социальной или медико-социальной службы.

Как правило, пациент не просит его сопровождать, но специалист медико-социальной службы может предложить сопровождение в случаях:

- если результаты медицинской диагностики показывают необходимость начала АРВ-терапии, а оценка жизненной ситуации выявляет факторы, разрушающие приверженность лечению;

- если беременная женщина открыто демонстрирует нежелание принимать АРВ-препараты;

- если есть объективные препятствия в получении услуг в Центре СПИД (например, человек прикован к инвалидному креслу, женщине не с кем оставить ребенка на время ее госпитализации и т.п.).

При интенсивном социальном сопровождении, как правило, происходит открытие новых проблем. У ВИЧ-инфицированных женщин с малолетними детьми отмечаются следующие трудности:

- социальная незащищенность и некомпетентность;

- стресс в результате диагностирования положительного ВИЧ-статуса у ребенка;

- трудности воспитания ребенка с хронической инфекцией;

- игнорирование мужем/партнером ВИЧ-проблематики (собственной

или супруги);

- отсутствие приверженности наблюдению и лечению, незнание, непонимание или искаженное представление о ВААРТ;
- сокрытие диагноза от родных и близких, неприятие их помощи и поддержки;
- бытовая неустроенность, в том числе жилищная и материальная нестабильность, семейные конфликты;
- привязанность в разной степени к алкоголю, наркотикам, транквилизаторам;
- вторичные соматические заболевания, а также затяжные депрессивные и астенические состояния;
- кратковременные или затяжные психические кризисы.

Организация работы с ВИЧ-инфицированными женщинами и их детьми:

- информирование и консультирование пациентов по медицинским и социальным вопросам, в том числе, социально-правовым;
- создание комфортных условий для обследования всех членов семьи, например, палат «Мать и Дитя», семейного центра в Центре СПИД;
- стимулирование долгосрочного контакта путем составления индивидуального социально-терапевтического плана;
- в особых случаях осуществляется выезд специалистов к пациентам на дом.

Сопровождение по своей сути не является опекой. Грамотная координация помощи дает возможность пациенту с наименьшими потерями преодолевать межведомственные барьеры, планировать свои действия, получать навык обращения к специалистам. В то же время специалисты, работая с каждым отдельным случаем, договариваясь с сотрудниками разных организаций на передачу пациентов для оказания специализированной помощи, снижая для них барьеры доступа к услугам, формируют сеть партнерских организаций и способствуют развитию толерантности в отношении людей, живущих с ВИЧ.

Критерии эффективности медико-социального сопровождения ЛЖВ:

- регулярный профилактический осмотр в Центре СПИД;
- своевременное начало АРВТ;
- регулярное обследование партнера на ВИЧ;
- у людей, получающих АРВТ, вирусная нагрузка снижается, уровень CD4 повышается;
- повышение компетентности по медицинским вопросам;
- повышение социальной компетентности [28];
- снижение частоты употребления наркотиков или полный отказ от них.

В связи с ВИЧ-инфекцией нередко возникает кризисная ситуация, ко-

торая требует вмешательства психолога, например:

- результат теста еще неизвестен, но пациент испытывает сильное беспокойство или панику – до-тестовое консультирование;
- получен положительный результат на ВИЧ – после-тестовое консультирование;
- трудности принятия решения о сохранении беременности, во время которой получен положительный результат теста на ВИЧ;
- страх потери близкого человека при необходимости сообщить ему о своем ВИЧ-статусе;
- реакция на стигматизацию и дискриминацию при неблагоприятном раскрытии диагноза ВИЧ-инфекция;
- страх перед началом АРВТ;
- состояние тревоги и депрессии.

Реакции на положительный результат теста на ВИЧ [37]:

- острая реакция;
- страх и депрессия;
- сопротивление и отчаяние;
- кризис;
- суицидальное поведение;
- реакции в контексте новых терапевтических возможностей.

Симптомы острой реакции:

- шок как защитная реакция психики;
- оглушение;
- чувства не воспринимаются и/или не выражаются;
- оценка действительности ограничена;
- переработка информации затруднена;
- может быть временная амнезия;
- могут быть вегетативные симптомы.

Симптомы страха и депрессии:

- чувства обострены, пациент может чувствовать себя переполненным;
- диффузное чувство страха, конкретно не проговариваемое;
- чувство неспособности к действию и бессилие;
- оценка действительности и переработка информации затруднены;
- чувство беспомощности;
- симптоматика сопротивления и отчаяния;
- чувство страха конкретно не проговаривается;
- частые переходы от страха к печали и обратно;
- переменчивость, нестабильность.

Кризис – это реакция на опасные события, которая переживается как болезненное состояние. Кризис имеет определенную длительность, которую почти невозможно спрогнозировать, и может продолжаться от нескольких часов до многих месяцев. Он может привести к положительным переменам





и стать важным личностным опытом. В момент кризиса человек не видит выхода из сложившейся ситуации. Это ощущение безысходности, с одной стороны, влечет за собой тяжелые переживания, а с другой – максимально открывает человека к новому опыту. Именно в этом смысле психологические кризисы, хотя и являются болезненными, могут рассматриваться как поворотный пункт – к лучшему или к худшему [21].

Цели кризисного консультирования:

- помочь человеку с ВИЧ-инфекцией принять свое заболевание, адаптироваться к жизни с ВИЧ, понять смысл и необходимость АРВТ;
- защитить и вернуть чувство собственного достоинства;
- идентифицировать «сильные стороны» человека, которые служат основой его жизнестойкости и увеличивают вероятность преодоления кризиса с позитивным балансом.

Кризисное консультирование ВИЧ-инфицированных часто происходит ступенчато и сочетается с психологической диагностикой и коррекцией, способствует снижению эмоциональных нарушений, агрессивности и социальной изолированности, повышению самооценки и улучшению отношений с окружающими.

Во многих случаях пациенты считают, что все неприятности случаются с ними из-за их заболевания. Психолог обучает пациента отделять проблемы, которые связаны с ВИЧ-инфекцией, от других проблем, которые с заболеванием не связаны. Этот навык позволяет избежать «самостигматизации» и эффективно выходить из кризиса.

Схема работы при психическом кризисе:

- выяснить ситуацию со всеми сопутствующими обстоятельствами;
- оценить опасность и остроту кризиса, а также общую психологическую ситуацию;
- расспросить пациента, и принять всерьез его суицидальные мысли и намерения;
- предпринять необходимые и подходящие действия;
- поддержать и активизировать имеющиеся психологические способности клиента;
- сконцентрироваться на основной актуальной проблеме;
- установить временные границы (например, 6 часов), после которых надо продумать дальнейшие психокоррекционные меры.

Если пациент динамически наблюдается в Центре СПИД, психолог консультирует его по направлениям, отвечающим его запросу, и с помощью психодиагностики выявляет выраженные нарушения познавательной и эмоциональной сфер, которые ослабляют установку на лечение, мешают усвоению новой информации [3].

Психолог проводит психологическое обследование, чтобы выявить или исключить нарушения психической деятельности и установить степень

этих нарушений, а также для того, чтобы помочь врачу (в первую очередь, психиатру и неврологу) поставить точный диагноз, который дает возможность назначить правильное лечение.

Объектом диагностики является не только сам больной, но и его жизненная ситуация.

Психологическое обследование, как правило, трудоемкое и состоит из четырех этапов [25]:

1. Изучение данных о состоянии пациента и заболевании, отраженных в медицинской карте;

2. Клиническое интервьюирование больного для оценки его жалоб, поведенческих рисков, степени активности в решении проблем, и для прояснения его отношения к себе, окружающим людям, болезни;

3. Собственно экспериментально-психологическое исследование с использованием психодиагностических методик – тестов, подсчет результатов;

4. Составление заключения о психосоциальном статусе больного и рекомендаций.

В зависимости от задач, поставленных врачом перед психологом, места проведения обследования и сложности случая, психодиагностическая процедура проводится в полном объеме (до 2,5 часов) или по укороченной схеме (45-60 минут).

Исследование личностных особенностей является наиболее трудоемким процессом. Некоторые пациенты могут не выдерживать длительных процедур исследования. Однако определение индивидуальных личностных особенностей помогает постановке цели и задач психотерапии и психологической коррекции.

Если эмоциональные нарушения являются стойкими и вызваны наркоманией, алкоголизмом или невротическим расстройством, пациенту рекомендуется обращаться в специализированные учреждения, например, в один из реабилитационных наркологических центров, в клинику неврозов и т.п. [19]

ВИЧ-инфекция сопряжена с множеством факторов, которые повышают риск психических расстройств. Некоторые психические расстройства, к которым врачи относят и наркоманию, служат независимым фактором риска заражения ВИЧ. Сам ВИЧ может вызывать патологию центральной нервной системы. Причиной психических расстройств могут быть оппортунистические инфекции и некоторые АРВ препараты.

Психические расстройства и АРВТ:

- психические расстройства не только нарушают жизнь больных, но и затрудняют АРВТ, так как негативно влияют на приверженность лечению – ухудшают соблюдение режима приема препаратов;

- ранняя диагностика и лечение психических расстройств у ВИЧ-





инфицированных имеет огромное значение.

- депрессия – еще одно состояние, свойственное ЛЖВС;
- депрессия – самое частое психическое расстройство у ВИЧ-инфицированных.
- до 15–20% больных с повторными депрессивными приступами совершают самоубийство.
- депрессия часто нарушает физическое и социальное благополучие человека, ухудшает качество жизни в целом.

Основные признаки депрессии [34]:

- подавленное настроение;
- упадок сил;
- потеря жизненных интересов;
- утрата способности испытывать удовольствие и удовлетворение от того, что раньше эти чувства вызывало;
- чувство вины и неполноценности, самобичевание.

Сопутствующие расстройства при депрессии [37]:

1. Нейровегетативные расстройства, такие как:
 - потеря аппетита;
 - нарушение сна (ранние утренние пробуждения);
 - слабость.
2. Соматические жалобы, например, на боли и головокружение.
3. Депрессивная псевдодеменция: нарушение концентрации внимания и когнитивных функций.

4. Слишком долгое (более двух недель) сохранение симптомов может означать начало депрессивного эпизода, что требует лечения у психиатра.

Активное лечение также требуется при суицидальных намерениях.

Психолог Центра СПИД готовит пациентов к приему АРВ-препаратов и дает заключение о приверженности терапии у пациента.

Цели психологического консультирования при подготовке к АРТ:

- оценить готовность больного начинать лечение;
- повысить осведомленность пациента о лечении ВИЧ-инфекции;
- формировать и укреплять приверженность АРВТ.

Пациенту дается наиболее полная информация о целях АРВТ, механизмах действия, возможных неблагоприятных эффектах препаратов. Объясняется, что схема терапии для него подбирается врачами на заседании комиссии по АРВТ с учетом заключений разных специалистов: фтизиатра, психиатра, психолога и др. Это стимулирует больного неформально относиться к осмотру специалистами, и своевременно предъявлять им жалобы. Обсуждается понимание ответственности самого больного в достижении эффективности лечения ВИЧ-инфекции.

Во время консультации специалист затрагивает различные сферы жизнедеятельности человека, с целью выявления социальных и психологиче-

ских факторов, которые могут препятствовать формированию приверженности АРВТ, таких как:

- отсутствие способности структурирования в пространстве и во времени;
- беспокойство в связи с поиском жилья;
- беспокойство в связи с нестабильной работой;
- злоупотребление алкоголем или наркотиками;
- трудности усвоения новой информации;
- отсутствие социальной поддержки;
- недоверие к системе медицинского обслуживания;
- перспективные планы в отношении работы и карьеры со сниженным интересом к физическому здоровью;
- психические отклонения, депрессия [17];
- угроза заключения под стражу, в связи с криминальными осложнениями.

Если есть хотя бы один из указанных факторов риска нарушения приверженности, то психолог дает рекомендации по их коррекции. Психологическая коррекция может проводиться параллельно с приемом АРВТ – это называется психологическим сопровождением АРВТ.

Психолог, работающий с ВИЧ-инфицированными пациентами, владеет знаниями о действии наркотических средств и алкоголя на психику, о вредных последствиях этого действия, об особенностях зависимого поведения. Нередко наркомания и алкоголизм сопутствуют ВИЧ-инфекции, поэтому, чем раньше начнется обсуждение вопросов зависимости от алкоголя и/или наркотиков, тем лучше можно подготовить пациента к началу антиретровирусного лечения.

Цели консультирования по вопросам зависимости:

- информирование о негативных последствиях, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ);
- формирование установки на полный отказ от ПАВ;
- информирование о системе наркологической помощи;
- профилактика рецидива наркологического заболевания.

Во время консультирования с клиентом обсуждаются следующие темы:

- основные признаки зависимости: частота употребления ПАВ, суточная доза принимаемого вещества, последовательность и стаж употребления разных видов наркотиков;
- осознание проблемы зависимости и собственная оценка пациентом его привязанности к наркотическим веществам, препятствующим нормальному образу жизни;
- влияние зависимого поведения на приверженность АРВТ;
- условия и продолжительность ремиссий, причины «срывов»;





- отношение пациента к лечению в наркологическом учреждении, консультациям психиатра-нарколога.

Если во время беседы у пациента развивается интерес к возможности получения наркологической помощи, психолог дает информацию о различных программах в наркологических учреждениях и общественных организациях, предоставляя больному право выбора. Психолог связывается с сотрудниками наркологического центра и обсуждает возможности в содействии для получения пациентом АРВТ. Это важно предусмотреть, если пациент нуждается в лечении ВИЧ-инфекции.

ЭТАП 6. МОНИТОРИНГ И ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Мониторинг сопровождения – это периодическая оценка соответствия предоставляемых услуг намеченному плану оказания услуг и контроль их эффективности. Мониторинг проводится в целях максимального удовлетворения потребностей клиента.

Мониторинг осуществляется во время консультаций клиента. Оценивается выполнение индивидуального плана, фиксируется динамика изменений его состояния и потребностей. Вся полученная информация анализируется совместно с клиентом. При необходимости вносятся коррективы в индивидуальный план сопровождения, определяется степень потребности клиента в услугах на текущий момент.

Консультант фиксирует состояния клиента и сопоставляет полученную информацию с индивидуальным планом. Это позволяет оценивать выполнение плана, выявлять возникшие проблемы и своевременно вносить коррективы в связи с вновь возникшими обстоятельствами.

Основные вопросы мониторинга:

- Какие цели плана достигнуты, и в какой мере?
 - Что препятствовало выполнению плана?
 - Произошли ли какие-либо изменения состояния клиента? В чем конкретно?
 - Повлияли ли оказанные услуги на состояние клиента, каким образом?
 - Нуждается ли клиент в новых услугах, не предусмотренных планом?
- [13]

Все изменения плана согласовано принимаются, что заверяется подписями сторон.

ЭТАП 7. ВЫХОД ИЗ ПРОГРАММЫ

При составлении индивидуального плана сопровождения консультант и клиент определяют, в течение какого времени план будет выполнен. Этот срок зависит от личностных особенностей клиента, потребностей, поставленных задач и мероприятий, проводимых в рамках социального

сопровождения.

Социальное сопровождение – программа, ограниченная во времени и призванная помочь решению определяемых в ходе оценки и планирования реально достижимых поведенческих задач посредством консультаций, направления в другие службы и мониторинга хода работы с клиентом. Социальное сопровождение не предназначено быть заменой комплексной социальной или психологической помощи. После того как клиент решит поставленные задачи, совместно принимается решение о том, готов ли он завершить свое участие в программе. В момент выхода клиента из программы необходимо предусмотреть доступность для него ресурсов и услуг в дальнейшем.

В случаях, когда клиенту удалось решить поставленные поведенческие задачи, но он испытывает рецидивы опасного поведения, и не до конца преодолел барьеры, мешающие снижению риска, целесообразно продолжение социального сопровождения.

Причины завершения программы:

- Выполнение плана сопровождения;
- Потеря контакта с клиентом;
- Переезд клиента в другое место, вне зоны обслуживания;
- Собственное решение клиента о прекращении обслуживания;
- Невыполнение клиентом взятых обязательств [13].

При завершении программы сопровождения с клиентом проводится заключительная беседа.



Заключение

Для мониторинга эффективности программы необходимо оценивать потребности клиентов и процесс их удовлетворения.

Процесс оценки/повторной оценки потребностей клиента обеспечивает выполнение следующих задач:

- регулярный сбор и обновление информации о клиенте, с тем, чтобы определить его потребности;
- продолжение работы по укреплению доверительных отношений с клиентом.

Основной источник информации о потребностях – сам клиент, однако оценка может включать получение информации от членов семьи, из медико-психологических служб и других источников, если клиент дал согласие на их использование. Оценка проводится на индивидуальной встрече. Во время оценки необходимо выяснить, работает ли клиент с другими службами.

Если клиент нуждается исключительно в информировании и перенаправлении, с ним также нужно контактировать (по крайней мере, по телефону) каждые четыре недели для выявления новых потребностей. Клиенты, получающие услуги социального сопровождения, должны проходить полную задокументированную оценку каждые три месяца. Все это заносится в карту клиента.

Критерии эффективности программы медико-социального сопровождения наркозависимых и ВИЧ-инфицированных осужденных, освобождающихся из мест лишения свободы, поддающиеся оценке наиболее объективно:

- степень удовлетворенности предоставленными в рамках программы услугами;
- наличие/отсутствие рецидивов в течение года после прохождения программы;
- наличие/отсутствие постоянного места работы;
- приверженность лечению ВИЧ-инфекции;
- умение самостоятельно решать возникающие проблемы, используя знания и навыки, полученные в процессе прохождения программы.

В ходе реализации проекта в местах лишения свободы проводилась работа по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании, а также мотивация осужденных на обращение в Социальное Бюро после освобождения. В течение 2008-2009 годов в исполнительных колониях Санкт-Петербурга и Ленинградской области было проведено 218 групповых занятий, в которых приняли участие 2279 заключенных, индивидуальные консультации получили 2 318 заключенных. В мероприятиях по подготовке к освобождению приняло участие 281 осужденный. В местах лишения свободы сотрудни-

ками проекта было распространено 1585 экземпляров рекомендаций для ВИЧ-инфицированных и наркозависимых осужденных, изданных в рамках проекта, а также 4032 экземпляра информационных материалов по профилактике ВИЧ инфекции, гепатита, туберкулеза, наркомании и т.п.

Из мест лишения свободы сотрудниками проекта было направлено в Социальное Бюро 234 человека, из числа заключенных, участвовавших в мероприятиях по подготовке к освобождению, из них после освобождения обратилось в Социальное Бюро 122 человека (52,1%). Кроме того, 85 человек после освобождения из мест лишения свободы обратились в Социальное Бюро самостоятельно, получив информацию о проекте в ходе участия в профилактических мероприятиях, проводимых сотрудниками проекта в местах лишения свободы.

В период реализации модели в Социальном Бюро находилось на сопровождении 207 человек (в т.ч. 94 женщины), все клиенты страдали наркоманией, при этом 81 % мужчин ВИЧ-инфицированы, среди женщин – 85%. Для всех клиентов Социального Бюро были разработаны индивидуальные программы медико-социального сопровождения. Всего специалистами Социального Бюро проведено 1649 консультаций по медико-социальным проблемам, в среднем 8 консультаций на каждого клиента.

Было получено следующее распределение по услугам, оказанным Социальным Бюро по запросу клиентов. Направление на обследование и лечение в СПИД Центр – 16,9%, направление на получение наркологической помощи 11,4%, получение медицинской помощи по поводу сопутствующих заболеваний 7,7 %, психологической помощи 22,9%, социальной помощи 12,6%, помощи при трудоустройстве 18,0%, юридической помощи 5,0 %, помощи в восстановлении утраченных документов – 5,5 %.

По направлениям Социального Бюро оказано 970 консультаций/услуг медико-социальными службами, в среднем 5 консультаций/услуг на каждого клиента. Таким образом, 58,8% клиентов программы социального сопровождения воспользовались услугами медико-социальных служб, входящих в сеть партнерских организаций проекта.

Результаты эффективности взаимодействия между Социальным Бюро и партнерскими медико-социальными службами определялись в процентном соотношении полученных услуг по направлению Социального Бюро.

В СПИД Центр обратилось 53,4% клиентов от числа направленных в данную службу, в наркологические службы обратилось 44,2 %, в другие медицинские службы 53,5%, психологическую помощь получили 89,7% клиентов, социальную помощь получили 49,3%, трудоустроилось 44,3%, юридическую помощь получили 43,9%, восстановили утраченные документы 68,1% клиентов.

Таким образом, можно обозначить достоинства использования программы медико-социального сопровождения в целях социальной адапта-



ции целевой группы:

- позволяет установить контакт с человеком, часто не расположенным к общению со специалистами;
- создает условия для изменения поведения клиента и снижения передачи ВИЧ-инфекции за счет использования, в том числе, и внутренних ресурсов личности;
- способствует снижению уровня рискованного поведения у людей, живущих с ВИЧ;
- способствует решению вопросов и проблем, возникающих у людей, живущих с ВИЧ, в связи со стигмой и дискриминацией;
- обучает человека самостоятельной жизни в обществе [30];
- координирует оказание помощи клиенту;
- снижает уровень повторяемости оказываемой помощи различными службами;
- повышает доступность помощи и эффективности использования сервисов имеющихся служб;
- формирует долговременную сеть профессиональных связей между специалистами различных направлений;
- повышает эффективность расходования имеющихся ресурсов и привлечение новых ресурсов;
- способствует решению не одной проблемы клиента, а всего комплекса проблем медицинского, социального и психологического характера;
- не требует использования больших финансовых и человеческих ресурсов;
- нацелена на укрепление здоровья клиента;
- нацелена на обучение клиента в дальнейшем самостоятельно решать возникающие проблемы;
- клиентоориентирована, формируется индивидуальная программа, отвечающая потребностям и особенностям клиента.

Литература

1. Акимов В.Г., Гериш А.А., Мазус А.И. Анализ образовательно-просветительских программ в области профилактики ВИЧ/СПИДа в России. Бюро ЮНЕСКО в Москве. М., 2004.
2. Актуальные проблемы социологии девиантного поведения и социального контроля/ под. ред. Я.И. Гилинского. М., 1992.
3. Бардиер Г.Л. О понятии социальной помощи, ее объектах и субъектах. Социальный потенциал возрождения России / под ред. Е. В. Иванова и Г. Л. Бардиер. СПб, 1997.
4. Бахтияров В.А. К вопросу о наркомании/ Сб. трудов. Свердловск, 1996.
5. Беннет Т., Грэхем Дж. Стратегии предупреждения преступности в Европе и Северной Америке. Хельсинки, 1995.
6. Васильева Н. Ю. Психологический портрет социального работника / Социальная работа, №5, 1992.
7. Габини А.А. Кто такие наркоманы. Соц. исследования. М., 1997.
8. Гилинский Я.И. «Отклоняющееся поведение» как социальное явление. Человек и общество/ Ученые записки/ Под ред. А. С. Пашкова. Лен., 1971.
9. Григорова З.Н. Теория и практика третичной профилактики девиантного поведения несовершеннолетних в условиях пенитенциарной системы/ Дисс. на соиск. ученой ст. кандидата социол. наук. СПб, 2003.
10. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. СПб, 2001.
11. Датий А.В. Профилактика социально-значимых заболеваний в исправительных учреждениях/ Учеб. пособие. М.– Рязань, 2006.
12. Дебольский М.Г. Проведение социально-психологического тренинга в уголовно-исполнительной системе / Учеб. пособие. Академия МВД России, 1996.
13. Дите В., Туреханов Я. и др. Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп. М., 2007.
14. Забадыкина Е.В. Что надо знать о насилии социальному работнику. Достижения и находки: кризисные центры России. М., 1999.
15. Зайцев А.К. Внедрение социальных технологий в практику управления. Социальное развитие предприятия и работа с кадрами. М., 1989.
16. Иванов В.И. Социальные технологии в современном мире. М., 1996.
17. Карпов В.Г. Социальные нормы, отклонения и контроль в условиях общественных изменений. Актуальные проблемы социологии девиантного поведения и социального контроля. М., 1992.
18. Киддлмэн Р.Р., Гольдберг Г.С. Социальная работа с группой. Энци-





клопедия социальной работы. М., 1994.

19. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. Мин., 1993.

20. Кулаков С.А., Ваисов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. СПб, 2006.

21. Лабковская Е.Б. Юридическая психология: Теории девиантного поведения/ Учеб. пособие. СПб, 2000.

22. Латышев Г.В. и др. Сборник информационно-методических материалов по организации социально-психологической помощи в области профилактики наркомании среди молодежи. – СПб, 2003.

23. Мастеров Б.М. Психология саморазвития: психотехника риска и правила безопасности. Рига, 1996.

24. Медведева Г.П. Этика социальной работы/ Учеб. Пособие. М., 1999.

25. Мысин Н.В. Социальная работа и девиантное поведение (теория и методология). Актуальные проблемы девиантного поведения (борьба с социальными болезнями). М., 1995.

26. Наркомания. Методические рекомендации по преодолению наркозависимости. СПб, 2000.

27. Научно-методические основы оказания психологической помощи осужденным/ под ред. М.Г. Дебольского – М., 2001.

28. Петровская Л.А. Компетентность в общении. Социально – психологический тренинг. М., 1989.

29. Подшивалкина В. И. Социальные технологии: проблемы методологии и практики. Кишинев, 1997.

30. Речнов Д., Аржаникова А., Бартенева З., Дите В., Крашенинникова И. Организация и поддержка служб по социальному сопровождению для уязвимых групп. Руководство для тренера. Базовый курс. М., 2008.

31. Руководство по благоприятному раскрытию, этически обоснованному консультированию партнеров и надлежащему использованию отчетности о случаях ВИЧ «Раскрытие эпидемии ВИЧ/СПИДа». ЮНЭЙДС. Женева, 2001.

32. Сборник рекомендаций по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных/ Американский Международный Союз Здравоохранения. М., 2008.

33. Середа В.М. и др. Методические рекомендации по социально-психологическому сопровождению несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных, злоупотребляющих психоактивными веществами в образовательных учреждениях. – М., 2001.

34. Табризиан С., Миттермейер О. Лечение ВИЧ-инфекции. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных. М., 2005.

35. Теория социальной работы: Учеб. пособие / Под ред. М.В. Ромма. Новосиб., 2000.

36. Тюсова О.В. Социальные технологии профилактики ВИЧ-инфекции

у наркопотребителей/ Дисс. на соиск. ученой ст. кандидата социол. наук. СПб, 2008.

37. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям. М., 1998.

38. Шишов С.Е. Понятие компетенции в контексте качества образования. Стандарты и мониторинг в образовании. №2, 1999.

39. Материалы сайта Фонда развития межсекторного социального партнерства <http://www.spdfund.org>.



ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Дата заполнения _____

Код

Учреждение _____

АНКЕТА

Оценка потребностей лиц, готовящихся
к освобождению из мест лишения свободы

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения « ____ » _____ 19 __ г.

Адрес последнего места регистрации: _____

Возможно ли оформление регистрации в Санкт-Петербурге после освобождения:

ДА НЕТ

Планируемое место регистрации:

• Знаю точный адрес (указать) _____

• Возможно возникновение проблем, в связи с (указать причину) _____

• Не знаю

Контактный телефон: _____

Контактное лицо _____

Наличие родственников (родители, супруги, сестры/братья, дети):

Фамилия, имя, отчество	Степень родства	Планируете ли совместное проживание (ДА/НЕТ)

Образование:

незаконченное среднее

среднее

среднее специальное

незаконченное высшее

высшее

Специальность:

НЕТ

ДА

Судимости:

Год	Статья	Приговор	Срок отбывания наказания

Наличие инфекционных заболеваний:

Название заболевания	Год постановки диагноза	Выявлено в МЛС (ДА/НЕТ)	Постановка на учет (ДА/НЕТ)	Получали ли лечение, указать в каком году и где
Гепатит В, С				
ВИЧ-инфекция				
Туберкулез				

Наблюдения в психоневрологическом диспансере:

НЕТ ДА (укажите год постановки на учет) _____

Опыт употребления психоактивных веществ:

Алкоголь Инъекционные наркотики Неинъекционные наркотики

Наблюдение нарколога:

ДА НЕТ

Опыт лечения от наркозависимости

- государственное медицинское учреждение
- негосударственное медицинское учреждение
- другое _____

Опыт участия в реабилитационных программах:

ДА НЕТ

Есть ли возможность получения помощи/поддержки от:

Родителей Родственников Супругов Друзей
Организаций (укажите, каких) _____

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ И РЕСУРСОВ

Название	Есть ли потребность в решении		Нужна ли помощь в решении	
	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Медицинские вопросы				
Обследование и лечение общих заболеваний				
Обследование и лечение ВИЧ-инфекции				
Обследование и лечение гепатитов				
Обследование и лечение туберкулеза				
Лечение наркологических заболеваний				
Социальные вопросы				
Оформление льгот				





Оформление инвалидности				
Оформление и восстановление документов				
Получение социальной помощи				
Предоставление временного проживания для лиц БОМЖ				
Вопросы социальной адаптации				
Помощь в трудоустройстве				
Помощь в получении специальности				
Психологическая помощь по различным вопросам				
Юридические/правовые вопросы				
Юридические консультации по различным вопросам				
Адвокатура				
Восстановление в правах				
Другое (укажите, что именно)				

Укажите названия организаций/учреждений, в которые вы обратитесь за помощью при необходимости решения вопросов:

Медицинские вопросы _____
Социальные вопросы _____
Психологические вопросы _____
Наркологические _____
Вопросы реабилитации _____
Юридические вопросы _____
Кризисно-адаптационная помощь _____
Помощь в трудоустройстве _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

НАПРАВЛЕНИЕ В СОЦИАЛЬНОЕ БЮРО

1. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

2. Дата рождения _____ 3. Возраст _____ (полных лет)

3. Адрес места жительства _____

4. Телефон _____

Направлен(а) для решения следующих проблем:

1. Содействие в медицинской помощи _____

2. Содействие в социальной помощи _____

3. Содействие в трудоустройстве _____

4. Юридическая помощь _____

5. Психологическая помощь _____

6. Другое _____

Наименование учреждения _____

Специалист _____

Дата _____





ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ПРОГРАММА ОДНОДНЕВНОГО СЕМИНАРА ДЛЯ ОСУЖДЕННЫХ «ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ»

В РАМКАХ ПРОЕКТА ГЛОБУС

Цель семинара: Профилактика ВИЧ-инфекции в отдельных учреждениях УИС России

Задачи семинаров:

1. Предоставить участникам базовую информацию о ВИЧ-инфекции.
2. Предоставить участникам информацию о наиболее эффективных методах профилактики ВИЧ-инфекции.
3. Оценить возможные риски распространения ВИЧ-инфекции в учреждении.
4. Помочь осужденным оценить персональные риски заражения.
5. Способствовать формированию навыка безопасного поведения.
6. Повысить уровень толерантности по отношению к ЛЖВ.

		Содержание
9:00–10:40	9.00-9.05	1. Открытие семинара.
	9.05-9.20	2. Знакомство.
	9.20-9.30	3. Ожидания участников.
	9.30-9.50	4. Анкетирование.
	9.50-10.10	5. Информационный блок: «Общие сведения о ВИЧ-инфекции: история возникновения и развития, статистика, прогноз».
	10.10-10.40	6. Упражнение «Спорные утверждения».
10:40-11:00		7. Перерыв
11:00–12:30	11.00-11.30	8. Информационный блок «Медицинские аспекты ВИЧ-инфекции: общие сведения, пути передачи, варианты снижения риска, лечение, приверженность к лечению».
	11.30-11.50	9. Общегрупповая работа «Какие вы знаете «мифы» о ВИЧ: о существовании, о путях передачи, о лечении и т.п.»
	11.50-12.30	10. Упражнение «Карусель». Обсуждение результатов упражнения, ответы на вопросы.
12:30–13:30		11. Обед

13:30–14:40	13.30-14.15	12. Разминка.
	13.45-14.15	13. Работа в малых группах. «Поведение, опасное в плане заражения или передачи ВИЧ-инфекции: в местах лишения свободы и в гражданском обществе».
	14.15-14.40	14. Выступления представителей групп. Обсуждение.
14:40–15:00		15. Перерыв
15:00–16:40	15.00-15.15	16. Разминка.
	15.15-15.40	17. Ролевая игра «Последний герой» (или «Черный-белый ангел», или «Презерватив»).
	15.40-16.00	18. Информационный блок «Стигма и дискриминация».
	16.00-16.20	19. Завершение – Обратная связь от участников.
	16.20-16.40	20. Анкетирование.

Материалы к блокам программы

Открытие тренинга. Представление организации, проекта, ведущих тренинга

Цель: открытие тренинга.

Задачи:

- рассказать о целях и задачах тренинга в рамках проекта;
- представить ведущих тренинга.

Ожидаемый результат: участники знакомятся с тренерами, понимают важность заявленной темы.

Продолжительность: 5 мин

Необходимые материалы: флип-чарт, маркеры.

Инструкция:

- заранее разместить большие листы бумаги с темой тренинга на флип-чарте для фиксирования необходимых тезисов;
- приветствие участников тренинга, представление тренерского состава.

Знакомство участников

Цель: создание условий для эффективной работы группы и доверительной атмосферы в группе.

Задачи:

- знакомство участников;
- ускорение групповых процессов;



- предоставление возможности для каждого из участников проявить себя в группе.

Продолжительность: 15 мин

Необходимые материалы: нет.

Инструкция:

Игра на знакомство «Снежный ком»

Ход упражнения: Участники по очереди называют свое имя вместе с каким-нибудь прилагательным, начинающимся на первую букву имени. Следующий по кругу должен назвать предыдущих участников, а затем себя. Таким образом, чем дальше по кругу, тем больше придется называть имен с прилагательными. Это облегчит запоминание и разрядит обстановку.

Пример: 1. Сергей строгий. 2. Сергей строгий, Петр прилежный. 3. Сергей строгий, Петр прилежный, Николай надежный и т.д.

Возможны другие варианты игр на знакомство.

Ожидания участников.

Цель: повысить соответствие содержания тренинга запросам участников.

Задачи:

- помочь участникам сформулировать свои ожидания от данного тренинга;
- суммировать все их ожидания;
- определить степень соответствия предлагаемой программы тренинга с ожиданиями участников;
- по возможности скорректировать программу тренинга в соответствии с названными ожиданиями.

Продолжительность: 10 мин

Необходимые материалы: стикеры, флип-чарт, маркеры, скотч.

Инструкция:

Упражнение «Стикеры»

Каждому участнику выдается по три стикера. Тренер предлагает участникам подумать о том, что они ожидают от тренинга. Сформулировав свои цели, участники записывают их на стикерах, причем каждое ожидание на отдельном стикере. Все стикеры приклеивают на один флип-чарт. Когда все ожидания написаны и приклеены, тренер озвучивает ожидания и комментирует, какие из них входят в программу тренинга, а какие нет.

Возможны другие варианты сбора ожиданий участников

Информационный блок: «Общие сведения о ВИЧ-инфекции: история возникновения и развития, статистика, прогноз»

Цель: актуализировать проблему распространенности ВИЧ-инфекции в МЛС, в Российской Федерации, в мире.

Задачи:

- познакомить участников тренинга с последними данными об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации и в мировом масштабе;
- проинформировать участников об основных событиях в истории распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, предоставить информацию о прогнозах развития ситуации.
- актуализировать тему ВИЧ-инфекции для осужденных.

Ожидаемый результат: участники получили новые сведения по теме, понимают важность и актуальность темы тренинга.

Продолжительность: 20 мин

Необходимые материалы: флип-чарт, маркеры или проектор, экран, ноутбук.

Инструкция:

- рассказать об основных версиях происхождения ВИЧ и об истории развития эпидемии;
- рассказать о тенденциях и особенностях развития эпидемий;
- привести последние статистические данные по распространенности ВИЧ-инфекции.

Упражнение «Спорные утверждения»

Цель: диагностика отношения участников тренинга к проблемам существования в обществе ВИЧ-инфекции.

Задачи:

- рассмотреть различные аспекты существования в обществе ВИЧ-инфекции;
- дать возможность участникам выразить свое мнение по неоднозначным утверждениям;
- предоставить участникам возможность узнать и обсудить взгляды друг друга по заявленным вопросам.

Ожидаемый результат: участники осознают свои взгляды на проблему ВИЧ-инфекции, узнают мнение других членов группы, получают опыт аргументированного высказывания своего мнения.

Продолжительность: 30 мин

Необходимые материалы: 3 листа бумаги формата А4, на каждом из которых написано один из следующих вариантов ответов: «Согласен», «Согласен, но с оговорками», «Не согласен», скотч.

Инструкция:

Заранее подготовленные 3 листа, на каждом из которых написан один вариант ответа, прикрепляются по разным стенам комнаты. Тренер зачитывает группе по одному «спорному утверждению» из списка. После того как утверждение озвучивается, участники расходятся и встают у тех ли-





стов, на которых отражена их точка зрения. Участников просят объяснить, почему они выбрали именно эту точку зрения. Выслушав разные точки зрения, участники могут сменить позицию и перейти в группу, чья точка зрения для них стала ближе. После окончательного выбора точек зрения участников по одному вопросу, упражнение продолжается, и тренер озвучивает следующее «спорное утверждение».

Спорные утверждения (примерные):

1. Обязательное тестирование на ВИЧ-инфекцию сможет остановить эпидемию;
2. ВИЧ-инфицированные женщины не должны рожать детей;
3. Решение о назначении лечения принимает исключительно врач;
4. Потребителям наркотиков ни в коем случае не нужно назначать терапию.
5. Проблема распространения ВИЧ-инфекции и гепатита В/С касается только наркоманов, проституток и гомосексуалистов.
6. Все осужденные с ВИЧ-инфекцией должны быть изолированы.
7. ВИЧ-инфекция – это наказание за гомосексуализм, наркоманию, сексуальную распущенность.
8. Государство должно наложить запрет на брак для ВИЧ-инфицированных граждан.
9. Проблема СПИДа раздувается журналистами, а на самом деле она касается небольшой и не самой лучшей части общества.
10. ВИЧ-инфицированные дети не должны посещать детский сад и спортивные секции.
11. СПИД – это один из способов естественного отбора, возможность улучшить генофонд человека.

Достаточно 4 «спорных утверждений», но может быть больше.

В завершении упражнения с участниками следует обсудить следующие вопросы:

- Какие чувства у вас возникали, когда вы размышляли над этими вопросами?
- Легко ли было высказывать свою точку зрения, особенно когда вы оказывались в меньшинстве?
- Легко ли было изменить свою точку зрения?

Медицинская информация: ВИЧ-инфекция. Презентация.

Цель: повышение уровня информированности участников по теме «ВИЧ-инфекция».

Задачи:

- предоставить/напомнить участникам базовую информацию о медицинских аспектах ВИЧ/СПИДа;
- предоставить участникам новую, современную информацию по теме;

- организовать обмен опытом между участниками.

Ожидаемый результат: участники получили полную и ПРАВИЛЬНУЮ информацию по медицинским и прочим аспектам ВИЧ/СПИД.

Продолжительность: 30 мин

Необходимые материалы: флип-чарт, маркеры или проектор, экран, ноутбук.

Содержание:

- общие сведения – естественное течение ВИЧ-инфекции, строение вируса;

- лабораторная диагностика;
- пути передачи;
- варианты снижения риска;
- лечение – ВААРТ;
- приверженность к лечению.

Общегрупповая работа «Какие вы знаете «мифы о ВИЧ»: о существовании, о путях передачи, о лечении и т.н.»

Цель: осознание ложных представлений об аспектах ВИЧ-инфекции.

Задачи:

- выяснить устойчивые «мифы» о ВИЧ-инфекции, распространенные обществе и, в особенности, в МЛС
- обсудить происхождение этих «мифов»
- определить, какой еще информации недостаточно для «развенчания» этих «мифов».

Ожидаемый результат: участники знают, какая часть популярной информации о ВИЧ-инфекции является ложной и почему.

Продолжительность: 20 мин.

Необходимые материалы: флип-чарт, маркеры.

Инструкция:

Методом мозгового штурма собрать как можно больше сомнительных сведений по проблеме ВИЧ.

Предложить участникам самим опровергнуть эти «мифы».

Аргументы записать.

Затем тренер повторяет все произнесенное и записанное и по каждому пункту добавляет ту аргументацию, которая не прозвучала.

Упражнение «Карусель»

Цель: проверка и закрепление полученной информации.

Задачи:

- предоставить участникам возможность получить опыт экспресс-консультирования по данным темам;
- предоставить участникам возможность понять, какие вопросы, темы и



ситуации вызывают сложности и почему.

Ожидаемый результат:

Участники тренинга попробовали себя в ролях «консультанта» и «клиента», получили навык экспресс-консультирования, оценили возможные сложности при консультировании, осознали, какой информации недостаточно.

Продолжительность: 30 мин

Необходимые материалы: карточки с вопросами по количеству участников, колокольчик.

Инструкция:

Участники садятся в 2 круга – внешний и внутренний. Внутренний круг – «консультанты», внешний – «клиенты». Проходит консультирование по кругу (вопросы на карточках раздаются каждому участнику во внешнем круге). Внешний круг движется по часовой стрелке, внутренний круг не движется. В течение одной минуты, каждый «консультант» услышав вопрос от «клиента» с карточкой должен дать ответ. По истечении минуты по команде тренера (звон колокольчика, хлопок, свисток и др.), люди во внешнем круге пересекаются к следующему «консультанту». Каждый «клиент» имеет возможность задать один и тот же вопрос с карточки всем «консультантам». После завершения данного этапа, участники меняются ролями – те, кто был «Консультантом» (внутренний круг) становится «Клиентом» (внешний круг) и наоборот. Процесс консультирования повторяется.

Примерные вопросы:

1. Как люди заражаются СПИДом?
2. Где можно сдать анализ на «ВИЧ-инфекцию»? Сколько он стоит?
3. Что такое «тест на ВИЧ-инфекцию»?
4. Когда можно сдавать тест на ВИЧ?
5. Можно ли заразиться ВИЧ при укусе комара?
6. У моего друга нашли ВИЧ, сколько он проживет?
7. Я случайно использовал чужую зубную щетку – могу ли я заразиться ВИЧ?
8. Вчера мне на кожу рук и лица попала кровь ВИЧ-инфицированного человека, насколько это опасно?
9. Какие симптомы при заражении ВИЧ?
10. Существует ли лечение при ВИЧ-инфекции? Где его можно получить?
11. Что такое СПИД-сервисные организации?
12. У меня соседка, кажется, ВИЧ-инфицирована и сейчас забеременела от одного парня. У нее обязательно родится больной ребенок?
13. А я в городской бассейн часто хожу, можно заразиться ВИЧ при плавании в бассейне?

14. А как не заразиться ВИЧ-инфекцией?
15. В чем разница: ВИЧ и СПИД?
16. Почему нужна какая-то приверженность? Что это вообще такое?
17. Можно заразиться ВИЧ через общую посуду в столовке, например?
18. А вот «положительный результат теста на ВИЧ» – это что значит?
19. У моей подруги ВИЧ, она своему парню не сказала, они не предохраняются, какой риск ему заразиться?
20. А что такое ВААРТ?
21. А можно заразиться ВИЧ, проживая в одной комнате с больным СПИДом?
22. У меня друг раньше кололся, мог он заразиться ВИЧ?
23. Переливание крови опасно?
24. Какой секс особенно опасен в смысле заражения ВИЧ?
25. А можно использовать общий бритвенный станок?

Комментарий: если вы придумаете другие варианты вопросов, наиболее актуальные и подходящие для осужденных, то эта инициатива приветствуется.

Обсуждение:

По завершении упражнения будет возможность предоставить дополнительную информацию, ответить на возникшие вопросы участников, обсудить причины, которые вызывают неуверенность, дискомфорт. Варианты вопросов:

- Удалось ли Вам получить ответы на свои вопросы?
- Возникали ли сложности? Если «Да», то какие?
- Была ли ситуация, чтобы «клиент» получал на один и тот же вопрос противоречивые ответы?

В конце упражнения тренер может еще раз озвучить все вопросы «клиентов» с правильными ответами.

Работа в группах «Виды поведения, которые могут привести к риску заражения ВИЧ в УИС и гражданском обществе»

Цель: снижение риска заражения ВИЧ-инфекцией в местах лишения свободы

Задачи:

- разобрать частные случаи рискованных ситуаций в МЛС.
- помочь осужденным оценить персональные риски заражения.
- способствовать формированию навыка безопасного поведения.

Ожидаемый результат: участники знают, какое поведение является рискованным в плане передачи ВИЧ-инфекции.

Продолжительность: 20 мин.

Необходимые материалы: флип-чарт, маркеры.

Инструкция:





Ведущий предлагает разделиться участникам на 3 группы и ответить на три вопроса (каждой группе свой вопрос или все три каждой группе). Вопросы:

для 1-ой группы: конкретные виды поведения, которые могут привести к риску заражения ВИЧ в гражданском обществе?

для 2-ой группы: конкретные виды поведения, которые могут привести к риску заражения ВИЧ у потребителей наркотиков?

для 3-ей группы: конкретные виды поведения, которые могут привести к риску заражения ВИЧ у лиц, находящихся в местах лишения свободы?

Выступление представителя каждой группы.

После представления участниками результатов работы следует сделать упор на то, что для распространения ВИЧ-инфекции не существует границ и барьеров, поэтому всем необходимо заботиться о своем здоровье – и осужденным и другим членам общества. Также еще раз обратить внимание на пути передачи ВИЧ-инфекции.

Дополнение.

В процессе работы можно предложить передать флип-чарты с записанными результатами групповой работы другой группе и дать следующее задание: «Какими методами можно снизить риск передачи или предотвратить его полностью в каждом конкретном случае».

Ролевая игра «Последний герой»

(или «Черный/белый ангел», или «Презерватив»)

Цель: повысить вовлеченность в тему тренинга на эмоциональном уровне

Задачи:

- помочь участникам получить личный эмоциональный опыт
- помочь участникам получить практический опыт

Ожидаемый результат: участники получили новый эмоциональный опыт, применили полученные знания на практике.

Продолжительность: 30 мин

Необходимые материалы: по требованиям, описанным в упражнении

Инструкция: ниже

Информационный блок «Стигма и Дискриминация»

Цель: повышение уровня толерантности к ЛЖВ

Задачи:

- предоставить информацию о том, что такое стигма и дискриминация и в чем отличие одного от другого;
- помочь участникам осознать происхождение возможного негативного отношения к ЛЖВ;
- повысить уровень самосознания у тех участников, которые уже затро-

нуты проблемой ВИЧ.

Ожидаемый результат: участники получили новую информацию, понимают свои права и обязанности.

Продолжительность: 30 мин

Необходимые материалы: флип-чарт, маркеры или проектор, экран, ноутбук.

Содержание:

- определение стигмы
- три общих черты – три правила стигмы
- виды проявлений стигмы в обществе
- дискриминация, ее отличие от стигмы

1. Варианты разминок:

Разминка «Ураган» (5 мин)

Участники садятся в круг. Ведущий выходит в центр и предлагает поменяться местами всем, кто обладает определенным признаком (белая рубашка, почищенные утром зубы, черные глаза и т.д.). Все обладающие названным признаком обязательно должны поменять свое место или стать ведущим. Ведущий называет только тот признак, которым сам на данный момент обладает. Когда участники меняются местами, он должен занять чье-нибудь место. Оставшийся без стула человек становится ведущим. Если ему долго не удастся сесть в круг, он может сказать: «Ураган» – и тогда все сидящие в кругу должны поменяться местами.

Разминка «Театр Кабуки» (10 мин)

Участники делятся на две команды. Ведущий показывает им движения, характерные для Принцессы, Дракона и Самурая. Принцесса делает кокетливый реверанс; Дракон с устрашающим видом, поднимая руки вверх, шагает вперед; Самурай взмахивает саблей. Ведущий сообщает, как определить победителя: «Принцесса очаровывает Самурая. Самурай убивает Дракона. Дракон съедает Принцессу». Каждая команда (так, чтобы не услышали соперники) решает, кого она будет изображать. Затем участники выстраиваются в две шеренги напротив друг друга и по сигналу ведущего делают характерное движение, показывая, какую роль они выбрали. По одному очку получает та команда, чья роль оказывается выигрешной.

Варианты: Принцесса и Самурай (1 очко получает Принцесса, потому что она очаровывает Самурая). Самурай и Дракон (1 очко получает Самурай, потому что он убивает Дракона). Дракон и Принцесса (1 очко получает Дракон, потому что он съедает Принцессу). Принцесса и Принцесса, Дракон и Дракон, Самурай и Самурай (никто не получает очки). Побеждает та команда, которая набрала больше баллов.





Разминка «Пустой стул» (10 мин).

Все рассчитываются на первый-второй. Участники под номером «один» садятся в круг, под номером «два» – встают за их стульями. Один стул остается свободным. Задача участника, стоящего за свободным стулом, – взглядом пригласить на него кого-нибудь из сидящих. Участник, заметивший, что его приглашают, должен перебежать на свободный стул. Партнер, стоящий за ним, – должен его задержать

2. Варианты ролевых упражнений

Упражнение «Последний герой»

Цель: дать участникам на личном примере почувствовать, что такое стигма и дискриминация, оценить свою толерантность. Акцент на личное отношение каждого участника к проблеме.

Материалы: Карточки с ролями для двух групп, прищепки для каждого участника, колокольчик.

Процедура:

1. Выбрать 10 добровольцев, это группа № 1.
2. Тренер выводит 1 группу за пределы тренинговой комнаты, раздает роли и озвучивает инструкцию «Пассажиры».
3. Оставшиеся участники – группа № 2. 2 группа становится в круг, тренер раздает роли и озвучивает инструкцию «Островитяне».
4. Игровое время
5. Обратная связь

Задание:

Инструкция «Пассажиры»:

Вы пассажиры корабля, который получил пробоину недалеко от красивого острова и вы на остатках корабля подплываете к острову, на котором вам, возможно, придется остаться надолго. Ваша задача попасть на остров. У каждого из вас есть свои социальные роли (кратко обсудить эти роли, можно раздать бейджи с названием ролей). Вам необходимо в них вжиться и вести себя соответственно роли. Каждый сам для себя принимает решение, каким образом он пройдет в круг. Объединяться нельзя.

Инструкция «Островитяне»:

Вы жители острова, которые живут тут давным-давно. На Вашем острове у вас есть все, что Вам нужно, Вы не голодаете, но и не имеете излишков. У каждого из Вас есть свои социальные роль (кратко обсудить эти роли), и вам вполне комфортно друг с другом. Но вот на ваш остров приплыл корабль, и возможно его пассажиры захотят остаться с Вами. Каждый из вас лично сам принимает решение пустить его на свой остров или не пустить.

«Островитяне» разворачиваются спиной к центру круга и сцепляются локтями.

Кто принял решение кого-то пропустить, разворачивается лицом в центр и не участвует в дальнейшей игре.

Варианты ярлыков – «социальных ролей»:

Священник, Учитель/ца, Полицейский, Многодетная мать-героиня, Ученый, Врач, Домохозяйка, Проститутка, Фотомодель, Президент, Наркоман, Бандит, БОМЖ, Безработный, «Новый русский», Писатель.

Примечание: с учетом специфики тюремной субкультуры, следует внимательно отнестись к используемым «ярлыкам», возможно, сократить или заменить.

Тренер наблюдает за ходом игры.

Обсуждение: Тренер задает следующие вопросы:

• Что вы чувствуете:

1. Пассажиры, которые попали в круг
2. Пассажиры, которые остались вне круга
3. Островитяне, которые пропустили пассажиров
4. Островитяне, кто не пропустил пассажиров на остров

• Как и какие изменения происходили в жизни на острове, и почему?

Ожидаемые результаты:

Участники на собственном примере увидят модель реального отношения общества к маргинальным группам.

Упражнение «Черный и белый ангел»

Цель: проиграть ситуацию выбора, сравнить методы убеждения по эффективности.

Из группы 1 человек играет «черного ангела» и уговаривает подростка начать принимать наркотики. Другой – «белый ангел» отговаривает. «Подросток» слушает их по очереди и двигается, делая шаг к тому, чей довод был более убедителен. Все остальные наблюдают.

Вопросы для обсуждения: какие методы убеждения более эффективны для подростка? Почему? Чем можно привлечь его внимание и интерес? Как можно использовать опыт упражнения в жизни?

Упражнение «Презерватив»

Цель: преодоление психологического барьера при использовании презервативов.

Материалы: презервативы по числу участников группы.

Перед практической частью можно устроить непродолжительное обсуждение «правил» покупки и применения презервативов:

- презервативы следует покупать только в аптеках и магазинах «Ин-





тим», т.к. там продают сертифицированный, качественный товар и соблюдают правила хранения;

- лучше использовать презервативы, произведенные в Европе или США;

- не следует использовать презервативы с просроченным сроком годности;

- не стоит покупать презервативы в прозрачной упаковке, т.к. солнечные лучи разрушительно действуют на латекс;

- предпочтение следует отдать презервативам со смазкой;

- проверьте целостность упаковки – почувствуйте пузырек воздуха, упругость под пальцами;

- открывайте упаковку только пальцами, а не острыми предметами, чтобы не повредить презерватив;

- не надо надевать презерватив утром, если вы планируете секс вечером. Наденьте его непосредственно перед половым актом;

- надевайте презерватив только на эрегированный половой член (в состоянии возбуждения);

- перед тем, как надеть презерватив, зажмите спермоприемник пальцами, чтобы в нем не осталось воздуха. Наличие воздуха – частая причина разрыва презервативов;

- раскатайте презерватив по всей длине полового члена до самого основания;

- снимите презерватив сразу после семяизвержения, придерживая его у основания пальцами, и подальше от половых путей партнера;

- завяжите презерватив, чтобы не разлить сперму, заверните в бумагу и бросайте не в форточку, не в унитаз, а в мусорное ведро;

- один презерватив используется один раз. Стирать и сушить их на веревочке не стоит;

- если смазки на презервативе недостаточно, не используйте сливочное или подсолнечное масло, сметану, вазелин, крем «Дружба», мазь «Звездочка» и т.д., т.к. их жировая основа разрушает презерватив. Можно использовать специальные смазки (смазки) на водной основе; купить их можно в магазине «Интим» или аптеке. Возможно применение гелей-желе («Солкосерил», «Актовегин», «Троксевазин»). Слюна используется в крайнем случае;

- не используйте два презерватива, надетые один на другой. Между ними возникает сильное трение, и они могут порваться.

Участники разбиваются на пары. Каждому участнику выдается презерватив в упаковке. Ведущий предлагает каждому участнику, соблюдая все вышеизложенные правила, «надеть» презерватив на пальцы руки партнера. Партнер при этом контролирует правильность действий.

3. Варианты содержания «Информационных блоков»

Информационный блок «Медицинские аспекты ВИЧ-инфекции: общие сведения, пути передачи, варианты снижения риска, лечение, приверженность к лечению»

В чем разница между ВИЧ и СПИДом?

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека, который поражает определенные клетки иммунной системы (CD4). В результате поражения CD4 иммунная система ослабевает.

ВИЧ может существовать только в организме человека.

СПИД – синдром приобретенного иммунного дефицита.

Синдром – устойчивая совокупность симптомов.

Приобретенный – полученный в процессе жизни человека (не врожденный).

Иммунный – имеющий отношение к иммунной системе.

Дефицит – неполноценность функции.

При ослаблении иммунной системы человек становится уязвимым к различным заболеваниям, особенно инфекционным (туберкулез, пневмония). Такие заболевания называются **оппортунистическими** (в переводе с латыни – использующие возможность), так как они возникают, когда иммунная система ослаблена настолько, что не может противостоять возбудителям.

Что такое ВИЧ-инфекция?

ВИЧ-инфекция – инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Что означает быть ВИЧ-инфицированным?

ВИЧ-инфицированным или ВИЧ-положительным считается человек, в крови которого обнаружены антитела к ВИЧ. Наличие антител говорит о развитии в организме ВИЧ-инфекции. Не у всех людей ВИЧ-инфекция переходит в стадию СПИДа, а при прохождении специализированного лечения этого вообще может не произойти. Соответственно, ВИЧ-положительный человек не обязательно является больным СПИДом.

Что означает быть больным СПИДом?

СПИД – это продвинутая стадия ВИЧ-инфекции. СПИД развивается в следующих случаях: если ВИЧ-положительные люди не имели доступа к лечению; если поздно был поставлен диагноз; если лечение оказалось неэффективным. При успешном лечении заболевание приобретает хронический характер.





ческий характер, и ВИЧ-инфекция не переходит в стадию СПИДа.

В современной международной практике вместо термина «СПИД» принято использовать термины «поздняя стадия ВИЧ-инфекции» или «продвинутая стадия ВИЧ-инфекции».

Каким образом ВИЧ воздействует на организм?

Иммунная система – защитная система организма. При ВИЧ-инфекции вирусом поражаются специфические клетки этой системы – CD4-клетки. У здоровых людей количество этих клеток колеблется от 800 до 1200 в 1мкл крови. При ВИЧ-инфекции количество этих клеток постепенно уменьшается, что приводит к истощению иммунной системы и невозможности организма противостоять болезнетворным микроорганизмам (бактериям, вирусам, грибкам), которые могут находиться в организме каждого человека или попадать к нему извне.

Как ВИЧ может попасть в организм?

Источник ВИЧ-инфекции – ВИЧ-инфицированный человек на любой стадии заболевания.

В количестве, достаточном для заражения ВИЧ содержится в следующих жидкостях организма:

- Кровь;
- Влагалищные выделения;
- Сперма;
- Грудное молоко.

Следовательно, вирус может попасть в организм:

- При незащищенных половых контактах (без использования презерватива) ;
- Через совместное или повторное использование игл и/или шприцев и другого инъекционного инструментария;
- Через применение нестерильного оборудования для татуировок и пирсинга;
- при оральном сексе (особенно при наличии в полости рта ранок или кровоточивости десен);
- При использовании общих бритвенных принадлежностей и зубных щеток, на которых могут быть следы крови;
- От ВИЧ-инфицированной матери ребенку во время беременности, родов или кормления грудью.

Невозможно заразиться ВИЧ при:

- Рукопожатиях, объятиях, поцелуях;
- Кашле и чихании;

- Принятии пищи, приготовленной в столовой;
- Пользовании общей посудой, столовыми приборами, полотенцами и постельным бельем;
- Посещении туалета и душевых;
- Коллективных занятиях спортом;
- Укусах насекомых и животных;
- Нахождении в одном помещении с ВИЧ-инфицированным.

Как определить наличие ВИЧ-инфекции в организме?

Как определить инфицирован человек ВИЧ или нет? По внешним признакам ВИЧ-инфекцию определить невозможно. Для этого необходимо провести лабораторное исследование: анализ крови на ВИЧ-инфекцию. Организм, зараженный ВИЧ, борется с инфекцией и вырабатывает специфические антитела (белки крови). С момента возможного заражения до появления антител (по наличию которых в крови ставится диагноз ВИЧ-инфекции) должно пройти время, как правило, до 3-х месяцев. Поэтому нет смысла сдавать анализ сразу же после контакта, связанного с риском инфицирования, а необходимо это сделать через 3 месяца. Несмотря на это, ВИЧ-инфицированный человек становится опасным для окружающих уже практически сразу же после заражения.

Как развивается заболевание?

ВИЧ-инфекция – хроническое заболевание; болезнь развивается медленно и у всех людей протекает по-разному. У одних заболевание прогрессирует быстро, в то время как другие живут относительно нормальной жизнью долгие годы. Обычно, без лечения СПИД развивается через 7-9 лет (часто и позже) после заражения ВИЧ. Однако, несмотря на относительно благополучное самочувствие ВИЧ-инфицированных, вирус постепенно разрушает иммунную систему. ВИЧ-инфекция переходит в стадию СПИДа при снижении количества CD4 клеток ниже 200 в 1 мкл крови и наличии возникающих на фоне снижения иммунитета сопутствующих заболеваний. Чаще всего это:

- туберкулез;
- поражение зрения, вызываемое специфическим вирусом;
- саркома Капоши (опухолеподобное заболевание, поражающее стенки кровеносных сосудов);
- кандидоз (грибковое поражение слизистых желудочно-кишечного тракта);
- воспаление легких, вызываемое специфическим возбудителем.

Какое лечение проводят ВИЧ-инфицированным?

За состоянием ВИЧ-инфицированных наблюдают в Центрах по про-



филактике и борьбе со СПИДом или в поликлиниках по месту жительства. Если создается угроза развития у них СПИДа, назначают препараты, угнетающие ВИЧ. Эти препараты носят название антиретровирусных, т.к. ВИЧ принадлежит к группе ретровирусов. Назначение современных противовирусных препаратов позволяет неопределенно долго отсрочить развитие СПИДа и даже вылечить симптомы СПИДа, если они уже развились. Но полностью уничтожить ВИЧ пока не удается. И все же есть надежда, что те, кто сейчас заражен ВИЧ и своевременно начал современное лечение, доживут до того времени, когда болезнь будет полностью излечиваться, как некогда неизлечимые сифилис и туберкулез.

Лечение не назначается, как только человек узнает, что он ВИЧ-инфицирован. С какого момента начинать лечение, какие должны быть препараты – всё это определяется врачом и только при наличии соответствующих показаний (специфических признаков прогрессирования заболевания).

Стигма и Дискриминация

Стигма – (дословно «ярлык», «клеймо») – чрезвычайно сильный социальный ярлык, который полностью меняет отношение к другим людям и к самим себе, заставляя относиться к человеку только как к носителю нежелательного качества. Существуют различные попытки определить стигму как явление. Однако многочисленные исследования позволяют сказать: каждый раз, когда речь идет о стигме, можно увидеть три общих черты – три правила стигмы:

1. Различия между людьми подчеркиваются и считаются важными. Все люди отличаются друг от друга по множеству критериев. Большинство различий не имеют принципиального значения (номер паспорта, цвет глаз, наличие цитомегаловируса), но если людей стигматизируют, их различия рассматриваются как важные и социально значимые (цвет кожи, наличие ВИЧ). В отношении этих различий людей сразу же делят на противоположные категории (черные и белые, слепые и зрячие, ВИЧ-положительные и ВИЧ-отрицательные).

2. Людям с различиями приписывают негативные качества. Мы часто смотрим на людей стереотипно. Все наши стереотипы о других людях неверны, но они могут быть нейтральными и даже положительными, например: все женщины любят заботиться о детях, все итальянцы очень эмоциональные. Но если речь идет о стигме, то различия считаются чем-то негативным, например: все люди с ВИЧ опасны, ВИЧ-инфицированные хотят заразить других, ВИЧ-инфекцией заражаются из-за аморального поведения и т. д. То есть, людям, которых объединяет только одно качество (наличие вируса в крови) приписывают негативные качества, с вирусом

никак не связанные: опасность для других, желание причинить вред, аморальное поведение.

Иногда приписывание нежелательных особенностей может внешне выглядеть доброжелательным и даже противоположным стигме. Например: всем ВИЧ-положительным нужно помогать и во всем их поддерживать. Но это тоже приписывание негативных качеств, в этой фразе подразумевается, что люди с ВИЧ – жертвы, они несамостоятельны, все их проблемы связаны только с ВИЧ.

3. Люди делятся на «нас» и «их». Когда мы кого-то стигматизируем, мы мыслим категориями «мы» и «они». Такое деление позволяет считать, что «они» не совсем люди, во всяком случае, не такие люди как «мы». Это очень часто заметно в языке, например, никто не говорит гриппинфицированный, потому что человек с гриппом – один из «нас». Но при этом людей с ВИЧ постоянно называют ВИЧ-инфицированными, сводя тем самым всю индивидуальность человека к его инфекции.

Если люди считают какое-то отличие очень важным, приписывают людям, у которых оно есть, отрицательные черты, и могут легко разделить по этому признаку людей на «нас» и «их» – речь идет о стигме.

В обществе существуют различные виды проявлений стигмы, которые поддерживают друг друга:

- **Культурная стигма** – нормы и стандарты общества, согласно которым, люди, принадлежащие к определенной группе менее нравственны, относятся к маргинальным слоям общества, являются «жертвами», сами виноваты в своих проблемах. Культурная стигма сложилась еще в начале эпидемии на Западе, и когда в нашей стране только начиналась эпидемия, в нашем обществе уже существовала культурная стигма. Культурная стигма выражается в СМИ, социальной рекламе со «страшилками» и т. д.

- **Институциональная стигма** – дискриминационное отношение со стороны правительства, здравоохранения, церкви, сферы бизнеса и других общественных институтов. Подобная стигма может быть явной, например, наличие 122 статьи в законодательстве, непосредственно ущемляющей права людей с ВИЧ. С другой стороны она может быть скрытой, ограничивающей права косвенно, например, отсутствие доступа к терапии. Никто не ставил целью ограничить права ВИЧ-положительных в последнем случае, просто их интересам не уделили внимания, не выделили средств, но это тоже является выражением институциональной стигмы.

- **Личная стигма** – личные предрассудки и представления о какой-то группе людей. Личная стигма не появляется сама по себе, она является прямым следствием институциональной и культурной стигмы. Она может никак не проявляться в повседневной жизни человека, если он не сталкивается с представителями стигматизируемой группы.

- **Межличностная стигма** – ненависть, презрение, страх или смущение,





которые проявляются при контактах со стигматизированной группой. Межличностная стигма может принимать формы дискриминации: оскорбления, дискриминационные слова и замечания, насилие. Но часто она имеет более скрытые, неявные формы: слишком сдержанный и холодный тон, избегание встреч, недоверие.

У стигмы, как у медали, есть две стороны, она может быть внешней и внутренней, в зависимости от того, направлена ли она на других людей, либо на самого себя.

Внешняя стигма – это стигма по отношению к чужой группе, и она может принимать различные формы:

- попытки доказать, что ты не относишься к этой группе («Я не такой»);
- презрительные высказывания, «прозвища»;
- избегание контактов и встреч с представителями другой группы;
- страх (заражения, насилия);
- насилие и иные формы дискриминации;
- «менторское», опекающее отношение;
- игнорирование мнения и интересов представителей группы.

Обычно, когда говорят о предрассудках, имеют ввиду только внешнюю стигму. Но все мы живем в одном и том же обществе, и усваиваем одни и те же стигматизирующие взгляды. Внутренняя стигма – это стигма по отношению к группе, к которой принадлежит сам человек, а, следовательно, она изменяет отношение человека к самому себе.

Внутренняя стигма может проявляться следующим образом:

- ощущение собственной ущербности, неполноценности;
- попытки доказать, что ты лучше, чем другие представители группы, что ты не такой «как они все»;
- неспособность строить отношения с людьми, не принадлежащими к группе;
- неспособность строить отношения с людьми, принадлежащими к группе;
- страх дискриминации со стороны других людей, в том числе и необоснованный;
- негативное мнение о людях вне стигматизированной группы;
- чувство беспомощности, отсутствия контроля над ситуацией;
- уверенность, что твое мнение и интересы не имеют значения и ни на что повлиять не могут.

В вопросах стигмы очень часто упускается один важный компонент – **социальная, экономическая и политическая власть**. Каждый человек может навешивать ярлыки и стигматизировать других, но при отсутствии власти эта стигма не может стать своим воплощением – дискриминацией.

Дискриминация – стигма, которая стала действием. Дискриминация возможна только благодаря неравному распределению власти и контроля в обществе. Так пациент может стигматизировать врачей, считая, что они все плохо относятся к ВИЧ-положительным и ничего не понимают в лечении. Подобные взгляды являются стигмой, но они не могут привести к дискриминации. Если же у врача есть стигма по отношению к пациенту с ВИЧ, то дискриминация тут же становится возможна, например, он может отказаться от оказания медицинской помощи.

Почему же из всех инфекций и заболеваний именно ВИЧ так «повезло» на стигму? Причина в том, что для развития стигмы необходима почва: незнание и страх. Если людям не хватает информации, то они восполняют эту нехватку, обобщая и изобретая ложные стереотипы. Если эти стереотипы связаны с чем-то, что пугает человека, то людям, обладающим этим качеством, начинают приписываться негативные черты, поддерживающие существующие страхи.



ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ОСУЖДЕННЫХ К ОСВОБОЖДЕНИЮ ИЗ ИСПРАВИТЕЛЬНОЙ КОЛОНИИ (СПТ «ЖИЗНЕННЫЕ ПЛАНЫ ОСУЖДЕННЫХ» [27])

Общие положения

Цель тренинга «Жизненные планы осужденных» – психологическая подготовка лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, к освобождению. Время – 40 часов.

В качестве задач данного СПТ рассматриваются:

- развитие и коррекция представлений осужденных о себе («Я-концепции»);
- познание других людей, формирование гуманистической установки по отношению к ним;
- дестабилизация стереотипных представлений о сотрудниках ИУ;
- расширение сферы осознаваемого в понимании мотивов противоправного поведения, коррекция психологических защитных механизмов (рационализации своих действий);
- развитие адекватной самооценки и уверенности в себе;
- коррекция ценностных ориентаций осужденных;
- прояснение и формирование жизненных планов осужденных;
- развитие эмоциональной устойчивости в сложных жизненных ситуациях;
- развитие следующих жизненных умений: устанавливать психологический контакт с нужными людьми, решать вопросы о трудоустройстве и регистрации, разрешать конфликтные ситуации в семье и т.п.

Комплектование групп и методические особенности проведения социально-психологического тренинга с осужденными

Эффективность психокоррекционной работы во многом определяется правильностью комплектования тренинговых групп. Применительно к осужденным некоторые положения следует уточнить.

Целевая направленность тренинга – подготовка осужденных к освобождению. Поэтому его участниками должны быть лица, претендующие на условно-досрочное освобождение или которым до конца срока лишения свободы осталось не более полугода.

При комплектовании тренинговых групп важно соблюдать принцип добровольности. Нельзя вовлекать осужденных в такие группы под угрозой дисциплинарных взысканий. Однако психологу, начальникам отрядов нужно проводить с осужденными индивидуальную разъяснительную

работу, убеждая в необходимости пройти специальную психологическую подготовку [8].

Важным требованием к участникам психокоррекционных групп является психическое здоровье осужденных. В состав групп не следует включать психопатических личностей, остро-депрессивных больных, а также осужденных, которые под воздействием критики могут становиться слишком тревожными или агрессивными. Естественно, вербальная агрессия, беспокойство всегда имеют место в психокоррекционной работе. Это может быть стимулом развития группы. Однако в состав группы нельзя включать «взрывных» осужденных, которые в острой ситуации могут оказать физическое воздействие на других участников тренинга. С такими лицами следует проводить индивидуальную психокоррекционную работу.

По неофициальному статусу в группу можно включать представителей всех стратов (уровней), за исключением пренебрегаемых («обиженных»). Для последних требуются специальные программы, направленные на развитие их эмоционально-волевой сферы, уверенности в себе, снижение конформности и т.п.

Нежелательно и включение в группу «воровских авторитетов». Их высокий социальный статус будет сдерживать активность других осужденных. Принятая ими социальная роль сильной, справедливой, «крутой» личности не позволит им самораскрыться, признать свои слабости и проблемы. Участие такого человека в группе может привести к тому, что реальным руководителем группового взаимодействия окажется не психолог, а авторитетный осужденный. При наличии в группе двух лидеров «воровской элиты» между ними могут начаться соперничество, конфронтация, переходящие в конфликт вне тренинга.

Не рекомендуется, чтобы члены группы существенно различались по возрасту (более 15 лет), ибо это создает дополнительные барьеры во взаимоотношениях. Следует учесть, что лица старше 40 лет весьма ригидны и с трудом поддаются психологической коррекции.

Социально-психологический тренинг эффективен, если состав группы разнороден по совершенным преступлениям. Между осужденными за корыстные и насильственные преступления существует определенный антагонизм на коммуникативном уровне. Они взаимно не принимают и склонны изобличать и дискредитировать друг друга, когда обсуждают важные жизненные проблемы и принципы поведения в обществе. Это имеет важное значение при формировании процессов самораскрытия и обратной связи в психокоррекционной работе.

Осуществляя подбор осужденных в тренинговые группы, следует обращать внимание на такой личностный фактор, как криминальная зараженность (или педагогическая запущенность) осужденных. Можно выделить несколько показателей, по которым определяется криминальная заражен-



ность: количество совершенных преступлений и интервал времени между ними; характер преступлений (тяжесть, цинизм, жестокость по отношению к жертве); раннее криминальное развитие (спецшколы, воспитательные колонии); отношение к преступлению (именно в этом проявляются психологические защитные механизмы), отношение к администрации ИУ, в том числе к психологу (при явной неприязни сложно преодолеть психологический барьер и осуществлять психокоррекционную работу); степень усвоения криминальных («воровских») норм и солидарности с ними; социальные связи (наличие или отсутствие, позитивный или негативный характер); представления о своих жизненных планах и перспективах (реальность, направленность, готовность к реализации). В тренинговую группу не должно входить много осужденных (не более 2–3 человек) с явно выраженной криминальной направленностью. В противном случае это может оказаться не психокоррекционной работой, а, образно говоря, семинаром по обмену опытом преступной деятельности.

Что касается индивидуально-психологических особенностей, то группа не должна быть однородной. Сходство осужденных по психологическим параметрам способствует взаимной привлекательности, поддержке, созданию доверительных отношений в группе, но различия открывают более широкие возможности для конфронтации и изменений.

Оптимальная численность тренинговой группы для осужденных – 7–9 человек. При меньшей численности сокращается возможность взаимного обмена опытом, а при численности более 10 человек уменьшается время на взаимный обмен мнениями, на аргументацию своей позиции, усложняется процесс контроля за поведением «трудных» осужденных.

Предлагаемые рекомендации основаны на гуманистическом, а не на директивном и жестко структурированном подходе в психотерапии. Однако программа предложенного тренинга достаточно четко структурирована. Это объясняется несколькими обстоятельствами: во-первых, она рассчитана на начинающих психологов; во-вторых, она апробирована и в ней предусмотрено решение актуальных психокоррекционных задач; в-третьих, структурированность программы способствует преодолению состояния тревожности и неопределенности на начальном этапе тренинга. Опытный психолог с учетом обстановки в группе может исключать отдельные упражнения и увеличить круг задач дискуссионного плана, направленных на коррекцию ценностных ориентаций осужденных и их отношения к совершенному преступлению.

Среди членов группы могут встретиться осужденные с большим криминальным опытом и авторитетом, которые будут пытаться манипулировать ходом тренинга и оказывать отрицательное воздействие на других участников. Ведущий должен уметь принимать директивные формы влияния и нейтрализовывать этих осужденных.

Тренинговая группа может работать в разных вариантах.

Первый вариант: занятия с осужденными проводятся ежедневно по 2–3 часа (кроме выходных). Продолжительность курса около месяца.

Второй вариант: занятия проводятся два раза в неделю по 2–3 часа. Продолжительность курса составляет 2–2,5 месяца.

Третий вариант: занятия с осужденными проводятся в выходные дни по 4–6 часов, однако первые занятия рекомендуется провести с интервалом в 2–3 дня.

Занятия следует проводить в одном и том же месте. Лучше, если это специально оборудованный психологический кабинет (кабинет релаксации), но местом занятий может быть обычный класс в школе, читальный зал в библиотеке и т.п. Главное требование – наличие кресел или стульев и возможность поставить их в круг. Уже на первом занятии все участники тренинга должны усвоить, что на тренинге все сидят в кругу, а не где-нибудь в стороне, и все равны.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЙ

Занятие №1

Цели занятия: создание в группе психологической атмосферы, благоприятной для самопознания и самореализации; развитие гуманистической установки по отношению к другим людям.

В начале занятия ведущий представляет участникам социально-психологического тренинга и сообщает цель его проведения – психологическая подготовка осужденных к освобождению. Внимание участников обращается на то, что в группе добровольно собрались только те осужденные, которым через несколько месяцев предстоит освободиться из колонии. Участников тренинга не будут воспитывать, читать им «нотации». Предполагается анализировать сложные жизненные ситуации, в которых каждый может оказаться, проигрывать различные роли, выполнять специальные упражнения, дискутировать по проблемам, которые, к сожалению, не всегда имеют однозначное решение.

Ведущий (психолог) сообщает, что одно из правил, которых нужно придерживаться, – это обращение к другим по имени. Поскольку участники тренинговой группы из различных отрядов, многие из них незнакомы. Если все друг друга знают, то психологу нужно быстро запомнить имена участников, не прибегая к известному приему – «написать имя на карточке и приколоть к куртке». В условиях ИУ этот прием вызывает отрицательную реакцию.

Далее психолог кратко излагает основные правила работы в группе и кратко их комментирует.

Упражнение 1. «Самопрезентация». Назначение: диагностика представлений осужденных о себе; создание условий для самораскрытия; форми-





рование установки о значимости своей личности.

Процедура. Психолог объясняет, что для успешной работы группы необходимо знать друг друга, поэтому он просит всех по очереди кратко рассказать о себе. Важно говорить не столько о биографии, хотя это тоже важно, сколько о своих личностных качествах. Акцент необходимо делать на раскрытии своих достоинств. Это важно во многих ситуациях, например, при решении вопроса о трудоустройстве многое зависит от умения «показать себя».

Все члены группы и ведущий могут задавать вопросы типа:

есть ли у тебя слабости (отрицательные качества); можешь ли ты их назвать; твое главное достоинство; с кем из членов группы ты чувствуешь наибольшее сходство (различие); какие чувства ты испытываешь, когда говоришь о себе (когда слушаешь других)?

Форма обсуждения должна быть мягкой, заинтересованной. На самопрезентацию одного человека отводится 5–10 мин.

Упражнение 2. «Радость». Назначение: диагностика ценностных ориентаций и развитие доверительных отношений между членами группы.

Процедура. Вспомните ситуацию, когда Вы в своей жизни испытали самую большую радость. Постарайтесь на одну-две минуты воскресить это чувство. Поделитесь своими воспоминаниями с другими.

Упражнение 3. «Общий рисунок». Назначение: сплочение группы посредством выполнения совместной деятельности; диагностика социальных установок осужденных.

Процедура. На занятие необходимо принести большой лист бумаги и фломастеры. Участникам тренинга ставится задача нарисовать общий рисунок, не договариваясь между собой. После этого обсуждается:

Что на рисунке изображено?

Кто задавал тон?

Что чувствовали, когда рисовали?

Можно ли по рисунку сделать вывод о настроении и мыслях группы?

На заключительной части занятия участникам тренинга задаются вопросы:

в какой степени Вы удовлетворены занятием; Ваши доминирующие чувства в настоящее время; что в тренинге понравилось, а что нет; что дала работа в содержательном плане?

Ведущий также должен высказаться о своем восприятии тренинга, подвести общие итоги.

Занятие №2

Цели занятия: формирование умений рефлексии происходящего в группе; развитие адекватной самооценки и «Я-концепции»; формирование гуманистической установки по отношению к другим людям; диагностика отношения к наказанию.

Для формирования умений рефлексии и психологической чувствительности каждое занятие должно начинаться с анализа предыдущего. Участникам задают следующие вопросы: кто мысленно возвращался к прошлому занятию; что вспоминали; с какими чувствами шли на сегодняшнее занятие; кто наиболее активно принимал участие в групповой дискуссии; о ком можно сказать, что он был лидером (генератором идей, критиком, «молчуном» и т.п.); что можно сказать об эффективности стиля взаимодействия участников СПТ?

Упражнение 1. «Самооценка». Назначение: развитие адекватной самооценки у осужденных.

Процедура. Участникам раздается перечень 20 личностных качеств на отдельных карточках. Задача каждого – проанализировать эти качества по степени важности (индивидуальная работа).

Затем вся группа приступает к выполнению общего задания. В ходе совместного обсуждения группа должна решить, какое качество является самым важным для человека. Затем выбирается второе по степени важности и т.д. Спорные проблемы обсуждаются вплоть до полного согласия.

После этого участники тренинга сопоставляют свои самооценки с проанализированными группой качествами. Руководитель предлагает участникам обсудить, что происходило в группе во время дискуссии.

Перечень качеств для ранжирования: смелость, энергичность, доброжелательность, терпеливость, грубость, вспыльчивость, трусость, высокомерие, презрительность, жестокость, застенчивость, настойчивость, целеустремленность, уверенность в себе, упрямство, завистливость, общительность, порядочность, мстительность, подозрительность.

Упражнение 2. «Я-концепция». Назначение: развитие адекватных представлений о выполняемых социальных ролях и личностных качествах; развитие рефлексии.

Начало выполнения упражнения психолог предваряет некоторыми пояснениями относительно содержания понятия «Я-концепция», ее важности для понимания себя и других людей.

Процедура. Возьмите лист бумаги и запишите на нем 10 ответов на вопрос: «Кто я такой?» Сделайте это быстро, записывая свои ответы так, как они сразу приходят в голову. Укажите свою социальную роль (например, осужденный, муж, отец и т.п.), личностные качества и умения (порядочный, волевой, эмоционально не сдержанный, умный, хороший организатор).

Ответьте на этот же вопрос так, как отозвались бы о Вас Ваши родственники (отец, мать, бабушка, жена).

Ответьте на тот же вопрос так, как отозвались бы о Вас Ваши друзья в колонии.

Ответьте на тот же вопрос так, как отозвался бы о Вас начальник отряда.





Нередко осужденные отказываются от письменного выполнения упражнения. В этой ситуации «Я-концепция» может обсуждаться в устной форме.

При анализе «Я-концепции» внимание участников тренинга обращается на следующие вопросы: какие социальные роли для Вас наиболее значимы; в чем сходство и в чем различие всех трех ответов; если есть различия, то как Вы их объясняете применительно к себе; в какой степени Вы ведете себя по-разному с разными людьми и в разных социальных ролях; каким образом эти различия объясняются, исходя из социальной роли и индивидуальных особенностей других людей; какие из пунктов указанной Вами самохарактеристики касались социальных ролей, физических качеств, психологических особенностей?

Упражнение 3. «Обида». Назначение: развитие установки неприятия антигуманных поступков; повышение самокритичности в восприятии своих поступков; диагностика отношения к наказанию.

Процедура. Задаются вопросы:

какой поступок в отношении Вас был самым несправедливым, обидным;

кто его совершил;

каковы его последствия;

какие чувства Вы испытываете, вспоминая об этой ситуации?

Если в качестве несправедливого отношения к себе осужденные называют наказание к лишению свободы, длительный срок, то уточняется, кто еще придерживается подобной позиции, и тем самым осуществляется диагностика отношения к преступлению и наказанию.

Упражнение 4. «Полезное дело». Назначение: развитие гуманистической установки по отношению к другим людям.

Процедура 1. Вспомните полезное (доброе) дело, которое Вам пришлось сделать для других людей. В чем оно выражалось? Каковы его последствия? Какие чувства Вы испытываете, когда делаете доброе дело для других людей и когда вспоминаете об этом?

Процедура 2. Подумайте, делали ли для Вас доброе и бескорыстное дело другие люди? Кто они? Что Вы испытываете по отношению к этим людям?

Упражнение 5. «Луковица». Назначение: развитие способностей к самоанализу, выделению глубинных и внешних свойств личности.

Процедура. Закройте глаза, расслабьтесь. Представьте себя большой луковицей, состоящей из множества слоев. Снаружи находится тонкая коричневая шелуха. Это ваше внешнее «Я», слой внешних масок и поведения в обществе. Сняв этот слой, наблюдайте появление образа, олицетворяющего другое «Я». Просто наблюдайте этот образ и обратите на него внимание.

Занятие завершается рефлексией психического состояния осужденных.

Занятие №3

Цели: анализ личностных изменений в период отбывания наказания; диагностика криминальной зараженности осужденных (идентификации с неофициальными, «тюремными», нормами).

Упражнение 1. Анализ сновидений. Назначение: снятие психологической напряженности и включение слушателей в рабочий процесс; диагностика нереализованных потребностей осужденных.

Процедура. В непринужденной обстановке осужденным ставятся вопросы: как Вы себя чувствуете; что кому сегодня снилось; как часто бывают сновидения; какие сновидения повторяются?

При истолковании сновидений можно воспользоваться работами Зигмунда Фрейда, Густава Юнга, Дженетт Рейнуотер и других психоаналитиков.

Упражнение 2. Анализ представлений о себе в прошлом, настоящем и будущем. Назначение: анализ направленности личностных изменений.

Информация. Предложенная ниже методика диагностики представлений о себе является семантическим дифференциалом (шкалой) Э. Эриксона. Две пары антонимов (пассивный–активный и мужественный–женственный) нами заменены в связи с тем, что в среде осужденных в них вкладывают специфический смысл.

Процедура. Осужденным выдают бланк и просят зачеркнуть цифру, которая символизирует расстояние от слов-антонимов слева или справа, выражающее, по мнению участника, степень развития у него этого качества личности в настоящее время.

Доверчивый 3 2 1 0 1 2 3 Недоверчивый
Застенчивый 3 2 1 0 1 2 3 Уверенный в себе
Напористый 3 2 1 0 1 2 3 Защищающийся
Неспособный 3 2 1 0 1 2 3 Умелый
Реалист 3 2 1 0 1 2 3 Идеалист
Бесчувственный 3 2 1 0 1 2 3 Сердечный
Забывающий о других 3 2 1 0 1 2 3 Занятый собою
Жестокий 3 2 1 0 1 2 3 Мягкий
Лицемерный 3 2 1 0 1 2 3 Искренний
Сильный 3 2 1 0 1 2 3 Слабый
Вялый 3 2 1 0 1 2 3 Напористый
Хороший 3 2 1 0 1 2 3 Плохой

Затем выдаются два таких же бланка, но осужденный заполняет их исходя из его представлений, каким он будет через год после освобождения, и каким был до совершения преступления (до колонии).





Анализируются особенности восприятия себя в разные периоды жизни, причины этого и направленность изменений.

Упражнение 3. «Правила жизни в тюрьме». Назначение: диагностика криминальной зараженности осужденных (приверженности их «воровским» нормам).

Процедура 1. Участников тренинга просят ответить на вопрос: за какой поступок в колонии их перестали бы уважать другие осужденные; стали бы относиться к ним пренебрежительно? Обсуждение проходит «в кругу».

Процедура 2. Представьте, что вскоре после освобождения к Вам как «специалисту» обратились знакомые, сын (брат) которых совершил преступление, и попросили дать рекомендации, как себя держать в СИЗО и колонии. Сформулируйте неофициальные правила поведения в местах лишения свободы.

Упражнение 4. «Настоящее и будущее». Назначение: формирование у осужденных установки на будущее.

Процедура 1.

А. Укажите 3 вещи (это могут быть обязанности, занятия, развлечения, дела и т.п.), которые Вам хотелось бы делать чаще:

1.
2.
3.

Б. Укажите три вещи, которые Вам хотелось бы перестать делать в той мере, в какой Вы их делаете сейчас, или же вовсе не делать:

1.
2.
3.

В. Объясните, почему Вы не делаете достаточно «А» и делаете слишком много «Б».

Процедура 2. Попробуйте ответить на вопрос: что Вы делали в прошлом из того, что Вам не хотелось бы делать в будущем (после освобождения)? И наоборот: что Вы не делали в прошлом такого, что Вам хотелось бы делать в будущем (на свободе)?

Занятие №4

Цели:

выявление стресс-факторов, характерных для осужденных;
снижение психической напряженности и развитие эмоциональной устойчивости осужденных;

диагностика неосознаваемых личностных потребностей осужденных, их понимание и коррекция.

Упражнение 1. «Фантазирование». Назначение: диагностика личност-

ных проблем и снижение сопротивления в межличностных отношениях в группе.

Порядок проведения. Методики фантазирования могут быть структурированными и неструктурированными. Во время неструктурированного фантазирования осужденные удобно располагаются в кресле, а затем начинают спонтанно описывать свои зрительные фантазии.

В случае структурированного фантазирования члены группы, например, могут получать задание выбрать какое-либо животное и попытаться идентифицироваться с ним.

Упражнение 2. «Старый заброшенный магазин». Назначение: диагностика неосознаваемых личностных потребностей, их понимание и возможность коррекции.

Психологическая сущность упражнения. В основу упражнения положена концепция гештальттерапии, в частности закономерности целостного воображения и проекции. Идентифицируясь с каким-либо предметом (представляя себя каким-то предметом), осужденные проецируют на этот предмет свои личностные проблемы, осознание которых способствует их развитию или коррекции. Предложенные упражнения впервые описаны Джоном Стивенсоном (1971). Некоторые процедуры адаптированы применительно к осужденным М.Г. Дебольским (1992).

Процедура. Представьте, что Вы только сегодня освободились. Ваш поезд (автобус) будет лишь утром следующего дня. Вы идете вниз по городской улице поздно ночью. Что Вы видите, слышите, чувствуете?

Вы замечаете маленькую боковую улочку, на которой находится старый заброшенный магазин. Окна его грязные, но если заглянуть в них, можно заметить какой-то предмет. Тщательно его рассмотрите. Отойдите от магазина, опишите предмет, обнаруженный Вами за окном заброшенного магазина. Затем вообразите себя этим предметом, описывая его от первого лица. Как Вы чувствуете себя? Почему Вы оставлены в магазине? На что похоже Ваше существование в качестве этого предмета?

Через несколько минут «станьте самим собой» и еще раз рассмотрите предмет в окне. Видите ли Вы в нем что-нибудь новое? Хотите ли что-то сказать ему?

Второй вариант упражнения. Представьте, что Вы увидели большой заброшенный дом, подлежащий реконструкции. Люди из него выселены. Входная дверь приоткрыта. Вы входите в этот дом, ходите по пустым комнатам. В углу одной из комнат Вы находите оставленный предмет и берете его с собой (далее – по первому варианту).

Для осужденных-женщин может быть предложен следующий вариант упражнения. Представьте, что Вы – цветы. Опишите свой цвет, форму, соцветие, почву, на которой они произрастают, то, как они ощущают солнце, дождь, ветер.





Упражнение 3. «Мудрец». Назначение: диагностика личностных проблем и ожидаемых вариантов их решения.

Порядок выполнения. Закройте глаза, представьте зеленый луг и старый дуб на краю луга. Под деревом сидит мудрец, который ответит на любой вопрос, который ему зададут. Подойдите к нему, задайте интересующий Вас вопрос и выслушайте ответ. К дубу прибит календарь. Прочитайте на нем число. Затем закройте глаза и поделитесь своей фантазией с группой.

Упражнение 4. «Анализ стресс-факторов». Назначение: снятие эмоциональной тревожности и повышение уверенности в себе.

Процедура. Сядьте удобно. Сделайте несколько полных вдохов. Ответьте на ряд вопросов: каков ваш уровень счастья (вряд ли в колонии он может быть полным, равным 100%); вас беспокоит что-то в прошлом; вы тревожитесь о будущем; сравниваете себя с кем-то; вы чувствуете, что вас кто-то несправедливо обидел; хотите отомстить кому-то; вы чувствуете, что «все бесполезно, все безнадежно»?

После этого осужденным предлагается обсудить их проблемы в группе.

Упражнение 5. «Возможная реакция на доверительную информацию». Назначение: уменьшить психологическое сопротивление развитию доверительных отношений.

Порядок выполнения. Нескольким членам группы, наиболее «закрытым» и не принимавшим участия в выполнении предыдущего упражнения, предлагается подумать о чем-нибудь таком личном, что будет трудно открыть группе. Затем предлагается представить, что он открывает секрет конкретному члену группы, а затем предположить ответную реакцию коллеги по группе.

Таким образом, акцент в этой методике делается на описание участникам предположений о том, как другие будут реагировать на его секрет, а не на открытие самого секрета. Эта информация может оказаться и полезной обратной связью для остальных членов группы, и первым шагом на пути к большей открытости участника.

Упражнение 6. «Сжимание рук». Назначение: освобождение участника тренинга от психического напряжения.

Сущность упражнения и порядок выполнения. Упражнение предложено Элизабет Монц (1991) для снятия эмоциональной напряженности у лиц, которые подавили свои чувства по отношению к человеку, с которым ранее произошел конфликт.

Участнику тренинга предлагается закрыть глаза и положить свои ладони на кулаки ведущего или кого-либо из членов группы. Затем ведущим исполняется роль лица из прошлого ближайшего окружения осужденного – матери, отца, брата, пострадавшего, имитируя тон их речи. Осужденный должен высказывать любые приходящие в голову мысли и одновременно выражать переживаемые чувства при помощи сжимания рук собеседника.

При таком сочетании физического и словесного выражения внутренних переживаний заблокированная эмоция постепенно воссоздается и реализуется в реальном поведении.

Упражнение 7. «Уровень счастья». Назначение: снятие эмоциональной тревожности и повышение уверенности в себе (упражнение рекомендуется лицам с низким уровнем счастья, для которых их трудности (стресс-факторы) кажутся непреодолимыми).

Процедура. Составьте список (перечень) всего того, за что Вы можете быть благодарны судьбе в настоящий момент. Проследите, чтобы в Ваш список было включено все, что стоит благодарности: солнечный день, свое здоровье, здоровье членов семьи, возможность читать, работать и т.п. Занятие завершается анализом поведения участников группы, самоотчетом об их психическом состоянии.

Занятие №5

Цели: овладеть методикой прояснения и изменения жизненных ценностей; прояснить свои жизненные ценности, потребности и внутренние противоречия; внести коррективы в жизненные ценности и социальные потребности.

Упражнение 1. Прояснение жизненных ценностей. Назначение: овладение методикой прояснения жизненных ценностей.

Процедура. Будьте правдивы с самим собой. Ценности довольно трудно выявить, так как о них не принято говорить. Они бывают достаточно смутными и не всегда совпадают с официально пропагандируемыми в обществе. Поэтому, не выявив их, Вы не добьетесь перемен во взглядах.

Запишите на отдельных листах бумаги десять своих жизненных ценностей (т.е. ответьте на вопрос, что для Вас наиболее важно в жизни). Будьте готовы к их обсуждению в группе. Помните, что прояснить свои ценности можно только в результате откровенного обсуждения. Не расстраивайтесь, если Вам самому Ваши взгляды могут казаться непоследовательными.

Обсудите жизненные ценности в группе, обратив внимание на следующие проблемы: какие жизненные ценности являются доминирующими для большинства осужденных; какие сферы жизнедеятельности преобладают при описании ценностей (работа, семья, здоровье и т. д.); изменились ли жизненные ценности за последние годы? В чем изменения выражаются; нет ли противоречий в жизненных ценностях? Есть ли альтернативные; о каких жизненных позициях человека можно сказать на основе жизненных ценностей; всегда ли Вы поступаете (действуете) в соответствии с заявленными ценностями?

После группового обсуждения жизненных ценностей внесите в свой список коррективы, если видите в этом необходимость.

Ответьте на вопрос: способствовало ли данное упражнение прояснению



и коррекции Ваших жизненных ценностей?

Проанализируйте, как проходило обсуждение жизненных ценностей в группе, соблюдая правило «здесь и теперь».

Упражнение 2. «Круг субличностей». Назначение: научиться анализировать свои внутренние побуждения.

Комментарий. Субличности (или внутренние голоса) – это побуждения личности. Внутренние побуждения, как живые люди, порой вступают в конфликты и противоречия между собой. Например, конфликт между «мужем» (побуждение быть любящим, примерным семьянином) и «любовником» (нравиться другим, чувствовать себя «настоящим» мужчиной, получать сексуальное удовлетворение и т.п.). Неосознанные противоречия между субличностями разрушают человека. Поэтому необходимо иметь центральный стержень («Я»), и четко занимать ту или иную сторону.

Процедура.

1. Перечислите все свои желания. Записывайте все, что приходит Вам в голову. Убедитесь, что Вы включили и то, что у Вас сейчас есть, и то, что Вы хотели бы иметь на свободе. Например, не болеть, иметь высокий заработок, достигнуть успеха (в чем?), купить квартиру, жениться, быть любимым и т.д.

2. Когда в Вашем списке наберется 20 пунктов (или когда Вы почувствуете, что записали все желания), просмотрите список и обобщите их в 5–6 наиболее существенных. Например, «научиться играть в теннис, регулярно плавать, ходить в баню» можно записать как выражение «заниматься спортом».

3. Представьте, что за каждой сферой желаний стоит как бы самостоятельная часть Вашей личности (субличность), и дайте ей название. Например, желанию «чтобы успешно учились дети» может соответствовать субличность «отец», а желанию «чтобы уважали окружающие» – субличность «авторитет» и т.п.

4. Теперь нарисуйте на отдельном листе бумаги круг (на всю страницу). Внутри его круг диаметром 1–2 сантиметра. Эта центральная часть – Ваше «Я». Окружающее кольцо разбейте на сегменты и разместите в них те 5–6 субличностей, которые являются выразителем Ваших желаний.

Раскрасьте для наглядности субличности в разный цвет.

5. Сравните Ваши желания с жизненными ценностями, список которых Вы составили в ходе выполнения других упражнений. Нет ли между ними противоречий?

Упражнение 3. «Диалог субличностей». Назначение: прояснение особенностей каждой субличности.

Процедура. Дайте возможность обнаруженным Вами субличностям общаться друг с другом и с Вашим «Я», пусть они «скажут», за что ценят друга, почему обижаются и чего хотят.

Дайте возможность каждой субличности сказать несколько предложений, начинающихся словами:

«Мне нравится...»

«Я обижен...»

«Я хотел бы...»

«Мне представляется...»

Упражнение 4. «Психодрама сублинностей». Назначение: прояснение противоречий между сублинностями.

Процедура. Выберите из группы тех участников, которые будут выполнять роль Ваших сублинностей. Дайте им в качестве примера некоторые Ваши диалоги, так чтобы они получили достаточную информацию для организации действия и смогли изображать именно Ваши, а не свои сублинности.

Сядьте в центре комнаты и попросите выбранных лиц сесть вокруг Вас. По Вашему сигналу они должны начать говорить с Вами – требовать, угрожать, просить, льстить. Оставайтесь в образе своего «Я», обращая внимание на то, что Вы чувствуете по поводу действий и слов каждого.

Будьте внимательны. Как дирижер оркестра, руками останавливайте (или приглашайте) излишне напористого либо поощряйте и усиливайте робкого.

В заключение скажите каждой Вашей субличности, что Вы чувствовали по поводу ее слов и действий, и расскажите ей о том важном месте, которое она будет занимать в Вашей дальнейшей жизни.

Упражнение 5. «Нарисовать значимый рисунок». Назначение: развитие психологической чувствительности по отношению к членам группы.

Процедура. Ведущий приносит на занятие цветные карандаши или фломастеры. Каждому члену группы выдается лист бумаги и дается задание нарисовать что-нибудь значимое для себя (какую-либо вещь, дом, семью, группу и т.п.). Через 5 мин. каждый участник тренинга передает свой рисунок другому, перед которым ставится задача продолжить рисунок в соответствии с замыслом автора. Через 1–2 мин. ведущий вновь дает команду передать рисунок по кругу. И так делается до тех пор, пока каждый рисунок не возвратится к тому, кто его начинал.

После этого каждый участник тренинга комментирует, насколько группе удалось «уловить» замысел его рисунка и продолжить картину.

Дополнительные вопросы: что Вы чувствуете, глядя на свою картину; что из дорисованного наиболее соответствует Вашим замыслам и вкусам?

Занятие №6

Цели: прояснение своих жизненных целей и средств их достижения; разработка личного жизненного плана; развитие уверенности в возможности достижения поставленных целей.





Упражнение 1. «Технология прояснения жизненных целей». Назначение: прояснить свои жизненные цели и средства их достижения.

Процедура. Возьмите лист бумаги, карандаш и вверху запишите цель, которую Вы хотите достичь на свободе. Затем разбейте лист на четыре колонки, как показано ниже.

Цель, которую я хочу достигнуть...

Положив перед собой этот лист бумаги, расслабьтесь и сконцентрируйте внимание на цели.

Начните с обдумывания всех шагов, которые Вам необходимо предпринять для достижения этой цели. Не пытайтесь оценивать, насколько важны эти действия. Просто запишите все, что Вам приходит на ум, в первую колонку («Что мне нужно сделать»). Продолжайте выдвижение идей, пока Вы не почувствуете, что записали их полностью.

Теперь посмотрите на каждое действие, которое Вам необходимо выполнить, и напротив него во второй колонке перечислите все необходимые средства (деньги, знания, личные средства, друзья и т. п.). Не пытайтесь обсуждать или оценивать Ваши мысли, просто запишите их.

Перейдите к колонке «Порядок выполнения». В ней последовательно пронумеруйте действия, перечисленные в первой колонке. Начинайте с того, которое Вы намерены выполнить первым, затем присвойте номер второму, третьему и т.д. Если Вы не уверены в последовательности или думаете, что будете выполнять некоторые действия в одно и то же время, присвойте им одинаковые номера.

Вновь посмотрите на действия в первой колонке и как можно быстрее оцените их по степени важности, поставив в четвертой колонке («Важность действия») соответствующий знак: А – очень важно; В – важно; С – выполнить, если будет возможность.

Упражнение 2. Прогноз жизненной ситуации после освобождения. Назначение: разработка личного жизненного плана и прогноз возможностей его реализации.

Процедура. На основе приведенного ниже перечня вопросов, относящихся к различным сферам жизнедеятельности, оцените свою ситуацию при освобождении из ИУ.

Работа

Имею ли я четкие представления, где и кем буду работать после освобождения?

Поможет ли моя работа (профессия) в достижении различных жизненных благ?

Какую работу я хочу выполнять через 5–10 лет? Есть ли у меня энтузиазм и стремление к работе (мотивация)?

Что является для меня мотиватором сейчас? А через 5 лет? Каковы сильные–слабые стороны моей мотивации?

Отвечает ли ожидаемая работа моим личным потребностям?

Экономическое положение

Удовлетворен ли я своим экономическим положением? Есть ли у меня долги? Каковы мои потребности в деньгах?

Какие меры я смогу принять для улучшения экономического положения (кредит, «подработка», помощь друзей и др.)?

Физическое и психическое состояние

Какова моя общая форма?

Прохожу ли я регулярно обследование?

Часто ли болею?

С чем это связано?

Занимаюсь ли регулярно оздоровительным спортом?

Достаточно ли я сплю?

В норме ли мой вес?

Не склонен ли я к употреблению алкоголя?

Какие меры я могу принять для улучшения своего физического состояния (сейчас и после освобождения)?

Какое настроение у меня преобладает?

Что меня больше всего тревожит (раздражает)?

Могу ли я управлять своим психическим состоянием?

Взаимоотношения с окружающими

Есть ли у меня друзья?

Широк ли их круг?

Как я забочусь о дружеских отношениях в колонии?

Поддерживаю ли я контакт с друзьями на свободе?

Искренне ли я интересуюсь мнением и точкой зрения других?

Как я учитываю точку зрения других?

Интересует ли других мое мнение?

Навязываю ли я другим свои мысли и мнение?

Умею ли я слушать?

Умею ли я ценить людей, с которыми общаюсь?

Как это проявляется?

Как я себя веду в конфликтной ситуации?

Общекультурное и профессиональное саморазвитие

Развиваю ли я себя постоянно тем или иным способом?

Читаю ли я регулярно газеты, еженедельные издания, специальную (профессиональную) и художественную литературу?

Слежу ли за новостями дня по газетам, радио, телевидению?

Освоил ли я новые профессии?

Занимаюсь ли развитием своих личностных качеств?

Участвую ли в художественной самодеятельности?

Семейная жизнь





Понимаю ли я значение семьи?

Устраивает ли меня моя семейная ситуация на сегодняшний день?

Изменится ли она в ближайшие годы после освобождения?

Уделял ли я достаточно времени своей семье?

Есть ли в моей семье общие увлечения?

Знаю ли я хорошо членов своей семьи – их потребности, мнения, интересы?

Смогу ли я создать и поддерживать в своей семье открытую и душевную атмосферу?

Как я смогу развивать свою семейную жизнь?

Ответы на поставленные вопросы должны помочь Вам глубже осознать свою жизненную ситуацию и составить личный план рабочей (служебной, творческой и т. п.) карьеры и развития.

Упражнение 3. «Три года». Назначение: уточнение жизненных планов с учетом кризисной ситуации.

Процедура. Упражнению должна предшествовать непродолжительная релаксация. Следите за своим дыханием: оно должно быть ровным, естественным. Фиксируйте вдох, выдох, отмечайте попутно, какие части Вашего тела движутся, когда Вы дышите. Заметьте, где Ваше тело касается кресла, стула. Не напрягайтесь, пусть кресло само «держит» Ваше тело.

Представьте себе: Вы узнали, что Вам осталось жить три года (все это время Вы будете совершенно здоровы). Какова Ваша первая реакция на это известие? Начали ли Вы сразу строить свои планы или разозлились, что Вам отпущено так мало времени?

Вместо того чтобы испытать ненависть в связи с тем, что «меркнет свет», или завязнуть в трясине фантазий о деталях надвигающейся смерти, решите лучше, как Вам хочется провести эти годы. Где бы Вы хотели их прожить? С кем? Хотите ли Вы работать или учиться? Что обязательно нужно успеть сделать за это время?

После того как Ваше воображение построит картину жизни в течение этих трех лет, сравните ее с той жизнью, которой Вы живете сейчас. В чем сходство между ними? В чем отличие? Есть ли в этой воображаемой картине что-то, что Вы хотели бы включить в Вашу нынешнюю жизнь?

Теперь хорошо осознайте, что предположение о Вашей смерти через три года – это только игра воображения, которая понадобилась, чтобы выполнить упражнение. Отбросьте эти мысли. Однако оставьте от этой игры то, что Вам подходит и что Вы хотели бы сохранить. Запишите, какой опыт Вы приобрели, выполняя это упражнение.

Упражнение 4. «Идеальная модель». Назначение: формирование уверенности в достижимости поставленной цели.

Процедура. Представьте себе жизненную цель, которую Вы стремитесь достигнуть.

Выберите личное качество, свойство, которое, как Вам кажется, поможет на данный момент реализовать выбранную цель в жизни.

Теперь представьте, что Вы обладаете этим качеством в высочайшей степени его чистоты и интенсивности. Дайте образу оформиться во всех деталях. Этим качеством проникнуты Ваши взгляд, поза и выражение лица (образ может быть вначале нестабильным, «мерцать» и исчезать). Удерживайте этот образ некоторое время, поощряя возрастающее выражение выбранного Вами качества.

Представьте проникновение в это качество, Ваше слияние с ним подобно переодеванию в новую одежду. Проникнувшись образом, почувствуйте, что это качество становится частью Вас. Представьте, каким ощущением сопровождается обладание этим качеством. Почувствуйте, что оно просочилось через Ваше тело, через каждую Вашу клетку, течет в каждой вене, наполняя Вас. Представьте, что это качество пропитывает и Ваши чувства, образ мышления и мотивы.

Наконец, представьте себя в одной или нескольких ситуациях повседневной жизни, проявляя избранное качество в большей степени, чем имели до этого. Представляйте эти ситуации в динамике со всеми деталями.

В заключительной части занятия проанализируйте свое самочувствие. Ответьте на вопрос: чем Вас обогатила сегодняшняя встреча?

Занятие №7

Цель: развитие умений делового общения в жизненно значимых ситуациях.

Упражнение 1. «Что Вы хотели бы услышать». Назначение: психологическая разминка к ролевому общению; выявление жизненно значимых тем для психодрам.

Процедура. Участникам тренинга ставится задача: «Подумайте о том, что Вы хотели бы услышать (или не хотели бы услышать): от одного из людей в этой комнате; от своего друга; от члена своей семьи. Станьте этим человеком и выскажите это пожелание или требование».

Упражнение 2. *Прояснение неосознаваемых элементов поведения.* Назначение: осознание особенностей своего поведения посредством их преувеличения или действий наоборот.

Процедура. Участник тренинга выбирает нежелательное личное поведение или группа помогает ему выбрать поведение, которое им не осознается, но очевидно для других. Например, не смотрит в глаза, когда говорит, говорит шепотом, неуверенно или, наоборот, очень громко (кричит), безапелляционно, агрессивно. Если член группы не осознает идентифицированного поведения, ему следует преувеличить его. Если осознает и считает его нежелательным, то должен постараться полностью изменить его на противоположное. Например, человек робкий, неуверенный должен





говорить громко, авторитарным тоном с каждым членом группы.

Дайте каждому участнику для разыгрывания роли 5 мин. Оставьте время для обратной связи и для того, чтобы поделиться своими наблюдениями и чувствами с группой.

Упражнение 3. «Конфликт нападающего и защищающегося». Назначение: осознание конфликтных сторон личности и получение опыта активной борьбы с кем-либо.

Процедура. Два участника садятся в круг лицом друг к другу. Одному дается роль «нападающего», а другому – «защищающегося». Затем участники ведут диалог. Тема общения выбирается актуальная для осужденных. Например: беседа начальника с «нерадивым» подчиненным; беседа участкового с освободившимся из ИТК; разговор отца и сына.

«Нападающий» говорит своему партнеру, как он должен вести себя и что ему следует делать. Собеседник критикуется с позиции явного превосходства и уверенности в себе.

Если Вы «защищающийся», постоянно извиняйтесь и оправдывайтесь. Говорите своему партнеру, как Вы стараетесь, как хотите угодить и как что-то мешает Вам выполнять его требования. Через 5 мин. завершите диалог и поменяйтесь ролями. Завершив упражнение, поделитесь своими переживаниями. Сравните сыгранные Вами роли с Вашим способом действий в реальной жизни. Обсудите также, что Вы чувствовали в роли «защищающегося»: гнев, унижение? Виноватым или карающим в роли «нападающего»? Анализ впечатлений осужденных может дать информацию об отдельных сторонах их личности.

Далее участники разбиваются на пары, и все выполняют это упражнение.

Упражнение 4. «Ролевая игра». Назначение: развитие умений ролевого поведения в жизненно важных ситуациях.

Процедура. Ведущий формирует ситуации, которые проигрываются первоначально перед группой, а затем участники разбиваются по парам и (со сменой ролей) выполняют те же упражнения.

Примерные ситуации для ролевой игры:

1. Осужденный обращается к начальнику отряда с просьбой разрешить выезд домой в связи с несчастным случаем (смерть близких родственников).

2. Вы снимаете квартиру, ведете законопослушный образ жизни. В этот вечер к Вам собрались друзья, была небольшая вечеринка. Около 24 часов, когда гости уже расходились, позвонили работники милиции и стали требовать, чтобы Вы открыли дверь, мотивируя это тем, что уже поздно и Вы нарушаете общественный порядок.

3. Вы долго не можете найти работу, деньги на исходе. Неожиданно Вас встречает старый знакомый и предлагает подработать, но дело не совсем

«чистое».

4. Вам помогли начать «свое дело» – открыть палатку. Поздно вечером к Вам в палатку вошли несколько работников милиции и неизвестный гражданин, утверждающий, что полчаса назад у Вас купил бутылку водки, а в ней оказалась простая вода. (Развитие ситуации: когда Вы открыли другую бутылку, в ней также оказалась вода. Вас обманули. Ваши действия?)

Упражнение 5. «Трудоустройство». Назначение: развитие навыков общения в ситуации поиска работы.

Процедура. Осужденных просят назвать основные источники информации о рабочих местах и последовательность действий по трудоустройству. Наиболее сложные ситуации проигрываются по следующим сценариям:

беседа в районной службе занятости (включая профессионально-психологическое тестирование);

беседа с начальником отдела кадров завода.

Заключительная часть занятия – рефлексия самочувствия осужденных.

Занятие №8

Цели: диагностика взаимоотношений с членами семьи и возможность их коррекции (психологическая подготовка к семейной адаптации).

Упражнение 1. «Рисунок семьи». Назначение: диагностика ролевой структуры в семье.

Процедура. Слушателям выдается лист бумаги, фломастеры или цветные карандаши. Они должны нарисовать свою семью. Внимание осужденных обращается не на художественные способности к рисованию, а на схематичность изображения.

Упражнение 2. «Скульптура семьи». Назначение: диагностика семейных взаимоотношений.

Процедура. Один из участников добровольно вызывается создать «скульптуру» семьи. Он должен выбрать участников, которые больше всего напоминают ему членов семьи (по сходству), включив всех, кто жил с ним, пока он рос. Членов семьи следует расположить в характерных для них положениях (например, за обеденным столом). Далее разыгрывается сцена, которая изображает фрагмент взаимоотношений в семье. Участники, занятые в создании скульптуры, информируются о каждом члене семьи, их любимых фразах, их отношении к «скульптору». В сцену обязательно должен быть включен в качестве члена семьи участник, создающий «скульптуру».

Упражнение 3. «Дискуссия по проблеме семьи». Назначение: диагностика и коррекция представлений осужденных о семейных отношениях.

Вопросы для обсуждения: каковы были семейные противоречия в Вашей семье; как члены семьи разрешали эти противоречия; кто лучше



других умел разрешить определенные противоречия; каковы основные противоречия между Вами и супругой (знакомой); как Вы их разрешаете; каким способом Вы пытаетесь изменить свою супругу (подругу); каким способом она пытается Вас изменить; как Вы реагируете на это; Ваши отношения с семьей в настоящее время; что Вас больше всего тревожит в семейных отношениях?

Упражнение 4. «Встреча с семьей». Назначение: диагностика взаимоотношений с членами семьи; коррекция отношений к некоторым членам семьи и родственникам.

Процедура. Представьте, что Вы заходите в квартиру (дом). Все члены семьи находятся за обеденным столом. Как они прореагируют на Ваше неожиданное появление? Что скажете Вы? Проиграйте эту ситуацию встречи.

Выполните повторно это же упражнение в виде психодрамы (при наличии дублеров по каждой или основным ролям). «Двойник» должен выражать те мысли и чувства, которые не высказаны основным действующим лицом (протагонистом). Например:

Бывший осужденный заходит в дом и говорит: «Вот и я!» Его «двойник»: «Что, испугались? Не рады?»

Мать: «Вова! Это ты?» Ее «двойник»: «Я так счастлива! Не могу поверить, что это ты!»

Старшая сестра: «Здравствуй, Вова. Проходи, не стой». Ее «двойник»: «Так неожиданно, опять могут начаться конфликты между моим мужем и братом...»

Ситуация проигрывается несколько раз. Возможна смена некоторых ролей. Каждый участник должен рассказать, что он почувствовал, играя конкретную роль.

Упражнение 5. «Пожелания» (тост). Назначение: диагностика взаимоотношений с друзьями и близкими; выработка тактики поведения по отношению к близким и друзьям в дальнейшем.

Процедура. Один из участников тренинга распределяет роли родственников и друзей, которые будут приглашены на вечеринку по случаю его возвращения из колонии. Нужно дать краткие характеристики тем людям, роли которых будут выполнять участники тренинга. Каждый «приглашенный на вечеринку» должен высказать свои пожелания бывшему осужденному. После этого все обсуждают, что они чувствовали во время выполнения упражнения.

Упражнение 6. Анализ основных ролей в семье. Назначение: осознание ролевой структуры в семье и возможностей ее коррекции.

Сущность упражнения и процедура. В семейных отношениях нередко существуют три основные роли: «преследователь», «жертва», «спаситель». Обычно в семье один и тот же человек выполняет разные роли в зависимо-

сти от ситуации. Но встречаются семьи, когда психологическая роль становится постоянной для данного ее члена.

Средства реализации своих ролей бывают различными. Не следует думать, что «жертвы» – это самые бессильные члены семьи. Иногда – это наиболее влиятельные люди. Они способны привлечь к себе максимум внимания других, и их интересы обязательно учитываются, когда принимается решение.

Проанализируйте, как распределялись роли в Вашей семье (в детстве, когда выросли).

Кто был «преследователем», «жертвой», «спасителем»?

Случалось ли Вам когда-нибудь не выполнить ожидаемую от Вас роль? Каков был результат?

Как Вы думаете, какие роли играли Ваши родители в детстве в своих семьях?

Какая роль импонирует Вам? К какой роли Вы будете стремиться после освобождения?

Упражнение 7. «Сказочная крестная мать». Назначение: развитие потребности в любви и одобрении.

Информация. Потребность в любви и одобрении является одним из наиболее действенных источников активности личности. Люди, испытывающие неудовлетворенность в этом плане, становятся жесткими, бессердечными. Важно не только испытывать потребность в любви, в уважении других, значимых для Вас людей, но и уметь любить.

Процедура. Сядьте поудобнее. Сделайте несколько полных вдохов и выдохов. Представьте, что Вас посетила Ваша сказочная крестная мать. Обратите внимание на то, как она выглядит, какая на ней одежда, какое у нее выражение лица. Кого она Вам напоминает? Мысленно «отпустите» ее и вообразите действительно любящего Вас человека.

Теперь вспомните, кто нуждается в Вашей любви: сын, дочь, мать, отец?.. Мысленно представьте их и скажите им, как Вы их любите, какие они замечательные люди. Скажите им все, чем они восхищают Вас. Убедите их, что Вы действительно их любите и скоро будете рядом с ними.

Заключительная часть занятия – рефлексия прошедшего занятия и психического состояния осужденных. Посоветуйте всем участникам написать письма домой.

Занятие №9

Цели: психологический анализ жизненного пути участников; диагностика сильных и слабых сторон личности; диагностика проблем, вызывающих тревогу при освобождении и развитие умений по их разрешению.

Упражнение 1. «Анализ жизненного пути». Назначение: выявление сильных свойств личности.





Процедура. Закройте глаза, расслабьтесь и вспомните свою жизнь. Не торопитесь, на это отводится до 10 мин. Начинайте с самых ранних детских воспоминаний.

Вспомните каждое Ваше достижение, каждую заслугу, каждое совершенное дело, которым Вы можете гордиться. Откажитесь от любых искажающих Ваши достоинства замечаний. Обратите особое внимание на те события, которые без Вашего участия приняли бы совсем другой оборот (например, выступили на собрании в защиту товарища). Не забудьте поступки, которые кому-то могут показаться легкими, но для Вас были трудными (например, пойти на разрыв отношений с ранее близким человеком).

Каждый член группы должен рассказать о своих сильных сторонах – о том, что он любит, ценит, принимает в себе, что дает ему чувство внутренней уверенности и доверия к себе в разных ситуациях. Не обязательно говорить только о положительных чертах характера, важно отметить то, что является или может явиться точкой опоры в различные моменты жизни. Важно, чтобы говорящий «не брал в кавычки» свои слова, не отказывался от них, не умалял личных достоинств, чтобы он говорил прямо, без «но» и «если». Это упражнение направлено не только на определение собственных сильных сторон, но и на умение мыслить в положительном ключе. Поэтому, выполняя его, необходимо избегать любых высказываний о своих недостатках, ошибках, слабостях. Руководитель и все остальные члены группы должны внимательно следить за этим и пресекать каждую попытку самокритики и самоосуждения.

Итак, вызывается первый желающий. Он может говорить о своих сильных сторонах 3–4 мин., и, даже если закончит раньше, оставшееся время все равно принадлежит ему. Это значит, что другие члены группы остаются только слушателями, они не могут высказываться, уточнять детали, просить разъяснений или доказательств. Может быть, значительная часть времени пройдет в молчании. Человек, говорящий о себе, не обязан обосновывать, почему он считает те или иные свои качества сильной стороной. Достаточно того, что он сам в этом уверен.

Руководитель следит за временем и дает сигнал, когда наступает очередь следующего члена группы, сидящего справа от предыдущего выступавшего. Так продолжается до тех пор, пока все не выскажутся по очереди.

После того как все высказались, руководитель раздает бумагу и карандаши, предлагая всем попытаться провести «инвентаризацию» своих сильных сторон, переписав их на листе бумаги. Он предлагает каждому перечислить не только то, что он сказал о себе, но и другие сильные стороны, которые каждый осознает в себе в настоящее время.

После этого группа делится на подгруппы и обсуждает, как, опираясь на свои сильные стороны, сделать что-то по-настоящему ценное, не огра-

ничиваясь только индивидуальными интересами и потребностями. Затем вся группа собирается, и участники рассказывают друг другу о том, как они намерены использовать свои сильные стороны в личностном росте.

Упражнение 2. «Уверенность в будущем». Назначение: развитие уверенности в себе, в возможности преодоления трудностей на свободе; формирование умений по преодолению этих трудностей.

Процедура 1. Вы готовитесь к освобождению. Какие мысли у Вас вызывают беспокойство, в чем Вы не уверены в себе? Проблемы обсуждаются в кругу.

Процедура 2. Ситуации, которые вызывают беспокойство, ранжируются по степени сложности и проигрываются в виде ролевой игры или психодрамы (от менее сложных к более сложным).

На заключительной части занятия анализируются психологические процессы в группе и состояние осужденных.

Занятие №10

Цели: психологическая коррекция личности осужденных; подведение итогов тренинга.

Упражнение 1. «Волшебный магазин». Назначение: диагностика психологических проблем участников группы; коррекция личности.

Порядок выполнения. Руководитель предлагает членам группы представить, что в кабинете возник небольшой магазин, имеющий в своем ассортименте такие «товары», как «любовь», «здоровье», «смелость», «жизненная мудрость», «физическая сила», «эмоциональная устойчивость», «порядочность», «месть», «уверенность в себе», «культура», «образование», «уважение» и т.д.

Потом вызывается доброволец, который может попробовать «выменять» одну или несколько подобных вещей. Например, участник просит у продавца «уважение». Руководитель, который играет роль владельца магазина, начинает спрашивать «покупателя», сколько ему надо «уважения», кто должен начать его уважать и за что. После этого владелец магазина просит что-нибудь взамен у покупателя. Возможно, что покупатель предложит в качестве платы за уважение свое постоянное согласие с людьми.

Упражнение 2. «План моей жизни». Назначение: планирование жизненного пути личности.

Процедура. Вам предстоит наметить план жизни на 5 лет. Каковы Ваши три самые главные цели в предстоящем году? От кого зависит их достижение? Напишите те, которые зависят от Вас.

Что Вы уже сейчас делаете для достижения каждой из этих целей?

Каких пяти целей Вы бы хотели добиться за ближайшие 5 лет? Какой, по Вашему мнению, станет после этого Ваша жизнь?

Упражнение 3. «Чемодан». Назначение: рефлексия изменений, проис-





шедших в участниках за время тренинга.

Процедура. Один из участников тренинга выходит из комнаты, а остальные начинают собирать ему в дальнюю дорогу, условно говоря, «чемодан», в него помещается то, что, по мнению группы, помогает человеку в общении с людьми вообще и с осужденными в частности. Обязательно указываются и те качества, которые мешают этому человеку, его отрицательные проявления, для устранения которых ему нужно активно поработать.

С методической точки зрения это удобно делать следующим образом: лист бумаги делится пополам, и член группы пишет на одной стороне сверху знак «+», на второй – знак «-». Под первым знаком группа собирает все положительное, а под вторым – отрицательное. Для хорошего «чемодана» нужно не менее пяти—семи характеристик и с той, и с другой стороны.

Затем участнику, который выходил и все время, пока группа собирала ему «чемодан», оставался в коридоре, зачитывается и передается этот список. У него есть право на один вопрос, если что-то непонятно.

По мере психологической готовности участников вся процедура повторяется, пока все члены группы не получают свой «чемодан».

Отрицательные качества подаются не как «приговор», а как резервы личностного роста.

Заключительная часть занятия. Участники тренинга делают самоотчет о том, что им дали занятия в группе. По этому же вопросу они заполняют соответствующие объективные тесты, позволяющие сравнить уровень развития личности до и после социально-психологического тренинга.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ОПИСАНИЕ ЦИКЛА СЕМИНАРОВ «ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ» [39]

Цикл состоит из 4 занятий по 2,5 часа. Каждое занятие включает в себя две сессии по 65 минут с перерывом на 20 минут. Занятия проводятся 1 раз в неделю, таким образом, 1 цикл занятий завершается за 1 месяц.

Периодичность проведения циклов определяется командой ведущих, исходя из региональных особенностей, потребности пациентов в обучении и возможности формирования группы, но не реже, чем 1 раз в 3 месяца.

Место проведения: учреждения, оказывающие медико-социальную помощь ЛЖВ (СПИД-центры, ЛПУ, НКО и др.)

Требования к помещению: отдельная аудитория без присутствия посторонних лиц, в том числе – сотрудников учреждения, не участвующих в семинаре.

Техническое обеспечение: компьютер, мультимедиа-проектор, флип-чарт, стулья.

Дополнительно:

- продукты и посуда для кофе-брейка;
- «пробная терапия» – витамины, глюкоза или цветные драже;
- канцтовары (блокноты, ручки, листы флип-чарта, маркеры и др.);
- подарки участникам;
- сертификаты;
- организатор берет на себя обеспечение «Школы пациентов» необходимым количеством брошюр «Знакомство с комбинированной антиретровирусной терапией», а также другими изданиями для пациентов, не содержащими информацию рекламного характера.

Ведущие: Прошедшие предварительную подготовку в рамках тренинга «Проведение школы пациентов» врач (СПИД-центра), назначающий антиретровирусную терапию, и равный консультант, желательно – получающий терапию. Допускается участие консультанта-психолога.

Критерии отбора участников:

пациенты, получающие антиретровирусную терапию, вне зависимости от продолжительности лечения;

пациенты, нуждающиеся в антиретровирусной терапии и планирующие





в ближайшее время (в пределах 2 месяцев) начать лечение; пациенты, прекратившие прием АРВТ, но имеющие показания для продолжения лечения.

Количество участников: не более 12-15 человек.

Цель курса: формирование у пациентов стойкой долговременной приверженности антиретровирусной терапии и диспансеризации.

Задачи курса:

- содействие повышению эффективности работы СПИД-центра в консультировании пациентов и повышении качества услуг;
- формирование теоретической базы знаний у пациентов о ВИЧ-инфекции, ее лечении, препаратах АРВТ и т.д.
- мотивация пациентов на прохождение регулярной диспансеризации;
- формирование осознанного отношения к здоровью у пациентов, мотивация к приему терапии;
- установление тесного контакта между пациентом и ЛПУ;
- формирование практических навыков приема лекарств у пациентов, связанных с распорядком дня, питанием и т.п., а также с самоконтролем и самопомощью;
- преодоление стигмы и дискриминации;
- рассмотрение на занятиях других вопросов, связанных с лечением и жизнью с ВИЧ, по желанию пациентов;
- создание «пар взаимопомощи» для поддержания приверженности.

Критерии оценки (индикаторы) эффективности цикла:

- количество человек, прошедших полный курс обучения (посетили 4 занятия) – не менее 5.
- увеличение количества правильных ответов на вопросы анкеты по оценке уровня знаний не менее 10% от исходного уровня, при условии исходного уровня знаний менее 80% правильных ответов.
- не менее 70% правильных ответов на вопросы анкеты по оценке уровня знаний по завершению цикла обучения.
- количество пациентов, вошедших в «пары взаимопомощи» – не менее 4 (2 пары).

Критерии оценки качества работы ведущих:

- увеличение количества правильных ответов на вопросы анкеты по оценке уровня знаний не менее 10% от исходного уровня, при условии исходного уровня знаний менее 80% правильных ответов.
- не менее 70% правильных ответов на вопросы анкеты по оценке уров-

ня знаний по завершению цикла обучения.

- средний балл удовлетворенности результатами цикла по сообщениям участников в анкете оценки мероприятия (усредненные значения по пунктам 3.2. и 5 анкеты) – не менее 4,0.

- количество желающих рекомендовать посещение школы своим знакомым (пункт 6 анкеты) – не менее 50%.

Документация:

– Регистрационный журнал:

- даты проведения цикла;
- зашифрованный регистрационный номер пациента;
- общая оценка приверженности АРВТ на момент начала обучения: привержен лечению, не привержен, назначение терапии планируется;
- данные об уровне CD4 и ВН на момент начала обучения;
- 4 графы – отметки о посещении занятий;
- данные об уровне CD4 и ВН через 6 месяцев после завершения цикла;
- оценка приверженности лечению через 6 месяцев после завершения цикла (привержен, не привержен, АРВТ не назначена).

– Отчеты о проведении цикла занятий:

- список участников с указанием количества посещенных занятий;
- количество сформированных пар взаимопомощи к концу цикла;
- содержательный отчет о мероприятии (общее описание, достоинства мероприятия, возможности улучшения качества мероприятия, рекомендации);
- результаты обработки анкет по уровню знаний и по оценке мероприятия участниками.

– Итоговый отчет по завершению периода наблюдения: обезличенные данные на пациентов, посещавших занятий (в форме таблицы):

- приверженность АРВТ на момент начала обучения: привержен, не привержен, назначение терапии планируется;
- данные об уровне CD4 и ВН на момент начала обучения;
- 4 графы – отметки о посещении занятий;
- данные об уровне CD4 и ВН через 6 месяцев после завершения цикла;
- оценка приверженности лечению через 6 месяцев после завершения цикла (привержен, не привержен, АРВТ не назначена).

Оплата работы ведущих производится по завершению каждого цикла и по предоставлению отчета о проведении цикла.





План занятий (приблизительный)

Занятие №1 «ВИЧ-инфекция»

- Знакомство, представление участников и ведущих, цели и задачи курса (40 минут)
- Заполнение анкет (20 минут)
- Информационный блок «ВИЧ-инфекция» (60 минут)
 - Жизненный цикл ВИЧ
 - Влияние ВИЧ на организм человека (включая реинфицирование)
 - Возможность лечения ВИЧ-инфекции
 - Значимость лабораторных исследований и наблюдения
- Дискуссия (30 минут). Обсуждение данных о вирусной нагрузке и иммунном статусе участников.

Занятие №2 «Антиретровирусная терапия»

- Приветствие (10 минут)
- Повторение пройденного материала (30 минут)
- Информационный блок «Антиретровирусная терапия» (90 минут)
 - Цели и задачи антиретровирусной терапии
 - Действие АРВТ (на уровне организма). Лабораторные показатели эффективности лечения
 - Влияние препаратов АРВТ на различные этапы жизни вируса
 - Резистентность, приверженность лечению
- Дискуссия «Приверженность лечению». Для тех, кто не получает АРВТ – раздача «пробной терапии» (20 минут)
 - Обсудить, что такое приверженность лечению. Подобрать синонимы и объяснение термину.

Занятие №3 «Приверженность»

- Приветствие (15 минут)
- Повторение пройденного материала (30 минут)
- Дискуссия «Приверженность лечению» (30 минут)
 - Обсуждение опыта приема терапии или «пробного лечения»
 - Что помогает и что мешает принимать терапию
- Создание пар «взаимопомощи и поддержки» (10 минут)
- Информационный блок «Побочные эффекты АРВТ» (20 минут)
- Информационный блок «ВИЧ и ТБ» (30 минут)
- Дискуссия (15 минут).

Занятие №4 «Жизнь с ВИЧ»

- Приветствие (5 минут)
- Повторение пройденного материала (10 минут)

- Дискуссия «Приверженность лечению» (10 минут)
- Обсуждение опыта приема терапии или «пробного лечения»
- Что помогает и что мешает принимать терапию
- Информационный блок «Жизнь с ВИЧ» (30 минут)
- Факторы риска передачи инфекции
- Дискордантные пары
- Питание и образ жизни
- Дискуссия (20 минут)
- Информационный блок «Вирусные гепатиты (ко-инфекция)» (45 минут)
- Итоговая дискуссия, резюмирование (10 минут)
- Заполнение анкет (20 минут)
- Завершение (10 минут)
- Вручение сертификатов, подарков.





ПРИЛОЖЕНИЕ 6

«Утверждено»

Директор _____

« ___ » _____

ПОЛОЖЕНИЕ О СОЦИАЛЬНОМ БЮРО

Социальное бюро (СБ) – специализированная социальная служба, которая занимается комплексным социальным сопровождением представителей целевых групп (клиент) и оказывает им содействие в получении медицинской, социально-психологической и юридической помощи. СБ функционирует на основе клиент-ориентированного подхода и оказывает помощь в соответствии с запросами и потребностями клиента в рамках Проекта «Социальное сопровождение».

Цель функционирования Социального Бюро:

Защита прав и интересов целевых групп, содействие их адаптации и ресоциализации в обществе путем оказания помощи в решении медицинских, социальных, психологических и юридических вопросов.

Задачи Социального Бюро:

- организация социального сопровождения клиента;
- вместе с клиентом специалист составляет индивидуальную программу по достижению поставленной цели (пути, сроки, последовательность действий);
- предоставляет клиенту возможность приобрести заново утраченные навыки самоорганизации.

Функция контроля со стороны СБ призвана помочь клиенту справиться с собственной организационной несостоятельностью. В этой связи СБ на начальных этапах сопровождения берет на себя функции внешнего контроля за продвижением клиента по этапам ресоциализации. Причем этот контроль устанавливается над клиентом, исходя из принципов уважения, доверия и разделения ответственности.

Методы работы Социального Бюро:

1. Консультирование по вопросам социального обслуживания клиентов.
2. Оказание юридической помощи и поддержки.
3. Оказание психологической помощи в кризисных ситуациях.
4. Содействие в получении медицинской помощи.

5. Предоставление консультаций по вопросам профориентации, получения образования и трудоустройства.

Основные направления деятельности:

1. Осуществление социального мониторинга на территории области.
2. Выработка предложений по совершенствованию системы социальной защиты клиентов.
3. Подготовка и распространение информационных материалов, обеспечивающих клиентам доступ к медицинским, психологическим и социальным службам.
4. Социально-психологическая помощь клиентам в адаптации к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни.
5. Консультирование клиента, в том числе по вопросам предоставления медицинских, социально-психологических и юридических услуг.
6. Участие в привлечении государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций и учреждений, а также общественных и религиозных организаций к решению вопросов оказания социальной помощи клиентам и координация их деятельности в этом направлении.
7. Создание и поддержка партнерской сети.
8. Создание и ведение банка данных о клиентах, обратившихся в СБ за помощью, осуществление обмена необходимой информацией с заинтересованными государственными и общественными организациями и учреждениями.

Виды услуг, предоставляемые Социальным Бюро:

1. Помощь клиенту в определении его нужд и потребностей в решении проблем, связанных или вызванных практикой рискованного поведения.
2. Содействие в получении медицинской помощи в процессе отказа от практик рискованного поведения (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, ИППП, другие парентеральные инфекции, а также общесоматические заболевания).
3. Содействие в получении реабилитационной помощи в режиме, оптимальном для каждого конкретного клиента.
4. Оказание психологической поддержки и консультирования на всех этапах.
5. Оказание социальной помощи – содействие в трудоустройстве и профессиональном обучении, юридическая помощь, защита прав.

Помимо перечисленного выше СБ само по себе является службой, оказывающей определенный набор услуг. К этим услугам относятся исключительно те, которые не оказываются ни одним из участников партнерской сети. В этом смысле СБ выступает как средство ликвидации экстренных дефицитов в системе социально-психологической помощи клиентам.



Службы Социального Бюро

I. Консультационная социальная телефонная служба

- Прояснить запрос клиента, по возможности произвести первичный сбор данных о клиенте, проинформировать его об услугах, которые предоставляет СБ, о правилах его работы, о конфиденциальности обращения.
- Телефонный консультант СБ принимает решение о том, куда направить клиента с его запросом.

II. Служба первичного приема

- Определить, насколько адекватным является запрос, с которым клиент обратился в Социальное Бюро.
- Прояснить, насколько клиент информирован о том, какими средствами может быть решена его проблема.
- Определить уровень мотивации клиента на участие в программе социального сопровождения.
- Проинформировать о правилах оказания услуг, ознакомить с типовым контрактом, который СБ предлагает всем своим клиентам, разъяснить его содержание и предложить подписать этот контракт.
- Вместе с клиентом определить первоочередные шаги и выбрать наиболее подходящие для этого средства.

Заключение контракта

- Между клиентом и СБ заключается контракт с указанием форм и объема оказываемой помощи, сроков и условий пребывания клиента в программе, прав и обязанностей сторон.
- Реализация основной программы социальной поддержки в отношении клиента осуществляется с момента подписания контракта, который обеспечивает построение отношений на основе соблюдения требований обеих сторон – клиента и Социального бюро. Перед заключением контракта необходимо дать клиенту возможность почувствовать атмосферу и объяснить требования, предъявляемые в программе.
- Перед заключением контракта важно провести разъяснительную работу с клиентом относительно смысла заключения договора.
- Перед заключением контракта клиент должен быть ознакомлен с программой помощи, основными методами и направлениями работы. Клиенты берут на себя обязательства активно участвовать в программе и выполнять основные обязательства.
- Контракт (договор) выполняет также и терапевтическую функцию. Контракт – это инструмент, который регулирует отношения клиентов и персонала программы. Он дает возможность прогнозировать исход ситуации (последствия поведения) в случае нарушения договора, создает условия стабильности во взаимоотношениях с сотрудниками СБ. Контракт

также является важным инструментом усиления мотивации к участию в процессе социального сопровождения, позволяет разделить ответственность за происходящее между клиентом и специалистами, ведущими программу.

- Контракт является конфиденциальным документом. Для учета индивидуальных особенностей и пожеланий обеих сторон в него могут быть внесены изменения.

- Важно понимать, что с формальной точки зрения контракт не накладывает на клиента никаких обязательств, однако может служить средством, при помощи которого сотрудники СБ могут избежать злоупотреблений или попыток манипуляции со стороны клиента.

III. Медико-психологическая служба

Медико-психологическая служба СБ отвечает за этапы, связанные с лечением и реабилитацией клиента, а также за работу с его семьей.

Консультации в медико-психологической службе нацелены на:

- поддержание мотивации к лечению и реабилитации;
- формирование представления о сути лечебно-реабилитационного процесса в каждом конкретном случае;
- информирование о различных способах получения требуемой помощи;
- обеспечение функционирования поддерживающей среды в семье и значимом окружении;
- обеспечение доступа к службам помощи;
- проведение работы, направленной на то, чтобы состояние клиента соответствовало требованиям той или иной службы помощи;
- обеспечение преемственности между медицинскими службами.

IV. Служба социальной помощи

Одним из ключевых моментов в организации процесса оказания комплексной социально-реабилитационной помощи является вопрос организации занятости.

При организации работы по содействию в трудоустройстве можно выделить три основных направления:

1. Процесс адаптации и подготовки к трудоустройству.

- Определить желания и реальные возможности клиента, провести анализ уровня развития социальных навыков.
- Провести детальный анализ специфических особенностей социального статуса каждого конкретного клиента.
- Оказать помощь при составлении или заполнении документов.
- Проконсультировать о стратегии поведения при контакте с работодателем.





2. Процесс содействия в получении профессии или профессионального образования.

- Обучение на профессиональных курсах.
- Организация процесса обучения на рабочем месте.
- Получение специальности в процессе прохождения реабилитации на базе загородного реабилитационного центра.

3. Сопровождение клиента в процессе оказания помощи в трудоустройстве.

- Не анонимность, а конфиденциальность.
- Реализация схемы партнерства с клиентом.
- Функция контроля выполнения совместно разработанной реабилитационной программы.
- Функция сопровождения при передаче клиента партнерским организациям и службам, в том числе в службу занятости населения.
- Осуществление мониторинга действий клиента.

V. Оказание юридической помощи

- Представление интересов в суде.
- Консультации по правовым вопросам.
- Составление документов правового характера.
- Участие в качестве представителя клиента в налоговых правоотношениях.
- Участие в качестве представителя или защитника клиента в уголовном, гражданском или административном судопроизводстве.

Штатное расписание, функциональные обязанности и нагрузка для службы социального сопровождения

Менеджер проекта – координация работы, общее руководство и управление деятельностью и персоналом проекта, мониторинг и оценка текущей деятельности, подготовка отчета, заключение договоров, расширение партнерской сети, создание базы сервис-провайдеров.

Социальный консультант – организация и руководство социального сопровождения клиентов программы, определение нужд клиентов, ведение базы данных, анализ и решение текущих нужд, социальное консультирование, составление планов сопровождения, ведение документации.

Социальный работник – патронаж клиентов, поступивших в программу, консультирование по «социальному телефону».

Финансовый ассистент – административная поддержка проекта, ведение финансовой отчетности, внутренний аудит.

Основные принципы работы

1. Убедиться, что доступны все виды услуг и что они соответствуют потребностям клиента.
2. Облегчить доступ и расширить спектр необходимых услуг.
3. Обеспечить непрерывность ухода на всех этапах и с привлечением различных организаций.
4. Оказывать поддержку самостоятельной деятельности клиента и членов его семьи.
5. Увеличить осведомленность клиента о воздействии ВИЧ на его здоровье и о необходимости ведения здорового образа жизни.
6. Провести необходимую оценку и составить план оказания всесторонней помощи, касающейся основных сфер жизни (психосоциальной, медицинской, финансовой и т.д.).
7. Сокращение вероятности дублирования услуг и отслеживание качества их выполнения.

Социальное сопровождение должно отражать подход к предоставлению услуг, при котором соблюдаются права клиента на:

- соответствующий уровень жизни;
- частную жизнь;
- конфиденциальность;
- самоопределение;
- внимательное и непредвзятое отношение;
- уважение и чувство собственного достоинства;
- высокое качество предоставления услуг социального сопровождения;
- обретение самостоятельности и опоры на собственные силы.

Показатели работы

Рабочий день – 8 часов.

Нагрузка социального бюро – 8 клиентов в день (пять в офисе и три в филиале).

В индивидуальном режиме ведение клиентов, принятых в программу, – 15 клиентов одновременно.

Социальный работник, социальное сопровождение клиентов, находящихся в программе, – 10 клиентов одновременно.

Возможности оказания помощи – 150 человек в год.

Критерии и процесс оценки

- Справочник существующих услуг
- Бланк направления клиента
- Карта сопровождения клиента
- Общий регистр направлений

Эти документы будут отображать количественные и качественные по-





казатели работы Социального бюро.

Вся информация по социальному сопровождению будет заноситься в базу данных. Отчет по базе данных сдается ежемесячно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

ПОЛОЖЕНИЕ о функциональных обязанностях руководителя службы «Социальное Бюро»

1. Общие положения:

1.1. На должность руководителя проекта назначается специалист, имеющий высшее профессиональное образование по медицинскому, социальному или психологическому профилю и опыт работы в медицинской, социальной службах не менее 3х лет.

1.2. Назначение и увольнение руководителя службы производится приказом по учреждению.

1.3. В своей работе руководитель службы «Социальное Бюро» руководствуется данным положением о функциональных обязанностях, законами Российской Федерации, директивными документами Миндздравсоцразвития России, Комитета по здравоохранению, приказами по организации.

2. Задачи руководителя службы «Социальное Бюро»:

2.1. Организация работы службы, направленной на медико-социальное сопровождение клиентов.

2.2. Обеспечение руководства службой, организация оказания необходимой помощи клиентам.

2.3. Организация взаимодействия с территориальными учреждениями здравоохранения, учреждениями социальной защиты, общественными организациями.

2.4. Налаживание сотрудничества с различными государственными, общественными организациями и учреждениями, благотворительными фондами в целях оказания социальной, медицинской, психологической и иных видов помощи клиентам «Социального Бюро».

3. Обязанности руководителя службы «Социальное Бюро»:

3.1. Организация работы по изучению потребностей клиентов.

3.2. Обеспечение организационно-методической и консультативной помощи кейс-менеджерам службы.

3.3. Организация подбора, обучения и расстановки кадров службы «Социальное Бюро».

3.4. Подготовка и проведение семинаров по вопросам медико-социального сопровождения, предоставление необходимой информации и консультаций.

3.5. Проведение анализа работы службы, организация учета и подготовка отчетов.





3.6. Изучение потребности клиентов в дополнительных услугах, подготовка предложений руководителю организации по совершенствованию этих услуг в службе.

3.7. Участие в разработке комплексных планов работы организации по вопросам социального сопровождения клиентов, вопросам планирования закрытия случаев, развития сервисных услуг.

3.9. Изучение, обобщение и внедрение передового опыта по вопросам медико-социального сопровождения клиентов.

3.10. Обеспечение тесного взаимодействия с территориальными органами и учреждениями здравоохранения и социальной защиты, общественными организациями и объединениями для оказания клиентам социальной и медицинской помощи.

4. Руководитель службы «Социальное Бюро» обязан:

4.1. Знать основы гражданского права, опеки и попечительства, систему льгот и преимуществ, установленных для целевой группы клиентов; организацию службы социальной защиты; постановления, распоряжения, приказы вышестоящих органов и методические материалы по вопросам своей деятельности, передовой отечественный и зарубежный опыт по организации социального сопровождения.

4.2. Владеть знаниями по основам психологии личности и социально-психологическим аспектам оказания помощи.

4.3. Соблюдать конфиденциальность, сохранять врачебную тайну.

4.4. Соблюдать условия охраны труда, и контролировать их выполнение кейс-менеджерами службы.

5. Руководитель службы «Социальное Бюро» имеет право:

5.1. Получать необходимую информацию в пределах своей компетенции.

5.2. Докладывать о заявлениях, предложениях и жалобах клиентов на организацию медико-социального сопровождения руководителю организации.

5.3. Выходить с предложениями об улучшении оказания медико-социальной помощи, решения вопросов планирования закрытия случаев клиентов, их обслуживания к руководителю организации.

5.4. Использовать в своей работе необходимую офисную технику и специальные компьютерные программы.

5.5. Повышать квалификацию в области социальной защиты и смежных дисциплин.

5.6. Проводить и посещать семинары, конференции.

5.7. Вести научно-практическую деятельность.

6. Ответственность:

6.1. Руководитель службы «Социальное Бюро» несет ответственность за работу службы и за выполнение возложенных на него обязанностей.

7. Взаимоотношения:

7.1. Руководитель службы «Социальное Бюро» подчиняется руководителю организации.

7.2. Работает в тесном контакте с кейс-менеджерами службы, поддерживает связь с территориальными органами и учреждениями социальной помощи, ЛПУ, общественными организациями и объединениями.



ПРИЛОЖЕНИЕ 8

ПОЛОЖЕНИЕ

о функциональных обязанностях специалиста по медико-социальному сопровождению (кейс-менеджера) службы «Социальное Бюро»

1. Общие положения:

1.1. На должность кейс-менеджера назначается специалист, имеющий незаконченное высшее или высшее профессиональное образование по психологическому, социальному, педагогическому профилю или высшее профессиональное образование по другим профилям, и опыт работы в системе оказания помощи целевым группам не менее 1 года.

1.2. Назначение и увольнение кейс-менеджера производится приказом по организации.

2. Задачи кейс-менеджера службы «Социальное Бюро»:

2.1. Организация процесса медико-социального сопровождения клиентов.

2.2. Проведение работы, направленной на изучение жизненной ситуации клиента и составление плана медико-социального сопровождения, с целью достижения наилучших результатов по решению проблем клиента и его социальной адаптации.

2.3. Предоставление клиентам необходимой информации, психологической поддержки, консультаций по вопросам социальной помощи.

2.4. Защита прав клиентов при получении услуг в сторонних организациях.

2.5. Оказание организационно-методической и консультативной помощи представителям партнерских организаций.

2.6. Налаживание взаимодействия внутри партнерской сети, привлечение новых организаций и учреждений.

3. Обязанности кейс-менеджера службы «Социальное Бюро»:

3.1. Организация работы с клиентами службы по изучению их жизненной ситуации с момента попадания в программу социального сопровождения.

3.2. Заполнение анкет клиентов, разъяснение им их прав и обязанностей, в том числе гарантированных государством, подписание договора при вхождении в программу, получение необходимой информации от клиента для организации помощи.

3.3. Заполнение анкет клиента, ведение базы данных в соответствии с требованиями и стандартами службы.

3.4. Прием клиентов и направление их в соответствующие организации и службы для квалифицированного и полного разрешения их проблем.

3.5. Изучение потребностей и предложений клиентов, выяснение возможности предоставления необходимых услуг в рамках партнерской сети, либо налаживание связей с иными организациями/учреждениями.

3.6. Оказание психологической помощи и поддержки клиентам и членам их семей.

3.7. В сложных случаях обсуждение и подготовка совместно с другими специалистами плана сопровождения, определение даты окончания социального сопровождения, вывода клиента из программы, либо расторжения договора.

3.8. Проведение мониторинга ситуации клиента, при необходимости изменение плана медико-социального сопровождения, поддержание контакта с клиентом в течение всего процесса сопровождения.

3.9. Организация тесного взаимодействия с отделениями медицинских и реабилитационных учреждений, службами социальной защиты, общественными организациями и объединениями для активного участия в решении проблем клиента, оказания необходимой помощи.

3.10. Проведение организационно-методической помощи с представителями партнерских организаций, предоставление им необходимой информации и консультаций по вопросам медико-социального сопровождения.

3.11. Участие в рабочих встречах с представителями партнерской сети.

3.12. Ведение необходимого учета и отчетности.

3.13. Проведение оценки эффективности проведенных мероприятий.

4. Кейс-менеджер службы «Социальное Бюро» обязан:

4.1. Знать основы гражданского права, опеки и попечительства, систему льгот и преимуществ, установленных для целевой группы клиентов; постановления, приказы, распоряжения вышестоящих органов и методические материалы по вопросам своей деятельности.

4.2. Владеть знаниям по основам психологии личности, методам мотивационного консультирования, социально-психологическим и этическим аспектам оказания помощи клиентам, навыками психологического консультирования, методами активного обучения, диагностики и коррекции.

4.3. Соблюдать конфиденциальность, сохранять врачебную тайну.

4.4. Вносить всю получаемую информацию о клиенте в его карту и базу данных.

4.5. Соблюдать условия охраны труда.

5. Кейс-менеджер службы «Социальное Бюро» имеет право:

5.1. Получать необходимую информацию от клиентов, их родственников, от представителей партнерских организаций в пределах своей компетенции.





5.2. Докладывать о предложениях и потребностях клиентов руководителю службы «Социальное Бюро».

5.3. Делать предложения руководителю службы «Социальное Бюро», руководству организации по вопросам планирования медико-социального сопровождения отдельных клиентов, организации медико-социального сопровождения в целом, совершенствованию предоставляемых в службе услуг.

5.4. Использовать в своей работе необходимую офисную технику и специальные компьютерные программы.

5.5. Повышать квалификацию в области медико-социального сопровождения и смежных дисциплин.

5.6. Посещать семинары, конференции, участвовать в организации и проведении рабочих встреч.

5.7. Вести научно-практическую деятельность.

6. Ответственность:

6.1. Кейс-менеджер несет ответственность за выполнение возложенных на него обязанностей.

7. Взаимоотношения:

7.1. Кейс-менеджер подчиняется руководителю службы «Социальное Бюро» и руководителю организации.

7.2. Работает в тесном контакте с медицинскими и социальными работниками организаций партнерской сети, поддерживает связь с территориальными органами и учреждениями социальной помощи, ЛПУ, общественными организациями и объединениями.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Информированное согласие на получение медико-психологических и социальных услуг при подготовке к АРВТ (проект)

Данное информированное согласие дает Вам право на получение медико-психологической и социальной помощи для благоприятной адаптации к приему противовирусных препаратов.

1. После проведения оценки (анализа) Вашей жизненной ситуации, социальных и психологических затруднений, специалист вместе с Вами составит индивидуальный план помощи.

2. Сотрудник отделения медико-психологической и социальной помощи может дать Вам подробную информацию об учреждениях и организациях, оказывающих специализированную социально-психологическую, социально-правовую, психотерапевтическую помощь, в том числе об условиях предоставления услуг (правила приема, режим работы, координаты).

3. При необходимости Вам может быть предложен курс лечения и реабилитации в наркологическом центре.

Необходимо соблюдение правил, установленных на приеме специалистов. Следует обратить внимание на то, что вам может быть отказано в консультировании в случае интоксикации наркотиками или другими веществами (медикаменты или алкоголь).

Все выше перечисленные услуги предоставляются бесплатно.

Для поддержания постоянных контактов мы просим Вас предоставить информацию о человеке, с которым мы можем связаться, если нам не удастся связаться с Вами.

Ф.И.О.: _____

Тел: _____

На лечение одного ВИЧ-инфицированного пациента, получающего АРВТ, государство затрачивает в среднем 200 000 рублей в год. Если пациент не соблюдает все рекомендации врача в силу нерешенных проблем, схема лечения может утратить свою силу. Смена терапии, как правило, приводит к увеличению расходов. Логично, что требования к поведению пациента в этом случае тоже должны возрастать.





В целях улучшения качества помощи при подготовке к АРВТ и в начале лечения Вам будет необходимо:

- своевременно предъявлять жалобы врачу, медсестре, психологу и специалисту по социальной работе;
- сообщать специалистам обо всех предпринятых Вами лечебных мероприятиях, не включенных в Ваш план помощи;
- предоставлять специалистам Центра СПИД сведения из учреждений и организаций, где Вы получали или будете получать помощь;
- при необходимости обеспечить консультирование Вашего супруга (партнера);
- заполнять вопросники и психологические тесты.

Подписи сторон:

Я, _____

_____, полностью ознакомился/ознакомилась с текстом данного информированного согласия.

<p>Я СОГЛАСЕН (СОГЛАСНА) получать медико-психологическую и социальную помощь и готова следовать плану помощи</p> <p>Подпись: _____</p>	<p>Я НЕ СОГЛАСЕН (НЕ СОГЛАСНА) получать медико-психологическую и социальную помощь, так как в ней не нуждаюсь</p> <p>Подпись: _____</p>
--	---

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

СОГЛАШЕНИЕ О СОТРУДНИЧЕСТВЕ В РАМКАХ ПАРТНЕРСКОЙ СЕТИ

СОГЛАШЕНИЕ О СОТРУДНИЧЕСТВЕ № _____

Город/Область _____
« _____ » _____ 200_ г.

Департамент _____, в лице _____,
действующего на основании _____,
Ресурсный центр _____, в лице _____,
действующего на основании _____,
_____, в лице _____,
действующего на основании _____,
Социальное бюро « _____ » при _____,
именуемые в дальнейшем «Партнерские организации», с одной стороны,
и
_____, в лице _____, действующего на
основании _____,
_____, в лице _____, действующего на
основании _____,

именуемые в дальнейшем «**Поставщики услуг**», с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны»,

признавая, что заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, приобрело массовое распространение во всем мире и создает угрозу национальной безопасности государства, приводит к тяжелым социально-





экономическим и демографическим последствиям, подтверждая необходимость применения своевременных, эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции и принятия согласованных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа,

заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Предмет Соглашения

1.1. Партнерские организации и Поставщики услуг обязуются объединить усилия и действовать совместно для развития комплексной системы профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения.

1.2. Стороны обязуются внести вклад в общее дело в виде профессиональных знаний, умений, навыков, деловых связей, деловой репутации, выполнения определенных работ или оказания услуг по профилю каждой организации для достижения поставленной цели.

1.3. Партнерские организации обязуются создать специализированную социальную службу для комплексного социального сопровождения представителей целевых групп и оказывать им содействие в получении медицинской, социально-психологической и юридической помощи, в соответствии с Положениями «О Ресурсном центре» и «О Социальном Бюро», являющимися неотъемлемыми частями настоящего договора.

1.4. Поставщики услуг обязуются оказывать представителям целевых групп услуги по своему профилю.

1.5. Деятельность Сторон не направлена на извлечение прибыли.

2. Координация по ведению общих дел

2.1. Ресурсный центр координирует проектную деятельность, проводит мониторинг и оценку полученных результатов, разрабатывает материалы и программы обучения различных целевых групп, разрабатывает и внедряет обучающие модули в практическую деятельность Партнерских организаций; накапливает, обобщает и описывает опыт, полученный в результате деятельности проекта, и областную модель комплексного взаимодействия медицинских и социальных организаций по противодействию распространению ВИЧ среди уязвимых групп населения.

2.2. Партнерские организации и Поставщики услуг оказывают активное содействие в проведении мониторинга и оценки осуществленной деятельности.

3. Общее имущество участников Соглашения

Интеллектуальная деятельность Сторон, а также результаты, получен-

ные от такой деятельности, признаются их общей долевой собственностью.

4. Выход из Соглашения

Сторона, желающая прекратить настоящее Соглашение, должна в письменной форме представить заявление о выходе из договора остальным участникам не позднее, чем за три месяца до предполагаемого выхода.

5. Срок действия Соглашения

5.1. Настоящее Соглашение о сотрудничестве вступает в силу с момента подписания его Сторонами и носит бессрочный характер.

5.2. Основания и порядок прекращения настоящего Соглашения о сотрудничестве определяются действующим законодательством.

5.3. Все изменения и дополнения к настоящему Соглашению о сотрудничестве должны быть сделаны в письменной форме и подписаны Сторонами.

6. Разрешение споров

6.1. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами, по возможности, разрешаются путем переговоров.

6.2. При реализации настоящего Соглашения о сотрудничестве и разрешении споров применяется законодательство Российской Федерации.

7. Заключительные положения

7.1. В рамках настоящего Соглашения о сотрудничестве Стороны могут заключать дополнительные Соглашения.

7.2. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

7.3. Соглашение составлено в _____ экземплярах – по одному для каждой Стороны.

8. Адреса и реквизиты Сторон

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.





ПРИЛОЖЕНИЕ 11
Комплексная межведомственная программа
Приморского района Санкт-Петербурга
по медико-социальному сопровождению наркозависимых
и ВИЧ-инфицированных лиц, в том числе освободившихся
из мест лишения свободы

ПАСПОРТ ПРОГРАММЫ

Наименование программы	Комплексная межведомственная программа Приморского района по медико-социальному сопровождению наркозависимых и ВИЧ-инфицированных лиц, в том числе освободившихся из мест лишения свободы
Основание для разработки программы	Федеральный закон РФ №38 от 30.03.1995 «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека» Постановление Правительства РФ №280 от 10.05. 2007 Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 -2011годы)» Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 12.12.2006 №1539 «Концепция демографического развития Санкт-Петербурга на период до 2015 года» Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 16.05.2006 №559 «О Концепции развития системы социальной защиты населения Санкт-Петербурга на 2006-2010 годы» Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга №529-р от 09.10.2007 «О совершенствовании организации обеспечения ВИЧ-инфицированных в амбулаторно-поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга» Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 05.09.2006 №1096 «План мероприятий по профилактике заболевания, вызываемого ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге на 2007-2009 годы» Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 21.07.2009 №834. Об утверждении долгосрочной целевой программы Санкт-Петербурга «Профилактика заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в Санкт-Петербурге на 2010-2012 годы» Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 28.04.2009 №437 «О программе «Комплексные меры по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту в Санкт-Петербурге» на 2009-2012 годы»

<p>Государственный заказчик программы</p>	<p>Администрация Приморского района Санкт-Петербурга</p>
<p>Основные разработчики программы</p>	<p>Отдел здравоохранения администрации Приморского района Отдел по молодежной политике и взаимодействия с общественными организациями администрации Приморского района Отдел социальной защиты населения администрации Приморского района Санкт-Петербургское государственное учреждение «Центр занятости населения Приморского района Санкт-Петербурга» Санкт-Петербургское государственное учреждение «Межрайонный наркологический диспансер №1» Управление внутренних дел по Приморскому району Санкт-Петербурга Уголовная исполнительная инспекция №15 Управления федеральной службы исполнения наказания по Санкт-Петербургу и Ленинградской области Региональная общественная благотворительная организация «Центр профилактики наркомании»</p>
<p>Цели и задачи программы</p>	<p>Профилактика наркомании и ВИЧ-инфекции Профилактика правонарушений среди больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией Сохранение здоровья больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией Повышение доступности больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией к медико-социальным услугам Организация преемственности медико-социальных услуг больным наркоманией и ВИЧ-инфекцией Организация медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркоманией и ВИЧ-инфекцией, освобождающихся из мест лишения свободы, а также условно осужденных Организация повышения квалификации медицинских, социальных работников и сотрудников правоохранительных органов по комплексному сопровождению больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией</p>



Сроки реализации программы	2010 – 2012 годы
Исполнители основных мероприятий программы	<p>Отдел здравоохранения администрации Приморского района (далее – ОЗ)</p> <p>Отдел по молодежной политике и взаимодействия с общественными организациями администрации Приморского района (далее – ОМПВОО)</p> <p>Отдел социальной защиты населения администрации Приморского района (далее – ОСЗН)</p> <p>Амбулаторно-наркологическое отделение Приморского района Санкт-Петербургского государственного учреждения «Межрайонный наркологический диспансер №1» (далее – АНО)</p> <p>Санкт-Петербургское государственное учреждение «Межрайонный наркологический диспансер №1» Наркологический реабилитационный центр №1 (далее – НРЦ)</p> <p>Региональная общественная благотворительная организация «Центр профилактики наркомании» (далее – ЦПН)</p> <p>Уголовная исполнительная инспекция №15 Управления федеральной службы исполнения наказания по Санкт-Петербургу и Ленинградской области (далее УИИ №15)</p> <p>Санкт-Петербургское государственное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения Приморского района Санкт-Петербурга» (далее – КЦСОН)</p> <p>Санкт-Петербургское государственное учреждение «Центр занятости населения Приморского района Санкт-Петербурга» (далее – ЦЗН)</p> <p>Санкт-Петербургское государственное учреждение «Центр социальной помощи семье и детям Приморского района Санкт-Петербурга» (далее – ЦСПСД)</p> <p>Санкт-Петербургское государственное учреждение «Дом молодежи Приморского района Санкт-Петербурга» (далее – ДМ)</p> <p>Санкт-Петербургское государственное учреждение «Центр физической культуры, спорта и здоровья Приморского района Санкт-Петербурга» (далее – ЦФКСЗ)</p>

<p>Объемы и источники финансирования программы</p>	<p>Финансирование мероприятий Программы осуществляется исполнительными органами государственной власти Санкт-Петербурга, являющимися исполнителями мероприятий Программы, за счет и в пределах средств, предусмотренных законом Санкт-Петербурга о бюджете Санкт-Петербурга на соответствующий финансовый год на финансирование соответствующих расходов по отдельным целевым статьям.</p>
<p>Ожидаемые конечные результаты программы</p>	<p>Повышение доступности медико-социальной помощи и эффективности использования имеющихся служб Повышение эффективности расходования имеющихся ресурсов и привлечение новых ресурсов Увеличение обращаемости больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией в медико-социальные службы Увеличение количества больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией на диспансерном наблюдении Увеличение количества лиц, злоупотребляющих наркотиками, прошедших обследование на наличие ВИЧ-инфекции в соответствии с действующим законодательством Увеличение количества больных наркоманией, прошедших лечение и реабилитацию Увеличение сроков ремиссии среди участников программы, злоупотребляющих наркотическими средствами Увеличение количества больных с диагнозом «наркомания», снятых с наблюдения наркологической службы в связи с выздоровлением Снижение уровня преступности среди участников программы, в том числе по незаконному обороту наркотиков Снижение уровня рецидива преступности среди участников программы, освободившихся из мест лишения свободы и условно осужденных Снижение уровня безработицы среди участников программы Повышение информированности населения района о медико-социальных услугах для наркозависимых и ВИЧ-инфицированных, в том числе освободившихся из мест лишения свободы</p>



ПЛАН

**мероприятий комплексной межведомственной программы
Приморского района по медико-социальному сопровождению наркоза-
висимых и ВИЧ-инфицированных лиц**

№	Наименование мероприятия	Срок исполнения	Ответственные исполнители
1.	Организационные мероприятия по медико-социальному сопровождению больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией		
1.1.	Разработка Инструкции о порядке взаимодействия исполнителей Программы по организации медико-социального сопровождения больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией	30.06.2010	Исполнители программы
1.2.	Создание реестра медико-социальных услуг для больных наркоманией, ВИЧ-инфекцией, в т.ч. освобождающихся из мест лишения свободы и условно осужденных	15.05.2010	Исполнители программы
1.3.	Ведение Регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	Постоянно	ОЗ, АПУ
1.4.	Анализ эффективности реализации Программы	Декабрь 2010-2012	ОЗ, ОСЗН, ОМПВОО, ЦЗН, МНД №1, УВД, УИИ №15, ЦПН
1.5.	Организация мероприятий по привлечению и контролю участия в Программе больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией, освободившихся из мест лишения свободы и условно осужденных	Постоянно	УВД, УИИ №15
1.6.	Организация мероприятий по привлечению общественных организаций для оказания помощи наркозависимым и ВИЧ-инфицированным на территории Приморского района	Постоянно	ОМПВОО, ДМ

2.	Информационные мероприятия по медико-социальному сопровождению больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией		
2.1.	Участие в мероприятиях, направленных на информирование специалистов и населения о Программе.	30.04.2010	ОЗ, ОСЗН, ОМПВОО, ЦЗН,МНД №1,УВД,УИИ №15
2.2.	Разработка, издание и распространение информационных материалов (плакатов, буклетов, информационных листов) о службах Приморского района, оказывающих помощь больным наркоманией и ВИЧ-инфекцией	В течении всего периода	ОЗ, ОСЗН, ОМПВОО, ЦЗН,МНД №1,УВД,УИИ №15
2.3.	Подготовка к публикации в районных средствах массовой информации тематических информационных материалов, посвященных Программе медико-социальной помощи больным наркоманией и ВИЧ-инфекцией	В течении всего периода	ОЗ, ОСЗН, ОМПВОО, ЦЗН,МНД №1,УВД,УИИ №15
3.	Организация медицинской помощи больным наркоманией и ВИЧ-инфекцией		
3.1	Организация всех видов медицинской помощи больным наркоманией и ВИЧ-инфекцией в лечебно-профилактических учреждениях Приморского района Санкт-Петербурга	Постоянно	ОЗ, МНД
3.2.	Организация наркологической помощи		
3.2.1.	Амбулаторное лечение больных наркоманией. Направление на стационарное лечение и реабилитацию. Диспансерное наблюдение больных наркоманией	Постоянно	АНО
3.2.2.	Амбулаторная реабилитация больных наркоманией	Постоянно	НРЦ №1



3.3.	Оказание медицинской помощи при ВИЧ-инфекции		
3.3.1.	Организация и участие в информационных мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции среди лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами	Постоянно	АНО, НРЦ №1, ОЗ
3.3.2.	Обследование лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, на наличие ВИЧ-инфекции в соответствии с действующим законодательством	Постоянно	АНО, НРЦ №1, АПУ
3.3.3.	Направление на антиретровирусную терапию ВИЧ-инфицированных в СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»	Постоянно	АПУ
3.3.4.	Организация отделений диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными (п.9.5.Целевой программы Санкт-Петербурга «Профилактика заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в Санкт-Петербурге на 2010-2012 годы»)	2010-2012	ОЗ
3.4.	Оказание психологической помощи больным наркоманией и ВИЧ-инфекцией		
3.4.1.	Консультирование по формированию мотивации на обращение в наркологическую, инфекционную службы и иные службы	Постоянно	ЦПН
3.4.2.	Консультации и психологическая поддержка в процессе лечения, реабилитации и социальной адаптации	Постоянно	АНО, НРЦ №1
3.4.3.	Предтестовое и посттестовое консультирование, формирование приверженности к АРВ терапии	Постоянно	АПУ
3.4.4.	Организация группы взаимопомощи больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией	Постоянно	ЦПН, НРЦ

3.4.5.	Проведение групповых тренингов для наркозависимых и ВИЧ-инфицированных	Постоянно	ЦПН, НРЦ
3.4.6.	Консультации и психологическая поддержка для родственников больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией	Постоянно	АНО, НРЦ №1, АПУ
3.4.7.	Проведение групповых занятий для родственников наркозависимых и ВИЧ-инфицированных	Постоянно	ЦПН, НРЦ, АНО
3.4.8.	Проведение индивидуальной, групповой и семейной психотерапии	Постоянно	ЦПН, НРЦ, АНО
4.	Организация занятости больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией		
4.1.	Организация мероприятий по подготовке к трудоустройству. Определение готовности к трудоустройству по состоянию здоровья. Консультирование по вопросам ограничения профессий по состоянию здоровья. Психологическая подготовка к трудоустройству. Обучение навыкам самостоятельного поиска работы. Направление в СПб ГУ «Центр занятости населения Приморского района Санкт-Петербурга»	Постоянно	ЦПН
4.2.	Организация групповых занятий (лекций, семинаров, консультаций) для участников Программы по вопросам трудоустройства наркозависимых и ВИЧ-инфицированных.	В соответствии с отдельным графиком	СЗН
4.3.	Проведение индивидуальных и групповых консультаций наркозависимых и ВИЧ-инфицированных по вопросам постановки на учет, профессиональной ориентации, профессиональной подготовки и переподготовки, повышение квалификации, организация общественных работ, содействие в организации собственного дела	В соответствии с отдельным графиком	СЗН

5.	Организация социальной помощи больным наркоманией и ВИЧ-инфекцией		
5.1.	Организация денежной и натуральной помощи разового характера, социально-консультативная помощь, юридическая помощь для лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации	Постоянно	КЦСОН
5.2.	Оказание помощи в предоставлении временного проживания для лиц без определенного места жительства	Постоянно	КЦСОН
5.3.	Организация мероприятий по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных беременных женщин и ВИЧ-инфицированных женщин с детьми(п.8.3..Целевой программы Санкт-Петербурга «Профилактика заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в Санкт-Петербурге на 2010-2012 годы»)	Постоянно	ОСЗН, ЦСПСД
5.4.	Организация консультативной социальной помощи больным наркоманией и ВИЧ-инфекцией, имеющим несовершеннолетних детей	Постоянно	ЦСПСД
5.5.	Организация деятельности Социального Бюро	Постоянно	ЦПН, ДМ
5.6.	Организация досуга молодежи из числа прошедших лечение от наркомании и ВИЧ-инфицированных	Постоянно	ДМ, ЦФКСЗ
6.	Организация подготовки кадров по вопросам медико-социального сопровождения больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией		

6.1.	Организация проведения семинаров и тренингов для специалистов учреждений социального обслуживания населения, медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов по вопросам медико-социального сопровождения больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией	По отдельному графику	ЦПН
6.2.	Разработка и организация издания практических рекомендаций по вопросам медико-социального сопровождения больных наркоманией и ВИЧ-инфекцией для специалистов, участвующих в реализации Программы	2010	ЦПН



ПРИЛОЖЕНИЕ 12

ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г.
2. Трудовой Кодекс Российской Федерации.
3. Семейный Кодекс Российской Федерации; Федеральный закон от 29 декабря 1995 г. №223-ФЗ.
4. Уголовный Кодекс Российской Федерации; Федеральный закон от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ.
5. Уголовно-Исполнительный Кодекс Российской Федерации от 8 января 1997 г. №1-ФЗ.
6. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. №195-ФЗ.
7. Гражданский кодекс Российской Федерации; Федеральный закон от 30 ноября 1994 г. №51-ФЗ.
8. Федеральный закон Российской Федерации от 8 января 1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
9. Федеральный закон от 30 декабря 2001 г. №195-ФЗ «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях».
10. Федеральный закон от 8 декабря 2003 г. №162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации».
11. Федеральный закон от 24 июня 1999 г. №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».
12. Федеральный Закон от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
13. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
14. Федеральный Закон от 12 августа 1996 г. №112-ФЗ «О внесении дополнений в Федеральный Закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
15. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».
16. Федеральный закон от 28 июля 1991 г. №1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР».
17. Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. №195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации».
18. Федеральный закон от 21 июня 1995 г. №103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений».

19. Закон РФ от 22 июля 1993 г. №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

20. Закон РФ от 7 февраля 1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей».

21. Приказ Министерства Юстиции Российской Федерации от 3 ноября 2005 г. №224 «Об утверждении Правил внутреннего распорядка исполнительных учреждений».

22. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 7 августа 2000 г. №312 «О совершенствовании организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИД».

23. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 1998 г. №290 «О медицинской помощи больным наркоманией с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами».

24. Приказ Минздравмедпрома РФ от 19 июля 1996 г. №293 «Об усилении мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей психоактивных веществ».

25. Приказ Министерства Юстиции Российской Федерации от 31 октября 2002 г. №295 «О внесении изменений в Приказ Минюста России от 3 августа 2001 г. №229 «Об утверждении инструкции по организации принудительного амбулаторного лечения от алкоголизма или наркомании осужденных, отбывающих наказания в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства Юстиции Российской Федерации».

26. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 18 марта 1997 г. №76 «О наркологических реабилитационных центрах».

27. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 28 апреля 1998 г. №140 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных».

28. Приказ Минздрава России от 22 октября 2003 г. №500 «Об утверждении протокола ведения больных «реабилитация больных наркоманией».

29. Приказ Минздравсоцразвития России от 16 августа 2004 г. №83 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований)».

30. Приказ Минздрава России от 25 апреля 1996 г. №168 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выделение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

31. Приказ Минздрава России №311, Минюста России №242 от 9 августа 2001 г. «Об освобождении от отбывания наказания осужденных к лишению свободы в связи с тяжелой болезнью».





32. Приказ Минздравсоцразвития России №640, Минюста России №190 от 17 октября 2005 г. «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу».

33. Приказ Минздравмедпрома России от 30 октября 1995 г. №295 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ».

34. Распоряжение Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 29 декабря 2000 г. №432-р «Об активизации работы по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании».

35. Распоряжение Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 30 июля 1998 г. №139-р «О мерах по совершенствованию оказания медицинской, психологической и медико-социальной помощи наркозависимым с ВИЧ-инфекцией».

36. Целевая программа Санкт-Петербурга «Профилактика заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) в Санкт-Петербурге на 2010-2012 годы».

*Оригинал-макет: ООО «ДИТ-принт»
Отпечатано в типографии «Акрос»
Тираж: 500 экз.*